

STÉPHANIE LYANIE DE MELO E COSTA

RISCO, BIOMEDICALIZAÇÃO E AIDS:
cobertura jornalística sobre métodos biomédicos de prevenção ao HIV

Rio de Janeiro

2019

STÉPHANIE LYANIE DE MELO E COSTA

RISCO, BIOMEDICALIZAÇÃO E AIDS:
cobertura jornalística sobre métodos biomédicos de prevenção ao HIV

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Informação, Comunicação e Saúde (Icict),
para obtenção do grau de Doutora.

Área de concentração: Configurações e
Dinâmicas da Informação e Comunicação em
Saúde.

Linha de pesquisa: Informação, Comunicação e
Mediações em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Janine Miranda Cardoso.

Rio de Janeiro

2019

Costa, Stéphanie Lyanie de Melo e.

Risco, biomedicalização e AIDS: cobertura jornalística sobre métodos biomédicos de prevenção ao HIV / Stéphanie Lyanie de Melo e Costa. - Rio de Janeiro, 2019.

281 f.

Tese (Doutorado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2019.

Orientadora: Janine Miranda Cardoso.

Bibliografia: f. 237-274

1. HIV. 2. Jornalismo. 3. Risco. 4. Biomedicalização. 5. Análise de discurso. I. Título.


Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde

STÉPHANIE LYANIE DE MELO E COSTA

RISCO, BIOMEDICALIZAÇÃO E AIDS:
cobertura jornalística sobre métodos biomédicos de prevenção ao HIV

Aprovado em 30 de julho de 2019.

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Janine Miranda Cardoso – orientadora
Doutora em Comunicação e Cultura, UFRJ
PPGCIS-ICICT/Fiocruz




Profa. Dra. Katia Lerner – membro efetivo interno
Doutora em Sociologia e Antropologia, UFRJ
PPGCIS-ICICT/Fiocruz



Prof. Dr. Igor Pinto Sacramento – membro efetivo interno
Doutor em Comunicação e Cultura, UFRJ
PPGCIS-ICICT/Fiocruz



Prof. Dr. Wedencley Alves Santana – membro efetivo externo
Doutor em Linguística, UNICAMP
Programa de Pós-Graduação em Comunicação (PPGCom/UFJF)



Profa. Dra. Michele Nacif Antunes – membro efetivo externo
Doutora em Saúde Coletiva, UFES
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFES)
Participação na defesa por meio de tecnologia a distância, atestada por Janine Miranda Cardoso

Profa. Dra. Inesita Soares de Araujo – membro interno suplente
Doutora em Comunicação e Cultura, UFRJ
PPGCIS-ICICT/Fiocruz

Prof. Dr. Paulo César Castro de Sousa – membro externo suplente
Doutor em Comunicação e Cultura, UFRJ
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI/IBICT-UFRJ)

Rio de Janeiro

2019



Dedico esta tese

In memoriam a Jorge Luiz da Silva Júnior (foto), que morria de medo “da morte, de Deus e da polícia” e de cuja companhia o HIV nos privou tão cedo... Esta tese cumpre, de certa forma, o sonho dele de estudar na Fiocruz.

E a todos os outros Jorges desta vida que, mesmo não tendo sido batizados com este nome, parecem ter nascido incumbidos da “tarefa de usar capa e espada para derrotar dragões caminho afora”, como dizia meu saudoso amigo...

Que venham os dragões. Um salve!

AGRADECIMENTOS

À vida, esse enigma ao qual Lou Salomé redigiu um hino e que, assim como ela, eu amo “tão certo quanto o amigo ama o amigo [...] Mesmo que em ti tenha exultado ou chorado, mesmo que me tenhas dado prazer ou dor”.

À Capes e à Faperj, pela concessão das bolsas de estudo (de Demanda Social e de Aluno Faperj Nota 10, respectivamente), sem as quais não teria sido possível cursar o doutorado. É preciso sempre ressaltar a importância das agências de fomento à pesquisa para a ciência brasileira.

A Janine Cardoso, pelos conhecimentos passados na orientação.

Às preciosas contribuições da banca de qualificação, composta pelos professores Wedencley Alves Santana, Katia Lerner e Danielle Ribeiro de Moraes.

Aos membros da banca de defesa, pela disponibilidade e por aceitar o convite para avaliar e contribuir com este trabalho.

Aos professores e pesquisadores que ministraram aulas no PPGICS, pela formação, instrução e cordialidade: Adriana Cavalcanti de Aguiar, Adriana Kelly Santos, Ana Luiza Pavão, André de Faria Pereira Neto, Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins, Cicera Henrique da Silva, Dália Elena Romero Montilla, Fernando Telles, Igor Pinto Sacramento, Inesita Soares de Araujo, Janine Miranda Cardoso, José Carvalho de Noronha, Katia Lerner, Maria Cristina Soares Guimarães, Paulo Roberto Borges de Souza Junior, Rosany Bochner, Wilson Couto Borges, Paula Xavier dos Santos, Rodrigo Murtinho e Valdir de Castro Oliveira.

Aos professores Ilana Löwy (École des Hautes Études en Sciences Sociales), Luiz Antonio Teixeira (COC/Fiocruz), Mónica Petracci (Universidad de Buenos Aires), José Miguel Labrin Elgueta (Universidad de Chile), Luis David Castiel (ENSP/Fiocruz), João Biehl (Princeton University), Richard Parker (Columbia University), Carlos Guilherme do Valle (UFRN), Kenneth Camargo Jr. (UERJ), Mauro Brigeiro (ENSP/Fiocruz), Simone Monteiro (ENSP/Fiocruz), Flávio Edler (COC/Fiocruz) e Simone Kropf (COC/Fiocruz), pelas classes e bibliografias repassadas.

Aos colegas discentes da Fiocruz, em especial a Aline Ferreira de Faria, Allan Gouvêa, Bruno Stelet, Camila da Silva Cruz, Carla Costa Garcia, Carla Paolucci Sales, Catarina Menezes Schneider, Clarisse Castro Cavalcante, Cristiane Araújo Ivancko, Daniela Corrêa e Castro de Carvalho, Daniela Muzi, Daniela Savaget Barbosa Rezende, Dominique Briand, Eliane Bardanachvili, Gilney Costa Santos, Jéssica Muzy Rodrigues, Joice Adriana Enzler, José Eduardo Soares Saraiva, Juliana Fernandes Câmara, Karina de Souza Costa, Leonardo Teixeira de Souza (*in memoriam*), Letícia Tereza Barbosa da Silva, Lucas Sisinho Ribeiro, Luiz Marcelo Robalinho Ferraz, Marcelo Alves, Marcelo Pereira Garcia, Marina Tarnowski Fasanello, Miguel Amorim Neto, Mônica Mourão, Paula Fiorito de Campos Ferreira, Paula Fiorito, Rafaela Alves Luzia da Silva, Raíza Tourinho dos Reis Silva Lima, Renata Ribeiro Gómez, Renata Vasconcelos, Ricardo dos Santos Silva, Rodrigo, Tânia Cristina Pereira dos Santos, Tatiana Clébicar Leite, Vinícius Mauricio de Lima, Vitor Hugo da Silva Martins e Wesley Rodrigues Barcellos.

Aos colegas do “Nietzsche-gambiarra”, que me acolheram tão gentilmente em suas leituras e discussões: a Carlos, Flávio e Rodrigo (já citados), Arlinda Moreno, Ximena Illarramendi, Verônica Miranda de Oliveira, Ana Lúcia Bentes, Alice Menezes e Laércio Martins.

Ao apoio e carinho dos amigos do grupo de pesquisa SENSUS – Discursos e Saúde, da UFJF, em especial a Weden (já citado), Cícero Villela, Luana Alencar, Iara Campos, Nathália Rippel e Antonione Grassano.

Aos colegas do Laces (Laboratório de Comunicação e Saúde), em especial a Izamara Bastos Machado, Mariella Silva de Oliveira Costa e Marcelle Felix.

Aos colegas integrantes da pesquisa “O drama epidêmico midiático no Brasil: um estudo da construção da dengue e H1N1 (2008-2010)”, da qual participei paralelamente ao doutorado e com a qual aprendi tanto, em especial aos colegas da UFES, ainda não citados: Michele Nacif, Adauto Emerich e Aline Cavaca.

Aos queridos funcionários do PPGICS, em especial a Rosilene Oliveira e Nielle de Andrade Rocha.

Aos amigos do MGM (Movimento Gay de Minas), onde tudo isso começou, em especial aos seus fundadores Oswaldo Braga e Marco Trajano.

Aos meus pais, Fúlvia Maria Gonçalves de Melo e Costa e Valdemiro da Costa Filho, que me presentearam com a vida e me patrocinaram quando os rendimentos da bolsa de estudo não foram suficientes.

Às minhas irmãs, Pâmela Emanuelle de Melo e Costa e Louise Gracielle de Melo e Costa, pelas acolhidas e pelo companheirismo.

A Bráulio Manoel de Oliveira Portela, pela amorosa companhia.

A Edmar Wellington Oliveira, Ana Paula Andrade, Miguel Ángel López García, Aykut Hakkut, Mascha Alexandrova e Vladmir Braga França, pelo apoio e amizade.

A todos que, indiretamente, contribuíram para esta tese.

E a você, caro leitor, por dar sentido à tarefa de escrita desta tese.

RESUMO

Nas sociedades contemporâneas, marcadas pela valorização da saúde e pela medicalização, a mídia tem exercido papel central na construção do discurso do risco e na influência à eventual adoção de medidas preventivas pelos sujeitos. Esta tese analisa a cobertura d'O Globo e da Folha de S.Paulo acerca da circuncisão masculina, da PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV), da PrEP (profilaxia pré-exposição ao HIV) e do TasP (tratamento como prevenção) como métodos preventivos ao HIV, desde o surgimento de cada um deles nos jornais até 31/12/2017. Empreendemos dois movimentos de análise. No primeiro, observamos: os jornalistas assinantes, as fontes mais ouvidas, os recursos gráficos mais utilizados, a quantidade de textos por método e sua distribuição no tempo, o tamanho médio dos espaços ocupados e a menção a outros métodos preventivos. Observamos somente para a PrEP: as editoriais nas quais foi publicada, as chamadas de capa e a autoria dos textos opinativos. Em um segundo movimento de análise, sob o aporte da Análise de Discurso (Pêcheux e Orlandi), investigamos como a lógica do risco manifesta-se na cobertura d'O Globo acerca da PrEP, visando: a) identificar e problematizar o papel desempenhado pelo conceito de risco nas explicações sobre a epidemia, na definição das populações mais vulneráveis e na atribuição de responsabilidades individuais e coletivas na narrativa jornalística; b) mapear e contextualizar as principais questões priorizadas na cobertura e, por consequência, as silenciadas. Identificamos nos jornais um silenciamento sobre os métodos preventivos, marcado pelo baixo quantitativo de textos. A cobertura é motivada mais pelo ritmo das descobertas científicas e das ações dos organismos internacionais e estatais ligados à aids, em detrimento das ações, críticas e anseios dos movimentos sociais, dos profissionais do serviço público de saúde e das pessoas comuns, e a despeito dos interesses da indústria farmacêutica. Ao ouvir mais os representantes do saber especializado, os jornais privilegiam os sentidos por eles atribuídos ao risco e à aids. Na cobertura d'O Globo sobre a PrEP, o discurso do risco dá-se não pela retórica do pânico e do medo, que marcou o tom da imprensa no início da epidemia, mas por outras estratégias discursivas que incutem a responsabilidade individual pela saúde – e que, portanto, culpabilizam o sujeito pela continuidade da epidemia, sobretudo aquele que se enquadra nas “populações-chave”, por vezes também ainda designadas de “grupos de risco”. Essa responsabilização individual dá-se em meio ao contexto neoliberal e de capitalismo de consumo, no qual convivem restrições ao orçamento público no enfrentamento à epidemia, ao lado do fomento a certo mercado, precipuamente de tecnologias biomédicas e farmacêuticas, que une o indivíduo responsável ao indivíduo consumidor – sobretudo de produtos que dialogam com seu prazer. Entretanto, também identificamos n'O Globo discursos contra-hegemônicos, ligados à ideia de vulnerabilidade, que apontam para responsabilidades também coletivas no enfrentamento à epidemia e que questionam a excessiva biomedicalização da aids, entendida pelo fomento a métodos biomédicos preventivos como “balas mágicas” para solucionar esse problema de saúde pública, sem investimento em políticas que combatam as determinações sociais dele.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Jornalismo; Risco; Biomedicalização; Análise de discurso; Prevenção.

ABSTRACT

In contemporary societies, marked by the valorization of health and by medicalization, the media has been playing a central role in the production of risk discourses and in influencing people's eventual adoption of preventive measures. This thesis analyzes the coverage of O Globo and Folha de S.Paulo on male circumcision, PEP (post-exposure prophylaxis), PrEP (pre-exposure prophylaxis) and TasP (treatment as prevention) as preventive methods to HIV, since their appearance in the newspapers until 31st december 2017. Two analysis movements are undertaken. The first one notes: the authorship of news, the most used sources, the most used graphic resources, the number of texts per method and their distribution in time, the average size of the spaces occupied and the mention of other preventive methods. Regarding PrEP only: the sections in which it was published, the front page headlines and the authorship of opinion texts. In a second movement of analysis, under the contribution of Discourse Analysis (Pêcheux and Orlandi), it is investigated how the logic of health risk is present in O Globo's coverage of PrEP, aiming at: a) identifying and problematizing the role played by the concept of risk in the explanations about the epidemic, in the definition of the most vulnerable populations and in the attribution of individual and collective responsibilities in the journalistic narrative; b) mapping and contextualizing the main issues prioritized in the coverage and, consequently, those silenced. There is a silencing on such preventive methods in the newspapers, marked by the low quantitative of texts. The coverage is motivated more by the rhythm of the scientific discoveries and of the actions of the international and state organisms related to aids, to the detriment of the actions, critics and yearnings of the social movements, the professionals of the public health service and the common people, and in spite of the interests of the pharmaceutical industry. By listening more to the representatives of specialized knowledge, the newspapers emphasize the senses they attribute to risk and aids. In O Globo's coverage of PrEP, the risk discourse comes not from the rhetoric of panic and fear, which marked the tone of the press at the beginning of the epidemic, but from other discursive strategies that instill individual responsibility for health – and, therefore, blames the person for the continuity of the epidemic, especially who fits in “key populations”, sometimes also called “risk groups”. This individual responsibility takes place amid the neoliberal and consumer capitalist context, in which restrictions to the public budget in facing the epidemic exist along with the promotion of a certain market, primarily of biomedical and pharmaceutical technologies, that unites the responsible individual to the consumer one – especially of products that dialogue with his/her pleasure. However, counter-hegemonic discourses are also identified; they are linked to the idea of vulnerability, which point to collective responsibilities in facing the epidemic and which questions the excessive biomedicalization of aids, understood as the promotion of preventive biomedical methods such as “magic bullets” to solve this public health problem without investing in policies which address its social determinations.

Keywords: HIV/AIDS; Journalism; Risk; Biomedicalization; Discourse Analysis; Prevention.

RESUMEN

En las sociedades contemporáneas, marcadas por la valorización de la salud y la medicalización, los medios han desempeñado un papel central en la construcción del discurso del riesgo y en la influencia en la eventual adopción de medidas preventivas por parte de los sujetos. Esta tesis analiza la cobertura de O Globo y Folha de S.Paulo sobre la circuncisión masculina, PEP (profilaxis posexposición al VIH), PrEP (profilaxis preexposición al VIH) y TasP (tratamiento como prevención) como métodos preventivos para el VIH, desde la aparición de cada uno de ellos en los periódicos hasta el 31/12/2017. Realizamos dos movimientos de análisis. En el primero, observamos: los periodistas suscriptores, las fuentes más escuchadas, los recursos gráficos más utilizados, la cantidad de textos por método y su distribución en el tiempo, el tamaño promedio de los espacios ocupados y la mención de otros métodos preventivos. Observamos solo para PrEP: los editoriales en los que se publicó, las llamadas de portada y la autoría de los artículos de opinión. En un segundo movimiento de análisis, apoyado por el Análisis del Discurso (Pêcheux y Orlandi), investigamos cómo la lógica del riesgo se manifiesta en la cobertura de PrEP de O Globo, para: a) identificar y problematizar el papel desempeñado por el concepto de riesgo al explicar la epidemia, definir las poblaciones más vulnerables y asignar responsabilidades individuales y colectivas en la narrativa periodística; b) mapear y contextualizar los principales temas priorizados en la cobertura y, en consecuencia, los silenciados. Identificamos en los periódicos un silenciamiento de los métodos preventivos, marcado por la baja cantidad de textos. La cobertura está impulsada más por el ritmo de los descubrimientos científicos y las acciones de los organismos internacionales y estatales relacionados con el SIDA, en detrimento de las acciones, críticas y anhelos de los movimientos sociales, los profesionales de los servicios de salud pública y la gente común, y a pesar de intereses de la industria farmacéutica. Al escuchar más a los representantes de conocimientos especializados, los periódicos privilegian los significados que atribuyen al riesgo y al SIDA. En la cobertura de O Globo sobre PrEP, el discurso sobre el riesgo no está dado por la retórica del pánico y el miedo que marcó la pauta de la prensa al comienzo de la epidemia, sino por otras estrategias discursivas que inculcan la responsabilidad individual por la salud: y, por lo tanto, culpan al sujeto por la continuación de la epidemia, especialmente el que encaja en las "poblaciones clave", a veces también llamadas "grupos de riesgo". Esta responsabilización individual se lleva a cabo en medio del contexto capitalista neoliberal y de consumo, en el que limitaciones al presupuesto público para hacer frente a la epidemia coexisten con la promoción de un cierto mercado, principalmente de tecnologías biomédicas y farmacéuticas, que une el individuo responsable al individuo consumidor – especialmente de productos que dialogan con su placer. Sin embargo, también hemos identificado en O Globo discursos contrahegemónicos, vinculados a la idea de vulnerabilidad, que apuntan a responsabilidades colectivas para enfrentar la epidemia y que cuestionan la biomedicalización excesiva del SIDA, entendida por la promoción de métodos biomédicos preventivos como "balas mágicas" para resolver este problema de salud pública, sin invertir en políticas que combatan sus determinaciones sociales.

Palabras clave: VIH/SIDA; Periodismo; Riesgo; Biomedicalización; Análisis del discurso; Prevención.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 AIDS: AINDA UMA EPIDEMIA	21
2.1 ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	22
2.2 FORMAS DE PREVENÇÃO.....	25
2.2.1 Circuncisão Masculina	30
2.2.2 PEP – Profilaxia Pós-Exposição	36
2.2.3 TasP – Tratamento como Prevenção	41
2.2.4 PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	51
3 BIOMEDICALIZAÇÃO E RISCO	66
3.1 (BIO)MEDICALIZAÇÃO	67
3.2 RISCO EM SAÚDE.....	79
3.2.1 Da norma ao risco	82
3.2.2 O modelo epidemiológico-estatístico: padrão-ouro científico .	85
3.3 A CRENÇA EM UM SUJEITO LIVRE E RACIONAL – LOGO, RESPONSÁVEL.....	88
3.4 NEOLIBERALISMO	97
3.5 RISCO <i>VERSUS</i> VULNERABILIDADE	106
4 MÍDIA E SAÚDE	112
4.1 A MUDIATIZAÇÃO DA (BIO)MEDICALIZAÇÃO E DO RISCO ..	112
4.2 JORNALISMO E DISCURSO	118
4.3 JORNALISMO E AIDS	126
4.4 O GLOBO E FOLHA DE S.PAULO	141
5 ANÁLISE	144
5.1 O <i>CORPUS</i> PARA A ANÁLISE DE DISCURSO	144
5.2 A CONSTRUÇÃO DO NOSSO <i>CORPUS</i>	147
5.3 PRIMEIRO MOVIMENTO DE ANÁLISE: CIRCUNCISÃO MASCULINA, PEP, PREP E TASP N’OG E NA FSP	152
5.3.1 Recursos gráficos	152
5.3.2 Jornalistas	153
5.3.3 Fontes	156
5.3.4 Circuncisão Masculina	164
5.3.5 PEP	165
5.3.6 TasP	168
5.3.7 PrEP	169
5.3.7.1 Editorias.....	172
5.3.7.2 Chamadas.....	176
5.3.7.3 Textos Opinativos.....	178
5.4 PREP N’O GLOBO: RESULTADOS DE ANÁLISE DISCURSIVA.	179

5.4.1 Formas de nomear a PrEP	180
5.4.2 Opiniões sobre a PrEP com Truvada	184
5.4.3 Estatísticas	186
5.4.4 Populações tidas como público-alvo preferencial da PrEP ...	190
5.4.5 Formas de nomear profissionais do sexo.....	201
5.4.6 Discursos sobre a camisinha	203
5.4.7 PrEP e vacina	209
5.4.8 A indústria farmacêutica	210
5.4.9 Efeitos adversos da toma da PrEP	212
5.4.10 Risco de criar vírus resistentes	213
5.4.11 O problema da adesão à PrEP	214
5.4.12 Os responsáveis pela epidemia de aids.....	216
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	223
REFERÊNCIAS	237
APÊNDICE A – Tabelas contendo os textos da Folha de S.Paulo e d'O Globo publicados até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e/ou TasP como métodos preventivos ao HIV	275
APÊNDICE B – Lista de trabalhos científicos sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da aids, publicados até maio de 2017	276
APÊNDICE C – Palavras-chave e campos de busca utilizados nos acervos digitais d'O Globo e da Folha de S.Paulo para encontrar textos relativos a circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos de prevenção ao HIV.	277
ANEXO A – Dispensa de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	280
ANEXO B – Arquivos em PDF dos textos publicados até 31/12/2017 nos jornais Folha de S.Paulo e O Globo sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV, bem como das capas do dia de veiculação de cada um.	281

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de publicações científicas sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da aids, por ano.	140
Gráfico 2 - Quantitativo de textos d'O Globo (cinza claro, à esquerda) e da Folha de S.Paulo (cinza escuro, à direita) publicados até 31/12/ 2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV, separadamente.	151
Gráfico 3 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre circuncisão masculina como método preventivo ao HIV, por ano.	164
Gráfico 4 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre circuncisão masculina como método preventivo ao HIV, por ano. ..	165
Gráfico 5 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017na Folha de S.Paulo sobre PEP, por ano.	167
Gráfico 6 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre PEP, por ano.	167
Gráfico 7 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre TasP, por ano.	168
Gráfico 8 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre TasP, por ano.	169
Gráfico 9 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre PrEP, por ano.	171
Gráfico 10 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre PrEP, por ano.	171

LISTA DE SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids
AD	Análise de Discurso
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i> , ou Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> , órgão dos Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FSP	Folha de S.Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IAS	Sociedade Internacional de Aids
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
iPrEx	Iniciativa de Profilaxia Pré-exposição
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LGBTT	Lésbicas, <i>gays</i> , bissexuais, transexuais e transgêneros
MS	Ministério da Saúde
OG	O Globo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PEPFAR	Plano de Emergência para o Combate à Aids
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/AIDS
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS

SUS	Sistema Único de Saúde
TasP	<i>Treatment as prevention</i> , ou tratamento como prevenção
TDF	Fumarato de Tenofovir Desoproxila
TDF+FTC ou TDF/FTC	Truvada
TARV	Terapia antirretroviral
UDI	Usuário(s) de Droga Injetável
Unaid	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de textos sobre circuncisão masculina como método preventivo ao HIV, PEP, TasP e PrEP publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo (FSP) e n'O Globo (OG), por jornal e ano.	149
Tabela 2 - Jornalistas d'O Globo que assinaram textos informativos publicados até 31/12/2017 acerca de circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.....	153
Tabela 3 - Jornalistas da Folha de S.Paulo que assinaram textos informativos publicados até 31/12/2017 acerca de circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.	155
Tabela 4 - Fontes consultadas pel'O Globo nos textos de caráter informativo publicados até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.	157
Tabela 5 - Fontes consultadas pela Folha de S.Paulo nos textos de caráter informativo publicados até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.	157
Tabela 6 - Especialidade de conhecimento da fonte (quando citada) utilizada em textos de caráter informativo publicados n'O Globo até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV. .	162
Tabela 7 - Especialidade de conhecimento da fonte (quando citada) utilizada em textos de caráter informativo publicados na Folha de S.Paulo até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.	162
Tabela 8 - Quantidade de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre PrEP, por editoria.	172
Tabela 9 - Quantidade de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre PrEP, por editoria.	173

1 INTRODUÇÃO

Fenômenos epidêmicos, por sua tragicidade e por poderem virtualmente atingir a todos, motivaram, ao longo da história, a busca por explicações acerca do porquê se abateram sobre tantos indivíduos, e por que sobre uns e não outros (ROSENBERG, 1992). Eles expõem a vulnerabilidade do ser vivo e suscitam o medo do contágio e da morte, provocando, nas sociedades atuais, medidas técnico-sanitárias para tentar detê-los e construções simbólicas na busca por atribuir-lhes sentido.

Quando irrompeu mundialmente no início dos anos 1980, no contexto de profundas mudanças políticas, econômicas, culturais e tecnológicas, a epidemia de aids¹ (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) respondeu por um dos dramas epidêmicos (ROSENBERG, 1992) mais relevantes da contemporaneidade. Ela atestou a centralidade dos discursos midiáticos na construção dos eventos e, em particular, nas possibilidades de enfrentamento de epidemias. Também 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.

Entre os vários desafios à aids, o da prevenção ainda se renova cotidianamente, mesmo que sob condições sociais, técnicas e culturais muito diferentes dos primeiros tempos da epidemia. Os meios de comunicação têm participado deste desafio da prevenção desde o surgimento da aids no país, ao inseri-la na agenda de discussão da sociedade – ainda que, mais recentemente, o tenha feito com menos intensidade se comparado ao início da epidemia. Foi assim, trabalhando na elaboração de conteúdos jornalísticos de prevenção ao HIV/AIDS para os veículos de comunicação de uma ONG (organização não governamental), que tivemos o primeiro contato com a temática desta tese.

Toda ideia de pesquisa nasce das experiências profissionais, acadêmicas e pessoais do investigador; de suas inquietações, angústias, curiosidades; de conversas, provocações e reflexões; do seu posicionamento como sujeito no mundo, dotado de crenças e valores nos quais acredita e pelos quais luta² – é preciso reconhecer a existência de tudo isso por trás do

¹ 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 acompanhado de outras siglas em caixa alta (como em HIV/AIDS).

² Este processo muitas vezes não se dá de forma linear e racional. Algumas vezes, situações que o investigador vive só se concretizam em temas de pesquisa após alguns anos de muito pensar. Em outras, ele é assaltado por

cânone da “objetividade científica”. Assim, tudo começou em 2006, quando nos envolvemos na luta contra a aids ao fazer um estágio na assessoria de comunicação de uma ONG LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e transgêneros). Mas, em 2008, nosso chefe contraiu o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Nem ele mesmo seguia as recomendações do “sexo seguro” que tanto pregávamos em nossas mensagens. Envergonhado e com medo, ele não revelou sua soropositividade. Demitiu-se e entregou-se aos efeitos do vírus no corpo: não seguiu a recomendação dos discursos preventivos para que se tratasse com os medicamentos antirretrovirais. Morreu aos 24 anos, poucos meses após o diagnóstico – ocasião em que a família permitiu-se revelar aos amigos o status sorológico dele.

Infelizmente, histórias como a de nosso chefe são comuns. Isso nos motivou a, quase seis anos após sua morte, publicar uma dissertação que buscou entender as resistências às campanhas de mobilização social à aids (COSTA, 2014). Nela, foram analisadas discursivamente as campanhas veiculadas em Minas Gerais entre 2009 e 2013 e elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS), pela Secretaria de Estado de Saúde e pelo Grupo Vhiver, uma ONG voltada para a aids, em comparação a discursos de quatro soropositivos entrevistados.

Após concluirmos a dissertação, quisemos estudar os discursos jornalísticos sobre a aids, relacionando duas questões principais. A primeira concerne às novas tecnologias biomédicas preventivas ao HIV/AIDS, bastante presentes nas discussões contemporâneas dos agentes envolvidos na resposta à epidemia (a maioria incluída como política de saúde no Brasil) e, contudo, ausentes das campanhas e do noticiário – que tem remetido a aids a descobertas científicas ou tratado da prevenção do HIV de modo genérico, frequentemente acentuando o papel do uso da camisinha. Sempre que abordávamos os outros métodos preventivos em palestras e seminários, percebíamos que a plateia os desconhecia e, por isso, eles lhe despertavam curiosidade. A manutenção apenas do mantra "Use camisinha" contribui para que esta seja a forma de prevenção mais conhecida em detrimento das outras.

A segunda questão concerne à lógica do risco em saúde, que transforma a infecção por HIV em uma questão de foro individual – ou seja, atribui a responsabilidade pela infecção à pessoa, por conta de seus hábitos e estilos de vida – e, conseqüentemente, descoletiviza as determinações deste processo saúde-doença. No mestrado, notamos que o discurso do risco estava muito presente nas campanhas de saúde que analisamos. Esta retórica preocupa-nos bastante, pois percebemos que causava grande sofrimento nos soropositivos por nós entrevistados – podendo talvez ter sido um dos motivos que levou à morte nosso chefe e

um desejo de perseguir certa questão cuja força não consegue explicar, arraigada em seu subconsciente – mas que, por sorte, um belo dia entenderá.

amigo. Ademais, na dissertação consultamos alguns estudos sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da aids desde o início da epidemia – nenhum deles abordava, como foco de análise, o risco em saúde. Surgiu-nos, assim, a vontade de investigá-lo, conjugando-o com as novas tecnologias biomédicas preventivas ao HIV/AIDS, que reconfiguram os sentidos de risco relacionados à síndrome e modificam a cena sociodiscursiva sobre a epidemia.

Assim, elaboramos esta pesquisa com o objetivo geral de analisar a cobertura jornalística acerca de métodos preventivos biomédicos ao HIV, empreendendo dois movimentos. No primeiro, observamos a cobertura feita pelos jornais Folha de S.Paulo (doravante denominado FSP) e O Globo (doravante denominado OG) à circuncisão masculina, à PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV), à PrEP (profilaxia pré-exposição ao HIV) e ao TasP (tratamento como prevenção), desde o aparecimento de cada um desses métodos preventivos ao HIV em ambos os jornais até fim de 2017, ano anterior ao previsto para a conclusão da tese. Nesse primeiro movimento de análise, observamos: a assinatura dos textos informativos, os tipos de fontes mais ouvidas, os recursos gráficos mais utilizados, a quantidade de textos por método, sua distribuição no tempo, o tamanho médio dos espaços ocupados nas páginas e a menção a outros métodos preventivos. Ainda nesse primeiro movimento de análise, observamos somente para a PrEP: as editorias nas quais foi publicada no OG e na FSP, as chamadas de capa e a autoria dos textos opinativos.

Em um segundo movimento, sob o aporte teórico-metodológico da Análise de Discurso (de Michel Pêcheux e Eni Orlandi), investigamos como a lógica do risco manifestou-se na cobertura do OG acerca da PrEP desde seu aparecimento no jornal, em 1998, até 31/12/2017. Nele, nossos objetivos específicos foram:

- a) identificar e problematizar o papel desempenhado pelo conceito de risco nas explicações sobre a epidemia, na definição das populações mais vulneráveis e na atribuição de responsabilidades individuais e coletivas na narrativa jornalística, ao longo do período analisado;
- b) mapear e contextualizar as principais questões priorizadas na cobertura jornalística sobre a PrEP e, por consequência, as silenciadas.

A escolha por investigar jornais impressos, em um ambiente cada vez mais povoado por mídias eletrônicas e digitais, deve-se primeiramente aos grupos de mídia ainda investirem neles expressiva parte de seus recursos humanos e financeiros. Eles ainda gozam de prestígio e têm considerável circulação, mesmo quando comparados aos veículos digitais do mesmo grupo de mídia. Estes, inclusive, têm muitas vezes sido usados como meios para aumentar a visibilidade e a interatividade com o público do impresso (LEITE, 2016, p. 5). Ademais, os

impressos ainda pautam os outros veículos – assim como são por eles pautados (ARAÚJO, 2016, p. 17). Como afirmam Briggs e Burke (2006, p. 31), as velhas e as novas mídias não apenas coexistem, mas também podem se imitar, competir ou mesmo se complementar. Segundo a Pesquisa Brasileira de Mídia de 2016³ (SECOM, 2016), 66% dos leitores de jornais leem as publicações mais na versão impressa, 30% leem mais na versão digital e apenas 2% acessam ambas as versões. Ademais, os jornais impressos, ao lado do rádio, ainda são os suportes que mais inspiram confiança nos brasileiros: 29% dos entrevistados dizem confiar sempre no que é noticiado neles, contra 28% que relatam o mesmo sobre a TV, 15% sobre revistas e 6% sobre *sites*. Entre os gestores públicos especificamente, o mais recente Mapa da Comunicação Brasileira (FSB PESQUISA, 2013) mostrou que 100% deles consideram os jornais impressos sua principal fonte de informação.

Já a opção por estudar a FSP e o OG deve-se, primeiramente, a que sejam jornais de referência nacional – ou seja, têm relevância política, prestígio, credibilidade e grande capacidade de formação de opinião no Brasil, além de serem consagrados econômica e politicamente ao longo da história (AMARAL, 2006, p.3). Ademais, estão entre os jornais de maior circulação⁴ no país durante o período que se pretende estudar (ANJ, 2017; MEIO&MENSAGEM, 2017; IVC, 2017). Na Pesquisa Brasileira de Mídia 2016 (SECOM, 2016), eles foram os mais mencionados na resposta espontânea às perguntas “Que jornal o(a) sr(a) costuma ler mais? O(a) sr(a) tem o costume de ler algum outro jornal?”: OG ocupou o primeiro lugar, com 8% de citações na primeira pergunta e 11% somadas a primeira e a segunda perguntas. Já a FSP ficou em segundo lugar, com 7% e 10%, respectivamente.

Outro fator facilitador para nossa escolha pela FSP e pel’OG é a digitalização dos seus acervos, disponíveis através de *sites*⁵ e consultáveis por palavras-chave. O acervo digital da FSP é gratuito para consultas, bem como para *download* das páginas em formato PDF. Já n’OG a busca no acervo é gratuita, mas a visualização das matérias e seu *download* em PDF é disponível apenas a assinantes. Adquirimos certa experiência no uso destes acervos entre

³ A Pesquisa Brasileira de Mídia objetivou conhecer os hábitos de consumo de mídia da população brasileira. Ela foi realizada anualmente entre 2014 e 2016, por demanda da Secretaria de Comunicação da Presidência da República. Sua última edição ficou a cargo da empresa Ibope Inteligência, que entrevistou 15.050 pessoas com mais de 16 anos de idade, de ambos os sexos, de todas as classes econômicas e estados do país.

⁴ É importante diferenciar “tiragem” de “circulação” de uma publicação. A tiragem de uma publicação consiste meramente no número bruto de seus exemplares impressos. A circulação, por sua vez, representa efetivamente o número de exemplares que chegaram às mãos dos leitores, seja por meio de assinaturas, venda avulsa ou distribuição direcionada. No Brasil, o IVC – Instituto Verificador de Comunicação é que realiza a auditoria da circulação das publicações.

⁵ O acervo digital da FSP está disponível em: <<https://acervo.folha.com.br/busca-avancada.do>>. Já o acervo digital d’OG pode ser consultado em: <<http://acervo.oglobo.globo.com/>>.

2015 e 2018 na realização da pesquisa intitulada "O drama epidêmico midiático no Brasil: um estudo da construção da dengue e H1N1 (2008-2010)".

Outra justificativa para a escolha da FSP e d'OG reside em que tenham sido objeto de análise de boa parte dos estudos que investigavam a cobertura jornalística brasileira sobre a aids identificados em nosso levantamento bibliográfico⁶, já que se ocuparam sobre o tema desde o início da epidemia mundial, antes mesmo de o vírus chegar ao Brasil. Nosso objetivo é somar esforços a esses estudos, procurando inserir na análise não apenas a cobertura recente, mas também o que parece não ter sido o foco da abordagem deles: as novas tecnologias preventivas e a questão de como o discurso do risco aparece.

Esta tese de doutorado vincula-se à linha de pesquisa "Informação, Comunicação e Mediações em Saúde" do PPGICS/Fiocruz e visa contribuir aos estudos que versam sobre como o jornalismo brasileiro constrói, em suas narrativas, sentidos sobre epidemias, riscos, saúde e doença. Partimos do pressuposto de que esses sentidos não são únicos, definitivos, fixados no tempo, mas sim continuamente ressignificados ao longo da história, frutos de deslocamentos operados na luta de interpretações.

Estruturamos esta tese da seguinte maneira: no capítulo 2, mostramos que a aids ainda permanece como uma epidemia que se recrudescer, mesmo em meio a avanços no campo da terapêutica e da prevenção. Também apresentamos ao leitor as formas de prevenção ao HIV, debatendo especialmente o processo por meio do qual a circuncisão masculina, a PEP, o TasP e a PrEP foram investigados cientificamente e, em seguida, transformados em políticas públicas. No capítulo 3, argumentamos, sob referenciais teóricos críticos da saúde, que vivemos a era da biomedicalização da aids, marcada pelo consumo de tecnologias biomédicas, pela lógica do risco, pela responsabilização individual à saúde e pelo contexto neoliberal. No capítulo 4, abordamos como se articulam essa (bio)medicalização da sociedade e essa preponderância do discurso do risco com a midiaticização na sociedade contemporânea. Em seguida, apresentamos nossa visão do jornalismo como um discurso, articulando teorias do jornalismo com alguns conceitos da Análise de Discurso. Também trazemos alguns achados de estudos que investigaram a cobertura brasileira sobre a epidemia de aids, desde seu início até os dias atuais, bem como algumas informações sobre os jornais objeto desta tese. No capítulo 5, explicamos como construímos nosso *corpus* de análise, debatendo-o como um arquivo, e trazemos os resultados das análises do nosso objeto de pesquisa.

⁶ Do nosso levantamento bibliográfico, identificamos pelo menos 41 obras científicas (20,5%) que se debruçaram sobre OG, a FSP ou ambos – restou verificarmos 79 estudos (39,5%), aos quais não conseguimos acesso (a maioria publicada nas décadas de 1990 – 22 trabalhos – e 2000 – 50 trabalhos).

Sugerimos que o amigo leitor leia toda a tese. Contudo, como acontece com toda obra científica, poderá haver aqueles que, ao passar os olhos pelo sumário, fiquem mais interessados em ler certos capítulos que outros. Neste caso, pedimos que os interessados particularmente nos resultados da análise não deixem de ler os capítulos precedentes, pois neles está todo o referencial teórico que nos guia – e que é primordial para a análise.

Ao longo desta tese, inserimos uma quantidade considerável de notas de rodapé (são mais de 200). Contudo, grande parte delas é antes um convite ao leitor interessado em adentrar certos debates com mais profundidade – além de ser o reflexo de uma mente empolgada em compartilhar os conhecimentos adquiridos ao longo de todos esses anos de pesquisa sobre o tema (é preciso admiti-lo...).

Espero que o leitor encontre nas próximas páginas uma tese que lhe seja de leitura agradável, que acolha alguns de seus interesses e anseios, e que lhe desperte novas inquietudes e questionamentos. Se ao final tivermos conseguido alcançar pelo menos um desses objetivos, consideramos que todo o esforço e empenho empregados terão valido a pena!

2 AIDS: AINDA UMA EPIDEMIA

A aids expressa diversas mudanças culturais ocorridas desde o século XX, tornando-se um “fenômeno social marcado por tecnologias modernas no campo das pesquisas médicas, pelo ativismo social e pela impressionante dimensão midiática que assumiu” (SPINK et al., 2001, p. 852). Ela ilustrou a interconectividade global, expressa na intensa circulação de pessoas entre os países (sempre motivo de preocupação quanto ao possível alastramento da epidemia) e de dados e informações sobre a evolução dos casos da doença em diversas partes do globo, por meio de sistemas de informação em saúde, de veículos de comunicação e de agências de notícias.

A aids surgiu em um momento em que as ciências médicas haviam logrado a resolução da maioria das doenças infecciosas, estando estas mais circunscritas a países subdesenvolvidos. O homem do "primeiro mundo" dotava, portanto, de certa confiança na capacidade científica de tratar e curar esses males – abalada pela aids (ROSENBERG, 1992), com sua alta letalidade, acompanhada da dificuldade inicial em se conhecer seu agente etiológico e seus meios de transmissão. Diante de um mal desconhecido, que transformava rapidamente pessoas tão jovens em cadáveres magros cujas fotografias povoavam a mídia, a sensação de medo, pavor e insegurança não era incomum – muitos se percebiam como vulneráveis. Os cientistas eram permanentemente questionados quanto às novas descobertas sobre o funcionamento da doença e os meios de proteção, da mesma forma que ao Estado cobravam-se medidas variadas.

Desde o seu surgimento nos anos 1980, diversas explicações foram dadas para a epidemia de aids, assim como diversos agentes sociais foram responsabilizados por sua emergência, recrudescimento e continuidade. No início da epidemia, quando não se conhecia seu agente etiológico, a explicação concentrou-se, principalmente, em aspectos morais: a aids era uma “peste *gay*”, doença letal destinada aos “pecadores” e “desviados” sexualmente, punição pela liberalização do sexo e dos costumes nos anos 1960. Saunas *gays* foram fechadas; os doentes foram postos em quarentena; e o saber médico prescreveu abstinência sexual ou redução da quantidade de parceiros sexuais como medidas de prevenção. Com a descoberta do HIV em 1983, a explicação para a epidemia de aids pareceu se concentrar (ainda que não apenas) na força de um vírus sobre o qual a ciência acabava de tomar conhecimento, responsabilizando-se principalmente os governos por não investirem recursos em pesquisas sobre a síndrome, tampouco no fomento à adoção de medidas de prevenção conhecidas. A partir de 1996, com o advento da terapia tríplice, diminui-se a letalidade por

aids e passou-se a cogitar a medicalização da vida com HIV: a aids passou a ser tratada como uma doença crônica e os infectados puderam continuar suas vidas laborais e, claro, sexuais.

Entre outras vitórias significativas na luta contra a aids desde o início da epidemia, proporcionadas pela sinergia entre a mobilização de redes sociais e de solidariedade em escala planetária e o avanço das pesquisas, estão: a sensibilização acerca do preconceito e da discriminação; a ampliação da garantia dos direitos humanos de soropositivos em várias partes do mundo; e a invenção de novos métodos preventivos biomédicos para além da camisinha – como circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP –, ainda que não tenhamos, por enquanto, a cura da aids ou uma vacina, apesar dos investimentos contínuos em pesquisas.

Entretanto, a aids ainda permanece como uma epidemia em diversas partes do globo, inclusive no Brasil. É o que veremos na subseção seguinte.

2.1 ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em escala global, a pandemia de aids tem decrescido: de 1996, ano de pico de novas infecções por HIV, até 2017 houve 47% de redução de novos casos, e de 2004 a 2017 as mortes relacionadas a aids caíram pela metade (UNAIDS, 2019). Em 2017, 37 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo, das quais 75% sabiam da sua sorologia, 58,6% tinham acesso ao tratamento e 47% estavam com carga viral indetectável⁷. Contudo, só em 2017 houve 1,8 milhões de novas infecções e 940 mil mortes por aids. Ademais, ainda há 9,4 milhões de pessoas com HIV sem diagnóstico e 19,4 milhões de soropositivos que não alcançaram a supressão da carga viral (UNAIDS, 2018b). Em certas regiões do globo, tem havido até certo recrudescimento da epidemia: a aids está concentrada nos países mais pobres e, tanto nos países periféricos quanto nos centrais (como os do Leste Europeu), continua seguindo “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. Entre 2010 e 2016 as novas infecções por HIV no país aumentaram, em número

⁷ Estar com carga viral indetectável ou estar em supressão viral significa que a pessoa está mantendo o vírus sob controle no organismo – conseguido por meio de medicamentos –, a ponto de os exames de sangue não detectarem sua presença. Contudo, não significa que o sujeito está curado: o HIV permanece no seu organismo, escondido em células chamadas de “reservatório”. Sem os medicamentos adequados, o HIV pode voltar a se reproduzir e ficar detectável.

absoluto, 3% a cada ano (de 47 mil para 48 mil) – contrariando a taxa mundial, que decresceu 11% (UNAIDS, 2017a). Em 2017, houve 42.420 novos casos de HIV. Já quanto aos casos de aids, apesar dos constantes esforços na oferta de tratamento, o país registra anualmente em torno de 40 mil novos casos da síndrome desde 2012 – em 2017, foram 37.791. Há registro de queda deste número desde 2013, mas, se observarmos os últimos 10 anos, o Brasil só conseguiu diminuir em 9,4% a taxa de detecção de aids – de 10,2 casos/100 mil habitantes em 2007 para 18,3 em 2017⁸ (MS, 2018). Com relação aos casos de morte por aids, houve ligeira queda de 2006 a 2017 (de 5,9 para 4,8 óbitos por 100 mil habitantes)⁹. Em 2017, foram registradas 11.463 mortes – número similar aos da segunda metade da década de 1990, quando a terapia antirretroviral gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS) ganhou reforços (MS, 2016; MS, 2017c; MS, 2018).

A epidemia brasileira de aids voltou a assumir contornos similares aos do seu início, nos anos 1980: concentração nos centros urbanos e recrudescimento entre homossexuais¹⁰ 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 surgimento da epidemia. Entre 2007 e 2017, a maioria das infecções pelo HIV ocorreu na faixa etária de 20 a 34 anos, mas também houve um aumento muito expressivo (700%) na faixa entre os 15 e 24 anos¹¹. Em relação à cor de pele, de 2007 a junho de 2018 52,9% das infecções de HIV deram-se entre pretos e pardos e 46,1% em pessoas autodeclaradas brancas (MS, 2018, p. 7).

Na população geral, a taxa de prevalência de HIV é de 0,4%, enquanto ela é muito mais elevada entre pessoas transexuais (31,2%); *gays* e HSH – Homens que fazem Sexo com Homens (ela é estimada entre 10,5% e 18,4%, o que significa que 1 em cada 5 deles pode

⁸ A tendência de queda ocorreu principalmente no Sudeste (-22,2%) e no Sul (-26,7%): de 22 e 32,9 para 17,1 e 24,1, respectivamente. No Centro-oeste, a taxa variou pouco nos últimos dez anos, tendo aumentado em 3 dos 4 estados da região e no Distrito Federal: foram 17,9 casos/100 mil habitantes em 2017. Já no Norte e no Nordeste houve aumento: de 16,4 e 12,7 para 23,6 e 15,7, respectivamente (MS, 2018, p. 10). Vale lembrar que nestas três regiões onde a aids está estabilizada ou aumentando habitam 44% da população nacional.

⁹ Do início da epidemia de aids (1980) até 2017, foram identificadas 327.655 mortes cuja causa básica foi a síndrome. Desde 2006, houve aumento da mortalidade por aids nas regiões Norte (duplicou), Nordeste (+58,5%) e Centro-Oeste (+22%), e diminuição nas regiões Sudeste (-19,7%) e Sul (-5,1%). Ressalta-se que nas regiões Norte, Nordeste e Sul, as taxas recentes de mortalidade por aids chegaram a ser até duas vezes maiores do que no período anterior à política de acesso aos antirretrovirais. Observa-se atualmente tendência de aumento dos óbitos por aids entre jovens de 15 a 19 anos e entre pessoas maiores de 50 anos (MS, 2016; MS, 2017c; MS, 2018).

¹⁰ Observa-se na última década um aumento na proporção de casos em HSH: de 35,3% em 2006 para 48,7% em 2017 (MS, 2018).

¹¹ Entre os homens de 20 a 24 anos, a taxa de detecção da aids mais que dobrou de 2006 a 2017: subiu de 16,1 para 36,2 casos a cada 100 mil habitantes. Entre os homens de 15 a 19 anos, essa taxa quase triplicou: de 2,4 para 7 casos. Também houve aumento entre as jovens dessa mesma faixa etária: de 3 para 5,2. Já com relação aos casos de aids a cada 100 mil jovens brasileiros, de 2006 a 2017 eles aumentaram de 3 para 5,2 entre os de 15 a 19 anos de idade (MS, 2018, p. 45). Em 2016, estimou-se que apenas 56% das PVHA de 18 a 24 anos diagnosticadas estavam em TARV e, dessas, menos da metade apresentava supressão viral (MS, 2017b).

estar infectado¹²); usuários de drogas injetáveis (5,9%) e profissionais do sexo (4,9%¹³) (MS, 2017a, p. 13; KERR et al., 2018). A principal via de transmissão do HIV é a sexual, tendo decrescido ao longo dos anos em todo o Brasil a proporção entre UDI (usuários de drogas injetáveis)¹⁴ (MS, 2016; MS, 2017c).

Entre as gestantes, a taxa de detecção de HIV no Brasil aumentou 21,7% na última década, em parte pela oferta maior de testes rápidos: de 2007 a 2017, passou de 2,3 para 2,8 casos/mil nascidos vivos. Mas, entre os recém-nascidos, a taxa de detecção de HIV reduziu 43% no mesmo período: de 3,5 casos para 2 por 100 mil habitantes (MS, 2018).

De 2003 a 2008, a razão de sexos (ou seja, a relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres) manteve-se em 1,5 casos em homens para cada 1 em mulheres. Contudo, a partir de 2009 constatou-se uma redução gradual dos casos de aids em mulheres e um aumento nos casos em homens, a ponto de, em 2017, 73% das novas infecções ocorrerem no sexo masculino (MS, 2018, p. 11). Em 2017, foram 2,6 casos de aids em homens para cada 1 em mulher¹⁵.

Apesar de o Brasil ter uma das maiores coberturas de tratamento entre os países de baixa e média renda (UNAIDS, 2016b), as estatísticas mais atuais do Ministério da Saúde (2018) apontam que o número de pessoas infectadas que conhecem o seu diagnóstico e estão fora dos serviços de saúde (183 mil) ou com carga viral detectável (228 mil) é maior que o número de pessoas que ainda não se sabem soropositivas (135 mil)¹⁶. Este é um desafio para as políticas que visam garantir a oferta e a adesão ao tratamento de forma sustentável ao longo do tempo. Esta, aliás, tem sido um problema no país: apenas 70% das PVHA (pessoas vivendo com HIV/AIDS) em terapia apresentam adesão satisfatória; a taxa de abandono ou interrupção do tratamento de 9% mantém-se praticamente constante desde 2013 (MS, 2017b).

¹² Entre os HSH de 18 a 25 anos, a taxa de prevalência do HIV mais que dobrou de 2009 a 2016: de 4% para 9,4%. Já entre os HSH acima de 25 anos, a taxa atual é de 19,8% (MS, 2018, p. 7).

¹³ Com relação às mulheres profissionais do sexo, a prevalência de HIV foi de 5,3% (MS, 2018).

¹⁴ Entre os homens acima de 13 anos, de 2007 a 2017, 59,4% das infecções por HIV decorreram de exposição homossexual ou bissexual, 36,9% por exposição heterossexual e 2,6% se deram entre UDI. Já entre as mulheres acima de 13 anos, de 2007 a 2017, 96,8% dos casos foram por exposição heterossexual e 1,6% por UDI (MS, 2018, p. 7).

¹⁵ Esta razão de sexos também varia de acordo com a faixa etária. De 2007 a 2017, houve aumento da razão de sexos devido ao crescimento da epidemia entre os homens com idades entre 13 e 19 anos (a taxa de detecção do HIV entre eles quase triplicou nesse período; foram 22 casos em homens para cada 10 em mulheres em 2007), 20 e 29 anos (foram 34 casos em homens para cada 10 em mulheres em 2017) e 30 e 39 anos (foram 25 casos em homens para cada 10 em mulheres em 2017). Já nas faixas etárias de 40 a 49 anos (19 casos em homens para cada 10 em mulheres em 2015) e de 50 anos ou mais (17 casos em homens para cada 10 em mulheres), houve tendência de estabilização da razão de sexos nos últimos 10 anos (MS, 2018, p. 11).

¹⁶ Estima-se que em 2017 866 mil pessoas viviam com HIV, das quais 84% (731 mil) estavam diagnosticadas, 63% (548 mil) estavam em tratamento e 58% (503 mil) tinham carga viral indetectável (MS, 2018),

Vale destacar que esses resultados epidemiológicos estão enviesados por subnotificações, que em certos estados podem alcançar até 50% (MS, 2018, p. 10). Mas, mesmo assim, já revelam que o Brasil ainda não conseguiu ofertar de forma satisfatória acesso ao diagnóstico do HIV e ao tratamento às IST/AIDS: entre um e outro, o prazo de espera tem sido de 1 ano (GREENHALGH, 2019). Tampouco eliminamos a transmissão vertical do HIV e da sífilis (GRANGEIRO et al., 2015).

2.2 FORMAS DE PREVENÇÃO

Enquanto a cura da aids¹⁷ ainda não é descoberta, a prevenção segue sendo a principal medida técnico-sanitária contra o alastramento da epidemia. Conforme já dito, quando a aids surgiu, no início dos anos 1980, ainda pouco se sabia sobre seus mecanismos de transmissão e de adoecimento. Por ter sido primeiramente observada na comunidade homossexual, as primeiras medidas de prevenção prescritas pelo saber médico foram a abstinência sexual, a redução da quantidade de parceiros sexuais e o fechamento de saunas *gays* – recomendações permeadas por julgamento moral à prática do sexo entre dois homens. Como bem lembram Castiel e Diaz (2007, p. 25), desde pelo menos a “liberação dos costumes” na década de 1960 que a saúde pública tem se preocupado com a sexualidade dos jovens no sentido de evitarem gravidez e IST, propondo diversos métodos profiláticos que são ancorados em crenças e valores hegemônicos. Por exemplo, “Existem programas baseados em muitas perspectivas e ideologias, mas ninguém, utilizando a informação científica disponível, propôs em nenhum lugar do mundo o fomento do lesbianismo como a prática sexual mais que segura [ao HIV]” (CASTIEL, DIAZ, 2007, p. 25).

A camisinha, enquanto método preventivo à aids, foi uma alternativa proposta inicial e principalmente por comunidades de HSH dos EUA (Estados Unidos da América) e de pessoas que se relacionavam afetivamente com soropositivos – não sem embates ideológicos internos. Esses primeiros propositores cunharam o termo “sexo (mais) seguro” e valorizavam a liberdade e o prazer sexuais e a autonomia dos sujeitos diante da escolha pelo uso ou não da camisinha em seus encontros sexuais (PINHEIRO, 2015). A forma de prevenção por eles adotada era, portanto, mais dialógica que a abstinência sexual ou a redução do número de parceiros sexuais.

¹⁷ Infelizmente, a maioria dos estudos para a cura da aids ainda está na fase de laboratório e de pesquisa em modelos animais. Até o momento, os cientistas conseguiram perceber que apenas estratégias que combinem vários medicamentos e tipos de abordagem devem surtir efeito (GIV, 2016, p. 30).

Naquela época, embora a AIDS estivesse associada ao comportamento sexual como importante via de transmissão, os grupos de gays masculinos lutaram para impedir que o sexo fosse visto como comportamento negativo a ser evitado. A representação e discussão abertas sobre sexo como ato positivo, assim como sobre o desejo, o prazer e os cuidados com o parceiro, davam força às iniciativas de prevenção. (GAVIGAN et al., 2016, p. 7)

O preservativo enfrentou resistências por parte da sociedade, em especial dos religiosos. Mas, após a demonstração da eficácia deste método, ele foi alçado à forma mais segura de prevenção ao HIV, recomendado pelo saber médico e fomentado por governos – não sem, claro, enfrentar o conservadorismo, que obstaculizava o acesso à camisinha principalmente por populações mais vulneráveis, como presidiários e pacientes psiquiátricos, considerados como “perigosos” ou “incapazes” de se adaptarem aos valores de sexualidade e estilos de vida tradicionais e dominantes (TERTO JR., RAXACH, 2018, p. 4-5). No Brasil, ele ainda é o método mais recomendado pelo governo e autoridades de saúde¹⁸.

Segundo Giddens (2010, p. 41), o “grande alarde público com os riscos associados ao sexo não seguro, para conseguir levar as pessoas a mudar seu comportamento sexual”, feito tanto por parte da mídia quanto das autoridades sanitárias, pode ter contribuído indiretamente para que o HIV não se espalhasse como originalmente previsto. Contudo, segundo Pinheiro (2015), essa recomendação tem, ao longo do tempo, resvalado em um tecnicismo característico do processo de medicalização do social, marcado pela repetitiva e impositiva mensagem de “use camisinha” em toda e qualquer relação sexual, dita por profissionais de saúde e por campanhas, e pelo esvaziamento do conteúdo erótico inicialmente atribuído a esse método preventivo pela comunidade que o inventou.

Várias pesquisas têm apontado para o declínio do uso da camisinha entre os brasileiros: em 2015, pelo menos 45% da população sexualmente ativa não usaram preservativo nas relações sexuais casuais nos 12 meses anteriores (SCHEFFER, 2015). Entre os *gays* e HSH, esse índice estava entre 50% e 75% (UNAIDS, 2016b). Na população jovem de 13 a 15 anos, o quadro também é preocupante: apenas 66% deles tinham usado camisinha na última transa – três anos antes, este índice era um pouco melhor (75%) (IBGE, 2015).

¹⁸ O preservativo masculino é o método preventivo ao HIV mais incentivado, com distribuição gratuita no SUS. Para tanto, o Ministério da Saúde inaugurou em 2008 a primeira fábrica estatal de preservativos masculinos do país e a primeira no mundo a usar látex de seringueira nativa, em Xapuri (Acre). Já o preservativo feminino é comercializado no Brasil desde 1997, mas não é tão fácil de ser encontrado em farmácias como o masculino e é mais caro. O principal acesso a ele ainda é por meio da rede pública de saúde e ONG. Desde 2000, ele passou a ser distribuído, via secretarias de estado de saúde, 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 IST e de baixa renda. Entretanto, há limitada capacidade de produção (RODRIGUES, 2012, p. 77).

A distribuição de seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis visa diminuir o compartilhamento delas entre eles e, assim, a proliferação do HIV. Trata-se de um programa de redução de danos criado por *Junkiebonden*, uma espécie de associação holandesa de usuários de drogas, durante a epidemia de hepatite que enfrentavam em 1984. A estratégia foi posteriormente copiada por organizações da sociedade civil e administrações de todo o mundo (inclusive do Brasil¹⁹), tendo sempre enfrentado opiniões contrárias que a consideram estimuladoras do consumo de drogas e, conseqüentemente, encarado problemas de implementação e financiamento (BASTOS, 2006, p. 54).

A diminuição do uso da camisinha e os embargos aos programas de redução de danos têm preocupado as autoridades sanitárias e fomentado o estudo de alternativas preventivas. Dentre elas, está a pesquisa sobre anticorpos e vacinas anti-HIV, que são de dois tipos: a preventiva e a terapêutica. A vacina preventiva seria destinada a pessoas sem HIV, cujo organismo, ao entrar em contato com o vírus, já apresentaria uma resposta imunitária capaz de controlá-lo. Já a vacina terapêutica seria destinada a pessoas com HIV, a fim de neutralizar o vírus após reação do sistema imunológico.

Mais de 60 pesquisas em vacinas foram ou estão sendo experimentadas²⁰, em Fase I ou II²¹ – ou seja, antes do teste em larga escala, envolvendo muitas pessoas. Ao menos duas

¹⁹ No Brasil, as primeiras propostas de PTS (Programas de Trocas de Seringas) foram iniciativas locais. A pioneira ocorreu em Santos, em 1989, mas o Ministério Público de São Paulo embargou o projeto por considerá-lo estimulante ao consumo de drogas. 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 brasileiro naquela cidade. Desde então, vários estados e organizações da sociedade civil adotam Programas de Redução de Danos (BASTOS, 2006).

²⁰ A título de informação, listaremos abaixo alguns resultados de pesquisas envolvendo uma vacina ao HIV, segundo foram reportados pelos seus autores. Entretanto, antes de fazê-lo, gostaríamos de ressaltar que boa parte desses estudos ocorre com populações do continente africano. Contudo, segundo alguns críticos (com os quais concordamos), isso não se deve apenas ao fato de que lá haja as maiores taxas de infecção e mortalidade, mas sobretudo frágil fiscalização da observância de princípios éticos nos estudos clínicos (TITANJI, 2012; SLACK et al., 2000). Muitas vezes a população africana, tida como “voluntária” participante nos testes, na verdade não tem muita escolha, dado que seu ingresso neles representa frequentemente seu único acesso a serviços e tecnologias de saúde. Eles são, sobretudo, os negros e pobres da África, e isso deve ser constantemente lembrado, problematizado e debatido. Isto posto, passemos agora aos resultados dos testes clínicos com vacina, conforme relatados por seus autores.

O estudo piloto HVTN 100 está sendo realizado em cinco centros na África do Sul com 210 pessoas recebendo a vacina real e 42 um placebo. Contudo, Segundo seus autores, já teria demonstrado maior eficácia que o ensaio RV144, em termos de indicadores do sistema imunológico. A pesquisa também contribuiu para formular os critérios de imunogenicidade (a capacidade de a vacina despertar reações imunológicas) que levaram à concepção do estudo HVTN 702. Este foi anunciado durante a 21ª Conferência Internacional sobre Aids (AIDS 2016), com duração prevista de quatro anos e participação de 5.400 homens e mulheres do sul da África (GIV, 2016, p. 2 e 45-46).

Outro estudo, o TRAVERSE, está sendo feito com 198 pessoas nos EUA e em Ruanda. E no fim de 2017 iniciou-se outro ensaio clínico, o HVTN 705/HPX2008, ou Imbokodo. De fase IIb, ele durará três anos e testa uma vacina desenvolvida pela Janssen, subsidiária farmacêutica da Johnson & Johnson. O estudo envolve 2.600 mulheres entre 18 e 35 anos de idade, na África do Sul, Zâmbia, Zimbabuê, Maláui e Moçambique (AIDSMAP, 2017c; GIV, 2019b, p. 34).

pesquisas mundiais atingiram a Fase III²² (na qual o teste é feito em milhares de pessoas buscando determinar o grau de eficácia da vacina para a prevenção de infecção e/ou doença). Elas envolveram 7.500 voluntários e chegaram a resultados ainda desanimadores²³ (GIV, 2016, p. 2).

Em contraste aos resultados ainda insatisfatórios quanto a uma vacina, os estudos biomédicos concernentes a outros métodos preventivos têm trazido ares de esperança à resposta contra a epidemia. São eles: a circuncisão masculina, a PEP, a PrEP e o TasP. As

Os primeiros resultados do estudo APPROACH foram animadores. Testou-se por 48 semanas, em 400 pessoas de 18 a 50 anos nos EUA, Ruanda, Uganda, África do Sul e Tailândia, a “vacina de mosaico Ad26-env”, que reúne peças de diferentes cepas de HIV. Segundo os pesquisadores, o produto foi bem tolerado e se mostrou capaz de gerar respostas imunes anti-HIV em todas as pessoas que o receberam, em suas diversas concentrações (TIMERMAN, 2017). Na IAS de 2019, novos resultados do APPROACH, de fase IIa, foram divulgados e indicam que o anticorpo e as respostas imunitárias induzidas pela vacina duraram pelo menos dois anos, e que uma resposta protetora poderá durar pelo menos cinco anos se atingir a taxa típica de outras vacinas. A resposta dos anticorpos atingiu o pico após a última inoculação no regime de quatro injeções e baixou cerca de dez vezes nos cinco meses seguintes. Entretanto, não diminuiu quase nada nos dois anos seguintes (AIDSMAP, 2019).

Entre março de 2017 e 2019, ocorreu o estudo ASCENT, de fase IIa, com 150 pessoas nos EUA, Ruanda e Quênia, cujos resultados, segundo os pesquisadores, responderam à questão sobre qual formulação usar no próximo estudo de eficácia de fase II, o MOSAICO, que será feito na América do Norte, na América do Sul e na Europa, com previsão de conclusão em 2023 (AIDSMAP, 2017c; AVAC, 2017; AIDSMAPS, 2019).

Já o estudo clínico HVTN 098 envolve a vacina PENNVAX®-GP, desenvolvida pela Inovio Pharmaceuticals e formada pela combinação de quatro antígenos do HIV projetados para gerar respostas de anticorpos e células T e agir contra várias cepas do vírus. Segundo os pesquisadores, os resultados do estudo de fase I, divulgados em maio de 2018, mostraram que a vacina apresentou respostas imunológicas “duráveis e robustas” ao longo de 12 meses de acompanhamento (INOVIO, 2018).

²¹ As Fases I e II de pesquisas envolvendo vacinas anti-HIV determinam "a dose (quanto), o esquema (quantas vezes e com quais intervalos entre si), a rota (oral, subcutânea, injeção etc.), a força e o tipo de resposta imunitária que produz no nosso corpo. [...] Fase I: é a introdução de uma vacina candidata numa população humana, para determinar a segurança (efeitos adversos e tolerância) e a imunogenicidade (a capacidade de despertar reações imunológicas). Essa fase pode incluir estudos de doses e formas de administração. Geralmente envolve menos de 100 voluntários. Fase II: dedica-se a testar a imunogenicidade e examinar a eficácia em um número limitado de voluntários (entre 200 e 500). Em alguns casos, o ensaio é desenvolvido em um grupo maior de voluntários que representa uma população vulnerável (ao HIV no nosso caso). Estes ensaios são chamados de ensaios de Fase IIb. Eles podem fornecer dados importantes sobre segurança e dar alguma informação sobre se a vacina realmente funciona ou tem algum tipo de eficácia." (GIV, 2016, p. 2).

²² "Fase III: é a análise mais completa de segurança e eficácia para a prevenção da infecção pelo HIV. A eficácia é a habilidade da vacina candidata de proteger contra uma infecção ou doença. Por exemplo, em um ensaio de vacina contra o HIV, a vacina deve prevenir contra a infecção pelo HIV ou contra a progressão para AIDS, em voluntários que receberam a vacina, em contraste com aqueles que receberam o placebo (substância inativa). Envolve um número maior de voluntários em um grande estudo que inclui várias instituições de saúde, muitas vezes de países diferentes." (GIV, 2016, p. 2). Se o resultado da Fase III for favorável, a vacina é liberada para uso em determinadas populações. Mesmo depois de liberada, ela continua sendo acompanhada para a observação, na Fase IV, a fim de avaliar efeitos colaterais que podem não ter sido registrados durante a experimentação (GIV, 2016, p. 2).

²³ O estudo STEP foi encerrado em 2007 devido à falta de eficácia: segundo os investigadores, a resposta humana à vacina não foi igual à prevista por modelos animais. Em 2009, o estudo RV144, realizado na Tailândia combinando duas vacinas, teria sido o primeiro a mostrar resultados positivos, ainda que baixos: 31% menos infecções em pessoas vacinadas do que naquelas que receberam placebo. Pesquisas subsequentes teriam mostrado que o efeito da vacina foi devido a um tipo de resposta imunitária imprevisível. Contudo, o efeito da vacina do RV144 esvaiu-se rapidamente: no final do primeiro ano, a eficácia reportada foi de 60%, e após dois anos não houve qualquer grau adicional de proteção contra o HIV. Recentemente, foi anunciado um estudo da Janssen de fase III que testará uma vacina em cerca de 3,8 mil HSH e transgênero em mais de 50 centros clínicos de oito países, inclusive no Brasil. Os resultados iniciais são esperados para 2023 (REVISTA GALILEU, 2019).

conclusões dos ensaios clínicos envolvendo tais métodos foram utilizadas por alguns governos como argumento científico favorável à inclusão deles nas políticas de saúde. Eles têm sido debatidos e seu uso proposto pelas autoridades sanitárias dentro do que se convencionou chamar de "prevenção combinada": em termos gerais, trata-se da combinação de várias estratégias de prevenção, escolhidas pelas organizações que formulam, financiam e implementam programas de prevenção ao HIV segundo seus próprios critérios.

Não há uma definição única para o que seja "prevenção combinada". Em 2007, um grupo de especialistas do Unaid (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS), inspirados nas experiências bem-sucedidas de países como Brasil, Tailândia e Uganda, definiu como programas de prevenção combinada aqueles baseados nos direitos, informados pelas evidências e pertencentes às comunidades, que usam um mix de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais para responder às necessidades de prevenção de indivíduos e comunidades específicas (FERRAZ, 2016, p.10). Contudo, vários organismos que financiam programas de prevenção combinada tendem a ser mais restritivos que o Unaid, focando apenas nas tecnologias preventivas que usam antirretrovirais, encorajados pelos resultados dos ensaios clínicos sobre elas, e em intervenções comportamentais para fomentar seu uso (FERRAZ, 2016, p.11). O governo brasileiro adota o termo "prevenção combinada" desde 2013, e em sua definição²⁴ é possível perceber a opção por uma abordagem restritiva, em que "Não há menção ao enfrentamento dos fatores estruturantes da vulnerabilidade ao HIV, como, por exemplo, a homofobia e a discriminação baseada na identidade de gênero." (FERRAZ, 2016, p.12).

Na verdade, não é muito correto classificarmos algumas intervenções no campo da aids como "biomédicas", "comportamentais" ou "estruturais", pois essa separação não existe no mundo prático. Para funcionar, as intervenções ditas "biomédicas" dependem do entendimento das pessoas acerca do que são, do acesso dos indivíduos a elas; da mudança de comportamento para haver adesão ao uso etc. (GAVIGAN et al., 2016, p. 11; KIPPAX, STEPHENSON, 2012, p. 792; AGGLETON, PARKER, 2015, p. 1553; PARKER, 2015, p. 5-6). Portanto, caro leitor, quando nesta tese utilizamos o termo "biomédico" para caracterizar certos métodos preventivos, fazemo-lo mais para criticar a demasiada ênfase dada aos seus

²⁴ O Ministério da Saúde define prevenção combinada como "[...] o uso 'combinado' de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método a outro." (MS, 2017, p. 12). Dentre os métodos preventivos que ele lista como pertencentes à prevenção combinada, estão a PrEP, a testagem para o HIV; a PEP; o uso regular de preservativos masculinos e femininos; o diagnóstico oportuno e tratamento adequado de IST e hepatites virais; a redução de danos para o uso de álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios; o gerenciamento de vulnerabilidades; o tratamento antirretroviral para todas as pessoas infectadas com HIV e a consequente supressão da replicação viral; imunizações e conhecimento dos marcos legais e outros aspectos estruturais (MS, 2017, p. 11; DIAHV, 2017a).

aspectos biomédicos nas pesquisas científicas e quando transformados em políticas públicas, pouco acompanhadas de discussões sobre melhorias nos sistemas de saúde e em outros setores dos quais também depende a resposta à epidemia de aids (como leis, programas educacionais, incentivos à empregabilidade etc.). Mas, antes de adentrarmos esse debate, vamos discutir melhor cada um dos métodos preventivos objeto desta tese.

2.2.1 Circuncisão Masculina

Os primeiros estudos científicos observacionais indicando uma associação entre a circuncisão masculina e a diminuição nas infecções por HIV são de Alcena (1986) e Fink (1986). Segundo este último, o prepúcio intacto do pênis contribuiria para a possibilidade de infecção pelo HIV devido à sua grande superfície de contato vulnerável a pequenas abrasões²⁵. Apenas a partir dos anos 1990 realizaram-se mais sistematicamente estudos observacionais em regiões da África Subsaariana, onde a transmissão do HIV dava-se principalmente via sexo entre heterossexuais. Os resultados sugeriram ser inversamente proporcionais a incidência de HIV e a quantidade de homens circuncidados. Segundo Camargo Jr et al. (2013, p. 771-772), tais estudos observacionais não foram tão questionados pelo saber biomédico – ao contrário, houve um esforço das pesquisas seguintes em confirmar as observações por meio de ensaios clínicos randomizados. No trecho abaixo, Giami et al. (2015) citam alguns poucos estudos que levantaram dúvidas quanto à eficácia da circuncisão masculina como método preventivo ao HIV:

For some, circumcision's efficacy had been established as early as 1999, and 'it was time to act' (Halperin & Bailey, 1999). For others, it was hard to draw a conclusion from epidemiological studies (de Vincenzi & Mertens, 1994). The findings of Helen Weiss's meta-analysis tended towards the conclusion of a relative efficacy but without excluding the possibility of biases (Weiss, Quigley, & Hayes, 2000). Moreover, Siegfried et al. (2003), who authored a Cochran review, found insufficient evidence to support an interventional effect of male circumcision on HIV acquisition in heterosexual men. (GIAMI et al., 2015, p. 4-5)²⁶

A decisão por realizar ensaios clínicos randomizados ocorreu em 2000, após uma reunião organizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em Durban, à margem da 13ª

²⁵ Segundo Camargo Jr. et al. (2013, p. 772), esse trabalho teria sido posteriormente corroborado por estudos biológicos de caso controlado, embora com diferentes explicações.

²⁶ Tradução nossa: “Para alguns, a eficácia da circuncisão já havia sido estabelecida em 1999, e 'era hora de agir' (Halperin & Bailey, 1999). Para outros, era difícil tirar uma conclusão dos estudos epidemiológicos (de Vincenzi & Mertens, 1994). As descobertas da meta-análise de Helen Weiss tenderam à conclusão de uma eficácia relativa, mas sem excluir a possibilidade de vieses (Weiss, Quigley, & Hayes, 2000). Além disso, Siegfried et al. (2003), que foi autor de uma revisão de Cochran, encontrou evidências insuficientes para apoiar um efeito intervencionista da circuncisão masculina na aquisição do HIV em homens heterossexuais.”

Conferência Internacional de Aids. Os objetivos foram verificar quanto tempo após a circuncisão surgia evidência de diminuição da infecção pelo HIV e a eficácia global desta prática (GIAMI et al., 2015, p. 5).

Em 2002, a USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) organizou em Washington (EUA) a conferência “Circuncisão masculina: atuais evidências epidemiológicas e de campo” – a primeira grande conferência oficial sobre a circuncisão como método de prevenção ao HIV. Os especialistas convidados formaram o núcleo de uma rede que, segundo Giami et al. (2015, p. 5), participaria da maioria dos eventos relacionados a esse tema posteriormente, tendo grande influência no debate e implementação desta estratégia preventiva.

Durante a III Conferência da Sociedade Internacional de Aids – IAS para Patogênese e Tratamento da Aids (realizada de 24 a 27 de julho de 2005 no Rio de Janeiro), divulgaram-se resultados preliminares do estudo ANRS 1265 (AUVERT et al., 2006), realizado na África do Sul, que advogava o potencial da circuncisão masculina como mais uma forma de prevenção às IST (infecções sexualmente transmissíveis) e à aids. Os investigadores alegaram ter verificado, por meio de testes controlados, que na relação sexual entre homem e mulher a circuncisão diminuía o risco de o homem se infectar por HIV em 60%. Na época, não houve comprovação de que a circuncisão masculina prevenia IST/HIV nas mulheres.

Em agosto de 2005, formou-se uma força-tarefa interinstitucional com o objetivo de divulgar informações e organizar discussões por meio de consultas e conferências a fim de subsidiar a implementação da circuncisão masculina em 16 países-alvo do continente africano²⁷. Esta força-tarefa foi coordenada pelo Un aids e composta por funcionários internacionais e regionais da OMS, UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas) e Banco Mundial, e incluía as pessoas que haviam organizado a Conferência de Washington (GIAMI et al., 2015, p. 6).

Em 2006, resultados de pesquisas envolvendo a circuncisão masculina como método preventivo ao HIV também foram repercutidos na XVI Conferência Internacional de AIDS, realizada em Toronto. Ademais, a partir daquele ano foram empreendidas consultas regionais, com uma média de apenas 60 participantes, em Lesoto, Quênia, Suazilândia, Zâmbia e Tanzânia. Segundo Giami et al., 2015, p. 6), o intuito delas era mais de apresentar os achados, preliminares ou definitivos, dos ensaios clínicos randomizados e menos de questioná-los –

²⁷ Os países visados foram Botsuana, Burundi, República Centro-Africana, Quênia (Província de Nyanza), Lesoto, Libéria, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

pois o objetivo principal era discutir as melhores estratégias para implementar a circuncisão masculina nos serviços de saúde desses países. Inclusive, segundo os autores, foram criticados resultados de levantamentos demográficos na África que não detectavam qualquer diferença na prevalência do HIV entre os indivíduos circuncidados e não circuncidados²⁸.

There was no real debate of the pros and cons of male circumcision as a means of prevention. Since the actual findings from the RCTs [randomized controlled trial] were taken for granted, the only point actually open for discussion had to do with the conditions for implementing the programme and its acceptability. (GIAMI et al., 2015, p. 6)²⁹

Em dezembro de 2006, a conferência internacional "Estratégias e abordagens para programação da circuncisão masculina" foi realizada em Genebra para rever as conclusões das conferências regionais anteriores (WHO, 2007). Ela, juntamente com os resultados dos estudos científicos publicados entre 2005 e 2006, levou a OMS e o Unaides a realizar uma consulta técnica sobre o assunto, em março de 2007 em Montreux. Contudo, segundo Giami et al. (2015), esta consulta ocorreu com pouca informação sobre os resultados dos três ensaios clínicos randomizados feitos até então: apenas um deles havia sido publicado havia um mês, e os outros dois ainda estavam sendo revistos para publicação científica:

[...] what was known depended on the permeability assumed to take place between scientific circles, international public health organisations and the network advocating male circumcision. The idea guiding the organisation of the technical consultation in Montreux was to present arguments for justifying the decision to a broad representation of official organisations and NGOs from various countries and thus obtain their backing before implementing the recommendation. (GIAMI et al., 2015, p. 7)³⁰

Assim, para Giami et al. (2015), essa consulta técnica foi dirigida por uma rede informal de pessoas, marcada por pouco espaço a críticas e controvérsias, como se a decisão pela implementação da circuncisão masculina como método preventivo ao HIV já tivesse sido tomada antes da reunião. Dessa forma, em 28 de março de 2007, seguindo a consulta técnica, a OMS e o Unaides formalizaram a recomendação da circuncisão masculina para a prevenção ao HIV – particularmente nos países africanos (WHO/UNAIDS, 2007). Segundo Giami et al.

²⁸ Segundo os críticos, não se havia perguntado aos participantes há quanto tempo tinham sido circuncidados, levantando suspeitas de que poderiam ser já soropositivos antes da cirurgia ou de que esta havia sido realizada de uma forma que não os protegeu (GIAMI et al., 2015, p. 6).

²⁹ Tradução e colchetes nossos: “Não houve um debate real sobre os prós e contras da circuncisão masculina como meio de prevenção. Como os resultados reais dos ECRs [estudos clínicos randomizados] foram tomados como garantidos, o único ponto realmente aberto para discussão tinha a ver com as condições para a implementação do programa e sua aceitabilidade.”

³⁰ Tradução nossa: “O que era conhecido dependia da permeabilidade entre os círculos científicos, as organizações internacionais de saúde pública e a rede que defendia a circuncisão masculina. A ideia que orientou a organização da consulta técnica em Montreux foi apresentar argumentos para justificar a decisão a uma ampla gama de representantes de organizações e ONGs de vários países e, assim, obter seu apoio antes de implementar a recomendação.”

(2015, p. 13), o anúncio foi feito em conferência de imprensa e amplamente coberto por meios de comunicação de massa em todo o mundo, quase sempre com comentários positivos – tendo a revista *Time* afirmado, em dezembro daquele ano, que a circuncisão masculina como prevenção ao HIV foi o "avanço médico número um" de 2007.

A recomendação da OMS e do UnaidS colocou um fim, apenas temporário, a uma longa controvérsia científica sobre a eficácia, os méritos e os limites da circuncisão masculina como método preventivo ao HIV. Segundo Giami et al. (2015, p.7), qualquer crítica à recomendação da OMS ou dúvida sobre a eficácia desse método preventivo foi tida como oposição e condenada moralmente: “A *French anthropologist told us that advocates of the recommendation talked to him after a public meeting, saying, ‘If you continue opposing circumcision, you will have blood on your hands’.*”³¹.

Nos debates sobre a circuncisão como método preventivo ao HIV, acabou prevalecendo o saber biomédico que a simplificou, reduzindo-a à mera retirada de um pedaço de pele que pode e deve ser dispensado em prol da saúde das pessoas. Contudo, pesquisadores como Okeke, Asinobi e Ikuerowo (2006) ressaltaram os riscos e os efeitos adversos da cirurgia. Ademais, segundo Aggleton (2007), Camargo Jr. et al. (2013) e Giami et al. (2015, p. 5), pesquisas desenvolvidas acerca da circuncisão masculina pelas ciências sociais e humanas, que há muito mostram os diversos gestos interpretativos dos sujeitos sobre ela em diferentes culturas, somente foram incorporadas ao debate em 2007, mas não com o mesmo peso científico. Em 18 e 19 de janeiro de 2007, Durban sediou a “Consulta sobre as perspectivas das ciências sociais acerca da circuncisão masculina para a prevenção do HIV”. Contudo, segundo Giami et al. (2015, p. 6), os cientistas sociais foram convidados para facilitar a implementação de decisões biomédicas nos países-alvo, e não para ajudar a elaborar um protocolo, já feito. Um grupo chamado SAHARA (sigla em inglês para Aliança de Pesquisa em Aspectos Sociais do HIV/AIDS) coordenou os estudos de ciências sociais sobre o tema. Contudo, a OMS e o UnaidS não esperaram pelo relatório deles, aprovando antes a recomendação da circuncisão masculina como método preventivo ao HIV.

Desde então, outros estudos clínicos foram realizados. Dentre eles, Bailey et al. (2007) relataram uma diminuição de 51% da infecção pelo HIV entre homens circuncidados em comparação aos não circuncidados no Quênia. Outra pesquisa feita na Uganda (GRAY et al., 2007) alegou ser a circuncisão 50% a 60% eficaz na prevenção ao HIV. Outro estudo feito no

³¹ Tradução nossa: “Um antropólogo francês nos disse que defensores da recomendação conversaram com ele depois de uma reunião pública, dizendo: ‘Se você continuar se opondo à circuncisão, você vai ter sangue nas suas mãos’.”

mesmo país (AARON et al., 2009) reportou que a circuncisão também diminui o risco de o homem se infectar por HPV (em 35%) e por herpes (em 25%). A ANRS-12126, pesquisa realizada em Orange Farm (África do Sul), afirmou que a incidência do HIV em mulheres que praticaram sexo só com homens circuncidados diminuiu em 17% na faixa etária de 15 a 49 anos, e 20% nas jovens de 15 a 29 anos. O estudo Partners PrEP, realizado com voluntários sorodiscordantes (quando apenas um tem o HIV) heterossexuais na África, aportou que a incidência de sífilis em homens circuncidados é 42% menor. Em relação ao HIV, aportou-se redução geral de 75% no risco de infecção, com eficácia mais elevada entre homens (84%) do que entre mulheres (66%) (ABIA, 2014, p.10-12; MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2017, p. 12). O estudo HIPSS (*HIV Incidence Provincial Surveillance System*), realizado em KwaZulu Natal (África do Sul), também afirmou que homens circuncidados têm menor chance de contrair HIV e outras IST. Também foram investigadas 4766 mulheres entre 15 e 49 anos de idade. Segundo os pesquisadores, as que relataram parcerias sexuais com homens circuncidados tiveram menores taxas de infecção por HIV (42%) do que as outras (54%), representando 30% menor de chance de contrair o vírus da aids (AIDSMAP, 2017d). Os cientistas ainda não entendem completamente as causas biológicas por trás da prevenção a IST/HIV por meio da circuncisão masculina. Contudo, acredita-se que o prepúcio atua como um reservatório para secreções contendo HIV, aumentando o tempo de contato entre o vírus e as células-alvo que revestem a mucosa interna do pênis.

Segundo Camargo Jr et al. (2013, p. 771-772), os estudos observacionais não levam em consideração fatores como *status* socioeconômico, nível de escolaridade, etnia, religião e idade. Ademais, o ensaio clínico randomizado, apesar das várias críticas metodológicas e políticas a ele, permanece sendo considerado desde os anos 1950 o “padrão ouro” de pesquisa para avaliação de intervenções médico-sanitárias, por conta da crença de que ele é livre de vieses e capaz de garantir a objetividade dos resultados. Contudo, para Dowsett e Couch (2007) e para Green et al. (2010), o estudo clínico randomizado deliberadamente produz resultados descontextualizados, já que considera a intervenção cirúrgica como o único fator causal – ignorando, portanto, influências de ordem social e contextual implicadas no próprio desenvolvimento da pesquisa e nos contextos reais de vida das pessoas. Por exemplo, nos estudos sobre circuncisão masculina, os participantes sabem se sofreram ou não a cirurgia – o que cria diferentes expectativas entre os participantes dos dois grupos, ocasionando importantes efeitos nas respostas comportamentais, psicológicas e sexuais (KNAUTH; MACHADO, 2013, p. 235-236).

As ciências sociais e humanas, apesar de negligenciadas nas pesquisas sobre a circuncisão masculina como método de prevenção ao HIV, fornecem preciosas informações que explicam a adesão ou resistência dos homens a esse método preventivo, e ajudariam a responder as seguintes questões feitas por Berer:

[...] would a man who will not use condoms to protect himself and his partner(s) from HIV and who does not practice safer sex in some other way agree to be circumcised? If so, why? Does he really understand the nature of the partial protection circumcision will give him and the lack of protection it will give his partner(s), whether they be female or male? What about men who do use condoms? And what will happen when at least some of the men who seek circumcision are already found to be HIV-positive, a likely event in the high HIV prevalence settings where male circumcision is intended to be promoted? If many women are still unable to negotiate condom use or other forms of safer sex with their male sexual partners, how can male circumcision programmes help them? To what extent is penile hygiene a factor in HIV and STI transmission risk? What about teaching penile hygiene as a population-level intervention? (BERER, 2007, p. 46 e 47)³²

Enquanto foi uma prática restrita a certas culturas e religiões, a circuncisão enfrentou debates – Aggleton (2007), recorrendo à historiografia sobre a circuncisão, aborda como ela foi vista como um ato violento, desde sua origem apócrifa entre os egípcios até a tentativa de seu banimento nos EUA pela Lei Federal de Proibição da Mutilação Genital, em 2007. Contudo, tais discursos foram deslocados após a apropriação da circuncisão masculina como método preventivo ao HIV pelo campo científico: passou-se, então, a validar técnica e socialmente este tipo de intervenção no corpo, sustentada por “evidências” e “comprovações” científicas, e recomendada a qualquer homem que zele pelo seu risco de contrair o HIV, independentemente de sua religião ou cultura (KNAUTH; MACHADO, 2013, p. 233-234).

Por a circuncisão ser uma intervenção no corpo individual, existe a possibilidade de os indivíduos que não queiram aderir a ela serem considerados irresponsáveis ou negligentes, já que se recusariam a uma promessa de saúde. Mais grave ainda é o fato de ela estar sendo proposta, principalmente nos países africanos, como uma decisão de Estado – portanto, como um controle sobre os corpos, sob risco de ocorrer à revelia das escolhas e autonomias individuais. Um dos argumentos utilizados para isso é justamente a recusa dos sujeitos a usar

³² Tradução nossa: “[...] um homem que não usa preservativos para proteger a si e à(s) sua(s) parceira(s) do HIV e que não pratica sexo mais seguro de alguma outra forma concordaria em ser circuncidado? Se sim, por quê? Será que ele realmente entende a natureza da proteção parcial que a circuncisão lhe dará e a falta de proteção que dará à(s) sua(s) parceria(s), seja ela feminina ou masculina? E os homens que usam preservativos? E o que acontecerá quando pelo menos alguns dos homens que procuram a circuncisão descobrirem-se já soropositivos, um evento provável nos cenários de alta prevalência de HIV, onde se quer promover a circuncisão masculina? Se muitas mulheres ainda não conseguem negociar o uso de preservativos ou outras formas de sexo seguro com seus parceiros sexuais masculinos, como os programas de circuncisão masculina podem ajudá-las? Até que ponto a higiene peniana é um fator de risco de transmissão de HIV e IST? Que tal ensinar a higiene peniana como uma intervenção a nível de população?”.

o preservativo ou de se submeter a mudanças comportamentais, o que demandaria uma forma de prevenção que não dependesse apenas da vontade das pessoas em usá-la (KNAUTH; MACHADO, 2013, p. 236-238; GIAMI et al., 2015, p. 14). Ademais, segundo Camargo Jr et al. (2013, p. 780), por ser uma intervenção preventiva proposta por pesquisadores norte-americanos e europeus para países pobres, sobretudo africanos, fica difícil não reconhecer ecos de um passado colonial.

A indicação da circuncisão em bebês em outros países (inclusive desenvolvidos) que adotaram a circuncisão enquanto política de saúde também ocorre à revelia desses pequenos e pode trazer consequências para o meio cultural:

Cria-se, assim, uma nova geração de meninos circuncidados. E como ficam aqueles que, da mesma geração, não forem, por algum motivo, objeto desta prática? Quais as implicações desta “nova natureza” para a circulação desses meninos e homens nos locais que não adotam a circuncisão como política? (KNAUTH; MACHADO, 2013, p. 238-239).

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 em locais onde a prevalência do HIV entre heterossexuais for alta e os níveis de circuncisão masculina forem baixos. Este não é o quadro epidemiológico geral do Brasil – por aqui, são maiores os índices de HIV na população de HSH, para a qual ainda não há resultados satisfatórios de prevenção a IST/HIV por meio da circuncisão. É por isso que, segundo o Ministério da Saúde, não há recomendação oficial para implementar essa política preventiva, e ela não é abordada em suas campanhas ou cartilhas educativas.

2.2.2 PEP – Profilaxia Pós-Exposição

A PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV), 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 orientações do Ministério da Saúde (2015), indica ou não o uso da PEP. Dentre os fatores a ser considerados, estão: o *status* sorológico para o HIV da pessoa exposta e da pessoa de quem se poderia ter contraído o vírus (quando possível), a prevalência presumida do HIV do segmento populacional a que pertence esta última (populações mais afetadas pela epidemia); o tipo de exposição (por exemplo, sexo penetrativo anal ou vaginal sem preservativo e com ejaculação interna; material perfurocortante); o tipo de material biológico envolvido (sangue, sêmen, fluido vaginal etc.); e o tempo transcorrido

entre a exposição e o atendimento. Nos casos em que a PEP é recomendada, ministram-se à pessoa medicamentos antirretrovirais – preferencialmente, Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Atazanavir/ritonavir (ATV/r) – idealmente de duas 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. Segundo o Ministério da Saúde (2015), pelo menos metade das pessoas em PEP apresenta efeitos adversos leves e autolimitados no trato gastrointestinal, cefaleia, fadiga e alterações laboratoriais geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Contudo, efeitos adversos mais graves já foram relatados em um pequeno número de pessoas em PEP: nefrolitíase (cálculos renais) complicada por sepse urinária, rabdomiólise³³, pancitopenia³⁴, síndrome de Stevens-Johnson³⁵ e hepatite medicamentosa (MS, 2015, p.43-44).

No mundo, a PEP foi utilizada por anos sem comprovação científica por profissionais da saúde que se acidentavam com material contaminado. Em 1997, um estudo baseado nos registros de prontuários desses profissionais validou a medida preventiva para essa população (CONTREIRAS, 2014). Assim, em 1998 o Ministério da Saúde (MS) passou a ofertar a PEP a seus profissionais da saúde e, logo em seguida, a vítimas de violência sexual no SUS. Em 2006, a PEP foi liberada também para casais sorodiscordantes (para pessoas soronegativas ao HIV que se relacionam com alguém infectado).

Foi só a partir de outubro de 2010 que a PEP passou a ser ofertada no SUS também a qualquer pessoa que manteve relação sexual considerada de risco (sem o uso do preservativo ou quando este se rompeu) com pessoa de sorologia desconhecida ou soropositiva ou a quem compartilhou seringa (BRASIL, 2012, p. 6). Para alguns pesquisadores, essa demora na ampliação da oferta de PEP deveu-se a um conservadorismo: “Foram necessários quase dez anos para se chegar a conclusão da capacidade desta profilaxia ser utilizada nas relações sexuais. Preconceito científico/cultural?” (FERNANDES, 2018, p. 10). Como bem observou Contreiras sobre a norma vigente ainda em 2006,

Sobre os casos em que o parceiro é de sorologia desconhecida, a norma de 2006 dizia que a profilaxia “deve ser muito bem avaliada” e que “muitas pessoas que procuram os serviços após possível exposição, o fazem por não manter práticas efetivas de redução do risco”. O tom vago e a generalização sobre o comportamento dos que procuram a PEP – sem referência a

³³ A rabdomiólise é uma síndrome grave decorrente de uma lesão muscular. A morte das fibras musculares faz com que elas liberem seu conteúdo para a corrente sanguínea, afetando principalmente os rins, que não conseguem remover os resíduos concentrados na urina.

³⁴ Pancitopenia é a redução de todos os elementos do sangue ao mesmo tempo: hemácias, leucócitos e plaquetas.

³⁵ Na Síndrome de Stevens-Johnson, surgem lesões avermelhadas em todo o corpo e outras alterações, como dificuldade de respirar e febre, que podem colocar em risco a vida do paciente.

nenhuma pesquisa que a comprovasse – claramente desencorajava o uso do método. (CONTREIRAS, 2014, s.p.).

Para Mario Scheffer (2014, s.p.), pesquisador e ativista do grupo PelaVidda São Paulo, “a PEP é uma política seletiva, que divide a população em duas categorias, os merecedores, que se expuseram por acidente, e os não merecedores, que se expuseram por prazer”. Segundo Alexandre Grangeiro, pesquisador e ex-coordenador do Programa Nacional de Aids, também perpassava o debate sobre a PEP entre especialistas e governo um certo temor de fomentar o sexo sem preservativo:

Por razões humanitárias, não havia como negar a PEP para quem sofreu violência sexual. Mas para a população em geral se colocou uma restrição porque se temia uma desinibição no comportamento, um excesso de medicalização e o surgimento de vírus resistentes. Esses pressupostos ao longo do tempo foram vistos como falsos. (GRANGEIRO, 2014, s.p.).

Já os especialistas favoráveis à ampliação da oferta da PEP para toda a população argumentavam que, além de prevenir a infecção por HIV, a PEP aproximaria os indivíduos dos serviços de saúde e, portanto, de informações sobre prevenção e de testagem a outras IST – argumento que voltou a ser utilizado mais tarde quando da implementação da PrEP no SUS.

Com o intuito de subsidiar o debate sobre a ampliação da PEP para a população geral, realizaram-se alguns estudos científicos no fim dos anos 1990 e na primeira metade dos anos 2000. Contudo, eles enfrentaram obstáculos metodológicos, inclusive éticos, uma vez que os indícios da eficácia da PEP em outras situações (para acidentes de trabalho e violência sexual) impossibilitavam a utilização de placebo – tido como o padrão-ouro da pesquisa médica (CONTREIRAS, 2014). Ademais, o temor de serem vistas como estimuladoras do comportamento de risco dificultou o financiamento dessas pesquisas por instituições e o fornecimento pela indústria farmacêutica das medicações utilizadas como PEP para os estudos (SCHECHTER, 2014). No Brasil, a saída encontrada pela equipe de pesquisadores conduzida por Mario Schechter foi a realização do primeiro estudo para avaliar se a oferta da PEP aumentaria o comportamento de risco. A pesquisa, publicada em 2004, concluiu que isso não ocorria, após ter acompanhado 200 homens *gays* por dois anos no Rio de Janeiro. Ademais, segundo o estudo, houve menos infecções por HIV nos homens submetidos a PEP do que naqueles que não a tomaram. “Os dados acabaram sendo considerados os mais fortes indícios disponíveis na literatura mundial a respeito da eficácia da PEP em situações de sexo consensual, já que um estudo de eficácia metodologicamente adequado acabou nunca sendo realizado.” (CONTREIRAS, 2014, s.p.). Entretanto, a pesquisa do grupo de Schechter teria revelado que a taxa de infecções na população geral não foi menor do que seria caso a PEP

não existisse – o que foi interpretado por muitos como se a PEP tivesse pouco impacto como medida de saúde pública, ainda que trouxesse benefícios individuais. Mas, para os pesquisadores, isso se devia ao fato de que as pessoas continuavam se expondo ao HIV sem recorrer à PEP (CONTREIRAS, 2014).

A adoção da chamada “PEP sexual” por alguns países ocorreu principalmente após a divulgação de estudos científicos – com exceção da província canadense do Quebec, que o fez ainda em 1999. Por exemplo, a Austrália a incorporou em 2001 e, a partir de 2005, Estados Unidos, Reino Unido e outros países europeus – alguns deles inclusive citaram o estudo brasileiro em suas diretrizes (CONTREIRAS, 2014). Contudo, no Brasil, como vimos, isso só ocorreu em 2010. E em grande parte do sul global, a PEP sexual ainda não é uma realidade. Parte disso também se deve à OMS, que até 2014 citava somente a PEP por acidente de trabalho e por violência sexual em suas recomendações. Isso foi revisto em 2014, quando as diretrizes da OMS passaram não mais a distinguir os tipos de exposição ao HIV (WHO, 2014). Em outros países, como no continente africano, em que sequer o tratamento às pessoas soropositivas é garantido, a PEP é uma realidade de prevenção bastante distante. Mas, segundo Grangeiro (2014), no Brasil, país que produzia a maioria dos antirretrovirais localmente, o fator econômico não era o principal impeditivo para a adoção da PEP sexual:

Alguns grupos de homossexuais e de pessoas vivendo com HIV alertavam para essa contradição: uma população sem acesso a um recurso que sabidamente poderia trazer benefício. Por que oferecer para uma vítima de violência sexual e não oferecer para gays e profissionais do sexo? Só se for por uma questão moral. (GRANGEIRO, 2014, s.p.)

Em dezembro de 2013, o MS anunciou que passaria a ofertar a PEP não mais apenas nos serviços especializados, mas na rede básica de saúde, para facilitar o acesso da população. Em 2015, foi atualizado o protocolo clínico da PEP (MS, 2015), buscando simplificar os procedimentos (principalmente para atendimentos de emergências por profissionais não especialistas) e deixando-se de fazer distinção entre os três tipos de PEP (acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida).

Em março de 2019, a Comissão de Entorpecentes do UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) aprovou resolução que solicita aos Estados-membros a oferta às mulheres que usam drogas e que são vítimas de violência sexual de programas de prevenção combinada, particularmente a PEP, de acordo com a legislação de cada país (DIAHV, 2019a).

Contudo, a plena implementação e aceitabilidade da PEP ainda enfrentam dificuldades. Boa parte dos brasileiros desconhece essa forma de prevenção – o que, segundo Jardim (2016, p. 97), deve-se à pouca divulgação pelo Ministério da Saúde:

Ao analisarmos o que chamamos de ‘itinerários preventivos’ das pessoas em busca de prevenção contra o vírus HIV, entendemos que eles só acontecem em relação a PEP a partir do momento em que o indivíduo possui informações a respeito da medida. Contudo, foi possível observar que o conhecimento a respeito da profilaxia ainda é muito restrito. A maioria dos usuários entrevistados não tinham informações iniciais a respeito da PEP, e quando as obtiveram, não foi através de fontes do MS [Ministério da Saúde], mas sim através da internet, ou pessoas próximas. (JARDIM, 2016, p. 98)

Ademais, são constantes as denúncias da sociedade civil organizada acerca do despreparo e, por vezes, desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a PEP, também percebida por Jardim (2016) em pesquisa de campo em uma unidade de serviço de saúde do município do Rio de Janeiro. Questões como machismo, preconceito, racismo e homofobia institucionais representam obstáculos adicionais de acesso à PEP por grupos mais vulneráveis ao HIV (TERTO JR.; RAXACH, 2018, p. 6).

Apesar de não observarmos que, diretamente, os profissionais dos serviços pesquisados se neguem a oferecer a PEP sexual quando se deparam com indivíduos solicitando a mesma, percebemos que diversos trabalhadores envolvem seus julgamentos e crenças no atendimento a estas pessoas. Julgamentos esses que culpabilizam o indivíduo por ter se envolvido em uma situação de risco de forma “consentida”. (JARDIM, 2016, p. 99)

Em 2015, a PEP foi o foco da primeira fase do Projeto Combina, um estudo realizado em cinco cidades brasileiras a fim de avaliar como as pessoas usam os métodos de prevenção ao HIV disponíveis nos serviços públicos de saúde. Segundo os pesquisadores, ela foi eficaz em 100% dos casos e, ao contrário do que alguns profissionais de saúde pensariam, os usuários da PEP seriam pessoas preocupadas com o HIV, que buscam se prevenir e que, em uma situação extraordinária (como o rompimento do preservativo), recorrem à PEP: 10% deles fizeram novo uso desta estratégia de prevenção no período de um ano. Os usuários de PEP pesquisados souberam sobre este método preventivo por meio da internet, do serviço de saúde, da rede de amigos e de apoio social (GIV, 2017, p. 3).

O fato de os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) não funcionarem 24 horas por dia, 7 dias na semana, representa outra barreira de acesso a essa forma de prevenção emergencial, já que nem sempre a PEP está disponível nos serviços básicos de saúde. Ademais, há estudos indicando baixas proporções de pessoas que aderiram ao regime completo de PEP, especialmente entre adolescentes e vítimas de violência sexual (MS, 2015, p. 32).

De 2009 a 2017, o número anual de dispensações de PEP no Brasil aumentou 467%: de 15.414 para 87.408. Só em 2016 foram dispensadas 58 mil profilaxias – um acréscimo de 39% em relação ao ano anterior. Isto se deu em grande parte à inclusão no SUS em 2010 da PEP para casos de exposição sexual consentida, que saltou de 3% para 57% no período observado – ao passo que as dispensações de PEP por exposição ocupacional diminuíram de 72% para 26%, enquanto a dispensação de PEP por violência sexual também caiu, de 21% para 13% (GIV, 2019b, p. 40). Contudo, em termos brutos, aumentou-se a dispensação de PEP para todos os tipos de exposição – tendo a dispensação de PEP por violência sexual mais que dobrado (MS, 2017b, p. 97-99).

Em 2016, aproximadamente 21% (6 mil) dos brasileiros que fizeram uso de PEP sexual eram *gays* ou HSH, 3% (1 mil) eram profissionais do sexo; 1% (0,4 mil) eram pessoas que usaram álcool e outras drogas; e aproximadamente 1% (0,2 mil) eram pessoas trans. A maior parte das dispensações de PEP – 73% (21 mil) – foi realizada para outras populações, o que pode denotar falta de registro da informação. Nos primeiros seis meses de 2017, a maioria das pessoas que fizeram uso de PEP tinha entre 25 e 59 anos de idade (69%), seguidas por jovens de 15 a 24 anos (30%) (MS, 2017b, p. 97-99).

2.2.3 TasP – Tratamento como Prevenção

Outro método aliado no controle da epidemia de HIV/AIDS é o próprio tratamento antirretroviral (TARV), mais conhecido por sua sigla em inglês, TasP (*treatment as prevention*), também com versão em português, TcP (tratamento como prevenção). Estudos científicos afirmam haver baixa transmissibilidade do HIV por via sexual quando um soropositivo está sob TARV há mais de seis meses, apresenta carga viral indetectável e não tem nenhuma outra IST (MS, 2017a, p. 13). Portanto, trata-se de um método que inaugura a sobreposição entre a prevenção e a assistência. Seu foco é a detecção do indivíduo já infectado pelo HIV e sua submissão ao tratamento. Assim, “A diminuição da carga viral é um objetivo não só do tratamento individual, como do controle sanitário.” (MONTEIRO et al., 2017, s/n).

Os primeiros anúncios sobre a eficácia preventiva da TARV começaram após a publicação pela Comissão Federal Suíça de Aids de um polêmico artigo em janeiro de 2008, baseado em uma revisão de literatura médica (VENAZZA et al., 2008). As declarações nele

presentes teriam sido depois confirmadas pelo estudo HPTN-052³⁶ (COHEN et al., 2016), conduzido com casais sorodiscordantes (98% heterossexuais) acompanhados entre 2005 e 2015. Em metade deles, a PVHA iniciou a TARV imediatamente e, na outra metade, apenas quando tivesse indicação para tanto, segundo as diretrizes da época. Resultados preliminares do estudo divulgados em 2011 revelaram a ocorrência de 39 infecções – mas o único caso de transmissão entre o casal quando a PVHA estava usando TARV ocorreu, segundo os investigadores, com um homem que tinha iniciado o tratamento havia no máximo um mês, provavelmente não alcançando a indetectabilidade geral (GIV, 2019a). Ademais, os resultados preliminares advogaram o poder da TARV de baixar a carga viral a níveis indetectáveis (definidos como abaixo de 50 cópias virais por mL de sangue) e de, quando combinada com aconselhamento e preservativos, reduzir a chance de transmissão do HIV em até 96%, nível similar ao da camisinha – motivo pelo qual o estudo foi interrompido (FERNANDES, 2018, p.9-10; GIV, 2019a). Contudo, para Kippax e Stephenson (KIPPAX, 2012, p. 5; KIPPAX, STEPHENSON, 2012, p. 792), estes achados não significavam que o TasP era uma estratégia de prevenção populacional (já que se aplicavam a casais sorodiscordantes em relacionamento estável), indicando para os autores que os resultados dos estudos poderiam não ser efetivados em contextos reais.

Ainda assim, diante dos resultados dos estudos científicos, o governo brasileiro aprovou em dezembro de 2013 a oferta de TARV para todos os infectados desde o momento do resultado do teste ao HIV, com o consentimento deles e independentemente da carga viral ou da contagem de células CD4 (células de defesa do organismo atacadas pelo HIV), seguindo a estratégia conhecida como “testar e tratar”³⁷ (MS, 2013). Antes do Brasil, apenas EUA e França haviam adotado a medida. O TasP é uma estratégia preventiva essencial para o cumprimento da meta 90-90-90, criada pelo Unaid (2015b, 2016a): até 2020, 90% de todas as PVHA saberão que têm o vírus; destas, 90% receberão TARV ininterruptamente; destas, 90% terão supressão viral³⁸.

³⁶O protocolo de pesquisa HPTN-052 foi um estudo clínico da Rede de Estudos de Prevenção ao HIV dos EUA, conduzido pelo *National Institute of Health* dos EUA e coordenado no Brasil pelo LaPclin-Aids/INI/Fiocruz. Ministraram-se antirretrovirais aos indivíduos HIV-positivos, que iniciaram o tratamento preventivo precocemente e foram acompanhados durante 19 meses. Foram observados 1.763 casais de Botsuana, Brasil, Índia, Quênia, Malawi, África do Sul, Tailândia, EUA e Zimbábue.

³⁷ Para isso, tornou compulsória para todo o Brasil a notificação de casos de HIV. Até então, a obrigação era restrita a casos de aids.

³⁸ A meta 90-90-90 foi estabelecida tendo por base os ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Além dela, há outros objetivos para o tratamento e a prevenção em HIV/AIDS: 1) até 2020, reduzir para menos de 500 mil o número global de novas infecções por HIV em adultos, bem como de mortes relacionadas a aids; reduzir em 95% novas infecções por HIV entre as crianças; 2) até 2030, reduzir para menos de 200 mil o número global

Em 2014, durante a 21ª Conferência sobre Retrovírus e Doenças Oportunistas (CROI), foram apresentados resultados preliminares do estudo PARTNER. Nele, recrutaram-se entre setembro de 2010 e maio de 2014, em 14 países europeus³⁹, 1116 casais sorodiscordantes (dos quais quase 40% eram de homossexuais), em que o parceiro soropositivo estava em terapia antirretroviral e com carga viral indetectável, e o casal não utilizava camisinha, nem PEP ou PrEP. Segundo os resultados da análise estatística da primeira fase do estudo, a probabilidade máxima de transmissão por sexo anal de alguém com HIV em tratamento bem sucedido foi de 1% ao ano para qualquer sexo anal, e 4% para sexo anal com ejaculação em que o parceiro HIV-negativo era receptivo (ABIA, 2014, p. 24). Mas não houve nenhum caso de transmissão de HIV entre os parceiros durante o estudo (RODGER et al., 2016). Em 2018, os resultados finais da pesquisa (correspondente à segunda etapa, chamada de PARTNER2 e realizada entre 2014 e 2018 apenas com casais HSH) foram divulgados na 22ª Conferência Internacional de Aids (IAS), e em maio do ano seguinte foram publicados em artigo na *The Lancet* (RODGER et al., 2019). Nesta segunda fase do estudo, os pesquisadores confirmaram que a probabilidade de uma pessoa que vive com HIV com carga viral indetectável transmitir o vírus ao seu parceiro sexual equivale cientificamente a zero (AIDSMAP, 2018c). O estudo não encontrou transmissões do HIV entre casais de HSH nos quais o parceiro soropositivo tinha uma carga viral inferior a 200 cópias/ml – apesar de ter havido quase 77 mil atos sexuais sem uso de preservativo, PrEP ou PEP entre eles e apesar de o sexo anal ser uma das práticas sexuais de maior risco de infecção. De acordo com os investigadores, as 15 infecções identificadas foram adquiridas de pessoas fora da relação, acusadas pelos testes genéticos feitos. Os pesquisadores estimaram que a TARV previniu aproximadamente 472 transmissões do HIV durante o estudo.

Em 2017, durante a 9ª Conferência da IAS sobre Ciência do HIV (IAS 2017), foram divulgados resultados do estudo Opposites Attract, feito com 358 casais *gays* sorodiscordantes na Austrália, Bangkok e Rio de Janeiro: segundo seus autores, não houve nenhum caso de transmissão do HIV em 16.889 episódios de sexo anal sem preservativo com parceiro soropositivo que está sob tratamento e com carga viral indetectável (BAVINTON et al., 2017; AIDSMAP, 2017b).

Juntos, os estudos Opposites Attract e Partner também concluíram que, se o parceiro soropositivo estiver em tratamento bem sucedido e com carga viral indetectável, mesmo ter

de novas infecções por HIV em adultos, bem como alcançar a meta 95-95-95 (semelhante à 90-90-90, apenas modificando o percentual para 95%).

³⁹ São eles: Espanha, Reino Unido, Alemanha, Suíça, Holanda, Finlândia, Suécia, Irlanda, Bélgica, Dinamarca, França, Áustria, Itália e Portugal.

outra IST não aumentaria o risco de transmissão do HIV. Segundo os investigadores, a posição sexual no sexo anal (passivo ou ativo) tampouco fez diferença nos resultados dos estudos (GIV, 2019a).

Desde 30 de setembro de 2015, a OMS recomenda que todas as pessoas diagnosticadas com HIV iniciem a TARV o mais cedo possível a fim de prevenir a doença e a morte (WHO, 2015) – orientação reforçada em 2017, quando a instituição recomendou que o tratamento fosse iniciado no mesmo dia do diagnóstico, pois estudo feito no Haiti teria demonstrado maior adesão do paciente à TARV (e, conseqüentemente, maior chance de ele apresentar supressão viral após um ano) quando esta medida era adotada (AIDSMAP, 2017a). No intuito de facilitar a toma dos remédios, estudos têm sido feitos focando na diminuição da quantidade de comprimidos (concentrando tipos diferentes de drogas em apenas uma pílula) e na possibilidade de administrar antirretrovirais por meio de injeção mensal⁴⁰.

Contudo, algumas organizações da sociedade civil brasileira advogam que a decisão sobre quando iniciar o tratamento ao HIV/AIDS e como ele será feito deve ser tomada pelo médico com a participação informada do paciente⁴¹, pois a TARV teria alguns efeitos colaterais importantes – como aumento do risco de problemas cardíacos e renais e lipodistrofia⁴². E o acesso ao medicamento deveria ser garantido, uma vez que interromper a medicação poderia criar cepas de vírus resistentes – logo, o sucesso do TasP também dependeria de uma rede de saúde pública eficiente (KIPPAX, 2012). Como bem apontam Gavigan et al. (2016, p. 6), “É fácil para as pessoas perderem contato com o sistema de saúde e, portanto, com seu próprio tratamento”. O Ministério da Saúde tem almejado ampliar de forma gradual a participação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na oferta de diagnóstico e tratamento de PVHA com casos menos complicados. Porém, muitos pesquisadores, profissionais da área e ativistas têm questionado a eficácia dessa estratégia, uma vez que a

⁴⁰ O estudo LATTE-2 envolveu a combinação dos medicamentos cabotegravir (do laboratório ViiV Healthcare, filial da GSK, Pfizer e Shionogi) e rilpivirina (da Johnson & Johnson) em uma injeção. Realizado com 309 participantes na Europa e América do Norte, demonstrou resultados semelhantes aos dos antirretrovirais em pílula. 230 pacientes com carga viral indetectável receberam a injeção por 2 anos. Segundo os investigadores, entre aqueles que a receberam a cada 4 semanas, 87% continuaram com a carga viral indetectável. A eficácia teria sido maior entre os que receberam a injeção a cada 8 semanas: 97%. Essas taxas eram comparáveis com o grupo de controle que recebeu pílulas diárias: 84% (O GLOBO, 2017a).

⁴¹ Isso é conhecido por “pedagogia do tratamento”, proposta nos anos 1990 por alguns grupos de ativistas da aids (como GMHC - Gay Men’s Health Crisis, ACT UP e TAC -Treatment Action Campaign). Seu objetivo era que o paciente com HIV entendesse melhor o efeito da doença no seu organismo, a alteração da evolução do HIV pelo tratamento e a identificação das principais necessidades de novas pesquisas. Não se tratava de um simples letramento em saúde, pois associava a medicina à política, aos direitos humanos, à igualdade e aos deveres do governo (GAVIGAN et al, 2016).

⁴² 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). Acesso em 12 mar 2012.

atenção básica está sobrecarregada nacionalmente e falta a muitos dos seus trabalhadores uma expertise em HIV/AIDS. Dessa forma, Monteiro et al. (2017) defendem que a efetividade do TasP no Brasil requer uma discussão sobre os problemas estruturais e programáticos do SUS e sobre a garantia dos direitos humanos.

Em julho de 2018, a OMS publicou uma nota reconhecendo que pessoas com HIV em tratamento antirretroviral e carga viral indetectável não transmitem o vírus:

[...] além de permitir que pessoas vivendo com HIV permaneçam saudáveis e tenham uma longevidade semelhante à das pessoas que não vivem com HIV, os medicamentos antirretrovirais agora oferecem uma oportunidade para as pessoas com carga viral indetectável terem relações sexuais *sem preservativo, sem risco significativo* de transmitir o HIV a seu parceiro. (UNAIDS, 2018b, p. 2)

As obras científicas que afirmam a eficácia preventiva da TARV estão sendo utilizadas para contestar leis de diversos países que criminalizam a transmissão do HIV. Estas leis proliferaram-se mundialmente nos anos 2000 quando, por influência do governo de George W. Bush nos EUA, alguns países africanos as adotaram, sendo copiados por outras nações⁴³. Tais leis são altamente contraproducentes ao enfrentamento da epidemia, pois afastam as pessoas da testagem ao HIV (já que a única forma de ser inocentado é não ter obtido antes do sexo a prova científica de que se tem o vírus) e, quando já diagnosticadas, do serviço de saúde, fazendo-as iniciar o tratamento em um estágio muito avançado da infecção e, portanto, tornando-as potencialmente mais propensas a transmitir o vírus de forma involuntária⁴⁴ (UNAIDS, 2015c). Com efeito, alguns infectologistas argumentam que é menos arriscado transar com um soropositivo cuja carga viral está indetectável e que tenha satisfatória adesão à TARV do que com alguém que desconhece se tem HIV ou não. A fim de endossar os esforços mundiais contra a criminalização da transmissão do HIV, vinte dos

⁴³ O Código Penal brasileiro (anterior à epidemia de aids, mas vigente até hoje) prevê a punição da transmissão de doença contagiosa, nos artigos 130 e 131. “Quem expõe alguém a uma doença venérea por meio de relação sexual pode ser preso por três meses a um ano ou receber multa. Se a pessoa quer intencionalmente transmitir a doença, a pena é de reclusão, de um a quatro anos, e multa.” (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2017a). Contudo, a jurisprudência criminal oscila: em 2012, o Superior Tribunal de Justiça já enquadrava a transmissão dolosa como lesão corporal gravíssima, delito que pode resultar em até oito anos de reclusão. Em 2015, o Projeto de Lei (PL) 198/2015 tentou tornar crime hediondo (como são o latrocínio e o estupro) a “transmissão deliberada do HIV”, prevendo pena de 2 a 8 anos de reclusão e retirando do condenado a possibilidade de receber anistia, indulto ou soltura mediante fiança. Felizmente, o PL foi retirado de tramitação em agosto de 2017, a pedido do próprio deputado proponente (Pompeo de Mattos, do PDT-RS), sob forte pressão de organizações da sociedade civil e do Unids. Outro PL de 2015 também foi felizmente retirado de tramitação a pedido do seu próprio proponente, em abril de 2019, após conversas com membros da Articulação Nacional de Saúde e Direitos Humanos: o PL 1048/2015, de autoria do deputado Sóstenes Cavalcante (DEM-RJ), tipificava o crime de “perigo de contágio de moléstia incurável” no Art. 131 do Código Penal em vigor.

⁴⁴ Em 2012, a Comissão Global sobre o HIV e a Lei condenou a criminalização da transmissão do HIV, e contestou inclusive leis criminais relativas a trabalho sexual, relação entre pessoas do mesmo sexo e uso de drogas, pois impactam negativamente na saúde pública (ABIA, 2017a).

principais cientistas de HIV do mundo lançaram em julho de 2018 a “Declaração de Consenso de Especialistas sobre a Ciência do HIV no Contexto do Direito Penal”, um consenso dito baseado em evidências e que sistematicamente refuta a justificativa para tais leis.

O TasP reconfigura os sentidos sobre o risco envolvido no sexo com alguém soropositivo ao HIV – podendo, por um lado, contribuir aos direitos sexuais e reprodutivos⁴⁵ dessa população e à diminuição do estigma que a afeta – como relatado pela ativista Piscibruxa em entrevista à Agência de Notícias da Aids:

Nós, pessoas que vivem com HIV/aids sentimos cotidianamente o que significa estar vinculado à uma bioidentidade de risco, a uma noção de corpo vetor que pode “contaminar” as pessoas. E agora, quando se tem acesso ao tratamento e adesão aos antirretrovirais, tem-se a possibilidade de ressignificar o nosso corpo [...]. Assim, mais do que nunca podemos vislumbrar o fim da percepção de que apresentamos algum tipo de risco à sociedade, de que seríamos um “corpo-vetor” (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2018c, s.p.).

Por isso, ativistas brasileiros cobram do Ministério da Saúde mais divulgação acerca dessa descoberta científica para a população geral. Em dezembro de 2018, o DIAHV (Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais) lançou a primeira campanha sobre o tema, “Sou +, estou indetectável”. Contudo, ela foi voltada apenas para as redes sociais na Internet e focou mais em falar sobre os benefícios ao próprio soropositivo de estar indetectável. Em maio de 2019, o DIAHV divulgou nota informativa atualizando informações sobre o conceito “indetectável = intransmissível”:

O termo é válido desde que as PVHIV [Pessoas Vivendo com HIV] estejam com carga viral do HIV indetectável há pelo menos seis meses. [...] Os(as) trabalhadores(as) da saúde e de comunicação em saúde devem fornecer orientação atualizada e acurada às PVHIV e suas parcerias sobre transmissibilidade do HIV nesse cenário. (DIAHV, 2019b, colchetes nossos).

Ainda que contribua para a diminuição do estigma aos soropositivos, o TasP como estratégia de prevenção ao HIV também pode, por outro lado, aumentar a responsabilização individual e culpabilização moral daqueles pacientes que, por múltiplas razões, não conseguem e/ou mesmo não querem aderir ao tratamento.

O TasP também trouxe mudanças quanto ao que é considerado prioritário financiar nas ações de prevenção à epidemia de aids em período de redução de custos para atender a uma

⁴⁵ Para um homem soropositivo que queira ter um filho com uma mulher soronegativa, até então a única técnica segura era a lavagem do esperma, procedimento que isola o espermatozoide do plasma seminal e de outras células que poderiam ser portadoras do HIV, seguido pela sua fecundação *in vitro* no óvulo e fertilização da mulher. Com o TasP, o homem soropositivo indetectável pode transar sem camisinha com a parceira com risco mínimo de transmissão, podendo ser ainda menor se a parceira estiver fazendo o uso da PrEP.

agenda econômica neoliberal⁴⁶. Segundo Parker (2015, p. 7), ao invés de ser considerado mais um método dentro de um leque de opções preventivas (a chamada “prevenção combinada”), o TasP tem sido proposto como o carro-chefe, confirmando o receio de Kippax e Stephenson (KIPPAX, 2012, p. 5; KIPPAX, STEPHENSON, 2012, p. 796) de que os governos colocariam a maior parte do dinheiro em ações de testagem e tratamento, em detrimento de outras formas como camisinha, seringas esterilizadas, comunicação para mudança comportamental etc. *“The integration of biomedical prevention and treatment is strategic precisely because treatment is the one programmatic area where budgets cannot be cut without confronting the unacceptable ethical implications of rolling back treatment access”*⁴⁷ (PARKER et al., 2016, p. 2).

No TasP, primeiramente é preciso detectar as pessoas com HIV por meio de testagens. Até então, havia dois tipos delas: O VCT (*Voluntary Counseling Testing*) e o PICT (*Provider-Initiated HIV Testing and Counseling*). O primeiro, datado dos anos 1980, orientou a criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e consistia em testar a população que espontaneamente procurava o serviço, abordando com ela contextos de risco e vulnerabilidade por meio do aconselhamento. Contudo, segundo Kippax (2012, p.2), o aconselhamento frequentemente posiciona o risco e a proteção ao HIV como individuais, e não como uma responsabilidade compartilhada. Ademais, diversos estudos sobre VCT apontaram que o aconselhamento aos indivíduos durante a testagem não tem impacto direto na redução dos comportamentos ditos de risco e, portanto, tampouco a nível populacional (HIGGINS et al.; 1991; ICKOVICS et al., 1994).

Já o PICT, dos anos 2000, consiste no encaminhamento profissional de certos grupos – como gestantes, pacientes com tuberculose ou outras IST – para o exame do HIV. Segundo Monteiro et al. (2017), com o advento do TasP ganha destaque uma lógica de testagem parecida à do PICT, pois se objetiva buscar as populações mais vulneráveis ao HIV e testá-las contínua e rotineiramente, a fim de detectar os soropositivos e colocá-los em tratamento imediato. Para os autores, essa é uma perspectiva de normalização da testagem – pois ela perde seu caráter de excepcionalidade, sendo tornada mais corriqueira – em nome de um suposto benefício coletivo e em detrimento do direito à autonomia individual. Ademais, o

⁴⁶ Os recursos financeiros internacionais para desenvolvimento de pesquisas sobre prevenção do HIV estão diminuindo. Em 2017, a queda nos investimentos – de 3,5% em relação ao ano anterior (US\$ 40 milhões) – ocorreu pelo quinto ano consecutivo, atingindo o nível mais baixo em mais de uma década (RESOURCE TRACKING..., 2018). No Brasil, entre 2013 e 2014 apenas 6% do orçamento do enfrentamento à aids foram dedicados à prevenção primária eficaz (UNAIDS, 2016b).

⁴⁷ Tradução nossa: “A integração da prevenção e do tratamento biomédicos é estratégica precisamente porque o tratamento é a única área programática em que os orçamentos não podem ser cortados sem confrontar as implicações éticas inaceitáveis de reverter o acesso ao tratamento” (PARKER et al., 2016, p. 2)

aconselhamento, marca do VCT, perde importância na dinâmica dos serviços de testagem e o teste passa a ser concebido como uma medida essencialmente sanitária para identificar indivíduos com HIV. Parker (2015) identifica ainda outras questões presentes na tática “testar e tratar” associada ao TasP:

Surge a pergunta fundamental: o que se faz com as pessoas testadas? E mais uma série de outras perguntas: como é que a testagem vai ser implementada, disponibilizada? Vai ser de uma maneira que vai garantir os direitos humanos ou que irá violá-los? As pessoas serão induzidas a se testar e depois não receberão o apoio necessário (psicológico, médico, em todos os sentidos)? Ou de fato receberão esse apoio? E isso nos coloca cara a cara com a questão do Sistema Único de Saúde (SUS). Como é que o SUS funcionará para cuidar das pessoas que testam positivas? Enfim, há uma série de perguntas não respondidas claramente e que precisam ser pensadas quando se adota uma política de Testar e Tratar.” (PARKER, 2015, p. 8)

No contexto do TasP, ganham ampliação também novas estratégias de testagem, como o teste rápido e via fluido oral – em locais os mais variados para além das unidades de serviços de saúde, como o conforto e a discrição do próprio lar, locais de sociabilidade e interação sexual e as ONG⁴⁸ (MONTEIRO et al., 2017). Estas, no Brasil, têm inclusive enfrentado a crítica de terem perdido seu potencial de questionamento, atuando como meros “terceirizados” do Estado – o que é rebatido por este, sob o argumento de que o SUS “é constituído com a participação da sociedade civil na definição das prioridades e nas ações de saúde”⁴⁹.

Depreendemos que as ONGs ganham um novo status quando se aborda o tratamento como prevenção. Valoriza-se menos o que elas têm a dizer sobre prevenção e sexualidade e destaca-se sua importância na aproximação aos grupos para captação para a testagem ou pesquisas.[...] Numa perspectiva crítica, a participação das ONGs apenas como suporte às ações de testagem, promovidas pelo Estado, compromete o papel do ativismo na construção de ações de prevenção e controle social. Em um contexto em que a testagem é informada por avanços tecnológicos e pela retórica técnico-econômica, é preciso observar detidamente como as ONGs enfrentarão o desafio de agir perante tal dispositivo sem descaracterizar sua função de controle social. (MONTEIRO et al., 2017, s/n)

Os autotestes para o HIV vêm somar ao TasP, possibilitando aos brasileiros fazê-lo em casa e em sigilo. O resultado sai em 20 minutos, mas ele só funciona após 30 dias da possível infecção, uma vez que detecta os anticorpos ao HIV. A Anvisa (Agência Nacional de

⁴⁸ A distribuição por ONG de testes rápidos de HIV por fluido oral tem ocorrido desde 2013, em espaços como baladas, boates, praças e universidades (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2017c). Em 2015, 47 ONG espalhadas por todo o país foram contempladas pelo edital do projeto “Viva Melhor Sabendo” a fim de que promovessem a testagem por fluido oral entre *gays*, HSH, travestis, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas (MONTEIRO et al., 2017).

⁴⁹ 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.

Vigilância Sanitária) sugere, em caso de resultado negativo, repetir o teste 30 e 60 dias depois. Se o resultado for positivo, a pessoa deve confirmá-lo com testes laboratoriais.

Os primeiros autotestes no Brasil foram fornecidos gratuitamente em um projeto-piloto de Curitiba em 2015, o “A Hora é Agora”, com foco em homens *gays* e HSH⁵⁰. Em 11/04/2018, o projeto foi estendido à cidade de São Paulo (DIAHV, 2018). A iniciativa avaliou a implantação da logística de distribuição desse tipo de testagem, cujos resultados influenciaram a decisão do Ministério da Saúde de incorporá-la no SUS, a partir de janeiro de 2019, para populações-chave. Serão distribuídos 400 mil autotestes, inicialmente como um projeto piloto, em cidades de 8 estados⁵¹.

Desde 2004 a OMS incentiva os países a oferecer autotestes. O Brasil foi o primeiro país da América Latina e Caribe a disponibilizá-lo para venda em farmácias. Contudo, ele chegou ao mercado brasileiro apenas em 2017, com 15 anos de atraso em relação a países como EUA⁵². A introdução dos autotestes foi comemorada por alguns ativistas, mas também criticada por outros. Dentre as vantagens, destaca-se que os autotestes podem diminuir a chegada tardia dos pacientes aos serviços de saúde, muitas vezes já com aids, além de ser uma ferramenta que facilita a testagem para aqueles que, por diversos motivos, não conseguem ou não querem fazer o teste dentro de um serviço de saúde. Dentre as críticas, destaca-se que ele deve ser oferecido no SUS, para atender justamente a população que não pode pagar e que enfrenta preconceitos de ordens diversas, inclusive dos próprios profissionais de saúde. Outros argumentam que o autoteste não é a melhor forma de diagnosticar, pois nada substitui a relação médico-paciente, principalmente no momento de um resultado positivo. Mas nenhum estudo até o momento evidencia o caso de suicídio pós-autoteste (JOHNSON et al., 2014).

Outra preocupação reside na possibilidade de pessoas serem coagidas a realizar o exame, como profissionais do sexo ou mesmo parcerias sexuais. Segundo uma enquete *online* feita com 356 brasileiros em 2011, 62% usariam um autoteste para decidir fazer sexo sem

⁵⁰ De janeiro de 2015 a março de 2016, mais de 72 mil pessoas acessaram a plataforma *online* do projeto e cerca de 2.900 kits de autoteste foram distribuídos (UNAIDS, 2016b).

⁵¹ A marca de autoteste comprada pelo governo foi a Action. As cidades que compõem o projeto piloto são: São Paulo, Santos, Piracicaba, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto e São Bernardo do Campo, Rio de Janeiro, Curitiba, Florianópolis, Salvador, Porto Alegre, Belo Horizonte, Manaus.

⁵² A possibilidade do registro de autoteste para o HIV no Brasil surgiu apenas em 2015, quando a Anvisa regulou o tema com a resolução RDC 52/2015, que estabelece a obrigação deste tipo de teste de informar nas suas instruções de uso o telefone do Disque Saúde (136) e de ter um canal de comunicação 24 horas para atendimento dos usuários. Até o momento, aprovaram-se três autotestes de HIV no país. Em maio de 2017, aprovou-se o pioneiro Action, da Orangelife, autoteste que utiliza gotas de sangue e custa entre R\$ 60 e R\$ 80. Em dezembro de 2017, aprovaram-se outros dois autotestes para HIV que utilizam fluido oral, ambos de empresas brasileiras: o HIV Detect Oral, da Eco Diagnostica, e o Saliteste, da Ebram Produtos Laboratoriais.

camisinha com parceiros regulares e 54% com novos parceiros (REVISTA ÉPOCA, 2017). Por outro lado, o autoteste pode ser uma boa ferramenta para aqueles que fazem compensação de risco. Ele é, portanto, uma tecnologia de prevenção que tem prós e contras, como todas as outras. Ademais, sua introdução no SUS deve ser monitorada: em maio de 2018, o Tribunal de Contas da União (TCU) suspendeu cautelarmente um contrato firmado pelo Ministério da Saúde com a empresa Orange Life para o fornecimento de 400 mil unidades de testes rápidos de diagnóstico de HIV, já que haveria a necessidade de licitação devido à existência, no mercado, de produtos concorrentes para a realização do autoteste de detecção do HIV (ISTOÉ, 2018).

Monteiro et al. (2017), a fim de contribuir com reflexões acerca dos desafios à implementação do TasP no Brasil, realizaram uma análise de 65 artigos científicos sobre estratégias de captação e oferta do teste de HIV a HSH, publicados em bases de dados internacionais entre 2005 e 2015. Os autores encontraram artigos que questionavam a efetividade do preservativo, sugerindo que o teste rápido antes das interações sexuais pode ter um efeito mais benéfico na diminuição das taxas de transmissão do HIV do que a camisinha. Já outros artigos argumentavam que um dos efeitos positivos da testagem era o uso do preservativo. Houve também textos citando a importância da testagem para quem seleciona seus parceiros sexuais segundo a sorologia deles ao HIV⁵³. De forma geral, os autores identificaram que as testagens, usadas na gestão individual de risco, parecem desconectadas do incentivo ao uso da camisinha:

A prescrição do preservativo, antes repetida à exaustão, vai dando passo na discussão dos especialistas à intensificação na auto-vigilância do estado sorológico, a partir do estímulo à testagem rotineira. Parte dos artigos sublinha que as normas sanitárias progressivamente vêm instituindo a testagem de rotina para grupos específicos em serviços de emergência e atendimentos clínicos, como a proposta do PICT [...]. Assim, o estímulo à decisão individual e voluntária para o teste passa a coexistir definitivamente com a prescrição médica da testagem. (MONTEIRO et al., 2017, s/n)

Monteiro et al. (2017) também identificaram nos artigos científicos que os HSH têm se tornado alvo privilegiado das discussões sobre testagem periódica – o que, segundo Kippax (2012), representa um risco de estigmatização das populações mais vulneráveis ao HIV. “Nos

⁵³ Dentre essas práticas, estão o *serosorting*, a segurança negociada e o posicionamento estratégico. O *serosorting* (ou soroconcordância) corresponde a fazer sexo desprotegido apenas com parceiros sexuais da mesma sorologia ao HIV (soropositivos com soropositivos; soronegativos com soronegativos). A segurança negociada (ou pacto do casal) é fazer sexo desprotegido com o parceiro fixo e, nos encontros sexuais com outras pessoas, usar método preventivo. E o posicionamento estratégico significa assumir papéis sexuais que envolvem menos risco de transmissão, tais como praticar apenas sexo oral, ou ter relações anais receptivas (ou seja, como passivo) desprotegidas somente com parceiros sexuais HIV-negativos e ter apenas relações anais insertivas (como ativo) com os parceiros de sorologia de HIV desconhecida ou positiva (GAVIGAN et al, 2016, p. 11).

trabalhos sobre TcP o teste não é proposto em função de avaliação individual do risco e sim mediante uma regularidade baseada na categorização de risco no nível coletivo.” (MONTEIRO et al., 2017, s/n). Ademais, segundo os autores, os artigos pouco discutiam as determinações sociais da vulnerabilidade ao HIV, prevalendo o enfoque no risco, centrado apenas nos fatores comportamentais.

2.2.4 PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

A PrEP (profilaxia pré-exposição ao HIV) é um método preventivo ao HIV que consiste na utilização por pessoas soronegativas de alguns antirretrovirais antes do sexo ou do compartilhamento de seringas. Isso pode ser feito por via oral (com TDF - Fumarato de Tenofovir Desopoxila ou com Truvada, marca comercial da combinação de TDF e FTC - Emtricitabina) ou por via tópica, como gel⁵⁴ microbicida para uso vaginal ou anal (feito principalmente de Tenofovir) e como anel vaginal (feito de Dapivirina e que deve ser trocado a cada mês)⁵⁵. Atualmente, ainda estão sendo feitos estudos envolvendo PrEP injetável com

⁵⁴ Em julho de 2010, o estudo Caprisa004, feito em mulheres, reportou incidência de infecção pelo HIV 39% menor no grupo que usou o gel vaginal de Tenofovir comparado ao grupo que recebeu o gel placebo. Segundo seus investigadores, quanto maior o tempo de utilização ininterrupta do gel, menor o risco de infecção pelo HIV.

Para uso anal, os estudos de fase 1 MTN-007 e CHARM-01 afirmaram que o tenofovir gel se mostrou eficaz em mulheres trans e HSHs. O estudo de fase 2 MTN-017 o comparou com a PrEP oral (TDF/FTC) diária. Segundo os investigadores, a adesão ao uso intermitente de ambos os tipos de PrEP foi semelhante, mas menor do que a necessária para o uso diário do gel.

⁵⁵ O anel vaginal pode auxiliar as mulheres a se protegerem do vírus de forma independente e confidencial, já que ele não é notado pelo parceiro. Esta estratégia preventiva libera continuamente na vagina o medicamento experimental anti-HIV Dapivirina por 30 dias. O primeiro teste de eficácia do anel vaginal foi o Ring Study, feito com 1959 mulheres entre 18 e 45 anos de idade da África do Sul e de Uganda, como parte de um estudo ocorrido entre 2012 e 2016 (IPM, 2018). Segundo os cientistas, houve redução do risco de infecção pelo HIV em 30,7% comparativamente ao grupo que usou um placebo (NEL et al., 2016).

Outro estudo com o anel vaginal de Dapivirina, o ASPIRE, foi feito entre 2012 e 2015 com 2629 mulheres também entre 18 e 45 anos de idade, no Malawi, na África do Sul, em Uganda e no Zimbábue. De acordo com os investigadores, este tipo de PrEP reduziu o risco de infecção pelo HIV em mulheres em pelo menos 56%, mas não houve índice de proteção entre as participantes de 18 a 21 anos, provavelmente devido à baixa adesão delas ao uso do anel. Isso motivou a segunda fase do estudo, na qual os cientistas examinaram a segurança e a aceitabilidade do anel especificamente entre garotas sexualmente ativas de 15 a 17 anos de idade: 87% das 97 amostras de sangue tiveram níveis detectáveis da droga na vagina, 74% das participantes disseram não perceber o anel no dia a dia, e 95% consideraram o anel de fácil uso. Os próximos passos do estudo envolvem testes com adolescentes na África. (O GLOBO, 2017b; CATRACALIVRE, 2017).

Na 25ª Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI 2018), realizada de 4 a 7 de março de 2018, foram divulgados resultados parciais de dois estudos abertos paralelos do anel vaginal de Dapivirina: HOPE (MTN 025) e DREAM (IPM 032), que são extensões dos estudos randomizados já citados ASPIRE e Ring Study. Foram recrutadas 2.017 mulheres com idade média de 31 anos no HOPE, das quais 16% tinham alguma IST, e 900 com idade média de 29 anos no DREAM, das quais 18% tinham alguma IST. Segundo os investigadores, as participantes sabiam que estavam recebendo um produto ativo e comprovadamente eficaz e seguro (AIDSMAP, 2018a). Ambos os estudos alegaram que, comparativamente às duas pesquisas anteriores, houve maior eficácia do anel na prevenção ao HIV por causa da maior adesão das mulheres ao seu uso: o anel teria evitado mais de metade das infecções pelo HIV que ocorreriam de outra forma. Os resultados finais destes estudos são esperados para 2019 (AIDSMAP, 2018a).

Cabotegravir⁵⁶; PrEP como implante com Islatravir⁵⁷ e com TAF⁵⁸; PrEP oral com Descovy⁵⁹ (marca comercial da combinação de Emtricitabina e uma nova formulação de Tenofovir, o TAF - Tenofovir Alafenamida), com Islatravir e com Maraviroc⁶⁰; PrEP com tabletes vaginais de liberação prolongada com tenofovir e gelucire (ainda em fase pré-clínica); PrEP em filme dissolvente para uso vaginal com tenofovir⁶¹; e PrEP com anticorpos monoclonais⁶².

Dentre todas as formas de PrEP, a que usa comprimidos com Truvada é a mais adotada ultimamente. Segundo o Ministério da Saúde, são necessários cerca de 7 dias de uso contínuo e diário de PrEP para alcançar a proteção em relações sexuais anais e 20 dias para as vaginais. O usuário deve fazer acompanhamento médico, já que há efeitos colaterais como náuseas e, em certos casos, alterações da função renal e da densidade mineral óssea (MARTIN et al., 2014; MULLIGAN et al., 2015; PILKINGTON et al., 2018⁶³). Ainda segundo o MS, a PrEP

Atualmente a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) está avaliando o pedido de registro do anel vaginal de Dapivirina.

⁵⁶ Segundo resultados preliminares do estudo HPTN 077, feito com o fármaco Cabotegravir e envolvendo 199 participantes de 8 localidades do mundo (Rio de Janeiro, Brasil; Lilongwe, Malawi; Vulindlela e Soweto, África do Sul; Chapel Hill, Los Angeles, San Francisco e Washington, EUA), não houve diferença em segurança ou tolerabilidade entre os grupos que receberam o fármaco e o placebo, a não ser dor e reações no local da injeção, que levaram à interrupção da PrEP em 1,5% dos participantes (LANDOVITZ, 2017). Outro estudo iniciado em novembro de 2017, o HPTN 083 (que inclui Brasil, Argentina, Índia, Peru, África do Sul, Tailândia, EUA e Vietnã) está avaliando se uma injeção de Cabotegravir a cada 8 semanas é segura e tão eficaz para prevenir o HIV quanto o Truvada. A pesquisa envolve homens cisgêneros e mulheres transexuais que fazem sexo com homens (FERNANDES, 2018, p. 11).

⁵⁷ O Islatravir (MK-8591 ou EFdA), desenvolvido pela Merck, está sendo testado como uma PrEP com validade de um ano ou mais, em formato de um implante no braço, que pode ser removido em caso de efeitos colaterais severos (GTPI, 2019).

⁵⁸ O estudo CAPRISA-018 irá avaliar a segurança, a aceitabilidade e a efetividade do TAF como implante subdermal para PrEP em mulheres cis na África do Sul (COELHO et al., 2019).

⁵⁹ O Descovy é patenteado pela farmacêutica Gilead e ainda indisponível para versões genéricas. Entre setembro de 2016 e maio de 2017, foi feito um ensaio clínico controlado e randomizado para avaliar a eficácia e a segurança do Descovy em comparação ao Truvada, envolvendo 5.387 HSH e mulheres transgênero em risco de infecção pelo HIV, recrutados em 11 países (Europa, EUA e Canadá). Segundo resultados preliminares do estudo, denominado DISCOVER, divulgados durante a CROI 2019 (Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas), houve 22 casos de infecção pelo HIV: 15 provavelmente devido a uma baixa adesão, 5 teriam ocorrido antes do início do estudo, e 2 teriam se dado em pessoas com níveis “adequados” do fármaco, um em pessoa tomando Truvada e outro em pessoa tomando Descovy. Segundo os cientistas, a diferença estatística de infecções entre os dois fármacos não foi significativa – o que significa, para eles, que o Descovy demonstrou ser “não inferior” ao Truvada na prevenção, mas também não “superior”. Ademais, o Descovy teria trazido um pouco menos de risco de problemas ósseos e de rins em comparação ao Truvada (HARE et al., 2019). Entretanto, novos estudos com o Descovy são necessários para avaliar efeitos adversos e eficácia em outras populações, como mulheres cis, homens trans e usuários de drogas injetáveis.

⁶⁰ A segurança e a tolerabilidade do Maraviroc como PrEP oral foram testadas em um estudo de fase 2 de 48 semanas envolvendo mulheres cis, mulheres trans e HSHs. Entretanto, os resultados de eficácia não foram satisfatórios, segundo Coelho et al., 2019.

⁶¹ Segundo o estudo de fase 1 FAME 04, esse tipo de PrEP se mostrou seguro e bem tolerado (COELHO et al., 2019).

⁶² O VRC01 é atualmente o único anticorpo monoclonal em estudo, de fase 2b (Estudo AMP), cujos resultados estão previstos para 2020. Ele está sendo testado em 1.902 mulheres cis da África subsaariana e 2.700 HSHs e homens trans nas Américas (Brasil incluído) (COELHO et al., 2019).

⁶³ Pilkington et al. (2018) realizaram uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados de PrEP com tenofovir ou Truvada e não encontraram aumento no risco de eventos adversos graves à saúde em relação ao placebo: não

com Truvada só pode ser interrompida após 30 dias da última exposição de risco. Um cuidado importante é que deve ser prescrita apenas a indivíduos comprovadamente soronegativos ao HIV e que façam uso da pílula como proposto no regime⁶⁴. Isto porque este medicamento, isoladamente, não constitui um regime completo para o tratamento à aids no caso de uma infecção por HIV e pode gerar vírus resistentes (KNOX et al., 2016; GROSSMAN et al., 2016; CHAN et al., 2012; HOORNENBORG et al., 2017; GIV, 2017, p. 9; MS, 2017a).

Em novembro de 2010, resultados do estudo iPrEx (Iniciativa de Profilaxia Pré-exposição), realizado com HSH, *gays* e mulheres transgênero, alegaram haver redução entre 44% e 95% na incidência do HIV no grupo que recebeu pílula de Truvada, variando conforme a adesão do paciente ao regime medicamentoso⁶⁵. Também foi dito na pesquisa que a PrEP não aumentava o comportamento de compensação de risco – entendido como o abandono da prática sexual com preservativo, deixando as pessoas desprotegidas de outras IST (GRANT et al., 2010; MARCUS et al., 2013). Tais resultados fizeram com que, em janeiro de 2011, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) divulgasse orientações provisórias para o uso de PrEP com Truvada na população HSH (ABIA, 2014, p. 17-19). Em 2015, novos resultados do iPrEx afirmaram ter havido pouca adesão de mulheres transgênero à PrEP (DEUTSCH et al., 2015).

Segundo os estudos FEM-PrEP⁶⁶ e VOICE⁶⁷, realizados com mulheres africanas, houve baixa adesão das participantes à toma da pílula de Truvada como PrEP – o que diminuía a eficácia da proteção (HENDRIX et al., 2011; VAN DAMME et al., 2012; MS, 2017a, p. 12; MARRAZZO et al., 2015). Contudo, uma revisão bibliográfica desses dois estudos afirmou que, quando a adesão da paciente era satisfatória (comprovada por exame de sangue), a eficácia era maior (KALLÁS, 2016).

teria havido aumento de fraturas ósseas ou disfunção renal significativa, embora tenha havido mais disfunção renal leve (graus 1 e 2) em usuários de PrEP. Contudo, esta meta-análise contém limitações, já que não compara efeitos colaterais agudos, não contempla todas as populações ou regiões do globo, não analisa diferenças etárias, não contém outros resultados laboratoriais (como *clearance* de creatinina e densidade mineral óssea) e, mais importante, contempla alguns estudos clínicos que tiveram baixa adesão (principalmente de mulheres) à PrEP – portanto, só analisa eventos adversos em pessoas alocadas para PrEP, e não de pessoas que realmente a tomaram (GIV, 2019b, p. 19-20).

⁶⁴ Até o momento, foram relatados apenas seis casos de soroconversão do HIV em pessoas com boa adesão à PrEP com Truvada (GIV, 2019b, p. 16 e 17).

⁶⁵ Foram recrutados 2.499 voluntários da África do Sul, Brasil, Equador, EUA, Peru e Tailândia entre junho de 2007 e dezembro de 2009. Segundo os cientistas, as pessoas que usaram a PrEP pelo menos 4 vezes por semana não tiveram infecção alguma; o efeito protetor de tomar entre 2 e 3 vezes por semana teria sido de 84%.

⁶⁶ O estudo FEM-PrEP foi interrompido em 2011 porque teria demonstrado redução de risco ao HIV de apenas 6% em mulheres de três países africanos que tomaram Truvada (taxa análoga ao do placebo) – segundo os investigadores, por causa da baixa adesão delas ao medicamento.

⁶⁷ A pesquisa foi realizada com 5.029 mulheres africanas da África do Sul, Uganda e Zimbábue, entre setembro de 2009 e junho de 2011. Ela testou três regimes de PrEP: com comprimido diário de Tenofovir (TDF), com Truvada e com gel vaginal de tenofovir (TFV).

Os estudos PARTNERS⁶⁸ e TDF2 (ou CDC 4940⁶⁹) alegaram eficácia entre 67% e 80% para o Truvada como PrEP em heterossexuais (BAETEN et al.; 2012; THIGPEN et al., 2012; ABIA, 2014, p. 19-20; MS, 2017, p. 12). Esses resultados levaram à aprovação do Truvada como PrEP pela agência estadunidense FDA (*Food and Drug Administration*), em julho de 2012 (ABIA, 2014, p. 19). No mês seguinte, o CDC decidiu lançar diretrizes interinas para o uso de PrEP na população heterossexual adulta dos EUA.

Em 2013, os estudos PROUD e IPERGAY alegaram redução de 86% do risco de aquisição do HIV em HSH tomando Truvada como PrEP. No segundo estudo, a medicação era tomada antes e após a exposição – ao invés do tradicional esquema de uso diário/contínuo (MS, 2017a, p. 12-13). Atualmente, estão sendo feitos outros estudos envolvendo esse esquema intermitente de toma de Truvada, também chamado de “PrEP sob demanda”⁷⁰.

A OMS considerou satisfatórios os resultados dos estudos científicos e, diante deles, passou a recomendar a PrEP como estratégia para prevenir a infecção pelo HIV – ainda que tenha sido enfática sobre a necessidade do uso concomitante do preservativo. Em 2012, ela lançou um guia para países que desejassem oferecer a PrEP a casais sorodiscordantes, HSH e mulheres transgêneros que fazem sexo com homens em grau elevado de risco de infecção por HIV (WHO, 2012). Em 2014, ela efetivamente recomendou o uso do Truvada na PrEP para HSH; e em 30/09/2015 recomendou-a também a outras pessoas com risco acrescido de contrair o HIV/AIDS (WHO, 2015). Enquanto esta tese estava sendo defendida, a OMS anunciou durante a 10ª Conferência do IAS sobre Ciência do HIV sua recomendação para incluir a PrEP sob demanda como prevenção eficaz contra o HIV voltada para HSH (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2019b).

⁶⁸ O estudo PARTNERS, feito com 4.758 casais sorodiscordantes, na maioria heterossexuais, do Quênia e da Uganda alegou eficácia de 67% para o uso do Tenofovir e de 75% para o uso do Truvada, comparados ao placebo.

⁶⁹ O estudo TDF2, feito com heterossexuais em Botsuana, onde há uma das mais altas taxas mundiais de prevalência do HIV, alegou eficácia de 62% nos pacientes que tomaram Truvada em comparação aos que tomaram placebo – sendo de 49% entre as mulheres e 80% entre os homens. Contudo, “[...] a incidência de HIV na população do estudo mostrou-se muito baixa para demonstrar a eficácia de acordo com o protocolo pré-definido do estudo. É importante notar que isso significa que o estudo não foi ‘provido’ para demonstrar eficácia. Isto significa que – devido a haver menos infecções do que o esperado – mesmo um resultado positivo estatisticamente significativo é baseado em poucos casos para que seja considerado como um resultado de eficácia verdadeiramente convincente. No entanto, o achado principal de 63% de eficácia contra o placebo foi estatisticamente significativo.” (AIDSMAP, 2018e, s.p., tradução nossa).

⁷⁰ Resultados preliminares do estudo francês “Prévenir”, em andamento desde maio de 2017 e com previsão de duração de 3 anos, alegam não ter havido novas infecções pelo HIV entre pessoas tomando Truvada como PrEP, entre as quais mais da metade optaram pelo regime intermitente (que envolve tomar uma dose dupla de PrEP de 2 a 24 horas antes do sexo previsto e, em seguida, se o sexo acontecer, comprimidos adicionais 24 horas e 48 horas após a dose dupla), tendo o restante optado pela dosagem diária. Foram recrutadas 1.628 pessoas, das quais 98,8% eram HSH; o restante compunha-se de 12 homens e mulheres heterossexuais e 8 pessoas transexuais (AIDSMAP, 2018c).

A PrEP com Truvada é comercializada na rede privada de vários países, principalmente desenvolvidos⁷¹. O Brasil – ao lado da França e da África do Sul – incorporou-a ao sistema público de saúde, tornando-se o primeiro país da América Latina a fazê-lo (GIV, 2017, p. 8). A medida, fruto de pressões políticas por parte de gestores comprometidos com a prevenção combinada e por parte da sociedade civil organizada, foi elogiada por instituições internacionais, como o Fundo Global de Luta Contra a Aids, Tuberculose e Malária. A incorporação foi sugerida em março de 2017 pela Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias)⁷², acatada pelo governo no mês seguinte⁷³, mas só começou a ser efetivada gradualmente a partir de 18/01/2018 – de forma que a PrEP ainda não está disponível em todas as cidades⁷⁴. Segundo os mais recentes dados do Ministério da Saúde, até setembro de 2018 havia apenas 65 serviços de distribuição de PrEP, localizados em 46 municípios dos 27 estados (GIV, 2019b, p. 12-13).

A decisão de incorporar a PrEP no SUS foi fruto de um estudo demonstrativo, o PrEP Brasil⁷⁵, cujo objetivo foi avaliar a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecer essa profilaxia no SUS para HSH e mulheres transgêneros. Segundo os investigadores, houve bom índice de adesão à PrEP. Observaram-se taxas maiores de uso da PrEP quando as pessoas tinham um parceiro fixo, quando se testaram ao HIV no ano anterior, quando a autopercepção de risco de infecção pelo HIV era maior, e entre os que relataram usar drogas estimulantes (como cocaína, ecstasy, GHB etc.) em comparação aos que não usavam (UNAIDS, 2016b; GRINSZTEJN et al., 2018). As maiores taxas de adesão à PrEP também teriam ocorrido entre os participantes com mais de 35 anos de idade e entre aqueles com mais de 12 anos de escolaridade, e em pessoas em relação sorodiscordante. Isso indicaria, segundo os autores do

⁷¹ Como EUA, Bélgica, Escócia, Austrália, Noruega, País de Gales, Portugal, Escócia, Canadá e Peru.

⁷² A Conitec tomou por base os primeiros achados do estudo PrEP Brasil (CONITEC, 2017a e 2017b). No seu relatório, ela sugeriu como população prioritária à PrEP gays, HSH, pessoas transexuais, profissionais do sexo e pessoas em parcerias sorodiscordantes. Foi proposta a compra de 7 mil kits de prevenção para o primeiro ano da terapia no SUS, com aumento progressivo até 33.800 usuários em 2022.

⁷³ O anúncio foi seguido dias depois pela aprovação da Anvisa do registro do medicamento Truvada para uso na prevenção.

⁷⁴ Inicialmente, a PrEP foi ofertada em apenas 3 dos 36 serviços planejados, distribuídos em 22 cidades de 10 estados e no Distrito Federal: Amazonas (Manaus), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Minas Gerais (Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora e Passos), Pernambuco (Recife), Paraná (Curitiba), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, Niterói e Duque de Caxias), Rio Grande do Sul (Porto Alegre), Santa Catarina (Florianópolis) e São Paulo (São Paulo, Campinas, Piracicaba, Ribeirão Preto, Santos, São Bernardo do Campo e São José do Rio Preto). Em junho de 2018, ela passou a ser oferecida em 46 cidades brasileiras (DIAHV, 2017c; TV GAZETA, 2018).

⁷⁵ O PrEP Brasil foi realizado entre 01 de abril de 2014 e 08 de julho de 2016, e foi coordenado pelo INI, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Dele participaram 450 voluntários em três centros de pesquisa do Rio de Janeiro e São Paulo, acompanhados por 96 semanas. 281 (62%) compareceram à visita na última semana do estudo e 277 (61%) mantiveram-se utilizando PrEP por 2 anos. Dentre estes últimos, 62 (22%) iniciaram a PrEP entre 18-24 anos de idade, 15 (6%) eram mulheres transgênero, 158 (58%) brancos, 169 (61%) de SP, 211 (78%) com mais de 12 anos de escolaridade.

estudo, a necessidade de prover mais informação sobre PrEP a jovens, principalmente negros, e a pessoas de baixa escolaridade. Os motivos relatados de não persistência foram perda de seguimento (49%), decisão de interrupção da PrEP (49%) e soroconversão (2%) (VELOSO et al., 2018). Segundo os investigadores, as 4 pessoas que se infectaram com HIV durante o estudo tinham níveis indetectáveis de PrEP no sangue no momento da soroconversão (PREP BRASIL, 2017; GRINSZTEJN et al., 2017; GRINSZTEJN et al., 2018). Os pesquisadores também notaram pouca quantidade de mulheres transgênero em sua amostra – apenas 25 participantes na semana 48 do estudo, das quais apenas metade apresentou concentrações protetoras de Truvada (GALEA et al., 2018). Portanto, requererariam especial zelo quanto à adesão HSH jovens, travestis e mulheres trans (GRINSZTEJN et al., 2018).

Outro estudo sobre PrEP feito no Brasil foi o Projeto Combina!, realizado entre 2016 e 2017 com 526 voluntários em 5 cidades. Os pesquisadores afirmaram que nele a PrEP foi eficaz em 100% dos casos. Dentre todos os grupos elegíveis para a PrEP, os HSH foram os que mais buscaram a estratégia de prevenção – o que indicaria, segundo os autores do estudo, uma necessidade maior de divulgar este serviço entre transexuais, profissionais do sexo e pessoas em relação sorodiscordante (FORMENTI, 2018). Ademais, a PrEP também teria sido mais buscada por pessoas com alto nível educacional (61% tinham ensino superior completo ou incompleto), que possuíam seguro privado de saúde (51%) e alta frequência de parcerias sexuais ocasionais (90%) – encontradas majoritariamente pela Internet (84%). Taxas elevadas de IST (24%) e de uso de PEP foram relatadas para os seis meses antecedentes à inclusão no estudo (ZUCCHI et al., 2018, p 2). A pesquisa também abordou a resistência de parte dos profissionais de saúde, ainda que eles tivessem passado por um treinamento prévio acerca da PrEP: quase 40% deles teriam dito que ela não era totalmente segura e 43% teriam afirmado que preservativos eram mais eficazes. Ademais, a maioria dos serviços participantes esgotou sua capacidade de atendimento com apenas 50 a 100 usuários. O estudo também teria identificado: incompatibilidades entre os protocolos clínicos de pesquisa (semelhantes às diretrizes do MS) e a estrutura existente nos serviços; falta de seguimento do usuário de PrEP; dificuldades de acesso a exames laboratoriais para monitoramento da segurança de uso do método; e duplicação de procedimentos e de abordagens entre as consultas médicas, farmacêuticas e de aconselhamento (o que, segundo os investigadores, sobrecarrega o serviço e desmotiva o usuário a continuar a toma da PrEP) (GRANGEIRO, 2018, p. 16; ZUCCHI et al., 2018, p 10).

Segundo pesquisas envolvendo travestis e mulheres trans no Brasil, essa população tem baixo nível de conhecimento sobre PrEP, mas mostra disposição em usá-la após receber uma

breve explicação sobre ela – principalmente as com alto risco percebido de HIV⁷⁶. Contudo, foram identificadas preocupações sobre a eficácia da PrEP, sua interação com hormônios da terapia feminizante, seus efeitos a longo prazo no corpo e a possibilidade de seu usuário se sentir invulnerável. Também foram identificados obstáculos nos serviços de saúde, como falta de programas que busquem acessá-las e a transfobia da equipe de saúde (JALIL et al., 2018, SEVELIUS et al., 2018; GIV, 2019b, p. 14). São frequentes as queixas sobre não terem o nome social respeitado, além da suposição por parte dos profissionais de saúde de que quaisquer problemas com elas estão relacionados ao HIV. Ademais, há a preocupação com o fato de a PrEP ser outra fonte de estigma, já que seu usuário pode ser confundido com um soropositivo por tomar remédios. Os estudos também identificaram que as participantes confiavam mais em informações advindas de outras mulheres trans e viam como mais desejáveis e acolhedores os serviços de prevenção e tratamento que as empregavam (GIV, 2019b, p. 15). Conseguir PrEP no mesmo lugar que a hormonioterapia foi considerada estratégia bastante útil para a adesão (MAIA et. al, 2018). Resultados semelhantes aos dos estudos feitos no Brasil foram encontrados por Carvalho et. al. (2018) em outros países, em uma revisão de literatura sobre a percepção da PrEP por mulheres trans⁷⁷.

Novos estudos sobre PrEP no Brasil estão em desenvolvimento. Dentre eles, o ImPrEP⁷⁸ (Implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV), com foco em HSH e mulheres transexuais e travestis, está avaliando como os serviços de saúde funcionam na

⁷⁶ O estudo Transcender foi realizado entre agosto de 2015 e janeiro de 2016 e mapeou aspectos relativos à vida socioeconômica, comportamento sexual e rotina de saúde de 345 travestis e mulheres trans da região metropolitana do Rio de Janeiro, das quais 204 eram HIV-negativas. Do total de participantes, 38% já conheciam a PrEP antes do projeto, e 49% já tinham ouvido falar sobre PEP. As que tinham conhecimento prévio da PrEP em geral haviam acessado o serviço de saúde nos últimos 6 meses, tiveram ao menos 1 parceiro sexual HIV-positivo entre os 3 últimos e possuíam mais de 8 anos de escolaridade completa. As mais jovens, com práticas recentes de sexo anal sem camisinha e diagnosticadas recentemente com HIV tinham menos conhecimento sobre a PrEP. Entre as mulheres trans que foram diagnosticadas com HIV durante o estudo Transcender, apenas 6% haviam feito uso de PEP em algum momento de suas vidas. Entre as participantes soronegativas ao HIV, 162 (76%) manifestaram interesse em usar a PrEP. O estudo entendeu como alto risco percebido de HIV a classificação das participantes da probabilidade de contrair HIV no próximo ano.

⁷⁷ Dos 10 estudos publicados entre 2011 e 2017, em 6 países, 78% revelam que essa população está disposta a usar PrEP. As barreiras mais recorrentes para o uso foram relacionadas a custo, efeitos adversos, estigma relacionado ao HIV, transfobia nos serviços de saúde e possíveis impactos na terapia hormonal. Os facilitadores mais relatados foram: integração do serviço de provisão da PrEP àqueles já implementados para mulheres trans, percepção de benefícios para a comunidade trans e proteção extra em comportamentos de risco.

⁷⁸ Em 12/07/2017, lançou-se o projeto ImPrEP, envolvendo o Brasil, México e Peru, com coordenação do INI/Fiocruz, participação de instituições de ensino e pesquisa dos três países, apoio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) da Fiocruz e financiamento de US\$ 20 milhões da Unitaid. A princípio, por três anos 7.500 pessoas não infectadas pelo vírus serão atendidas nos três países, sendo 3 mil pessoas no Brasil, distribuídas pelos estados do Amazonas, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul – mas com objetivo de chegar a todos os estados nacionais paulatinamente. O público-alvo são HSH e mulheres transexuais e travestis que se expõem ao risco de contágio. Na prática, o ImPrEP é uma ampliação do PrEP Brasil (FERNANDES, 2018, p. 11).

implementação da PrEP. O PrEPParadas⁷⁹, com foco em mulheres transexuais e travestis, está analisando como os hormônios da terapia feminizante interagem com Truvada na PrEP oral⁸⁰, bem como os efeitos na saúde óssea. Também foi iniciado um estudo para avaliar a eficácia da PrEP com Truvada em adolescentes HSH, *gays* e transexuais⁸¹. Dentre os novos fármacos para PrEP, está sendo estudada uma combinação de Lamivudina e Tenofovir⁸², já produzida no Brasil mas ainda não usada na PrEP.

A PrEP tem sido proposta às pessoas pelas autoridades sanitárias em geral como uma forma adicional de prevenção, dirigida especialmente àquelas que se expõem com frequência ao HIV – como é o caso de casais sorodiscordantes (possibilitando-lhes, inclusive, o planejamento reprodutivo) – e de indivíduos pertencentes a alguns segmentos populacionais com prevalências de HIV mais elevadas. Portanto, a PrEP não está sendo indicada para qualquer pessoa, principalmente para aquelas com risco baixo de exposição ao HIV, pois se trata da toma de medicamentos que, em si, podem trazer outros riscos à saúde (ZUCCHI et al., 2018, p. 3).

Na prática, cada país tem definido quais são suas populações de mais alto risco ao HIV e que seriam, portanto, elegíveis para PrEP. A OMS, por exemplo, define populações de “alto risco” como aquelas em que a incidência do HIV seja igual ou superior a 3% (WHO, 2015). No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu como população elegível para a toma da PrEP os *gays*, HSH, profissionais do sexo, pessoas transexuais e pessoas em parceria sorodiscordante (MS, 2017, p. 13). Ainda que a taxa de prevalência do HIV também seja alta entre usuários de drogas⁸³ e adolescentes⁸⁴, eles não foram incorporados à PrEP sob alegação

⁷⁹ Desde julho de 2017, o PrEPParadas também está avaliando a aceitabilidade (desejo de usar) e a adesão à PrEP de 120 mulheres transexuais e travestis da região metropolitana do Rio de Janeiro. A pesquisa está sendo conduzida pela equipe do Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e Aids do INI (INI, 2017; FERNANDES, 2018).

⁸⁰ A esse respeito, segundo o estudo estrangeiro iFACT, que envolveu 20 mulheres transexuais, o uso concomitante de terapia hormonal para mudança de sexo e PrEP não afetou os níveis hormonais. No entanto, os níveis de Truvada no sangue foram reduzidos em 13% na presença de estradiol, mas permaneceram acima do nível que demonstrou conferir proteção contra a infecção pelo HIV (AIDSMAP, 2018d).

⁸¹ Iniciado em julho de 2017, o estudo é uma parceria do governo brasileiro com a organização Unitaid. Está sendo conduzido em São Paulo, Salvador e Belo Horizonte com jovens de 15 a 18 anos, com objetivo de observar a adesão deles à profilaxia e os efeitos do uso contínuo do Truvada na população dessa faixa etária.

⁸² A pesquisa é da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) com financiamento do Ministério da Saúde. Ela comparará a combinação dos medicamentos com o Truvada. O estudo clínico é de fase 2, ou seja, avaliará a segurança e aceitabilidade da medicação. Os primeiros resultados da pesquisa são esperados para 2019 (AGÊNCIA BRASIL, 2018).

⁸³ Usuários de drogas injetáveis em Bangkok foram alvo do estudo CDC 4370, feito entre junho de 2005 e outubro de 2014. Segundo a pesquisa, houve redução em 49% do risco de aquisição do HIV entre os que tomaram um comprimido de Tenofovir por dia (AVAC, 2018).

⁸⁴ O estudo Choices (ou CHAMPS PlusPills) foi feito na África do Sul e avaliou a segurança e aceitabilidade do uso diário de Truvada oral em 148 jovens sexualmente ativos, entre 15 e 19 anos (99 garotas e 49 meninos). Os participantes foram convidados a tomar a PrEP por pelo menos três meses a um ano. Embora a

de falta de mais estudos específicos com essas populações. Já nos EUA, a FDA aprovou o uso do Truvada como PrEP para adolescentes em maio de 2018, após resultados de estudos clínicos com jovens daquele país.

Além de pertencer às populações-alvo, também é necessário que a pessoa tenha comportamento sexual dito “de risco” pelos especialistas em saúde para que a PrEP lhe seja ofertada no SUS. De forma geral, o profissional de saúde deve transpor a lógica populacional que fundamenta a noção de “população-alvo” da PrEP, levando em conta também o âmbito do indivíduo, observando os seguintes indicativos para prescrever-lhe o método preventivo:

Repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; frequência das relações sexuais com parcerias eventuais; quantidade e diversidade de parcerias sexuais; histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP); contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, etc. (MS, 2017a, p. 14)

A indicação de PrEP restrita a certas populações fomentou críticas de alguns ativistas e cientistas sociais, por ser a primeira política de HIV/AIDS no Brasil não universal e por deixar de fora grupos que também a necessitam, como jovens negros (Zucchi et al., 2018, p 3; AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2017d). Segundo Terto Jr. e Raxach (2018, p. 7), o setor comunitário foi excluído dos primeiros debates sobre a PrEP, assim como as pessoas mais vulneráveis e mais afetadas pelo HIV. Ademais, algumas pessoas enquadradas como

quantidade de adolescentes que no final do estudo realmente tomaram Truvada conforme o prescrito tenha sido menor do que a que optou em diminuir o consumo ao longo do tempo, quase 40% havia aderido ao uso do remédio. O estudo considerou o medicamento seguro e tolerável para os adolescentes (CATRACALIVRE, 2017).

Segundo os autores do estudo ATN 110, que envolveu HSH de 18 a 22 anos nos EUA, os adultos jovens experimentaram perda óssea modesta, mas significativa, após o início do tratamento com a pílula de Truvada – estabilizada após um ano e recuperada após a suspensão do medicamento.

O estudo PrePare (ATN 113) envolveu 78 homens jovens *gays* e bissexuais, de 15 a 17 anos, de seis cidades dos EUA, aos quais foi dado acesso a pílula diária de Truvada por 48 semanas. Eles relataram ter uma média de dois parceiros sexuais durante o mês anterior, 60% fizeram sexo anal receptivo sem preservativo com seu último parceiro, 17% disseram que já haviam sido pagos por sexo e 15% tinham testes positivos para outras IST. Segundo os autores do estudo, houve baixa adesão dos adolescentes à PrEP: na última semana, apenas 15% dos participantes apresentaram níveis detectáveis da droga. Dentre os motivos apontados pelos jovens para isso, estão: estar longe de casa (32%), estar muito ocupado (28%), esquecer (26%) e ter mudanças na rotina (18%). Entre os adolescentes que tinham os menores níveis de medicamento no organismo durante o estudo, 30% disseram se preocupar com que alguém os visse tomando os comprimidos e pensasse que eles tinham HIV. De acordo com os pesquisadores, não houve relato da suspensão da participação de jovens no estudo por causa de efeitos colaterais significativos – houve três eventos adversos possivelmente relacionados à droga: quatro participantes apresentaram redução da densidade óssea ao longo das 48 semanas de realização do estudo, três adolescentes tiveram uma redução modesta e um jovem teve diminuição maior do que 4% na semana 24. Ademais, segundo os investigadores, não foi notado aumento em comportamento de risco durante o período de estudo. Contudo, três jovens foram infectados com HIV, e suas amostras de sangue sugerem que eles estavam tomando menos de duas doses de PrEP por semana (HOSEK et al., 2017; VEJA, 2018).

O estudo REACH está avaliando a segurança do anel de Dapivirina e da pílula de Truvada como PrEP oral entre jovens de 16 a 21 anos (CATRACALIVRE, 2017). A formulação deste estudo foi inspirada nos estudos ASPIRE e CHAMPS PlusPills, citados em notas de rodapé anteriores.

população-alvo de PrEP o percebem como uma forma de discriminação a elas (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2018b).

Segundo dados do Ministério da Saúde, de janeiro de 2018 a fevereiro de 2019, 11.034 pessoas foram cadastradas para receber PrEP no SUS (4.152 apenas entre janeiro e maio de 2019), sendo a maioria delas HSH, seguida por casais sorodiferentes, mulheres trans, travestis e homens trans (G1, 2019). Ao menos 18,9% das pessoas recebendo PrEP entre janeiro e setembro de 2018 havia sido diagnosticada com alguma IST nos últimos 6 meses – a maioria dos casos deu-se entre os mais jovens e entre mulheres trans, travestis e HSH (GIV, 2019b, p. 12-13). Atualmente, a meta do MS é expandir a distribuição da PrEP em todo o país, visando “duplicar e, quem sabe, até triplicar o atendimento” (AGENCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2019).

Contudo, o sucesso da PrEP depende de sua divulgação à população – para que não ocorra a ela o que aconteceu à PEP, método preventivo pouco conhecido e, conseqüentemente, pouco utilizado pelos usuários do SUS. Boa parte da população brasileira ainda desconhece a PrEP. Segundo Parker (2018b, p. 3), as campanhas nacionais sobre ela patinam no conservadorismo – ao passo que países norte-americanos e europeus oferecem imagens criativas e ousadas. No Brasil, pesquisas apontam que a maior parte das pessoas recebe informações sobre PrEP por meio da Internet, em *sites*, Facebook e aplicativos de relacionamento (QUEIROZ; SOUSA, 2017, p. 5; ONU, 2017⁸⁵).

O sucesso da PrEP também depende de vontade política e investimento para ampliação da oferta; aceitação e assimilação pelos profissionais de saúde; ambientes culturalmente diversos e sem discriminação nos serviços de saúde; e intervenções comunitárias, incluindo as redes sociais, de forma a reduzir iniquidades no acesso a este método preventivo (FERNANDES, 2018, p. 12; ZUCCHI et al., 2018, p 1).

Também é importante que a PrEP caiba nas contas públicas – sem dúvida, um grande desafio em tempos de sucateamento do SUS. Em janeiro de 2017, meses antes da incorporação da PrEP no SUS, o INPI (Instituto Nacional de Propriedade Industrial) negou a

⁸⁵ Segundo pesquisa feita em 2017 pelo Unaid com 3.218 usuários brasileiros do aplicativo de relacionamentos *gays Hornet*, a internet foi a principal fonte de informação sobre a PrEP para 71% deles. Entre os HSH, 15% desconheciam a PrEP, sendo que os jovens tinham menos conhecimento sobre ela do que os adultos: um em cada quatro HSH de 18 a 25 anos (24%) nunca tinham ouvido falar desta forma de prevenção ao HIV; entre os participantes de 31 a 40 anos, a proporção cai para um em cada dez. Os participantes do Nordeste e do Norte apresentaram os menores percentuais de conhecimento sobre a PrEP: 77% e 81%, respectivamente. Sobre a afirmação “É provável que eu use PrEP nos próximos seis meses”, 45% responderam não ter certeza se concordavam totalmente com ela, 36% concordaram e 19% discordaram dela – indicando a necessidade de ampliar o acesso a informações mais detalhadas sobre a PrEP. Havia usuários já em PrEP (7%), dentre os quais 55% estavam tomando o medicamento como parte de um projeto de pesquisa, e outros 20% o compraram pela internet (ONU, 2017).

patente do Truvada no Brasil. O governo pagou à fabricante Gilead Sciences inicialmente US\$ 1,9 milhão para atender 9 mil pessoas no primeiro ano (2 mil participantes dos estudos clínicos anteriores e outros 7 mil indivíduos). Em 23/04/2018, a Anvisa autorizou a comercialização da versão genérica do Truvada – até então, todas as outras regiões do mundo já haviam aprovado a PrEP genérica, com exceção da América Latina (PARKER, 2018b, p.2). O preço da PrEP com Truvada aos cofres públicos brasileiros deve cair 60% com a produção nacional do medicamento por meio de Parceria de Desenvolvimento Produtivo (PDP) firmada em 2018 entre o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) e as empresas Blanver e Microbiológica – podendo, inclusive, ser futuramente fornecido ao mercado internacional.

Oscar (2018), ao analisar documentos nacionais e internacionais sobre PrEP⁸⁶, identificou neles uma aposta centrada no indivíduo e na eficiência da tecnologia medicamentosa, conseguida por meio do engajamento da pessoa nas rotinas de prevenção prescritas: “Não dizem sobre ações pedagógicas de sexo protegido, por exemplo”. Estes achados corroboram a afirmação de Silva-Brandão (2018a, p. 48) de que a PrEP “eleva o indivíduo como responsável central por sua prevenção”, como atesta esta fala de um usuário de PrEP, coletada por ele: *“The beauty of taking PrEP is that you do not rely on someone else’s ‘negative status’ or ‘undetectable status’. You take your own protection with PrEP. [...] You are the owner of the responsibility of prophylaxis with your own pill”*.⁸⁷

É preciso ressaltar que a população que busca esse tipo de profilaxia o faz voluntariamente – portanto, está preocupada e identificada com certo discurso do risco de contrair HIV, “está buscando formas de minimizar riscos, sem que isso signifique, necessariamente, mudar substantivamente as formas como experimenta seus desejos e prazeres sexuais” (ZUCCHI et al., 2018, p 10). É o que podemos observar nesta fala de um usuário de PrEP, coletada por Silva-Brandão (2018a, p. 72): *“We’ve spent our entire lives hearing that sex=risk. PrEP finally allow us to be responsible AND to have the sex each like*

⁸⁶ A autora analisou 10 arquivos (diretrizes, recomendações e protocolos) publicados pela OMS e pelo Unids desde 2012, bem como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP) e o documento sobre Prevenção Combinada, ambos publicados pelos Ministério da Saúde do Brasil em 2017.

⁸⁷ Tradução nossa: “A beleza de usar a PrEP é que você não depende do ‘status negativo’ de outra pessoa ou do ‘status indetectável’. Você toma sua própria proteção com PrEP. [...] Você é o dono da responsabilidade da profilaxia com sua própria pílula”.

to have (it can be different for everyone). We are doing our part, by protecting ourselves, so that one day, hopefully soon, sex=pleasure”⁸⁸.

Contudo, a PrEP também tem sido associada à promiscuidade e à irresponsabilidade por aqueles identificados com o “mantra” da camisinha. Seus usuários têm sido chamados de “prostitutas da PrEP” ou “prostitutas do Truvada” (em inglês, “PrEP *whores*” ou “Truvada *whores*”) por praticar sexo *bareback* (sem preservativo)⁸⁹. É interessante observar como a PrEP tensiona conceitualmente e politicamente esta prática sexual. Antes o *bareback* era visto como prática de indivíduos que desafiavam a norma sanitária⁹⁰. Mas, com o uso da PrEP, ele ganha um novo sentido (contestado por alguns, como vimos): passa a ser exercido por indivíduos disciplinados pelo conhecimento médico, que agora podem se prevenir ao HIV e explorar o prazer do contato com os fluidos corporais ao mesmo tempo (SASTRY; BAN, 2019; SILVA-BRANDÃO, 2018b, p. 26).

Uma preocupação recorrente nos debates sobre a PrEP é se seu uso fomentaria nas pessoas a chamada “compensação de risco” – ou seja, o aumento de atividade sexual sem preservativo. Segundo o estudo PrEP Brasil, a compensação de risco não foi relevante para os participantes: houve estabilidade na incidência de IST e até uma ligeira diminuição no número de parceiros sexuais ao longo do estudo (de 11,4 na inscrição para 8). Contudo, houve um pequeno aumento (+3,1%) na proporção de participantes que fizeram sexo anal sem preservativo – entre os HSH jovens, o aumento foi maior, de 52% para 61% –, mas, segundo os pesquisadores, esse aumento foi estatisticamente pouco significativo (GRINSZTEJN et al., 2018).

Contudo, ao analisarmos estudos envolvendo PrEP⁹¹, chegamos à mesma conclusão de Mayer (2016): não há consenso científico se o uso dela aumenta ou não a aquisição de outra

⁸⁸ Tradução nossa: “Nós passamos a vida ouvindo que sexo = risco. A PrEP finalmente nos permite ser responsáveis E ter o sexo que cada um gosta de ter (pode ser diferente para todos). Estamos fazendo a nossa parte, protegendo a nós mesmos, para que um dia, esperançosamente em breve, sexo = prazer”.

⁸⁹ Em 2012, o presidente da AHF (*Aids Healthcare Foundation*, uma provedora global sem fins lucrativos de serviços de prevenção, testes e assistência médica para pacientes com HIV), Michael Weinstein, referiu-se aos usuários de PrEP como “Truvada *whores*”. Estes, em resposta, subverteram o sentido da nomeação e iniciaram a campanha #TruvadaWhore na Internet, a fim de combater a discriminação e promover a divulgação e o investimento em PrEP.

⁹⁰ A terminologia *bareback sex* emergiu nos anos 1990 entre *gays*, bissexuais e HSH norte-americanos que passaram intencionalmente a assumir o risco do sexo anal sem camisinha em meio a epidemia de HIV/AIDS. O termo *bareback* (que significa literalmente cavalgar sem cela) foi primeiro enunciado em 1992 no livro *Autopornography*, de Scott O’Hara, que exaltou a liberdade do sexo desprotegido como forma de resistência ao medo produzido à aids (SILVA-BRANDÃO, 2018a, p.74).

⁹¹ Segundo uma meta-análise feita com estudos sobre a PrEP publicados entre 2010 e 2015 (GIV, 2017, p. 11), não houve aumento no número de relações sexuais sem camisinha – cabe destacar que a maioria dos participantes dos estudos foi recrutada justamente por já fazer pouco uso dos preservativos.

Já Traeger et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática de estudos envolvendo comportamento de risco e incidência de IST em HSH e mulheres transexuais durante uso de PrEP oral. Foram analisados resultados

IST, uma vez que seus usuários já não tinham o hábito do uso regular de preservativos antes da profilaxia. Embora alguns se preocupem com o fato de a PrEP poder funcionar para certas pessoas como uma licença final para abrir mão do preservativo, pesquisas mundiais (inclusive brasileiras, feitas pelo Ministério da Saúde) já mostravam que o sexo sem preservativo estava se tornando cada vez mais popular bem antes da PrEP. Por isso, é difícil dizer, no contexto dos ensaios clínicos, se estamos vendo a continuação dessa tendência ou uma mudança no comportamento sexual por conta da profilaxia. Ademais, a testagem a IST é rotina durante a PrEP – o que pode fazer com quem a taxa de detecção delas aumente entre os usuários. No entanto, parece haver um ponto de concordância entre os estudos: eles mostram que a oferta de PrEP precisa andar de mãos dadas com a oferta de testes rápidos e de tratamento para IST. Para alguns infectologistas e estudiosos, quando isso acontece, a ampla distribuição da PrEP até ajuda a reduzir as taxas de outras IST na população.

de um estudo aberto e 16 estudos observacionais publicados até agosto de 2017 e que relatavam resultados de risco sexual (diagnósticos de IST, uso de preservativo, número de parceiros sexuais) e mudança de comportamento sexual durante o uso diário da PrEP em participantes que sabiam estar tomando a medicação. Os autores não encontraram nenhuma mudança no número de pessoas que fizeram sexo sem camisinha, em parte porque poucos participantes começaram a usar preservativo mais consistentemente. Contudo, entre aqueles que já usavam preservativos intermitentemente, a PrEP foi associada a maior frequência de sexo sem preservativo e sexo anal receptivo – o que acarreta um risco maior de infecção por IST em geral. Os autores descobriram que, em alguns estudos, o uso da PrEP foi associado a um aumento de 9% na quantidade de sexo anal receptivo sem preservativo com 10 ou mais parceiros, um aumento de 11% na quantidade de sexo sem camisinha com uma pessoa soropositiva ao HIV ou com alguém cuja sorologia ao HIV era desconhecida, e um aumento de 14% em pessoas que nunca usaram preservativos durante o sexo anal. Em outras palavras, as pessoas que já praticavam sexo sem camisinha pareciam fazê-lo mais quando em PrEP – e, como resultado, contraíam mais IST. Os autores sugerem que, à medida que as pessoas começam a confiar na PrEP, elas têm mais sexo sem preservativo e se preocupam menos com outras IST.

Segundo outro estudo, feito em São Francisco (EUA) no acesso ao serviço de PrEP (portanto, em contexto real, fora de ensaio clínico), houve aumento nas relações sexuais sem camisinha e na detecção de IST no subgrupo de participantes mais velhos e com maior nível de escolaridade. Supostamente, essas pessoas substituíram o preservativo pela PrEP (GIV, 2017, p. 9). E Montano et al. (2017), ao investigar usuários de PrEP nos EUA, identificaram que, entre eles, o índice de IST era até 20 vezes maior do que entre homossexuais soronegativos na população em geral.

Kojima et al. (2016) realizaram uma meta-análise comparando as taxas de IST entre estudos de HSH tomando PrEP e estudos de HSH sem PrEP. Eles relataram que os primeiros tinham 25 vezes mais chances de adquirir gonorreia e eram 47 vezes mais propensos a adquirir sífilis do que os segundos. Contudo, de acordo com os próprios autores, os primeiros foram recrutados justamente por ter comportamento sexual de alto risco, enquanto os segundos podiam ter comportamento de risco diferente. Harawa et al. (2017) identificaram limitações nesta primeira meta-análise: mais da metade dos dados veio do Project EXPLORE, um estudo de intervenção explicitamente projetado para aumentar o uso de preservativos e que não testou os participantes rotineiramente após o primeiro ano. Ao excluírem os dados sobre este estudo, Harawa et al. (2017) descobriram um risco 10 vezes menor do que a estimativa no estudo original, ainda que também elevado: os HSH em PrEP tinham 2,8 vezes mais chances de contrair uma IST do que aqueles que não estavam em PrEP. Uma nova meta-análise com estudos e projetos de implantação de PrEP envolvendo homens *gays* e bissexuais (WERNER et al., 2018) identificou altas taxas de diagnóstico de IST entre eles. Contudo, segundo os autores, é difícil dizer se o aumento na detecção de IST é consequência do abandono da camisinha por usuários de PrEP ou se é impulsionado mais por outros fatores, como o aumento da testagem durante o uso da profilaxia. Entretanto, eles concluíram que oferecer testagem regular a IST junto à distribuição de PrEP pode não apenas diminuir a incidência de HIV como também de outras IST (GIV, 2019b, p. 23-25).

Segundo o ativista espanhol Ferran Pujol (2018), desde o advento da PrEP os conservadores ficaram receosos de perder o controle sobre os corpos e as sexualidades e, por isso, cada vez mais têm nos informado sobre “supergonorreias” e “supersifilís”, que seriam altamente resistentes aos remédios atuais. Para Terto Jr. e Raxach (2018, p. 7), a resistência à PrEP e o receio de causar em seus usuários um efeito “desinibitório” de comportamentos de risco pelo abandono do preservativo, tanto por parte de gestores quanto de profissionais da saúde, estão pautados “em estigmas e preconceitos relacionados à sexualidade e sobre determinadas populações”. Parte dessa estigmatização foi percebida por Ferrari (2017) ao analisar textos produzidos pelo colunista Reinaldo Azevedo da revista *Veja*, como este:

Caso esse remédio [PrEP] se popularize – e já há quem tome coquetéis do dia seguinte [PEP]... -, vocês acham que haverá uma elevação ou uma diminuição no número de contágios? O senso comum tenderá a responder: “Diminuição, já que, como a gente vê na pesquisa, o número de contaminados é bem maior entre os que não tomaram o remédio”. A resposta lógica: haverá uma elevação, porque o aumento das “garantias” *estimulará quem não fazia habitualmente sexo de risco a fazê-lo. Pílula não substitui a escolha moral: “Devo ou não correr riscos”?* (AZEVEDO, 2010, colchetes e grifos nossos).

Tal tom moralista e estigmatizante também foi encontrado por Carvalho e Azevêdo (2019) na edição de abril de 2018 da revista *Época*, cuja manchete dizia “A outra pílula azul: o novo medicamento que está fazendo os *gays* abandonar [sic] a segurança da camisinha”:

O repórter que narra sua visita a uma casa noturna frequentada pelo público LGBTI em São Paulo, um lugar ‘propositalmente lúgubre’, dá detalhes das relações sexuais ocorridas ali e contabiliza não só o número de parceiros sexuais de um sujeito, como a quantidade de camisinhas jogadas ao chão no final da noite. Além da descrição moralista e estereotipada, a reportagem sugere que nesses ambientes há uma falta de cuidado na prevenção sexual e indica que essa seria a falha da resposta brasileira na contenção do aumento nos números de infecções pelo HIV no país. (CARVALHO; AZEVÊDO, 2019, p. 254)

Também há a possibilidade da culpabilização daqueles que estão enquadrados como populações elegíveis para a PrEP mas que, por diversas razões e contextos de vida, não conseguem ou não querem tomá-la. Há efeitos colaterais indesejados, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, preconceitos de diversas ordens por parte das equipes de saúde⁹². Da

⁹² Por exemplo, estudos feitos em São Francisco (EUA) (BUCHBINDER et al., 2018) e na Austrália (GRULICH et al., 2018) alegaram aumento no uso da PrEP e redução de novas infecções por HIV, principalmente entre HSH. Contudo, persistiam disparidades raciais e étnicas no acesso a essa profilaxia. Já uma análise do CDC dos EUA (CDC, 2018) concluiu que dois terços dos que poderiam se beneficiar da PrEP são afroamericanos ou latinos, mas as prescrições da profilaxia a eles continuavam baixas. No PrEP Brasil, a menor taxa de adesão ocorria em transexuais, jovens e de menor nível socioeconômico; em dois estudos dos EUA, elas foram observadas entre HSH negros (ZUCCHI et al., 2018, p.5). Yi et al. (2017) realizaram um estudo comparativo (meta-análise) dos resultados de 23 pesquisas com PrEP feitas entre 2011 e 2016 em países em desenvolvimento

mesma forma, usuários de PrEP são confundidos com pessoas com HIV por portar antirretrovirais – e, assim, são discriminados. Ademais, a PrEP tem sido percebida majoritariamente como um método “gay”, afastando outros grupos vulneráveis do seu uso (ZUCCHI et al., 2018, p 6). Esses motivos, entretanto, são apagados por um discurso culpabilizante, que simplesmente atribui como escolha da pessoa a não-adesão – como se ela fosse fruto de uma teimosia do sujeito. O MS admite que “Além de apresentarem maior risco de adquirir o HIV, essas pessoas [as populações-alvo da PrEP] frequentemente estão sujeitas a situações de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito e aumentando, assim, sua vulnerabilidade ao HIV/aids.” (MS, 2017a, p. 9, colchetes nossos). Contudo, o preconceito que as coloca em vulnerabilidade ao HIV – e, portanto, que as torna elegíveis para receber a PrEP – não é problematizado como motivo que igualmente as afasta da adesão à PrEP.

– dentre eles, o Brasil. O principal intento dos autores foi avaliar em que medida os HSH sentir-se-iam dispostos ou não a fazer uso da PrEP. Eles encontraram diferenças regionais significativas. Contudo, no geral, os autores identificaram que, mesmo onde o nível de informação sobre PrEP era menor, após ela ser apresentada e explicada, eram elevados os índices de vontade de aderir à profilaxia. Mas, dentre os motivos listados pelos participantes para não utilizar a PrEP, estão o medo de estigmatização por usar medicamentos relacionados ao HIV, bem como o temor de ser reconhecido publicamente como promíscuo ou como um HSH (já que em alguns desses países a relação sexual entre pessoas do mesmo sexo é criminalizada).

3 BIOMEDICALIZAÇÃO E RISCO

Podemos dizer que aids foi tecida e ajudou a tecer a cultura do risco tão proeminente nas sociedades ocidentais contemporâneas, marcada pelo desejo de máximas segurança e longevidade, que colocam as questões de saúde no centro dos projetos políticos, econômicos e sociais.

Ao se observar os serviços de atenção ao HIV/AIDS no Brasil, fica evidente que ainda é hegemônico o modelo limitado da medicina preventivista (AROUCA, 2003) – altamente medicalizante, calcado em fatores biomédicos e centrado na educação para a mudança do comportamento do indivíduo a fim de que ele use os métodos preventivos (ou, quando já infectado, no controle clínico da infecção e da transmissão do vírus a outros por meio da adesão ao tratamento). Nesse modelo, é pouco incorporada na prática a compreensão de que aspectos socioculturais e estruturais ampliam a vulnerabilidade do indivíduo à infecção ao HIV e ao seu adoecimento por aids (RODRIGUES, 2012; CASTIEL, DIAZ, 2007, p. 30). Por consequência, a ênfase individualizante deste modelo impossibilita lidar com o âmago dos problemas da saúde pública: as desigualdades sociais.

A transformação da infecção por HIV em uma questão de foro individual – ou seja, a atribuição da responsabilidade pela infecção à pessoa, por conta de seus hábitos e estilos de vida e a consequente descoletivização das determinações deste processo saúde-doença – está presente na lógica do risco em saúde. Acreditamos que a cultura centrada no binômio risco/segurança conforma as mudanças na construção da epidemia de aids. E parte da sua força deve-se à mídia, por esta ser “reconhecida como fonte confiável, baseada em fatos e na verdade [...] sobretudo por sua associação com discursos e ideias da biomedicina” (VALLE, 2002, p. 182). Assim, partimos do pressuposto de que a mídia é coprodutora do risco e tem papel decisivo na construção da noção de responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde e a epidemia de HIV/AIDS, e na consolidação da crença no poder da ação humana em conter os riscos.

Neste capítulo, abordaremos mais detidamente como funciona o discurso do risco em saúde, tão presente em uma sociedade (bio)medicalizante e neoliberal, e suas repercussões no campo da prevenção ao HIV/AIDS.

3.1 (BIO)MEDICALIZAÇÃO

Muitos autores têm afirmado que estamos vivendo a era da biomedicalização da aids, recrudescida após o advento dos métodos preventivos medicamentosos (PEP, PrEP e TasP) e cirúrgico (circuncisão masculina) (AGGLETON; PARKER, 2015; FERRARI, 2017; GIAMI et al., 2015). Para entrarmos nesse debate, primeiro precisamos entender o que significa medicalização.

As discussões sobre medicalização foram gestadas nas décadas de 1960 e 1970 (FUREDI, 2006, p. 14). Há variados conceitos de medicalização, nem sempre conciliáveis entre si. Contudo, eles comungam o fato de perceberem um papel protagonista exercido pelo saber médico em nossa sociedade – seja por meio de categorias diagnósticas ou de tecnologias, como medicamentos, exames e cirurgias (KNAUTH; MACHADO, 2013, p. 231). Camargo Jr. (2007, p.68-70) identifica dois pólos na conceituação acerca da medicalização: de um lado, a percepção de que ela é o mascaramento de aspectos conflitivos das relações sociais por sua transformação em “problemas de saúde”; de outro lado, ela é vista em termos da expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não só) das mais pobres, tornando-as dependentes do cuidado de profissionais, principalmente de médicos.

A princípio, o conceito de medicalização emergiu para designar a transferência de determinadas questões sociais consideradas moralmente problemáticas e que frequentemente afetavam o corpo (como alcoolismo, homossexualidade e abuso de drogas) da jurisdição profissional da lei para a medicina (CLARKE et al., 2003, p. 164). Medicalização, assim, era um conceito que designava uma crítica ao poder do saber médico e dos profissionais da saúde; era uma reação contra a sua racionalidade e contra o conhecimento especializado (FUREDI, 2006, p. 14).

Os teóricos Irving Kenneth Zola e Ivan Illich inicialmente entendiam a medicalização como a expansão na nossa cultura do poder da medicina moderna (de seu saber e de seus aparatos tecnológicos cada vez mais sofisticados), ao ditar às pessoas a como cuidarem de si. Para os autores, ela seria o resultado do imperialismo da profissão médica sobre os indivíduos, uma forma de regulá-los socialmente e tirar-lhes suas autonomias. Zola (1972) enxergava a medicalização como uma forma de controlar as sociedades. Segundo o autor, haveria uma medicalização do nosso cotidiano decorrente da onipresença da doença, à qual estamos em permanente estado de alerta, cuidando do que ingerimos e fazemos – a ponto de o autor dizer que “viver é prejudicial à saúde” (ZOLA, 1972, p. 498, tradução nossa). Illich

(1982) também percebia criticamente a medicalização, definindo-a como uma expansão das práticas médicas preventivas e terapêuticas na orientação de comportamentos individuais e coletivos, ao regular diversas práticas humanas, desde as atividades físicas até as relações sexuais e sociais. Segundo Furedi (2006, p. 14-15), essas formulações originais da tese da medicalização associaram demasiada e restritamente o fenômeno à promoção do interesse profissional médico – foco que distraiu seus proponentes de explorar outras influências culturais que o subjazem.

Peter Conrad (2007) entende a medicalização como a transformação em problemas médicos de questões antes não consideradas da alçada médica (ou da saúde), geralmente sob a forma de doenças ou transtornos. É o caso, por exemplo, de uma criança antes vista apenas como agitada ou levada, hoje diagnosticada com TDHA (transtorno de déficit de atenção de hiperatividade). O autor, inspirado pela obra de Michel Foucault (1999), afirma que o mesmo ocorreu com o comportamento sexual, que paulatinamente na história foi apropriado como área de atuação médica. Nesse percurso, segundo Camargo Jr. (2013, p.845), houve processos medicalizantes da sexualidade que podem ser vistos negativamente, como as tentativas da indústria farmacêutica de criar uma “disfunção sexual feminina”. Mas também houve processos medicalizantes positivamente éticos, como os avanços na medicina que possibilitaram reconhecer os primeiros casos de aids, criar uma categoria diagnóstica, identificar o seu agente infeccioso, encontrar formas de prevenção, desenvolver testes de detecção e medicamentos que possibilitaram uma vida de qualidade com o vírus, antes altamente letal (CAMARGO JR., 2018, p.9-10).

Muitos teóricos da medicalização dialogam com a obra de Michel Foucault – ainda que este tenha se debruçado sobre processos medicalizantes advindos precipuamente do século XVIII e aqueles sobre fenômenos típicos do século XX. Nesta tese, filiamo-nos à hipótese de Zorzanelli e Cruz (2018, p. 722) de que haveria dois sentidos para o termo “medicalização” nos escritos do pensador francês. O primeiro refere-se ao processo de sanitização de cidades europeias que sofreram intervenções médicas visando a salubridade e a higiene social, ocorrido entre os finais dos séculos XVII e XIX. O segundo sentido refere-se à “medicalização indefinida”, caracterizada pela extrapolação da ciência médica à vida como um todo, não havendo mais exterioridade ao saber médico nem fenômeno que não pudesse por ele ser descrito.

Essa “medicalização indefinida” teria se iniciado no final do século XIX como uma decorrência do biopoder – um tipo de poder que se exerce não mais apenas sobre os corpos dos indivíduos (típico do que Foucault chama de “poder disciplinar”), mas principalmente na

população (FOUCAULT, 1977). O biopoder visa, por meio de procedimentos e cálculos de maximização da vida, projetar e sustentar ideais de longevidade e de bem-estar na população, ao mesmo tempo em que conforma corpos saudáveis. Esse poder (e a consequente medicalização que provoca) é exercido não só pelo Estado como instância de controle social e moral: ele se espraia pela sociedade; dele participam diversos agentes e instituições sociais, como o médico, as instituições de pesquisa científica, a indústria farmacêutica, a indústria de tecnologias médicas, a religião, a família burguesa, a mídia... e também as próprias associações de pacientes e o próprio indivíduo sobre si mesmo (CONRAD, 2007; FUREDI, 2006, p. 14; KNAUTH; MACHADO, 2013, p. 231; CAMARGO JR., 2013, p.844). Uma de suas marcas é a responsabilização individual pela saúde:

As práticas médicas estão em todos os lugares, à medida que a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro. Modificou-se a atenção da medicina novecentista com agentes patogênicos dos corpos segregados e confinados para o cultivo individual do corpo saudável, exaltado como um ideal. Houve um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde. Esse deslocamento é exatamente do que trata o conceito de medicalização hoje. (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p. 724)

Subjaz à atual crescente medicalização a promoção da ideia de que a saúde não é algo que se tem, mas que exige esforço, disciplina e adoção de certo “estilo de vida” para ser alcançado – a doença é, assim, o estado normal de nossa existência, e a saúde é uma qualidade a ser buscada (FUREDI, 2006, p. 17). Conrad (2007) identifica nisso uma certa tirania da saúde, a que ele denomina de “saudicização” (*healthicization*). A definição positiva e ampliada de saúde – ou seja, não apenas como mera ausência de doença, mas também como um estado de completo bem-estar físico, mental e social – tem trazido desdobramentos medicalizantes ao debate sobre promoção da saúde (FAVORETO; CAMARGO JR., 2002).

[...] o risco da ênfase excessiva numa suposta “definição positiva” da saúde como orientadora da atuação dos serviços de saúde está em estender a esfera de atuação do chamado “setor saúde” à totalidade da vida, da experiência humana, numa medicalização mais radical do que a denunciada pelos pioneiros do campo há quatro décadas. (CAMARGO JR., 2007, p.63).

Até mesmo as medicinas alternativas podem ser consideradas, de certo ponto de vista, agentes medicalizantes, “convencendo segmentos cada vez mais amplos de que um dado evento é um ‘problema de saúde’” (CAMARGO JR., 2007, p.68). No campo da aids, por exemplo, foram publicados diversos livros sobre o viver com aids que desafiavam a hegemonia da medicina ocidental e traziam como alternativa a clássica acupuntura chinesa –

mas também de forma medicalizante e igualmente colocando no indivíduo o ônus pela sua saúde (FEE, KRIEGER, 1993, p. 1480).

A saúde, assumida como um valor a ser zelado por todos, coletiva e individualmente, faz com que as pessoas antecipem-se aos problemas, agora tidos como médicos, por meio do esforço por preveni-los e por promover a saúde com o uso de inovações médico-científicas, disponíveis no mercado em expansão de farmácias, lojas de alimentos funcionais, academias de ginásticas etc. (CONRAD; LEITER, 2004; CONRAD; SCHNEIDER; 1980). Esta visão recebe importante contribuição de certa epidemiologia dos fatores de risco, que culpabiliza os indivíduos por suas doenças, em certa apropriação perversa das noções ampliadas de saúde (CAMARGO JR., 2013, p.845; CAMARGO JR., 2007, p.71). Essa responsabilização individual tem tirado ênfase das questões da coletividade envolvidas nos problemas de saúde. Segundo Furedi (2006, p. 16), a medicalização tem sido impulsionada por mudanças culturais importantes, principalmente pelos sentidos de individuação, de vulnerabilidade pessoal, pelos desgastes dos laços comunitários e pelo desaparecimento da solidariedade social nos anos 1980. Isso foi sentido pelo pesquisador e ativista Richard Parker (2016, p. 17-18), ao comparar a prevenção ao HIV/AIDS do início da epidemia no Brasil e dos dias atuais:

Desde o começo [da epidemia de aids no Brasil], a prevenção – pelo menos como surgiu na comunidade gay, e como foi articulada pela primeira geração de ativistas da AIDS no Brasil – foi mais sobre a preocupação com o outro ou com quem havia sido seu parceiro, namorado ou grande amor. A saúde pública tradicional parece ter destruído isso, pois inverteu esses valores e investiu na ideia de “nos proteger da ameaça dos outros” ao invés de “protegermos os outros”. E, com isto, estabeleceu uma maneira totalmente diferente de pensar a relação com as pessoas (parceiros, amigos e familiares, ou seja, pessoas que realmente são importantes para nós). E as transformou em possíveis “ameaças” no lugar de seres humanos que mais precisavam da nossa proteção. (PARKER, 2016, p. 16, colchetes nossos)

Com o discurso do risco em saúde, transformou-se a relação entre médicos e pacientes. Surgiu o “paciente-especialista” (DUMIT, 2012), que acumula saberes sobre seu estado de saúde não mais por meio dos sintomas que sente no próprio corpo, mas por informações sobre o risco que ele tem de manifestar ou adquirir certas doenças, silenciosas e sempre à espreita. Um paciente sempre inseguro, em busca de novos exames para rastrear riscos cada vez mais numerosos, afastáveis por meio de condutas preventivas e muitas vezes medicamentosas. Nesse novo tipo de relação com o paciente, segundo David Armstrong (2016, p. 503), cabe ao médico respeitar a autonomia do sujeito, envolvendo-o nas decisões que dizem respeito à sua saúde e atribuindo-lhe (querendo ou não) certa responsabilidade.

Reconhecemos que o saber médico permanece importante na construção normativa e normalizadora de sentidos com os quais as pessoas percebem seus processos de saúde-doença e vivem suas vidas. Contudo, seria exagerado pensar que esse papel é de controle, conforme inicialmente apregoado por Zola (1972): há espaços de negociação, bastante complexos inclusive. Por vezes encontramos profissionais da saúde medicalizantes, mas também pacientes que – informados pelos meios de comunicação (em especial a Internet) sobre riscos, remédios e todo um imaginário de saúde perfeita – contestam a autoridade do profissional da saúde, demandando-lhe o reconhecimento de certos diagnósticos e, portanto, a prescrição de certos medicamentos, mesmo quando o médico não está de acordo (FUREDI, 2006, p. 16; GARBIN, PEREIRA NETO, GUILLAM, 2008; CAMARGO JR. 2007, p. 70). Segundo Furedi (2006), esse crescente questionamento da autoridade da profissão médica também é resultante da expansão de sua regulação e da vigilância da gestão (ambas exercidas pelo Estado), do crescimento de autoridades alternativas (como medicina complementar e críticos holísticos e alternativos da biomedicina), dos movimentos de saúde ambiental e das associações de pacientes e grupos de defesa que promovem “especialização leiga” e consumismo. Assim:

It is evident that the cultural process of medicalization is not mediated only through the medical professions. Psychologists, mentors, life coaches, herbalists, parenting coaches, and a bewildering variety of counselors are more than happy to offer their diagnoses of any illness afflicting the individual. (FUREDI, 2006, p. 15)⁹³

Destarte, os pacientes não são apenas passivos à medicalização, mas muitas vezes a demandam, motivados pela politização do tema que os aflige e por certos movimentos sociais (ARMSTRONG, 2016, p. 503). No caso do HIV/AIDS, foi o que Peter Conrad (2007) observou acerca da comunidade homossexual dos Estados Unidos no início da epidemia, que clamava por mais pesquisas e remédios para os infectados. E é o que percebemos hoje na demanda dos ativistas da aids por acesso a opções preventivas farmacológicas. De fato, eles também legitimaram a autoridade do conhecimento científico e das práticas biomédicas – por vezes gerando, paradoxalmente, a necessidade de lutar pelo direito de também serem ouvidos nas pesquisas médicas, nos ensaios clínicos e na formulação de respostas à epidemia⁹⁴

⁹³ Tradução nossa: “É evidente que o processo cultural de medicalização não é mediado apenas pelas profissões médicas. Psicólogos, mentores, *life coaches*, herbalistas, *coaches* de paternidade e uma variedade desconcertante de conselheiros ficam mais do que felizes em oferecer seus diagnósticos de qualquer doença que afete o indivíduo.”

⁹⁴ No início da epidemia de aids, principalmente nos EUA, grupos de pacientes organizados provocaram grandes mudanças nos testes e na aprovação de novos medicamentos para a síndrome e participaram de terapias

(CLARKE et al., 2003, p. 180). O ativismo em HIV/AIDS tornou-se cada vez mais experto, “traduzindo” os avanços científicos para as PVHA em publicações e veículos de comunicação próprios⁹⁵ e transformando-os em demandas (VALLE, 2012, p. 49-50). Como observado por Clarke et al. (2003, p.178), hoje o conhecimento biomédico não é monopólio de expertos ou de certos profissionais; ele circula por variados meios (desde a imprensa até materiais comunicacionais desenvolvidos por ativistas e empresas farmacêuticas), de forma que cada vez mais as pessoas têm acesso a ele e também exercem um importante papel medicalizante.

Today, individuals, enabled by computer technologies, are organizing to articulate new research interests, fund research studies and, at times, to open up new research frontiers. [...] Some groups are even starting to fund their own science directly [...]. Because of increasing Congressional responsiveness to their demands, some supposed « patients' groups » are now started by scientists, pharmaceutical companies, and/or professional medical organizations [...]. (CLARKE et al., 2003, p.178)⁹⁶

Esse paciente-especialista também exige afirmação institucional, científica e cultural para a experiência leiga na representação da constituição da doença. É interessante observar como alguns grupos de pacientes contestam inclusive a valoração negativa à sua doença – vista por eles não como algo do qual sofrem, mas que define quem eles são, que os ajuda a construir um senso de intimidade, parentesco e comunidade:

The positive valuation of certain forms of illness even enjoys a degree of cultural affirmation. In popular culture, identities associated with an illness are often portrayed in a positive light. In some cases, individuals suffering from Asperger's Syndrome and other types of disabilities are portrayed as possessing special positive qualities that their healthy counterparts lack. [...] Some groups and individuals claim to value positively being deaf or blind. [...] Newspaper columns written by individuals living with cancer examine the virtues of their condition. (FUREDI, 2006, p. 17)⁹⁷

Desde os anos 1980 têm ganhado proeminência pesquisas em biomedicina, biotecnologia e genética, impulsionadas por grandes mudanças tecnocientíficas, como a

experimentais para a aids. A esse respeito, sugerimos o filme ficcional *Dallas Buyers Club* (2013), do diretor Jean-Marc Vallée.

⁹⁵ Como o *Boletim Pela Vidda*, o *Cadernos Pela Vidda*, o *Boletim ABIA*, o *Boletim Vacinas Anti-HIV* e a *Revista Saber Viver*.

⁹⁶ Tradução nossa: “Hoje, os indivíduos, habilitados pelas tecnologias da computação, estão se organizando para articular novos interesses de pesquisa, financiar estudos e, às vezes, abrir novas fronteiras de investigação. [...] Alguns grupos estão até começando a financiar sua própria ciência diretamente [...]. Devido à crescente capacidade de resposta do Congresso às suas demandas, alguns supostos "grupos de pacientes" são agora iniciados por cientistas, empresas farmacêuticas e/ou organizações profissionais médicas [...].”

⁹⁷ Tradução nossa: “A valoração positiva de certas formas de doença tem até certo grau de afirmação cultural. Na cultura popular, as identidades associadas a uma doença são frequentemente retratadas sob uma luz positiva. Em alguns casos, indivíduos que sofrem da Síndrome de Asperger e outros tipos de deficiências são retratados como possuidores de qualidades positivas especiais que seus correspondentes saudáveis não possuem. [...] Alguns grupos e indivíduos afirmam valorizar positivamente ser surdo ou cego. [...] Colunas de jornais escritas por indivíduos que vivem com câncer examinam as virtudes de sua condição.”

incorporação do computador e de tecnologias informacionais, sentida no desenvolvimento da bioengenharia, da telemedicina e dos transplantes (RABINOW, 1996a, 1996b, 1999; ROSE, 2007; LOCK, NGUYEN, 2010). Segundo Clarke et al. (2003), essas mudanças estariam intensificando a medicalização em formas novas e complexas no século XXI. Por isso, eles propuseram o conceito de biomedicalização⁹⁸:

[...] *the shift to biomedicalization is a shift from enhanced control over external nature (i.e., the world around us) to the harnessing and transformation of internal nature (i.e., biological processes of human and nonhuman life forms), often transforming "life itself."* Thus, it can be argued that medicalization was co-constitutive of modernity, while biomedicalization is also co-constitutive of postmodernity. (CLARKE et al., 2003, p.164)⁹⁹

Para os autores, processos tradicionais de medicalização coexistem temporal e espacialmente com processos biomedicalizantes tecnocientificamente embasados – não havendo um evento ou momento particular que sinaliza a mudança (CLARKE et al., 2003, p.162-166). Contudo, é característico da biomedicalização que a saúde e o manejo adequado das doenças crônicas sejam responsabilidade não apenas de médicos – mas, sobretudo, responsabilidades morais individuais, a serem alcançadas por meio de melhor acesso a conhecimento, de autovigilância, de prevenção, de avaliação e tratamento de risco e de consumo adequado de bens e serviços biomédicos, como drogas e testes diagnósticos (CLARKE et al., 2003, p. 172). O quadro abaixo reúne as principais diferenças entre medicalização e biomedicalização, segundo os autores:

Medicalização	Biomedicalização
Funciona por meio de um paradigma de definição, diagnóstico (utilizando <i>screenings</i> e testes), classificação e tratamento de doenças e enfermidades.	Funciona também por meio de um paradigma de definição, diagnóstico (utilizando <i>screenings</i> e testes), classificação e tratamento de riscos e mercantilização da saúde e dos estilos de vida.
Doenças conceituadas ao nível de órgãos e células.	Riscos e doenças conceituados ao nível dos genes, moléculas e proteínas.
Intervenções amplamente iniciadas por profissionais médicos, de cima para baixo.	Intervenções também iniciadas heterogeneamente (exemplos de novos atores incluem movimentos sociais de

⁹⁸ Os autores entendem biomedicalização como: “[...] os processos de medicalização [a expansão da jurisdição, da autoridade e das práticas médicas para novos domínios] cada vez mais complexos, multilocalizados e multidirecionais, ampliados e reconstituídos através das novas formas sociais da biomedicina altamente tecnocientífica. A mudança histórica da medicalização para a biomedicalização é de controle dos fenômenos biomédicos para transformações dos mesmos.” (CLARKE et al., 2003, p.161, tradução e colchetes nossos).

⁹⁹ Tradução nossa: “[...] a mudança para a biomedicalização é uma mudança do controle aprimorado sobre a natureza externa (isto é, o mundo ao nosso redor) para o aproveitamento e transformação da natureza interna (isto é, processos biológicos de formas de vida humanas e não humanas), muitas vezes transformando "a vida em si." Assim, pode-se argumentar que a medicalização foi coconstitutiva da modernidade, enquanto a biomedicalização é também coconstitutiva da pós-modernidade.”

	saúde, consumidores, usuários de internet, corporações farmacêuticas, anúncios, <i>sites</i>).
--	---

Fonte: Clarke et al. (2003, p.168-169, tradução e negritos nossos).

É nesse sentido que se tem afirmado estarmos vivendo a era da biomedicalização da aids, pois há um predomínio da visão tecnicista e biomédica acerca da epidemia (e, portanto, de suas soluções), marcada pela lógica do risco e da responsabilização individual pela saúde. Para nós, prevalece a percepção de que, para conter a epidemia de aids, basta investir em prover as pessoas com informações corretas sobre o risco ao HIV/AIDS a que estão expostas e com as tecnologias preventivas para detê-lo – incutindo-lhes a responsabilidade de usá-las. Este é o discurso do risco em saúde, identificado na fala de um brasileiro soropositivo ao HIV entrevistado por Biehl (2007, p. 1113): *“As for the government, I must say that I am thankful for the medication. This is the good aspect of the state. The rest is for me to do.”*¹⁰⁰.

O predomínio da visão biomédica acerca do problema da aids tem ocorrido, segundo Fee e Krieger (1993, p. 1478), desde a descoberta do HIV como agente etiológico – quando, então, os esforços científicos passaram a priorizar a pesquisa biomédica em HIV/AIDS (em busca da descoberta de tratamentos, vacinas e cura, visando inclusive o lucro com as patentes) em detrimento de estudos dos fatores socioculturais que acompanham a transmissão do vírus. Ainda assim, segundo Parker e Ehrhardt (2001, p. 106), nas duas primeiras décadas da epidemia de HIV/AIDS antropólogos e outros cientistas sociais eram reconhecidos e convidados a fornecer sua expertise metodológica e sua compreensão acerca dos contextos socioculturais subjacentes aos padrões de comportamento nos quais a epidemia se alastrava. Havia, portanto, mais esforço interdisciplinar na criação de mecanismos de prevenção e de tratamento.

Mas isso tudo mudou com um recrudescimento na ênfase biomédica após a constatação do sucesso da TARV, que converteu a aids de uma doença letal em uma “doença crônica” – ou seja, um conjunto de condições debilitantes e potencialmente letais, que se desenvolvem devagar, persistem por anos e exigem atenção terapêutica de longo prazo. A partir daí, Fee e Krieger (1993, p. 1479) identificaram um foco medicalizante e individualista nas pesquisas e políticas de saúde, expresso principalmente na oferta da testagem e de antirretrovirais (na época, apenas como tratamento, e não como prevenção à transmissão do HIV) em detrimento da prevenção primária. Segundo as autoras, a maior parte do financiamento da pesquisa em HIV/AIDS daquela época foi destinada ao desenvolvimento de

¹⁰⁰ Tradução nossa: "Quanto ao governo, devo dizer que sou grato pela medicação. Esse é o bom aspecto do estado. O resto eu que tenho que fazer".

medicamentos que retardassem o curso da aids ou de doenças relacionadas ao HIV, em detrimento de pesquisas para vacinas ou cura e para soluções preventivas de cunho social e coletivo.

Hoje estamos assistindo a um novo recrudescimento da biomedicalização da aids, principalmente no campo da prevenção, com o advento da circuncisão masculina e dos métodos profiláticos medicamentosos PEP, PrEP e TasP (JARDIM, 2016, p. 97; CAMARGO JR et al., 2013, p. 780; KIPPAX, STEPHENSON, 2012, p. 789-792; PARKER, 2018a; FASSIN, 2007, p. 189; RODRIGUES, 2012, p. 93). O modelo biomédico em que se baseia a maior parte do enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS está sendo consolidado há décadas na saúde global e iguala o cuidado de populações afetadas ao provimento de biotecnologias, que geralmente têm como alvo uma doença apenas – como são os medicamentos (KENWORTHY et al., 2017, p. 5). Esse modelo tem sido cada vez mais a norma, encarado como a “bala mágica” para a resolução dos problemas de saúde pública – dentre eles, a epidemia de aids. E tudo isso ocorre a despeito de investimentos em infraestrutura de serviços de saúde ou em soluções para os problemas de ordem social, política e econômica que influenciam, inclusive, a efetividade dessa “bala mágica” (BIEHL, 2007, p. 1099-1100; BIEHL, 2014, p. 75).

Na biomedicalização, as inovações e intervenções biomédicas e tecnocientíficas funcionariam como “tecnologias do eu”, como formas de autogoverno. A tecnociência produziria, em consequência, novas identidades individuais e coletivas – denominadas por Clarke et al. (2003, p. 182) de identidades tecnocientíficas, baseadas no risco, na epidemiologia e na genômica. Isso porque a biomedicina teria se tornado uma potente lente por meio da qual interpretamos culturalmente nossos corpos e nossas vidas, onipresente em toda a cultura de massa (CLARKE et al. (2003, p. 177). Contudo, assim como na medicalização, as pessoas respondem de formas variadas a esses processos de biomedicalização, sempre negociando com eles:

In practice, the forces of biomedicalization are at once furthered, resisted, mediated, and ignored as varying levels of personnel respond to their constraints and make their own pragmatic negotiations within the institutions and in the situations in which they must act. [...] As a result, the larger forces of biomedicalization are shaped, deflected, transformed, and even contradicted (CLARKE et al., 2003, p.166).¹⁰¹

¹⁰¹ Tradução nossa: “Na prática, as forças da biomedicalização são ao mesmo tempo promovidas, resistidas, mediadas e ignoradas à medida que níveis variados de pessoal respondem às suas limitações e fazem suas próprias negociações pragmáticas dentro das instituições e nas situações em que devem agir. [...] Como resultado, as forças maiores da biomedicalização são moldadas, desviadas, transformadas e até mesmo contraditas.”

Sob a visada de Foucault (1984) acerca do poder, podemos entender que, na (bio)medicalização, o discurso médico exerce um papel importante na construção das identidades, mas isso se dá tanto por processos de identificação com esse discurso médico quanto por processos que o contestam. Segundo Giddens (2002, p. 10 e 126), vivemos na modernidade tardia, na qual as certezas da tradição e do hábito não foram substituídas pela certeza do conhecimento racional. Segundo o autor, a “dúvida radical” é a característica generalizada da razão crítica moderna, a qual vivemos concomitantemente como dimensão existencial e princípio institucionalizado, já que as autoidentidades constituir-se-iam e, ao mesmo tempo, seriam constituídas pelas instituições. Assim, conforme o autor, o projeto reflexivo do “eu” consistiria na manutenção de narrativas biográficas coerentes, mas continuamente revisadas no contexto de uma diversidade de opções e possibilidades.

Assim, pessoas enquadradas pelo saber tecnocientífico nos “grupos de risco”, de “comportamento de risco” ou em “populações-chave” ao HIV – nomeações utilizadas ao longo da história – negociaram/negociam com essa identidade tecnocientífica que, como afirmam Clarke et al. (2003, p. 182), é inscrita em nós à nossa revelia. A própria mudança nessas formas de nomeação ilustra não apenas o desenvolvimento, ao largo do tempo, do conhecimento científico sobre as formas de contágio do HIV, mas principalmente um debate em torno dos sentidos, por elas atribuídos, às pessoas a que se referiam. Os grupos organizados de populações homossexuais até hoje debatem se é frutífero abraçarem como uma das principais bandeiras de luta a sua maior vulnerabilidade ao HIV, uma vez que querem se afastar de certa memória discursiva altamente estigmatizante que os culpava pela epidemia de aids – de fato, a aids foi primeiramente denominada de “peste *gay*” e de GRID, sigla em inglês para “doença da imunodeficiência relacionada a *gay*” (CARVALHO; AZEVÊDO, 2019, p. 258; FEE; KRIEGER, 1993, p. 1478). Por outro lado, pensemos nas pessoas soropositivas que hoje, por meio de um exame, tomam conhecimento de que estão com a carga viral indetectável – e, portanto, têm possibilidades ínfimas de transmitirem sexualmente o HIV a outros. Ora, isso faz com que elas forjem para si uma nova identidade, altamente desejável: além de estarem mais “saudáveis” (afastando de si cada vez mais a possibilidade de adoecer por aids), seu HIV é sexualmente “intransmissível” – o que as retira temporariamente do enquadramento como pessoas “de risco” a outros. Pensemos, também, nas pessoas que fazem uso de PEP ou PrEP: para elas, essas drogas podem significar o controle de medos e receios individuais, bem como trazerem algum alívio a sentimentos de vulnerabilidade, estigma e vergonha: *“Risk-reducing pharmaceuticals promise to eliminate or control the fears, discomfort, and hassles associated with risk. It is the experience of risk, not*

only the objective, specific danger, that is the object of elimination, control, and reduced hassle.”¹⁰² (ARONOWITZ, 2010, p. 28). Logo, o que vemos são variadas e complexas negociações de identidades em meio a processos biomedicalizantes.

Ainda que a biomedicalização tenha ampliado seu alcance, muitas pessoas são completamente ignoradas por ela, enquanto outras são mais impactadas: há quem careça de cuidados básicos de saúde, enquanto há quem proteste contra uma intervenção biomédica excessiva em suas vidas (CLARKE et al., 2003, p.170).

Through emergent "dividing practices", some individuals, bodies, and populations are perceived to need the more disciplinary and invasive technologies of biomedicalization, as defined by their "risky" genetics, demographics, and/or behaviors; others are seen as especially deserving of the customizable benefits of biomedicine provided through innovative assemblages, as defined by their "good" genetics, valued demographics (e.g., insurance and/or income status), and/or "compliant" behaviors.(CLARKE et al., 2003, p.184).¹⁰³

Na tentativa de superar certos limites impostos pelas variadas definições de medicalização, há autores que preferem trabalhar com outros conceitos, como sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e sobretratamento (*overtreatment*), de Moynihan,(2014), e superprevenção (*overprevention*), definida por Camargo Jr. (2018, p.9-10) como “*the uncontrollable search for a (perfectly unattainable) perfect health and, at the same time, the fearful avoidance of any and all risk*”¹⁰⁴.

Há, ainda, o conceito de farmacologização ou pharmaceuticalização (*pharmaceuticalization*). Segundo Lopes (2004, p. 102), ela seria a “dominância dos medicamentos nas opções terapêuticas, tal como a medicalização remete para a dominância das concepções médicas na interpretação da saúde e da doença”. Essa expansão do poder da indústria farmacêutica (notável principalmente nas cifras de rendimento monetário do setor¹⁰⁵) dá-se atrelada à valorização de práticas de cuidado com a saúde mediadas pelo consumo de objetos técnicos como ideais a serem perseguidos pelos indivíduos (CONRAD;

¹⁰² Tradução nossa: “Os produtos farmacêuticos que reduzem o risco prometem eliminar ou controlar os medos, o desconforto e as inconveniências associados ao risco. É a experiência de risco, não apenas o perigo objetivo e específico, que é objeto de eliminação, controle e redução de inconveniências.”

¹⁰³ Tradução nossa: “Através de emergentes ‘práticas de divisão’, alguns indivíduos, corpos e populações são percebidos como necessitando das mais disciplinares e invasivas tecnologias de biomedicalização, segundo sua genética, demografia e/ou comportamentos ‘arriscados’; outros são vistos como especialmente merecedores dos benefícios personalizáveis da biomedicina fornecidos por meio de montagens inovadoras, segundo sua ‘boa’ genética, demografia valorizada (por exemplo, status de seguro e/ou renda) e/ou comportamentos ‘complacentes’.”

¹⁰⁴ Tradução nossa: “a busca incontrolável por uma saúde perfeita (perfeitamente inalcançável) e, ao mesmo tempo, a evitação temerosa de todo e qualquer risco.”

¹⁰⁵ No Brasil, o setor farmacêutico faturou R\$ 85,35 bilhões em 2016 – um aumento de 13,10% comparado a 2015. Em 2021, o país deve ocupar a 5ª posição no *ranking* do mercado farmacêutico mundial (INTERFARMA, 2017).

LEITER, 2004) Como afirmam Vaz e Portugal (2012, p.39), “Com efeito, o medicamento aparece, muitas vezes, como o próprio Bem encarnado: aquele que promete não os falsos prazeres do consumo, mas a verdadeira redenção da saúde. Os noticiários, jornais e revistas não cansam de espalhar esse novo evangelho”.

Na farmacologização, remédios são lançados como bens de consumo dirigidos a tratar condições individuais de risco. É o caso do uso de PEP e PrEP – esta acessível livremente a quem puder comprar pela internet (MONTEIRO et al., 2017). Elas seriam aquilo que Aronowitz (2010) chama de “drogas redutoras de risco”, cuja prescrição pode durar boa parte da vida do seu consumidor, e cujo objeto de controle é, antes de tudo, a experiência do risco.

Williams et al. (2011) também definem farmacologização como a transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções baseadas em fármacos, inclusive em indivíduos saudáveis. Trata-se de um processo sociotécnico que interagiria com a medicalização, mas que, ao mesmo tempo, distinguir-se-ia dela por não necessariamente estar relacionado a um diagnóstico médico – enfraquecendo, inclusive, a hegemonia da profissão médica no relacionamento com as pessoas, já que a indústria farmacêutica consegue estabelecer um contato direto com seu público consumidor. É o caso, por exemplo, do uso de medicamentos sem indicação terapêutica visando um aperfeiçoamento (*enhancement*) do corpo (CAMARGO JR., 2013, p.845).

Gostaríamos de encerrar esta subseção afirmando que reconhecemos tanto o caráter biomedicalizante das novas tecnologias biomédicas ao HIV quanto as suas potencialidades – já que são bem-vindas a certas populações mais vulneráveis e que não conseguem, por motivos vários, aderir ao uso da camisinha (por exemplo, uma profissional do sexo que não consegue negociar o uso do preservativo com seu cliente, ou que é por vezes vítima de violência sexual). Estaríamos agindo com pouca ética e irresponsabilidade se não considerássemos a incorporação desses métodos preventivos no SUS uma vitória para a saúde pública nacional – afinal, em tempos de desmonte do nosso sistema público de saúde, um texto científico que sustente visão oposta viria bem a calhar como argumento “objetivo e neutro” para aqueles que desejam o fim dessas políticas públicas, que têm certo custo aos cofres públicos. Mas, claro, também enxergamos criticamente a incorporação desses métodos, no sentido de que não somos ingênuos ao interesse mercadológico de certas indústrias médico-farmacêuticas por trás disso e ao contexto neoliberal no qual ela ocorre.

Não é despropositado cogitar que a expressão medicalização pode permitir, em razão de sua 'imprecisão teórica', que alguns autores comecem a relativizar, em alguns casos com aparente benevolência, o papel do poder do complexo médico-industrial, ao considerar que poderia haver uma injusta

culpabilização, caso não se considerem seus aspectos humanitários positivos. Não há como negar a importância para a atenção à saúde quanto a existência de terapêuticas farmacológicas. Além disso, é elogiável a ação de agentes/ativistas fora dos aparatos de poder reivindicarem atenção às suas necessidades de saúde, algo que também seria designado por medicalização, mas na vertente de uma suposta resistência ao poder. Porém, aqui se desvirtua a noção de medicalização como argumento da crítica às manifestações do poder securizante do complexo médico-industrial e parece surgir um significado destituído desse sentido original. Fragiliza-se o conceito ao assumir uma conotação referente a um suposto lado positivo da medicalização que não deveria ser demonizado. (CASTIEL, XAVIER, MORAES, 2016, p. 287-288).

Esses métodos preventivos ao HIV/AIDS tampouco podem funcionar como a grande panaceia que dispensaria o combate às determinações socioculturais da epidemia que, longe de estar perto de um fim, revigora-se a cada dia. E nem podem ser moralmente impostos pelo discurso do risco. Temos visto um aumento de estratégias de prevenção ao HIV/AIDS “orientadas pela noção de um indivíduo capaz de responder – por meio da escolha e acesso informado – a todas as questões postas às suas vidas, numa clara contraposição às matrizes coletivistas na origem do enfrentamento da epidemia” (SILVA-BRANDÃO, 2018a, p.108). Reiteramos que a separação entre respostas “biomédicas” e respostas “sociais” não existe na prática. E a única forma possível de combatermos as epidemias é compreendermos que aparatos preventivos (como camisinha ou remédio) devem vir acompanhados de intervenções sociais, econômicas e culturais. E isso deve ser feito não tomando as pessoas como objetos de intervenções, mas sujeitos de suas vidas e de seus corpos. Como afirma Kippax (2012, p. 4), *“HIV prevention is complex and is likely to be sustained when it is of society rather than imposed on it. Strategies that evolve from communities are particularly effective when they are supported by government and the wider society”*¹⁰⁶. É nisso que acreditamos.

3.2 RISCO EM SAÚDE

“Vivemos em um mundo governado pelo medo. [...] O medo ameaça: se você amar, vai pegar aids. Se fumar, vai ter câncer. Se respirar, vai se contaminar. Se beber, vai ter acidentes. Se comer, vai ter colesterol.” - Eduardo Galeano (2007)

Na subseção anterior, vimos que uma das marcas da biomedicalização é a abordagem sobre o risco em saúde. Cabe-nos agora, caro leitor, adentrarmos mais nesse debate.

¹⁰⁶ Tradução nossa: “A prevenção do HIV é complexa e é mais provável que seja sustentada quando advém da sociedade e não quando imposta a ela. As estratégias advindas das comunidades são particularmente eficazes quando apoiadas pelo governo e pela sociedade em geral”.

Inicialmente, "risco" referia-se à probabilidade matemática de um evento ocorrer, seja com resultados positivos ou negativos – por exemplo, o risco de certo investimento financeiro. Contudo, desde os anos 1970-1980 (ou seja, um pouco antes de a aids surgir) "risco" ganhou outro significado, perdeu sua "neutralidade" para passar a significar a probabilidade de ocorrência de um agravo potencial necessariamente negativo ou de uma consequência necessariamente indesejável (LUPTON, 1993, p. 425-426). Ao mesmo tempo, ampliaram-se radicalmente os discursos sobre os riscos a que estaríamos expostos (CAPONI, 2011, p. 13). Isso foi percebido por Ulrich Beck (1998), que ao analisar as sociedades modernas desenvolvidas (sobretudo a alemã) do fim do século XX classificou-as como "sociedades do risco".

Nelas, paradoxal e contraditoriamente, o desenvolvimento das tecnociências, ao mesmo tempo em que busca conter as vicissitudes e os riscos, multiplica-os – por exemplo, a própria vida na Terra tornou-se ameaçada com a tecnologia nuclear (BECK, 1998; VAN LOON, 2002; GIDDENS, 2002). Assim, o sentimento de incerteza é generalizado e demanda-se a confiança no poder de ação de certas instituições na contenção dos perigos (BECK, 1998). Segundo Giddens (2002), elas funcionam como “sistemas abstratos”, que criam áreas de segurança nas quais depositamos nossas esperanças, calcados (principal e contraditoriamente) no saber científico e nos cálculos de risco que orientam escolhas – ainda que a ciência mesma seja por vezes também produtora de riscos. No campo da saúde, as esperanças residem sobretudo no saber médico-científico – algo que foi construído historicamente, ainda que a medicina falhe na obtenção da cura de certas doenças, como a aids (CRAWFORD, 1977). Para Czeresnia (2012), o risco epidemiológico é um desses sistemas abstratos de que trata Giddens. Ele faz parte de toda uma indústria, bastante próspera, de avaliação e de comunicação de risco (DOUGLAS, 1990).

A noção de risco subjaz boa parte do ideário da Saúde Coletiva e da política de enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil (MORAES, 2016, p. 77; COSTA, 2014). No campo da saúde, "risco" é frequentemente usado como sinônimo de perigo a se contrair certa doença, e está presente em noções como "grupo de risco", "fatores de risco", "comportamento de risco" etc. A epidemiologia entende o risco como algo dado na natureza, mas passível de ser controlado racionalmente pela ação humana por meio do conhecimento científico, tido como objetivo. É nessa ideia de risco que estão calcadas muitas ações de promoção de saúde com viés comportamental¹⁰⁷. Nela, risco é a “forma específica de objetivação do perigo pelo

¹⁰⁷ Carvalho (2004) identificou pelo menos dois posicionamentos distintos sobre “promoção da saúde” em publicações científicas internacionais dos anos 1970 a 1990. De um lado, um entendimento de promoção da

cálculo antecipado das probabilidades de ocorrência de um determinado evento” (CARDOSO; VAZ, 2014, p. 2), passível de ser detido por meio da identificação, antecipação e tomada de uma decisão racional (principalmente se cientificamente orientada) no presente para evitá-lo.

Contudo, entendemos que as definições em torno do grau e da urgência dos riscos fogem à racionalidade apenas científica, ainda que esta se pretenda objetiva e neutra: elas são travadas em disputas envolvendo diversos agentes da ciência, da política, dos governos, das empresas, dos meios midiáticos, da sociedade civil organizada etc., cada qual sustentando seu ponto de vista segundo seu interesse particular. Portanto, os estudos e as ditas “evidências científicas” acerca dos riscos são permanentemente negociados segundo expectativas e avaliações sociais variadas (BECK, 1998).

Aliamo-nos a uma perspectiva sociocultural que entende o risco como algo nunca inteiramente objetivo, mas produzido dentro de um sistema de crenças e valores morais. Assim, o risco em saúde 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, p. 18). Essa perspectiva conta com a contribuição teórica de áreas como antropologia, filosofia, sociologia, história, dentre outras (CASTIEL et al., 2010). Como afirma Mary Douglas (1994, p.39), “*Choices between dangers are not simple and it would usually be preferable to have the choices directly presented as political questions, instead of sanitized and disguised in probability theory terms*”¹⁰⁸.

Portanto, entendemos o risco como um construto cultural central, com diversos sentidos que variam segundo distintos campos do conhecimento e práticas sociais que orientam nossas cotidianidades – logo, é polissêmico e passível de ambiguidades (LUPTON, 1993; ALMEIDA-FILHO et al., 2011, p. 43). Contudo, como ressalta Lupton (1993), percebemos que nas definições de risco e de suas soluções, as vozes dos indivíduos comuns são frequentemente menos ouvidas que as dos cientistas, empresários e políticos – servindo, assim, para a manutenção da estrutura de poder da sociedade.

saúde que valorizava o compromisso com o bem comum, com a solidariedade e com a equidade social. De outro, uma visão neoliberal de promoção da saúde, que focava em evitar os riscos, estimulando ações de responsabilidade individual pela saúde.

¹⁰⁸ Tradução nossa: “Escolhas entre perigos não são simples e seria preferível tê-las diretamente apresentadas como questões políticas, em vez de sanitizadas e disfarçadas em termos de teoria de probabilidade.”

3.2.1 Da norma ao risco

Paulo Vaz (2004), dialogando com formulações de Michel Foucault, afirma que o risco desempenha hoje o papel estratégico que a norma representou na sociedade moderna do século XIX. Segundo Foucault (2008, p. 75), há uma diferença entre a norma operada no poder disciplinar (mecanismo que ele denomina de “normação”) e a norma operada pelo biopoder (que ele chama de “normalização”). A normação disciplinar consistia em primeiramente colocar um modelo ótimo construído em função de um resultado almejado e, daí, buscar tornar as pessoas e seus comportamentos conformes a esse modelo, sendo considerados normais aqueles capazes de se conformarem e anormais aqueles que não o eram. Ou seja, é em relação a uma norma primeira que se identificavam o normal e o anormal no poder disciplinar.

Já para explicar a norma no biopoder, Foucault (2008, p.78-79) usa os casos da variolização e da vacinação, mecanismos preventivos operados na Europa no século XVIII – ou seja, antes mesmo das descobertas de Louis Pasteur sobre microbiologia. O filósofo identifica algumas condições de possibilidade para esses mecanismos, bem diferentes dos do poder disciplinar (exercidos no controle da lepra, por exemplo, demarcando-se os doentes e isolando-os dos saudáveis, com o objetivo de eliminar-lhes o mal). À época da variolização e da vacinação, dispunha-se de cálculos estatísticos que permitiam mensurar as possibilidades dos eventos epidêmicos; ademais, havia surgido a noção de caso – não do caso individual da doença, mas da sua distribuição na população em certo espaço e em certo tempo. Por conseguinte, tornou-se possível calcular o risco de se contrair a doença ou não, de sobreviver ou não, de acordo com a idade, a profissão etc. Portanto, identificava-se a "curva normal" de distribuição dos fenômenos segundo as diferentes populações, objetivando diminuir, no nível populacional, as curvas mais desviantes a essa curva normal. Não se tratava ainda do saber epidemiológico, mas Foucault identificou que, nessa época, a normalização já não se dava de forma igual à do poder disciplinar: tratava-se de um poder que se exercia menos sobre a ideia de indivíduo (como era no poder disciplinar) e mais sobre a de população (alvo do biopoder); ademais, o normal é que vinha primeiro, do qual se deduzia a norma¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Nas palavras de Foucault (2008, p. 82-83): “Temos portanto um sistema que é, creio, exatamente o inverso do que podíamos observar a propósito das disciplinas. Nas disciplinas, partia-se de uma norma e era em relação ao adestramento efetuado pela norma que era possível distinguir depois o normal do anormal. Aqui, ao contrário, vamos ter uma identificação do normal e do anormal, vamos ter uma identificação das diferentes curvas de normalidade, e a operação de normalização vai consistir em fazer essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem umas em relação às outras e [em] fazer de sorte que as mais desfavoráveis sejam trazidas às que são mais favoráveis. Temos portanto aqui uma coisa que parte do normal e que se serve de certas distribuições

Enquanto o conceito de norma pressupunha uma fronteira bem demarcada entre os que eram tidos como normais e os que eram considerados anormais (CANGUILHEM, 2002), o conceito de risco presente na epidemiologia do século XX a derruba (MOULIN, 2008, p.20). Como afirma Paulo Vaz (2004), somos todos indivíduos em risco, variando entre nós apenas os níveis desse risco:

Há [...] 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)

Assim, segundo afirma o sociólogo do saber médico David Armstrong, já não existe a demarcação fixa entre enfermos e sãos – o que há são pacientes sob constante risco de adoecerem.

Como Foucault descreveu no ‘Nascimento da Clínica’, durante o final do século 18 e o início do 19, os médicos começaram a examinar o corpo físico do paciente para que eles pudessem identificar as lesões patológicas dentro desse espaço corporal. Mas, no século vinte, aquele olhar médico passou a buscar examinar espaços exteriores e no entorno do corpo físico do paciente. Isto inclui os espaços psicológicos e sociais que fazem parte do mundo dos pacientes. Eu também observei que esses novos espaços parecem ter uma dimensão temporal, no momento que ocorre uma nova ênfase na linha do tempo da doença (tal como na doença crônica ou no screening da doença). A investigação desses novos espaços da enfermidade significava que já não havia ‘pacientes enfermos’, que tiveram uma lesão patológica, mas pacientes que estavam em constante risco de se enfermarem: o que era normal em relação à enfermidade sofre uma transformação a partir deste momento. (ARMSTRONG, 2016, p. 500)

O discurso do risco é uma tecnologia de poder, uma forma de governar populações, própria à nossa era – a sociedade do controle (DELEUZE, 1995). Nela, o controle se exerce cada vez mais virtualmente, à distância, por meio de fluxos de informação e mecanismos de monitoramento – não de indivíduos (como no poder disciplinar foucaultiano, a fim de corrigi-los, puni-los ou cuidá-los), mas de fatores de risco:

consideradas, digamos assim, mais normais que as outras, mais favoráveis em todo caso do que as outras. São essas distribuições que vão servir de norma. A norma está em jogo no interior das normalidades diferenciais. O normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha seu papel operatório. Logo, eu diria que não se trata mais de uma normação, mas sim, no sentido estrito, de uma normalização.”

Las nuevas políticas preventivas economizan esta relación de inmediatez porque tratan, al menos en un primer momento, con unos factores, no individuos sino correlaciones estadísticas. [...] Por ello, no se puede hablar tanto de vigilancia que, aún a distancia, se propone unos objetivos precisos y materiales, como de construcción de una combinatoria sistemática de todos los agrupamientos posibles susceptibles de producir riesgo. (CASTEL, 1981, p. 154)¹¹⁰

Segundo Deborah Lupton (1993, p. 432), o discurso do risco funciona como um efetivo agente de controle e vigilância foucaultiano. Para Armstrong (2016), é como se o poder panóptico tivesse se espalhado por toda a sociedade – percebida no fato de hoje já não separarmos os enfermos dos sãos em hospitais:

[...] enquanto o hospital tinha separado e excluído os pacientes problemáticos, os novos serviços de saúde que tinham como foco a comunidade não diferenciavam os saudáveis e os enfermos, e ofereciam serviços para todos; na realidade, o poder panóptico se distribuiu para toda a sociedade. Uma manifestação central desta mirada (*gaze*) para o exterior hoje constitui a difusão dos serviços integrais de cuidados de saúde que, em grande parte, tem a ver com o monitoramento do risco e a vigilância de toda a população. (ARMSTRONG, 2016, p. 501).

Nesse modelo médico preemptivo (CASTIEL, XAVIER, MORAES, 2016), “os médicos já não diagnosticam e tratam enfermidades reais de seus pacientes, mas pré-enfermidades virtuais que podem acontecer nesse determinado paciente ou não” (CASTIEL, DIAZ, 2007, p. 22). Há a criação de um estado generalizado de quase-doença, da ideia de que somos permanentemente sujeitos em risco de ficarmos doentes e que, por isso, devemos nos cuidar no presente e intervir antes mesmo que a enfermidade aconteça. Isso instala o cuidado crônico com a saúde e provoca-nos, segundo David Armstrong, a autovigilância, sempre crescente:

Na Medicina da Vigilância, já não é apenas o corpo que é examinado, mas toda a vida (estilo de vida) do paciente, que está constantemente em risco de perigos visíveis e invisíveis. Assim como a vigilância dos corpos no panopticon estabeleceu o corpo anatômico do prisioneiro, a vigilância de todos (em uma tentativa de gerir o risco) produz uma identidade reflexiva, na qual a única resposta é uma contínua autovigilância. (ARMSTRONG, 2016, p. 500).

No campo do HIV/AIDS, o cuidado crônico com a saúde pode ser percebido tanto na prevenção quanto no tratamento ao HIV. Neste último, o resultado positivo a um exame de HIV constitui ao paciente aparentemente saudável um conjunto de predisposições e probabilidades clínicas futuras, bem como uma nova identidade: ser soropositivo significa a

¹¹⁰ Tradução: "As novas políticas preventivas economizam essa relação de imediatismo, porque do que elas tratam, num primeiro momento, 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 combinatoria sistemática de todos os grupamentos possíveis, suscetíveis de produzir risco."

probabilidade de vir a ser, futuramente, um doente de aids. Logo, produz-se um “duplo do corpo” (KECK; RABINOW, 2008): um saudável, se medicado com antirretrovirais, e outro doente, se houver complicações no quadro clínico. A pessoa com HIV é constantemente submetida a exames para aferir sua carga viral e a contagem de suas células de defesa (CD4). Já na prevenção à infecção ao HIV, é a experiência de estar em risco que se converteu em doença ela mesma – hoje sendo “tratada” igualmente com medicamentos antirretrovirais, como na PEP e na PrEP (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p. 727). Esses métodos medicamentosos demandam o cuidado crônico com a saúde e a ligação do indivíduo ao serviço de saúde para o monitoramento da eficácia preventiva da pílula e dos seus possíveis efeitos colaterais (como alterações na densidade óssea, nas funções renais etc.). De fato, na medicalização dos futuros por meio da lógica do risco, há uma situação inédita na prática médica, um novo tipo de iatrogenia: os efeitos secundários adversos do diagnóstico e do tratamento preventivo de doenças, os quais nunca ocorreriam antes (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 31). Assim, temos um círculo vicioso: ao tomar medicamentos para afastar o risco de HIV/AIDS, a pessoa precisa cuidar de também afastar os outros riscos ocasionados pelos remédios. Para Silva-Brandão (2018a, p. 58), aí se revela a contradição da sociedade do risco: logramos certa liberdade individual para escolher novas formas de prevenção, mas nos tornamos dependentes das estruturas médico-sanitárias para garantir nossa autopreservação, além de vivermos as consequências indesejáveis dos usos das tecnologias. Como afirma o autor, “Estamos, afinal, produzindo outros e novos tipos de doenças e sofrimentos (in)visibilizados?”.

3.2.2 O modelo epidemiológico-estatístico: padrão-ouro científico

A construção e a legitimação da normatividade da lógica do risco no cuidado à saúde ancoram-se fortemente na eficácia epistemológica da epidemiologia na validação dos discursos científicos sobre o processo saúde-doença-cuidado (AYRES, 2011, p. 1867). Ela surgiu¹¹¹ sob o pressuposto de que as causas das doenças poderiam ser encontradas na investigação de diferentes populações em distintos lugares e espaços de tempo. Contudo, ao longo dos anos, devido à dificuldade em identificar uma causa direta para certas doenças, a epidemiologia passou a focar nas condições que aumentariam ou diminuiriam as chances/probabilidades de uma população adoecer – formulando, assim, o conceito de risco.

¹¹¹ A epidemiologia nasce sob a influência dos estudos de Èmile Durkheim acerca do suicídio, de Friedrich Engels sobre a tuberculose e de John Snow sobre a cólera (LEITE, 2016, p. 35).

A epidemiologia das causalidades deu, então, lugar à epidemiologia dos fatores de risco a partir da segunda metade do século XX, época em que esta disciplina alcançou maior expressão institucional quando do controle da maioria das doenças infectocontagiosas e da observação de doenças não-transmissíveis¹¹² (CASTIEL et. al., 2010). Na epidemiologia, a estatística tem um importante papel simbólico no cálculo das probabilidades de risco, por dispor de metodologias científicas consideradas válidas e produtoras de dados tidos como verdadeiros (FERRAZ, 2015, p. 57).

Uma das principais mudanças intelectuais no saber médico foi a conversão do tratamento de um ato de medicina clínica para um ato de estatística, sendo uma de suas mais fortes expressões os ensaios clínicos estatisticamente projetados (tão utilizados no campo do HIV/AIDS), iniciados em meados dos anos 1940 (FEINSTEIN, 1968, p. 1287 e 1290). Segundo Weisz (2005, p. 377-378), a quantificação na medicina tem ocorrido desde o século XVIII e é fruto da crescente confiança em números que gradualmente afetou todos os aspectos da vida social durante os últimos séculos. Mas o problema dos conceitos estatísticos aplicados à clínica é, segundo Feinstein (1968, p. 1290), que o investigador clínico sabe pouco sobre estatística, e o bioestatístico sabe pouco sobre o fenômeno clínico. Assim, enquanto estes trabalham com populações homogêneas, aqueles, na prática, observam que cada paciente é único na forma como responde às intervenções médicas. Como afirmam Almeida-Filho et al. (2011, p. 46-47), os cálculos estatísticos em saúde (como os de risco) são uma pseudo-predição; não são totalmente verdadeiros, já que se baseiam na observação dos casos de uma amostra particular finita, extrapolando-os para populações não observadas. Contudo, eles ainda hoje são referenciados como dados objetivos, precisos e livres de interferências (CASTIEL et al., 2010).

Para Weiss (2005, p. 383-385), a quantificação na medicina responde a um esforço, apoiado por governos e seguradoras de saúde, de tornar a prática médica mais “objetiva”, ou seja, menos dependente das opiniões de cada médico – e, assim, de negar a oferta ou o pagamento por serviços de saúde considerados desnecessários ou ineficientes. É nesse contexto que ganha propulsão a medicina baseada em evidência (MBE):

EBM [evidence-based medicine] is such a protean concept that anyone can appropriate it. Politicians and health administrators can invoke it to argue for costcutting and for limiting the autonomy of doctors; simultaneously, doctors can use it to defend clinical practices and judgment against economic pressures to cut costs. Everyone from public-health professionals,

¹¹² Um estudo pioneiro deste processo foi o Estudo Framingham, que em 1950 estabeleceu as primeiras relações entre hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Destacam-se, na mesma época, investigações que afirmavam a relação entre fumo e cancer de pulmão (LEITE, 2016, p. 36).

through nurses, to alternative practitioners can associate himself or herself with both the term and the scientific rigour that it supposedly embodies (WEISZ, 2005, p. 386, colchetes nossos)¹¹³

O Ministério da Saúde tem cada vez mais justificado suas ações em HIV/AIDS como frutos de “estudos médicos baseados em evidência”. “Avalia-se que, assim procedendo, se ampliam as chances de se tomar decisões mais efetivas, trazendo maiores benefícios à saúde da população, com menos custos econômicos ou sociais” (BARRETO, 2004, p. 329). Contudo, a definição do que é uma “evidência” tem limitações, pois exclui ou tende a considerar supérfluas ou de importância secundária informações de caráter qualitativo relativo a esferas sociopolíticas, culturais e psicológicas menos amigáveis aos dispositivos quantitativo-numéricos (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 31). Por conseguinte, estreita as possibilidades de compreensão e intervenção sobre a realidade (CZERESNIA, 2012, p. 12-13). Ademais, como alerta Barreto (2004, p. 332), a transformação de um conhecimento em evidência é complexo e permeado por diferentes interpretações, como “todo o processo de produzir e disseminar conhecimentos está mediado por relações que se estabelecem no interior da comunidade científica e desta com os vários setores e interesses da sociedade”.

Os financiadores à resposta global de aids preferem implementar ações testadas por métodos científicos mais relacionados à biomedicina, como experimentos naturais, ensaios clínicos randomizados ou com significância estatística, enquanto ações tradicionais de saúde pública têm sido consideradas irrelevantes e até mesmo polêmicas ou “não científicas” (BIEHL, 2014, p. 75). Mas, segundo Fee e Krieger (1993, p. 1481), o modelo biomédico abraça certo cânone de objetividade científica que desconsidera a subjetividade e a cultura dos cientistas, dos profissionais de saúde e dos pacientes. Estas seriam consideradas irrelevantes para a “verdade”; o conhecimento científico seria, assim, mantido fora dos limites do contexto social. Isso faz com que, por exemplo, questões relativas ao uso sustentado das tecnologias preventivas ao HIV sejam ignoradas quando a eficácia biomédica delas é demonstrada. Contudo, eficácia não pode ser confundida com efetividade. A eficácia mede os efeitos a nível individual e em circunstâncias laboratoriais; já a efetividade requer modelos e estratégias descritivas de longo prazo para avaliar a resposta a nível populacional de comunidades e governos ao método preventivo, em condições reais. E, para isso, pesquisas em ciências

¹¹³ Tradução nossa: “MBE [medicina baseada em evidências] é um conceito tão versátil que qualquer um pode se apropriar dele. Políticos e gestores de saúde podem invocá-lo para defender cortes de custos e para limitar a autonomia dos médicos; simultaneamente, os médicos podem usá-lo para defender práticas clínicas e julgamentos contra pressões econômicas para cortar custos. Todos, desde profissionais de saúde pública, passando por enfermeiras, até praticantes de medicina alternativa, podem associar-se ao termo e ao rigor científico que ele supostamente incorpora.”

sociais e humanas têm muito a contribuir, pois entendem que o comportamento humano é guiado por normas sociais (como a moral, os tabus, as leis e as crenças), raramente homogêneas entre os países ou dentro deles, mas que impactam diretamente na exposição das pessoas ao HIV e no uso que elas fazem das tecnologias preventivas (KIPPAX, 2012, p.1-3; PARKER et al., 2016, p. 7).

3.3 A CRENÇA EM UM SUJEITO LIVRE E RACIONAL – LOGO, RESPONSÁVEL

"O preço da liberdade é a eterna vigilância" – Thomas Jefferson.

A noção de risco em saúde vale-se muito da ideia de que o sujeito é livre para fazer escolhas. Como afirma Nikolas Rose (2016, p. 801), "A melhor maneira de governar a saúde é fazer com que se coincida aquilo que o indivíduo quer e aquilo que você deseja enquanto um gestor de saúde" – o que ocorre por meio da introjeção do discurso do risco pelo sujeito.

Foucault (2008) identifica que o problema da concessão de liberdade ao indivíduo pelo mecanismo de poder – ou, em todo caso, de fazer coincidir seus desejos com os desejos do governante – impôs-se historicamente desde o advento das cidades e da necessidade de governar as populações, sempre circulantes, fluidas e flutuantes. Contudo, nas sociedades contemporâneas do risco, há o que Foucault (2000) denomina de governamentalidade, um formato de poder no qual a regulação e a dominação direta sobre o corpo do indivíduo são transcendidas por mecanismos de controle, geralmente guiados pelo saber especializado, que se exercem sobre a população e também pelo indivíduo sobre si mesmo, mediante a produção de subjetividades, como a noção do autocuidado e da autorresponsabilização pela saúde presentes na lógica do risco. Assim, o cuidado à saúde deixa de ser dever apenas do Estado e das instituições, que abandonam o uso da força/coerção e da polícia e passam a usar a persuasão e o convencimento como *modus operandi* para a conformação de mentalidades. Trata-se de um mecanismo de poder difuso, exercido principalmente por meio da promoção de discursos que estimulam a busca da felicidade e da saúde por meio da autovigilância e da autorregulação (CLARKE et al., 2003, p.165).

Nikolas Rose (2016, p. 800-801) afirma que a racionalidade de governo do capitalismo atual, refletida nas várias estratégias em torno da saúde que ele observa desde pelo menos a década de 1980, concebe o indivíduo como um sujeito livre, autônomo e responsável, que busca melhorar sua vida e a de seu entorno por meio de seu comportamento e de suas escolhas de estilo de vida, gerindo-se como uma espécie de empresa e calculando os riscos de suas

decisões. A poderosa retórica da liberdade nos anos 1980 foi tanto uma bandeira dos movimentos de resistência (como o que clamava pela liberdade sexual) quanto um elemento das estratégias de governo – ainda que, para ambos, tenham sentidos diferentes. Rose define o sentido de liberdade para as técnicas de governo operadas nos anos 1980 desta maneira:

Eu argumentei que esse estilo de pensamento envolvia um entendimento particular do que os seres humanos são; que os seres humanos são livres, e que deveriam ser libertados; eles deveriam ser libertados da dependência e das expectativas de que outros cuidariam de suas vidas; neles deveria ser inculcada a capacidade para escolher, com a crença de que suas vidas seriam, de uma forma ou de outra, o resultado destes atos de escolha. Eles foram, como afirmei, obrigados a ser livres. Atos de livre escolha tornaram-se cruciais em um mundo imaginado como um quase-mercado: em sua forma mais extrema, o ato individual de escolha iria substituir a vontade das autoridades governantes em quase todas as esferas da vida. (ROSE, 2016, p. 802).

Como afirmam Dardot e Laval (2016, p. 19), "governar não é governar contra a liberdade ou a despeito da liberdade, mas governar pela liberdade, isto é, agir ativamente no espaço de liberdade dado aos indivíduos para que estes venham a conformar-se por si mesmos a certas normas". Assim, o modelo brasileiro de enfrentamento à epidemia de aids opera menos por estratégias coercitivas de disciplinamento dos corpos (basta lembrar que o teste de HIV obrigatório é prática condenável no país¹¹⁴) e mais por estratégias do biopoder e da governamentalidade, pela internalização do discurso do risco (RODRIGUES, 2012, p. 74). Este objetiva que o sujeito se perceba como uma vítima virtual do HIV/AIDS e se inquiete com seu risco (VAZ et al., 2012). Mas não há censura às liberdades sexuais: a pessoa é livre para transar e com quem quiser, desde que utilize métodos preventivos – como apregoou o Ministério da Saúde no *slogan* da campanha contra o HIV/AIDS para o carnaval de 2010, “Camisinha. Com amor, paixão ou só sexo mesmo. Use sempre.”.

A lógica do risco em saúde também crê que os sujeitos são racionais e que basta informá-los sobre os riscos que correm e as medidas preventivas (por meio principalmente de campanhas educacionais e informações em meios massivos) para que tomem as atitudes desejadas e mudem seus hábitos. Assim, eles são continuamente interpelados a autogerenciarem suas cotas de risco.

No campo do HIV/AIDS, temos visto que as preocupações são tipicamente reduzidas a assegurar a provisão de tecnologias preventivas e a utilizar testes ao HIV e aconselhamento como veículo para a sua promoção e aceitação (KIPPAX, STEPHENSON, 2012, p. 793-794).

¹¹⁴ Contudo, há países que exigem o exame de HIV em suas políticas de imigração e que restringem a entrada ou permanência de turistas vivendo com HIV/AIDS. Uma lista completa e atualizada deles por ser acessada em <<http://www.hivrestrictions.org>>.

O que o antropólogo Larvie (1997, p. 99-100) observou em fins dos anos 1990 permanece válido para os dias atuais: os programas brasileiros de prevenção à saúde creem que a natureza do problema e também de suas soluções está nas mentes dos indivíduos. Segundo Nikolas Rose (2016, p. 801), "Tais intervenções na saúde, antes de tudo, pretendem fazer com que a pessoa seja alguém que quer ser saudável. Se ela pode ser ajudada a se tornar consciente de que realmente quer ser saudável, então lhe pode ser fornecido o conhecimento e as escolhas para ser saudável".

A educação em saúde entra em voga nesse cenário muitas vezes objetivando criar “consciência” nos sujeitos sobre as consequências das supostas escolhas individuais de seus estilos de vida: danos à sua saúde, ao bem da sociedade, aos cofres públicos e destituição de seu papel de utilidade à comunidade. Assim, muitas vezes ela pode ser coercitiva e produzir mal-estar:

Health education can be coercive when it gives only one side of the argument, and if it attempts to persuade rather than simply give information to aid rational decision making. Health education campaigns, in their efforts to persuade, have the potential to manipulate information deceptively and to psychologically manipulate by appealing to people's emotions, fears, anxieties, and guilt feelings. (LUPTON, 1993, p. 431).¹¹⁵

Contudo, há influência de contextos socioculturais nos comportamentos – ignorada, segundo Lupton (1993, p. 426), pela literatura sobre a aceitação e a avaliação do risco em saúde¹¹⁶. Da mesma forma, essa literatura tende a desconsiderar os usos políticos a que o discurso do risco serve. Segundo Nikolas Rose (2016, p. 803), são raras as tentativas na saúde pública “para realmente transformar o meio em que as pessoas estão fazendo suas escolhas individuais, ou para reconhecer a necessidade de dar às pessoas o poder – em especial o dinheiro, o tempo e o incentivo – para fazer as melhores escolhas”.

A prevenção combinada ao HIV/AIDS tem sido por vezes imposta de cima para baixo, dos *expert* em saúde pública para a população, utilizando uma visão bancária de educação em saúde (PARKER et al., 2016, p. 6). “*The belief is that there are fundamental aspects of*

¹¹⁵ Tradução nossa: "A educação para a saúde pode ser coercitiva quando dá apenas um lado do argumento, e se tenta persuadir em vez de simplesmente dar informações para facilitar a tomada de decisão racional. As campanhas de educação em saúde, em seus esforços para persuadir, têm o potencial de enganosamente manipular informações e de psicologicamente manipular ao apelar às emoções, medos, ansiedades e sentimentos de culpa das pessoas."

¹¹⁶ Segundo Lupton (1993), a metodologia empregada na avaliação da aceitação dos indivíduos acerca dos riscos advindos supostamente dos seus estilos de vida consiste, principalmente, no uso de questionários com poucas alternativas de resposta já pré-estabelecidas e, segundo ela, incapazes de expor o impacto que diferentes aspectos culturais têm sobre o comportamento.

*human behavior, and perhaps even of ‘mind,’ that remain constant, regardless of context.”*¹¹⁷ (AGGLETON; PARKER, 2015, p. 1553). Assim, nos últimos anos a ênfase tem sido na busca por intervenções contra o HIV/AIDS que funcionem independentemente de quem as emprega, onde, quando e com quem – ou seja, que minoram a importância da influência dos diferentes contextos socioculturais locais no comportamento das pessoas. Segundo Fee e Krieger (1993, p. 1481) o modelo biomédico que tem orientado as intervenções em HIV/AIDS baseia-se nessa noção de um indivíduo livre e racional, que escolhe seus hábitos de vida como consumidor de produtos e comportamentos. As visões e experiências do paciente, tido como mero objeto da pesquisa científica e da prática médica, são assumidas como superstições ou crenças, contornáveis com a oferta de informação correta.

Contudo, concordamos com Nikolas Rose (2016, p. 803) que seja necessário colocarmos em xeque essa concepção de um sujeito livre, racional e autônomo, tão cara ao discurso do risco – principalmente em relação à sua saúde. Isso porque, com a crescente obrigatoriedade por assumir estratégias para prevenir doenças e prolongar a vida por meio da escolha de um determinado “estilo de vida” tido como “saudável”, o sujeito tem sido responsabilizado (CASTIEL, 1996, p. 80; MORAES, 2016, p. 77). À medida que somos continuamente informados sobre os riscos e as formas de contenção dos danos (a nós e aos outros), não agir “é cada vez mais socialmente visto como negativo” (VAZ, 2004, p. 13).

Como atestado por nós (COSTA, 2014) e por Cardoso (2001) no Brasil e por Dodds (2002) na Inglaterra, as mensagens de prevenção ao HIV enfatizam a responsabilização do indivíduo pela infecção, numa lógica segundo a qual quem é sadio é responsável e quem é irresponsável adoece. Há julgamento moral daqueles que não se identificam com o discurso do risco ao HIV a que supostamente estariam sujeitos e/ou não fazem uso dos métodos preventivos providos, bem como dos que não os utilizam da forma considerada satisfatória pelas autoridades sanitárias. É o que Biehl et al. (2001) também identificaram nas falas de conselheiros de Centros de Testagem e Acolhimento de Salvador (BA):

*I tell them that I want concrete answers [to why they exposed themselves to risk]...that at that moment they chose to get contaminated, because prevention was not important to them*¹¹⁸. (BIEHL et al., 2001, p. 91, colchetes nossos).

*I ask them: Was your desire for pleasure, to be satisfied, stronger than your right to continue to live?*¹¹⁹ (BIEHL et al., 2001, p. 96)

¹¹⁷ Tradução nossa: “A crença é que existem aspectos fundamentais do comportamento humano, e talvez até de ‘mente’, que permanecem constantes, independentemente do contexto.”

¹¹⁸ Tradução nossa: “Digo a eles que quero respostas concretas [para por que eles se expuseram ao risco] ... que naquele momento eles optaram por se contaminar, porque a prevenção não era importante para eles.”

¹¹⁹ Tradução nossa: “Pergunto-lhes: ‘O seu desejo de ter prazer, de estar satisfeito, era mais forte do que o seu direito de continuar a viver?’.”

O historiador Charles Rosenberg (1992, p. 274) associa o atual discurso do risco em saúde com o desejo antigo e poderoso de explicar a doença e a morte em termos de volição – de atos feitos ou deixados por fazer pelo indivíduo. Para o autor, o arrefecimento de doenças infectocontagiosas levou a uma obsessão crescente por controlar riscos (sentidos ou reais) por meio de dietas e exercícios, explicando a vulnerabilidade de alguns à doença ou à morte segundo os estilos de vida que supostamente eles escolheram ter (como comer demais, beber muito álcool, ter uma vida sexual promíscua). O conceito moderno de risco teria, assim, uma propriedade "forense", na medida em que funciona retroativamente, explicando a doença-sina, mas também prevendo retribuições futuras.

Ainda segundo Rosenberg (1992), durante vários séculos as epidemias foram explicadas dentro de um quadro moral e transcendental, em termos da relação do homem com Deus. Mas, desde pelo menos o século XVI esse quadro espiritual tem coexistido com e perdido ênfase para explicações mais seculares e mecanicistas. Convicções morais utilizadas para explicar e dar sentido às epidemias têm sido articuladas com processos biológicos mundanos que resultam em doenças – e isso foi percebido pelo autor no caso da aids. Nesse sentido, pecados individuais ou comunitários poderiam trazer ou prolongar uma epidemia – mas apenas por meio de mecanismos fisiológicos do corpo, e não da interposição de Deus ou de milagres. No caso da aids, estar infectado é, muitas vezes, ser tratado como um pecador, ou sentir-se assim. Certa vez entrevistamos um soropositivo que, ao explicar como contraiu o HIV, afirmou "eu pequei" (o vírus), ao invés de "eu peguei" (COSTA, 2014). Logo, atravessou a fala desse sujeito um discurso moralizante religioso, infelizmente muito presente no discurso do risco à saúde: peca-se quando não se observam as recomendações sanitárias. “Atualmente, embora a medicina tenha se afastado de seus nexos religiosos, ainda sustenta noções e conceitos que se vinculam a aspectos de caráter moral e religioso, como retidão/virtude (saúde) vs. falha moral/ vício (doença).” (CASTIEL, SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011, p. 131). Segundo Lupton (1993), mesmo quando os riscos são externos¹²⁰ ao indivíduo (por exemplo, poluição, lixos nuclear e tóxico), a noção de pecado se mantém: peca-se contra o indivíduo. Neste caso, a vulnerabilidade indignada da população – já que nenhum sofrimento seria casual – cria expectativas quanto à ação de

¹²⁰ Para Lupton (1993), neste tipo de risco (externo ao indivíduo), as autoridades elaboram uma comunicação de risco visando desmobilizar a reação da comunidade, facilitar a sua aceitação do risco e, cinicamente, construir confiança e credibilidade nos agentes criadores, reguladores e analistas do risco. Para tanto, utilizam-se metodologias a fim de verificar a percepção e aceitação do risco por parte dos leigos (tidos como seres capazes de tomar decisões racionais). Tais metodologias são vistas como objetivas e científicas – ainda que feitas em laboratório, apartadas dos contextos sociais.

autoridades do governo, por vezes intensificando processos de criminalização e de descrença na ação política (CARDOSO, 2012, p. 17-18; VAZ et al., 2007, p. 147).

Para Rosenberg (1992), esse complexo quadro explanatório às epidemias (que, como vimos, mescla aspectos biológicos e morais) está centrado em explicar a diferença de suscetibilidade de certos indivíduos à epidemia em comparação ao restante da população (cobrindo, portanto, uma lacuna emocional e lógica), expresso em termos de predisposição no século XVIII e no que hoje chamamos de fatores de risco; nos efeitos do comportamento, do estilo de vida e do ambiente em nossa saúde. "*Such hypothetical schemes constituted a framework within which moral and social assumptions could be at once expressed and legitimated. Particularly important was belief in the connection of volition, responsibility, and susceptibility*"¹²¹ (ROSENBERG, 1992, p. 283).

Segundo Lupton (1993, p. 428), as definições de risco seriam expressões das tensões inerentes a contextos socioculturais, servindo como arma política e para a identificação e constituição normativa do Outro (o estranho que ameaça e perturba a ordem, que oferece risco) e o Eu (aquele que está sob risco) e, conseqüentemente, para a distribuição da culpa entre minorias estigmatizadas. Portanto, as definições de risco teriam menos que ver com a natureza do perigo e mais com propósitos ideológicos. Conforme dito por Mary Douglas (1986), o discurso do risco cumpre uma função social: ao culpabilizar um inimigo externo à sociedade pelos riscos que a assombram, serve para reforçar a lealdade dentro dela; ao culpabilizar a vítima, serve para proteger o controle interno.

Mas essa culpabilização da vítima inibe a compreensão das causas sociais das doenças, substituindo-a por um modelo de comportamento irrealista (CRAWFORD, 1977, p. 671). Lupton (1993, p. 429) e Crawford (1977, p. 671) percebem que está aumentando a ênfase nos riscos advindos da suposta responsabilidade dos indivíduos sobre sua própria saúde, ao passo que ironicamente está diminuindo o controle dos indivíduos sobre o risco em seus ambientes de vida. Como bem observou Zygmunt Bauman (2001, p. 48), "Riscos e contradições continuam a ser socialmente produzidos; são apenas o dever e a necessidade de enfrentá-los que estão sendo individualizados". Multiplicam-se "exclusões e culpas em sociedades que, como as nossas, estão atravessadas por profundas assimetrias e iniquidades" (CAPONI, 2011, p. 15).

¹²¹ Tradução nossa: "Tais esquemas hipotéticos constituíram um quadro dentro do qual os pressupostos morais e sociais poderiam ser imediatamente expressos e legitimados. Particularmente importante foi a crença na conexão entre volição, responsabilidade e susceptibilidade."

Para o sociólogo Nikolas Rose (2016, p. 801), a ideia do indivíduo que procura maximizar a sua própria saúde tornou-se uma norma e, por consequência, inspirou intervenções para gerenciar pessoas que não se conformam a ela – o que precisa ser debatido e questionado. Como bem observou Crawford (1977, p. 672), pessoas com “comportamento de risco” têm tido sua sanidade mental questionada – é o que percebemos em certo discurso sobre os *barebackers* (pessoas que praticam sexo sem camisinha): “*Susceptibility to at-risk behaviors, if not a moral failing, is at least a psychological failing. New evidence relating psychological state to resistance or susceptibility to disease and accidents can and will be used to shift more responsibility to the individual*”¹²².

O discurso normativo do risco é produtor de diversas formas de sofrimento. Um dos mal-estares causados por ele ocorre quando o sujeito sadio com ele identificado, ao buscar evitar um futuro ameaçador e doentio por meio de medidas racionais, acaba sofrendo no 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).

Ele também provoca sofrimento nos sujeitos que se percebem como “falhos” a ele – e, por consequência, falhos consigo mesmos, como podemos constatar na fala de Lion, um brasileiro entrevistado por Biehl et al. (2001) enquanto se testava ao HIV:

*Lion declared that he was going to produce another situation of risk, real or imaginary: “At an unconscious level there are forces that lead the person to risk and this is linked to a lack of self-love and self-esteem.”*¹²³ (BIEHL et al., 2001, p. 94)

Esse discurso de culpabilização também ressoa nas pessoas com HIV, produzindo auto-estigmas capazes de provocar danos ao seu estado físico e mental. Trata-se de um discurso injusto (FASSIN, 2007, 25-26), pois despolitiza as relações sociais, reduzindo o sujeito à pura corporeidade, à vida nua (AGAMBEN, 2007).

Segundo David Armstrong (2016, p. 503), a adesão do indivíduo ao regime preventivo ou terapêutico tornou-se um problema central à prática médica “quando esta passou a se preocupar em identificar, estudar, gerir, classificar e agir para mudar comportamentos” – ou seja, a identificar e mitigar mais os riscos e menos o que tem sido denominado de doenças patológicas. Contudo, o problema da não-adesão aos métodos preventivos ao HIV

¹²² Tradução nossa: “A susceptibilidade aos comportamentos de risco, se não uma falha moral, é pelo menos uma falha psicológica. Novas evidências relacionando o estado psicológico com resistência ou susceptibilidade a doenças e acidentes podem e serão usadas para transferir mais responsabilidade ao indivíduo”.

¹²³ Tradução nossa: “Lion declarou que iria produzir outra situação de risco, real ou imaginária: ‘Em um nível inconsciente há forças que levam a pessoa a arriscar e isso está ligado a falta de autoamor e autoestima.’”

(principalmente aos medicamentosos – PEP, PrEP e TasP – e a consequente indesejada resistência viral aos fármacos que ela pode ocasionar) tem origens múltiplas; não pode ser restringido à culpabilização e responsabilização moral do paciente. Ele também tem causas estruturais que perpassam a gestão do sistema de saúde (deve-se sempre cuidar para prover os exames e os insumos) e o âmbito dos serviços (é preciso oferecer um atendimento que acolha, respeite e seja adequado às necessidades da população que acessa esses serviços). Contudo, lamentavelmente essas são áreas nas quais tem havido muitas falhas¹²⁴ (PARKER, 2016, p. 21). O que Biehl disse a respeito do provimento da TARV para soropositivos pode ser estendido hoje à oferta de métodos preventivos medicamentosos:

In adhering to drug regimens and making new and productive lives for themselves, patients are—in this discourse— saved. However, merely guaranteeing existence in such dire contexts, amid the dismantling of institutions of care, involves a constant calculus that goes well beyond numbers of pills and the timing of their intake¹²⁵. (BIEHL, 2007, p.1115).

Existem fatores sociais, econômicos e culturais que também subjazem o comportamento dos sujeitos e influenciam a sua adesão ou não aos discursos preventivos. Mas, segundo Robert Crawford (1977, p. 668), o saber médico é claramente incapaz de lidar com a produção social da doença e desempenha um papel limitado na resolução das tensões sociais que emergem quando as pessoas identificam as causas sociais de suas patologias individuais.

Ademais, não raro as pessoas podem se sentir oprimidas pela descomunal carga de informações sobre riscos em seus cotidianos. Segundo Castiel e Diaz (2007, p. 59), isso pode constituir “um terreno muito fértil ao desenvolvimento de pensamentos persecutórios, em que a suspeita de ameaças a nós pode se renovar a qualquer momento”. Uma das consequências disso – sem dúvida, não intencionais – é que “reações racionais ao risco não sejam praticamente viáveis no atendimento integral de prevenção às ameaças indicadas.” (CASTIEL; SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011, p. 34-35). Adam e Herzlich (2001, p. 123-124) observaram que certas pessoas com HIV, ao serem insistentemente

¹²⁴ Em muitos países pobres que não dispõem de um sistema público de saúde bem estruturado, por exemplo, os soropositivos não têm acesso a antirretrovirais de primeira linha, ficando expostos a remédios mais tóxicos e, portanto, a maiores chances de não aderirem ao tratamento e criarem resistência aos medicamentos (KENWORTHY et al., 2017, p. 6-7). Um estudo realizado entre 2014 e 2015 com adolescentes soropositivos das zonas rurais e urbanas da África do Sul (CLUVER et al., 2018) mostrou que as metas de cuidado à saúde deles não podem ser alcançadas apenas através da oferta de serviços de saúde de caráter biomédico. O acesso a múltiplas políticas alinhadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) mostrou uma forte redução no risco de mortalidade: de 38,5% entre os adolescentes sem acesso a qualquer política alinhada aos ODS a 9,3% entre os que tinham acesso a políticas relacionadas aos ODS de combate à pobreza e fome, garantia a uma vida saudável, emprego e proteção contra violências.

¹²⁵ Tradução nossa: “Ao aderir a esquemas medicamentosos e construir uma vida nova e produtiva para si próprios, os pacientes são – nesse discurso – salvos. No entanto, apenas garantir a existência em contextos tão terríveis, em meio ao desmantelamento das instituições de cuidado, envolve um cálculo constante que vai muito além do número de pílulas e do momento de sua ingestão.”

informadas de que correm o risco de ficarem doentes e morrerem a qualquer instante, enxergam como impossíveis os projetos de longo prazo e preferem viver o dia, valorizando o momento presente e não aderindo ao tratamento.

Lupton (1993) também ressalta que frequentemente temos sido informados com estatísticas de perigo que não necessariamente deixam-nos margens para manobras, gerando-nos mais ansiedade. Isso precisa ser questionado eticamente, segundo a autora:

Rather than inform the public, for example, that the probability of not contracting HIV in a single sexual encounter is 999 out of 1000, the focus is placed upon the one in 1000 probability that infection will occur. This emphasis upon a negative outcome, the inducement of anxiety and guilt in those who have received the message about the risks but do not change their behavior, might be said to be unethical. People tend to avoid anxiety by believing that they will not be the victims of a negative outcome. Is the constant assault upon the public's need to feel personally invulnerable ethical?" (LUPTON, 1993, p. 433).¹²⁶

O que angustia o sujeito não é apenas o desvio de padrões tidos como “normais”, a recriminação moral e o sentimento de culpa que isso pode acarretar, mas principalmente 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). De fato, os métodos de prevenção ao HIV acabam funcionando para os indivíduos que aderem ao seu uso como aliviadores da tensão, existente na sociedade marcada pelo discurso do risco, entre o aumento dos prazeres e o aumento das ameaças à saúde. É o que podemos encontrar nessas falas de usuários de PrEP coletadas por Silva-Brandão (2018a, p. 47, colchetes nossos): *“Something many people do not report as well, although also not an official side effect, is difficulty overcoming anxiety from decades of HIV education that says ‘sex equals death’.”¹²⁷; “I would also argue that the mental health of a person making a choice about that physical health [by using PrEP], instead of worrying themselves silly, is a much better place to be”¹²⁸.*

¹²⁶ Tradução nossa: “Em vez de informar o público, por exemplo, de que a probabilidade de não contrair HIV em um único encontro sexual é de 999 em 1000, o foco é colocado sobre a probabilidade de 1 em 1000 de a infecção ocorrer. Esta ênfase em um resultado negativo, a indução de ansiedade e de culpa naqueles que receberam a mensagem sobre os riscos mas não alteram seu comportamento, podem ser ditas como antiéticas. As pessoas tendem a evitar a ansiedade ao acreditar que não serão vítimas de um resultado negativo. É ético o ataque constante à necessidade do público de se sentir pessoalmente invulnerável?”

¹²⁷ Tradução nossa: “Algo que muitas pessoas não relatam também, embora também não seja um efeito colateral oficial, é a dificuldade em superar a ansiedade de décadas de educação sobre o HIV que diz ‘sexo é igual a morte’.”

¹²⁸ Tradução nossa: “Eu também argumentaria que a saúde mental de uma pessoa fazendo uma escolha sobre a saúde física [usando PrEP], em vez de se preocupar, é um lugar muito melhor para estar.”

No campo do HIV/AIDS, o sexo (principalmente) torna-se *locus* de um imbróglio pessoal onde a lógica do risco é permanentemente testada. A moralidade do risco deve ser de baixa restrição, moderada, leve – ou seja, ela não pode requerer do indivíduo sacrifícios enormes, sob pena de não funcionar se a pessoa percebe que a recompensa futura é menor do que o prazer presente do qual deve abdicar (VAZ, 2019, p. 90). Assim, “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). Métodos de prevenção ao HIV alternativos à camisinha têm sido considerados interessantes por algumas pessoas, pois não exigem delas a perda de certos prazeres sexuais, como o contato direto com os fluidos da parceria. Contudo, como depreendido da obra de Foucault, a todo poder existe um contrapoder; a todo discurso existe um contradiscurso: para outras pessoas, os outros métodos alternativos à camisinha também serão percebidos como ingerência sobre seus corpos; de fato, há sujeitos (conhecidos por *bug chasers*) para os quais o prazer reside no próprio risco de contraírem HIV– o que, sem dúvida, representa um grande desafio aos discursos da prevenção.

3.4 NEOLIBERALISMO

Por muito tempo a saúde pública caracterizou-se por privilegiar uma abordagem populacional dos problemas de saúde. Contudo, a ênfase tem se dirigido progressivamente da coletividade para o âmbito do indivíduo com a noção de “promoção da saúde” (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 50).

O movimento internacional de promoção da saúde originou-se no Informe Lalonde, escrito em 1974 pelo Ministério da Saúde do Canadá e que serviu de modelo para outros países. Nele, o enfoque era dirigido ao indivíduo, que deveria cuidar da prevenção das ameaças à sua saúde. Outro momento histórico importante da promoção da saúde foi a Carta de Ottawa, que a definiu como o processo de capacitação das pessoas a ampliar o controle sobre sua própria saúde (CASTIEL; SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011, p. 58-59).

Atualmente, a chamada “nova saúde pública” ancora-se na crença iluminista da ciência e nos valores da racionalidade para se legitimar socialmente, tendo como primazia o individualismo, em um clima de descrédito quanto à autoridade política dos governos e de destaque excessivo ao papel do mercado como instância reguladora da economia (CASTIEL,

DIAZ, 2007, p. 25). Com a expansão da doutrina neoliberal de consumo, a governamentalidade biomédica e a ideologia do risco têm ganhado força no campo da saúde pública (LUPTON, 1993; CLARKE et al., 2003, p.181).

Em fim dos anos 1970, Robert Crawford (1977, p. 665-667) argumentou que a emergência da responsabilização da pessoa por sua saúde decorria da crise dos altos custos em saúde (tanto para as empresas quanto para os governos), concomitante a outras crises na economia em geral. E tudo isso ocorria em meio à politização da construção social da doença, com as crescentes críticas e discussões científicas e populares acerca dos perigos à saúde ambiental e dos riscos ocupacionais à saúde e segurança (os riscos externos ao indivíduo). De fato, Dardot e Laval (2016) identificam o surgimento do neoliberalismo na crítica ao Estado de Bem-Estar Social de fins dos anos 1970 e início dos 1980 – ainda que não somente. Segundo os autores, os especialistas convidados a opinar à época argumentaram que havia excessivo envolvimento dos governados na vida política por meio de reivindicações por igualdade (dentre elas, ao direito à assistência médica e à saúde), tornando os governantes incapazes de comandar. Este momento coincide com o fomento da ideia de autocuidado e das pesquisas sobre fatores de risco que, por admitirem apenas o que é especificável e quantificável, desconsideraram as causalidades socioculturais para a saúde e a doença, tão caras à prática de saúde pública da modernidade, quando se acreditava na engenharia social (LEMKE, 2002; VAZ et al., 2007, p. 152-153).

Como consequência desse cenário, segundo Crawford (1977, p. 668), a assistência médica tem sido vista como um direito (e almejada por muitos como um direito universal), mas não o conceito ampliado de saúde – este demanda a responsabilidade do indivíduo pelo seu autocuidado por meio da autodisciplina para controle de "comportamentos de risco" e adoção de "estilos de vida saudáveis". Dessa forma, a responsabilização individual embutida na lógica do risco serve de argumento para medidas de controle de custos na saúde pública, na seguridade social e em ações focadas em combater as desigualdades estruturais da sociedade (CARDOSO, 2012, p. 14). *“At the very least, the victim blaming ideology will help justify shifting the burden of costs back to users. If you are responsible for your illness, you should be responsible for your bill as well”* (CRAWFORD, 1977, p. 670)¹²⁹.

Entre os anos 1970 e 1980, havia no Brasil o Movimento da Reforma Sanitária, que criticava o modelo explicativo do processo saúde-doença centrado apenas nas interações entre

¹²⁹ Tradução nossa: "No mínimo, a ideologia da culpabilização da vítima ajudará a justificar passar os encargos dos custos aos usuários. Se você é responsável por sua doença, você também deve ser responsável por pagar a conta."

agente, meio ambiente e hospedeiro, ainda naturalizado pelo movimento preventivista (CARDOSO, 2012, p. 116-117). 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 as multicausalidades dos estados de doença e de saúde, relegava a segundo plano as iniquidades sociais e promovia a medicalização de todas as esferas da vida (AROUCA, 2003). Empenhados em criar uma nova saúde coletiva, os reformistas, atentando-se para as determinações 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, p. 118). Assim, estas duas visões de saúde ainda convivem no Brasil e influenciam o programa nacional de aids, criado em meio à reforma sanitária¹³⁰: como “direito de todos e dever do Estado”, segundo consta na constituição nacional de 1988 (BRASIL, 2010), mas também como responsabilidade do indivíduo. A exacerbação da lógica do risco, nesse contexto, amplia a demanda sobre os SUS e o sobrecarrega, pois o temor da doença faz o indivíduo recorrer mais à medicalização, mesmo que preventivista.

Ainda que alguns autores tenham apregoado o fim do neoliberalismo com a crise financeira mundial de 2009 (iniciada com a quebra do banco Lehman Brothers nos EUA), compartilhamos da visão de Dardot e Laval (2016, p. 13) de que, bem ao contrário, ele se fortaleceu, na forma de planos de austeridade adotados por Estados. De qualquer modo, não percebemos arrefecimento no discurso do risco em saúde a ele atrelado. Como apregoado por Dardot e Laval (2016, p. 16), o neoliberalismo deve ser entendido não apenas como uma ideologia ou política econômica, mas como uma racionalidade que organiza e estrutura não

¹³⁰ Os primeiros casos de aids foram reportados no Brasil em 1983, época de escasso investimento em educação e saúde em meio a renegociação da dívida externa e inflação (CASTRO; SILVA, 2005, p. 74). 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, tornou obrigatória a notificação dos casos de Aids e lançou oficialmente o Programa Nacional de DST e Aids (VALLE, 2012, p. 42). Este, ao longo do tempo, recebeu várias denominações e, nesta tese, será comumente chamado de DIAHV - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. A idealização do Programa Nacional ocorreu em meio à redemocratização no país e nutriu-se do novo ideário de saúde coletiva e pública do Movimento de Reforma Sanitária. Este almejava um modelo de saúde pública atrelado a um sistema de seguridade social; entendia a saúde como um direito universal, 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; SILVA, 2017). Por isso, foram criados dentro do Programa de Aids espaços de interlocução com os movimentos sociais organizados (como a CNAIDS - Comissão Nacional de Aids e a CAMS - Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais) – ainda que por vezes não incluam suas demandas nas decisões de governo (LACCASO, 2012, p. 20). Antes da criação de um programa de aids a âmbito federal, algumas Secretarias de Estado de Saúde (precipuamente, de SP e do RJ), impulsionadas por reivindicações da sociedade civil organizada, já haviam formulado um processo de resposta em nível estadual, tornando-se importantes referências para outros estados e municípios. Para mais informações sobre isso, sugerimos a leitura da nossa dissertação de mestrado (COSTA, 2014).

apenas a conduta dos governantes, mas também a dos governados. Ele deve ser visto como a "forma de nossa existência", como uma ideologia produtora de relações sociais e de subjetividades, de certa norma de vida nas sociedades – daí devermos falar de sociedade (e não apenas de política ou economia) neoliberal.

Essa racionalidade do neoliberalismo, presente na lógica do risco em saúde, tem como características principais a generalização da concorrência como norma de conduta e da interpelação do indivíduo para se conceber como uma empresa (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 16-17). Assim, temos visto cada vez mais a gerência corporal (*body management*), por meio de monitoramento e controle da ingestão de calorias, álcool e água, de horas de sono e de atividades físicas etc. Há toda uma indústria farmacêutica, de diagnóstico, de academias etc. com a qual o sujeito pode gerir seus riscos e seu corpo. O risco, portanto, une o indivíduo moral e responsável ao indivíduo econômico e racional (CASTIEL et al., 2010, p. 122).

A racionalidade neoliberal também tem sido cada vez mais impulsionada no âmbito da gestão dos sistemas de saúde, com a transformação dos indicadores de saúde em metas e, destas, em pré-requisitos na competição por financiamento no setor (MORAES, 2016, p. 79). Mais recentemente, a resposta nacional à aids focou na “melhoria da governança” baseada em resultados: implementaram-se novas modalidades de incentivos aos estados e municípios, como financiamento de bolsas e sistema de premiações e sanções, baseadas no alcance de metas, como a testagem ao HIV entre profissionais do sexo, UDI e HSH (THE WORLD BANK, s.a). Isso precisa ser questionado, pois fomenta o discurso do risco nas práticas dos serviços de saúde – e, assim, a transferência para o indivíduo do cuidado à sua saúde –, além de ser uma forma injusta de alocação de recursos, pois deixa sem cobertura financeira as áreas onde há mais problemas, agravando o quadro de autocuidado.

No campo do HIV/AIDS, a resposta global tem sido financiada por instituições com políticas neoliberais – como o Banco Mundial, que concedeu quatro empréstimos ao Brasil de 1993 a 2014¹³¹.

Praticamente a mesma constelação institucional 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).

¹³¹ Houve quatro financiamentos do Banco Mundial – AIDS-I (1993-1998), AIDS-II (1998-2003), AIDS-III (2003-2007) e AIDS-SUS (2010-2014) –, ao longo dos quais se diminuiu gradativamente a contribuição do Banco Mundial e aumentou-se a contrapartida do governo brasileiro (CASTRO; SILVA, 2005). No AIDS-SUS, foram US\$ 67 milhões do Banco Mundial e uma contrapartida nacional de US\$ 133 milhões (THE WORLD BANK, s.a).

Desde a crise financeira internacional de 2009 tem diminuído a contribuição dos países doadores a fundos internacionais de combate à epidemia¹³², como o FGLATM - Fundo Global de Luta Contra Aids, Tuberculose e Malária¹³³, o Unitaids¹³⁴, o USAID e o PEPFAR – Plano de Emergência para o Combate à Aids do governo dos EUA (QUENQUA, 2017; PARKER, 2017). Esses fundos foram criados em meio a um discurso de urgência acerca de uma epidemia “fora de controle” e possibilitaram importantes mobilizações em torno da aids e da oferta de tratamento aos infectados que marcaram os anos 1980 a 2000.

Contudo, com a crise financeira de 2009, tem havido um crescente interesse por parte desses financiadores no fomento de tecnologias preventivas biomédicas e de uso individual, já que supostamente seriam menos custosas do que intervenções estruturais. Eles têm transformado o triunfalismo das ações biomédicas em um discurso (otimista e prematuro) de que o fim da epidemia de aids pode ser alcançado brevemente, até 2030 – repercutido por muitos dos principais órgãos e autoridades responsáveis pela gestão desse problema de saúde pública, inclusive na imprensa, que tem se interessado mais pelas novas descobertas científicas do que por outros aspectos relacionados à aids (TERTO JR., 2011; PARKER, 2016, p. 21). Por exemplo, o Uniaids (2010) tem a meta “*getting to zero*” (“chegar a zero”): zero novas infecções, zero mortes relacionadas com a aids e zero discriminação. Já o governo brasileiro tem comunicado há anos que as estatísticas de casos de HIV e de aids estão “estabilizadas”, colocando-nos no papel de doadores e não mais receptores de financiamento internacional¹³⁵ e causando uma falsa percepção de que os problemas internos estão resolvidos. Além de justificar o menor financiamento em aids, o discurso sobre o fim dessa epidemia permite que governos e financiadores internacionais priorizem outros agravos de

¹³² Após alguns anos de estabilidade, em 2015 houve uma queda de US\$ 8,6 bilhões para US\$ 7,5 bilhões e, em 2016, houve nova redução de 7% – chegando ao pior nível desde 2010. Em 2017, o presidente dos EUA, Donald Trump, reduziu em 24% as doações do país, deixando organizações sem fins lucrativos, como a Fundação Bill & Melinda Gates, lutando para compensar o déficit (QUENQUA, 2017). O PEPFAR retirou seu apoio em países como Vietnã, África do Sul, Tânzania e outras nações africanas (PARKER, 2017). Segundo o Uniaids (2019), os recursos financeiros internacionais não estão sendo suficientes para assumir os compromissos políticos de enfrentamento à epidemia de aids: em 2018, US\$ 19 bilhões estavam disponíveis para a resposta à aids, US\$ 7,2 bilhões abaixo dos US\$ 26,2 bilhões estimados necessários para 2020. Ainda de acordo com o Uniaids, o FGLATM precisaria ter em seu caixa US\$ 14 bilhões em outubro de 2019.

¹³³ Este foi fundado em 2002, sob o incentivo da ONU, e é uma parceria entre governos, sociedade civil e setor privado “para apoiar programas executados por especialistas locais em países e comunidades mais necessitados.” (UNAIDS, 2017b, p. 34).

¹³⁴ Em 2006, na Assembleia Geral da ONU, Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido fundaram o Unitaids, um mecanismo de financiamento visando reduções de preços para insumos de diagnóstico e medicamentos para o HIV, malária e tuberculose, principalmente em países de baixa renda. Algumas nações contribuem plurianualmente para o orçamento; outras cobram uma taxa de solidariedade sobre passagens aéreas. Desde sua fundação, somaram-se ao Unitaids mais de 20 países, bem como a Fundação Bill e Melinda Gates (UNAIDS, 2017b, p. 35).

¹³⁵ Por exemplo, entre 2008 e 2012 o aumento da ajuda internacional do governo brasileiro foi de US\$ 1,4 bilhões (FORUM UNGASS–AIDS, 2012, p. 14).

saúde (KENWORTHY et al., 2017, p. 1 e 5). No plano internacional, isso foi percebido com a retirada da menção explícita ao HIV/AIDS quando da transformação dos ODM – Objetivos do Milênio nos ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável¹³⁶, bem como no total silêncio sobre o HIV/AIDS na reunião dos Ministros da Saúde que compõem o G20 acerca das prioridades globais de saúde, em 2017 (BERLIN..., 2017). No Brasil, isso tem sido percebido com a alocação de outras doenças sob a responsabilidade do Departamento de Aids e no fechamento¹³⁷ de diversas ONG-Aids, que competem por recursos com o ativismo contra outras enfermidades, como as hepatites virais (FRASCA et al., 2018, p. 8 ; VALLE, 2013, p. 30).

Os escassos recursos de ações antes mais amplas de prevenção ao HIV/AIDS focadas na população geral (com abordagens sociais e comportamentais) têm sido redirecionados para ações de prevenção individuais e biomedicalizantes¹³⁸, focadas sobretudo nas “populações-chave”, como HSH, transexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas etc. (KENWORTHY et al., 2017, p. 3-4; PARKER et al., 2016, p. 2; PARKER, 2018a).

O uso de tecnologias biomédicas, ainda que percebido pelos financiadores da resposta à aids como mais barato do que o investimento em ações mais estruturais, torna-os refém dos preços de uma certa indústria (principalmente farmacêutica), ameaçando a sustentabilidade econômica dos programas de aids. O interesse comercial dessa indústria por trás da promoção das tecnologias preventivas ao HIV de caráter biomédico e medicamentoso não deve ser

¹³⁶ Em 2000, a ONU, em parceria com a sociedade civil e o governo de diversas nações, estabeleceu os Oito Objetivos do Milênio (ODM), que deveriam ter sido cumpridos até 2015. O HIV/AIDS figurou explicitamente no sexto deles: deter a sua propagação e garantir o acesso universal ao tratamento. Visando concluir o que não se conseguiu alcançar com os ODM, a ONU criou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Esta é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas. Na Declaração, os chefes de Estado comprometeram-se a empoderar as pessoas em vulnerabilidade – entre elas, nomeadamente as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) – e a empenhar-se "em garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o planejamento familiar, para a informação e para a educação" e "acelerar o ritmo dos progressos realizados na luta contra [...] o HIV/AIDS." (ONU, 2015, item 23). Dentre os 17 ODS, o único que cita explicitamente a aids é o terceiro ("Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades"), no item 3.3: "Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis." (ONU, 2015). Contudo, podemos dizer que há outros ODS relacionados com a epidemia, incluindo os que abordam alcançar a igualdade de gênero (ODS5), reduzir as desigualdades (ODS10), promover sociedades inclusivas e proporcionar o acesso à justiça (ODS16), bem como fortalecer a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ODS17).

¹³⁷ Segundo Frasca et al. (2018, p. 8), o financiamento governamental a atividades da sociedade civil organizada, tão importante até então para o enfrentamento à epidemia, tem diminuído desde a descentralização da resposta para estados e municípios em 2003, agravada pelo desfinanciamento internacional, já que o Brasil tem sido visto não mais como um país pobre, e sim “em desenvolvimento”. Em 2010, o Programa Nacional de Aids registrava 698 ONG-aids (LOYOLA, 2010, p. 42). Em 2017, foi fechado o GAPAR-RS, uma das ONG mais antigas, justamente em um estado cujas taxas de incidência do HIV são as mais preocupantes.

¹³⁸ A Fundação Bill e Melinda Gates, por exemplo, tem consistentemente financiado dispositivos tecnológicos como meios de erradicar diversas doenças – dentre elas, a aids.

menosprezado¹³⁹. As indústrias farmacêuticas estão se engajando em biopolíticas e ganhando legitimidade, tanto por governos quanto pelas pessoas em suas vidas cotidianas, tendo inclusive utilizado o discurso ativista de que o acesso a medicamentos é uma questão de direitos humanos para garantir um mercado consumidor mais amplo.

No Brasil, a distribuição gratuita de antirretrovirais para PVHA começou ainda em 1988¹⁴⁰, época em que empresas multinacionais detinham cerca de 80% do mercado farmacêutico nacional. O país só deu início à fabricação local de medicamentos anti-aids em 1993 – o que só foi possível porque, até então, o Brasil não reconhecia patentes farmacêuticas, garantindo preços mais baixos que os praticados pelas multinacionais¹⁴¹. Contudo, essa realidade mudou em 14/05/1996 com a lei de propriedade industrial brasileira (LPI 9.279)¹⁴², que incluiu como bens passíveis de proteção patentária¹⁴³ os produtos farmacêuticos e seus processos de obtenção inventados após 1997. Foi (e ainda é) o caso de muitos antirretrovirais chamados de segunda e de terceira linha (CORRÊA E CASSIER, 2010, p. 9, 13 e 150). A LPI compromete o cumprimento da Lei Sarney (Decreto n. 9.313)¹⁴⁴, aprovada meses depois e que tornou o Brasil o primeiro país em desenvolvimento a garantir o direito ao tratamento gratuito às PVHA. A medida à época motivou críticas (equivocadas) da comunidade científica, por achar que não existiam condições técnico-operacionais para sua

¹³⁹ Vide a luta recente no Brasil por não conceder à Gilead a patente do Truvada, principal medicamento usado na PrEP.

¹⁴⁰ A distribuição gratuita de medicamentos começou ainda em 1988, para infecções oportunistas, e em 1991, com AZT (azidotimidina), ganciclovir e pentamidina (CASTRO; SILVA, 2005, p. 58; NASCIMENTO, 2005, p. 100; CARDOSO, 2001, p. 85; GALVÃO, 2000, p. 124).

¹⁴¹ De 1945 a 1996, eram lícitos o estudo, a cópia e a produção local de medicamentos e processos de fabricação farmacêutica patenteados no exterior (LOYOLA, 2010).

¹⁴² Durante a presidência de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil, por pressão dos EUA, assinou a LP a fim de adequar o país às diretrizes gerais do Acordo Trips (ou ADPIC - Acordo Sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio). O Trips é uma tentativa de regular e proteger diferentes bens imateriais. A adesão do Brasil ao acordo foi estabelecida em dezembro de 1994, e em 1995 foi criada a OMC (Organização Mundial do Comércio) (GUIMARÃES, 2010, p. 181; BARROSO, 2010, p. 204). A assinatura da LPI significou na prática que o país deixaria de poder fabricar certos medicamentos, mesmo tendo capacidade para tanto, e teria de comprá-los da indústria-monopólio, elevando seu preço ao consumidor (GALVÃO, 2000, p. 206). A lei de patentes brasileira antecipou em 10 anos o período de transição previsto pelo Acordo Trips para a inclusão de medicamentos entre os bens patenteáveis – período que a Índia soube aproveitar. E também reconheceu patentes retroativas – aquelas requeridas no exterior até 5 anos antes da vigência da lei nacional. Desde 2001, a Anvisa faz a análise de pedidos de patente de medicamentos depositados no INPI (Instituto Nacional de Propriedade Intelectual) – chamada de *anuência prévia* – antes que este conceda a carta-patente (LOYOLA, 2010, p. 44 e 59-60).

¹⁴³ A patente é um privilégio temporário (de 20 anos para produtos farmacêuticos) que o Estado concede ao seu titular, outorgando-lhe a exclusividade da exploração da matéria protegida (CORRÊA E CASSIER, 2010, p. 13).

¹⁴⁴ A Lei Sarney, aprovada em 13/11/1996, não nasceu somente de uma reivindicação da sociedade civil organizada e da classe médica, tampouco de um princípio ético do SUS, mas sobretudo de uma bandeira levantada pela equipe de Lair Guerra, a primeira gestora do Programa Nacional de Aids, e dos interesses mercadológicos da indústria farmacêutica (BIEHL, 2007, p. 1085-1086; LOYOLA, 2010, p. 45; CORRÊA;CASSIER, 2010, p. 9).

implementação, e do Banco Mundial¹⁴⁵, por acreditar que seria um desastre econômico¹⁴⁶ (CASTRO; SILVA, 2005, p. 59). O convencimento veio por meio de argumentos financeiros: a distribuição gratuita de antirretrovirais reduziria os custos hospitalares e as PVHA passariam a render mais economicamente, pois recuperariam melhor a saúde e voltariam à vida produtiva (PARKER, 2000, p. 132).

Desde então, têm sido primordiais para garantir o cumprimento da Lei Sarney a produção nacional de genéricos (conseguida pela Lei n. 9.787 de 1999¹⁴⁷), a negociação de preços com as indústrias farmacêuticas ou, em certos momentos, o uso de dispositivos previstos em leis e em acordos e tratados internacionais acerca de propriedade industrial para relativizar ou suspender temporariamente a exclusividade da exploração das invenções farmacêuticas patenteadas, em nome do interesse público e do direito à saúde e à vida¹⁴⁸ – o que suscitou a entrada do tema das patentes na agenda de certas ONG-aids nacionais¹⁴⁹ (LOYOLA, 2010, p. 63; VILLELA, 2010, p. 114; CORRÊA E CASSIER, 2010, p. 13). Esta última medida, em especial, contribuiu internacionalmente para o debate relativo ao acesso a

¹⁴⁵ Ressalta-se que, naquela época, o Banco Mundial determinou a não-utilização de seu empréstimo ao Brasil para a compra ou fabricação dos medicamentos necessários ao tratamento das PVHA (GALVÃO, 2000, p. 137).

¹⁴⁶ A compra de medicamentos fez os gastos do governo federal aumentarem de cerca de US\$ 35 milhões em 1996 para US\$ 224 milhões em 1997, US\$ 305 milhões em 1998 e US\$ 335 milhões em 1999. Em 1999, 47% dos medicamentos anti-aids foram adquiridos de empresas nacionais (92% de laboratórios oficiais e 7% de privados) e 53% de multinacionais – correspondendo, respectivamente, 19% e 81% dos gastos com antirretrovirais (LOYOLA, 2010, p. 47 e 61).

¹⁴⁷ Segundo Loyola (2010, p. 17 e 56), a lei de genéricos no Brasil só foi possível porque esteve estreitamente relacionada à política pública de combate à aids no país, envolvendo o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e dos laboratórios públicos e a atuação de agentes diversos, como servidores públicos, políticos, ativistas, ONG, empresários e, principalmente, jornalistas.

¹⁴⁸ O artigo 68 da Lei 9.196 e o decreto presidencial n. 3.201 de 1999 preveem a possibilidade de licenciamento compulsório de patente registrada no Brasil em casos de abuso do poder econômico, quando o produto não é fabricado em território nacional após 3 anos da concessão da patente, ou por interesse público. É preciso desmentir a ideia contida na expressão "quebra de patente": não é a patente que é quebrada, mas a sua exclusividade – ou seja, seu detentor continua tendo o direito a receber *royalties* (VILLELA, 2010, p. 128). Algumas vezes, o Brasil ameaçou "quebrar patentes" para conseguir negociar a queda no preço dos medicamentos com as multinacionais (LOYOLA, 2010, p. 44 e 62). Em 2007, o governo licenciou compulsoriamente o Efavirenz, após 6 anos de negociação com a firma proprietária da patente, possibilitando a produção local de genéricos 67% a 77% mais baratos do que o produto patentado (CORRÊA E CASSIER, 2010, p. 13). Em 2011, a presidente Dilma Rousseff não reconheceu a patente do tenofovir, passando a produzi-lo nacionalmente (BRASIL, 2012, p. 11). Em janeiro de 2017, o INPI negou o pedido de patente do Truvada, da Gilead, usado na PrEP.

¹⁴⁹ Em 2001, por incentivo de organizações internacionais (como a OXFAM e os Médicos Sem Fronteira), foi criado o GTPI (Grupo de Trabalho sobre Propriedade Industrial). O GTPI foi criado como uma instância dentro da Rede Brasileira de Integração dos Povos, que aglutina organizações da sociedade civil envolvidas em um mesmo propósito de organização, principalmente acerca de tratados de comércio. Entre as ONG-aids nacionais que o compõem, estão: ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids, Gapa/SP, Gapa/RS, Gestos, GIV - Grupo de Incentivo à Vida e Grupo Pela Vidda (VILLELA, 2010, p. 114).

medicamentos como um direito humano¹⁵⁰. Tudo isso projetou o programa brasileiro de enfrentamento ao HIV/AIDS como um dos melhores do mundo em meados dos anos 2000.

Todo o financiamento atual do programa brasileiro de aids advém de recursos exclusivamente nacionais¹⁵¹ (DIAHV, 2017b). Contudo, o surgimento constante de novas drogas patenteadas no combate ao HIV/AIDS tem aumentado o custo aos cofres públicos e, dessa forma, ameaçado a sustentabilidade da resposta à epidemia. Nos últimos tempos o governo brasileiro tem evitado usar o licenciamento compulsório, temendo represálias na OMC (Organização Mundial do Comércio). A preferência tem sido por negociar licenças voluntárias com os titulares das patentes, por meio de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Devido ao maior custo, tal medida tem provocado críticas do ativismo, que requer a produção local de genéricos, sob pena de os brasileiros apenas terem acesso via SUS a antirretrovirais de “segunda-classe”, com mais efeitos colaterais do que as mais novas (e mais caras) drogas¹⁵².

O tratamento universal à aids tem acontecido, na prática, de forma descontínua e desigual. Têm sido constantes as denúncias sobre racionamento ou até falta dos medicamentos nos postos de distribuição (o que pode causar danos à saúde dos soropositivos e criar vírus resistentes), bem como de exames para detecção de carga viral. Ademais, o repasse do

¹⁵⁰ Em fins de 2000, o ministro da Saúde José Serra ameaçou licenciar compulsoriamente dois antirretrovirais: o Nelfinavir (que representava 28% do preço do coquetel, ou R\$ 220 milhões anuais, mas que, se produzido pela Farmanguinhos, teria um custo 40% menor) e o Efavirenz. A atitude do ministro provocou a queda generalizada no mercado global do preço desses medicamentos (LOYOLA, 2010, p. 62; LOYOLA et al.; 2010, p. 91). Por causa deste episódio, em janeiro de 2001 os EUA pediram um painel de arbitragem contra o Brasil na OMC, pois julgavam que o país estava desrespeitando as regras internacionais de comércio na área de patente de medicamentos e que, por isso, deveria sofrer retaliações e sanções. A repercussão internacional sobre o tema envolveu a discussão sobre o acesso à saúde, principalmente a antirretrovirais, e sobre a primazia do direito dos pacientes ao direito das indústrias farmacêuticas – o que fez os EUA retirarem o pedido do painel. Na ocasião, a diretora geral da OMS defendia sistemas de preços diferenciados para antirretrovirais e elogiava o programa brasileiro de enfrentamento à aids – que também rendeu elogios do secretário-geral da ONU, Kofi Annan, e do Unaid, os quais destacavam a produção local desses medicamentos, garantida pelo licenciamento compulsório (LOYOLA et al.; 2010, p. 78-79). Todo o debate levantado culminou na inclusão do acesso a medicamentos como direito inalienável da humanidade na 57ª Comissão de Direitos Humanos da ONU (em abril de 2001) e na Declaração de Doha sobre Aids e Saúde Pública (aprovada na Assembleia Mundial da Saúde da OMS e defendida, principalmente, pelo Brasil), que preconiza o acesso dos pacientes com HIV/AIDS aos medicamentos de que necessitam como uma questão de saúde pública e um direito humano fundamental (CORRÊA; CASSIER, 2010, p. 10-11; CASTRO; SILVA, 2005). O documento final da sessão extraordinária da OMC foi favorável às bandeiras disputadas pelo Brasil, dando importância igual à prevenção e ao tratamento, defendendo preços diferenciados de remédios de acordo com o poder de pagamento de cada nação, zelando pela proteção à produção local dos medicamentos e incentivando a criação de um fundo mundial de combate à aids (LOYOLA et al.; 2010, p. 86).

¹⁵¹ Em 2017, investiram-se R\$ 1,1 bilhão na aquisição de 37 medicamentos (DIAHV, 2017b).

¹⁵² O dolutegravir, por exemplo, é um antirretroviral de primeira linha pelo qual o SUS estava pagando em 2017 US\$ 1400 por paciente/ano – quando seu custo de produção era estimado em US\$ 45 (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2017b). Em 10 de maio de 2018, o INPI negou o pedido de patente da farmacêutica japonesa Shionogi & LTD e da estadunidense ViiV Healthcare Company para o dolutegravir, passando a possibilitar ao Brasil acessar versões genéricas.

financiamento federal não tem sido acompanhado por uma cooperação local forte desde a descentralização¹⁵³ do programa de aids para os estados e municípios, uma condição do Banco Mundial para conceder o terceiro empréstimo, de 2003. Ao mesmo tempo, o SUS vem sofrendo golpes frequentes, por meio de subfinanciamento e incentivo à privatização da saúde, com subsídios a planos privados¹⁵⁴. Mais recentemente, a Emenda Constitucional No. 95 (a “EC do Teto dos Gastos”) congelou por 20 anos os gastos públicos, que não podem crescer acima da inflação¹⁵⁵. Ademais, a portaria 1091 (de 27/04/2017) modificou as modalidades de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios: extinguiram-se os blocos de financiamento específicos (Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade, Medicamentos e Gestão), passando a haver só duas categorias (custeio e investimento) – possibilitando aos gestores usar o orçamento como desejarem, desobrigando-os a investirem na resposta local à aids, por exemplo (OLIVEIRA, s/a).

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, marcada pela privatização de áreas estratégicas como saúde e educação.

3.5 RISCO *VERSUS* VULNERABILIDADE

Para Rosenberg (1992, p. 293-303), há dois estilos fundamentais de explicação a fenômenos epidêmicos, alternativos um ao outro e que coexistem desde pelo menos a antiguidade clássica: o configuracionista e o contagionista. Nenhum deles é uma mera forma de pensar as doenças especificamente, mas o mundo – e, portanto, ambos são formas de atuar nele, principalmente por meio de suas influências nas políticas de saúde. Eles participam de

¹⁵³ A descentralização também obedece a um dos princípios do SUS. Contudo, contrariando expectativas, ela não tem aproximado os trabalhos do território. Como afirmam Frasca et al. (2018, p. 1, tradução nossa), “A descentralização enfraqueceu o trabalho inicial do país e abriu portas para uma epidemia rejuvenescida ao empoderar as elites locais indiferentes, marginalizar o foco nos direitos humanos e remover a supervisão federal.”

¹⁵⁴ Ressaltamos que em 10/04/2018 a Febraplan (Federação Brasileira de Planos de Saúde) realizou o 1º Fórum Brasil, evento cujo objetivo foi propor um novo Sistema Nacional de Saúde.

¹⁵⁵ A EC 95 retirou da saúde cerca de R\$ 740 bilhões. Para piorar o quadro de subfinanciamento à saúde, em 4 de outubro de 2017 foi criado no Brasil um fundo eleitoral para bancar as campanhas políticas com recursos públicos – uma alternativa à proibição das doações empresariais. Para ele, foram transferidos R\$ 350,5 milhões originalmente destinados pelos parlamentares à saúde e R\$ 121,8 milhões à educação em 2018 (FRAZÃO, 2018). E em junho de 2018 foram feitos novos cortes em recursos do SUS e de outros setores como forma de compensar o subsídio ao diesel, demandado pela greve dos caminhoneiros (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2018a).

um complexo discurso sobre a humanidade, o destino e a organização social, que se reconfigura incessantemente através da história.

O modelo configuracionista percebe a saúde como uma relação balanceada e integrada da humanidade com seu meio-ambiente, e está presente no ideário da medicina social e no interesse pelas determinações sociais da saúde e da doença. Rosenberg (19992) admite, contudo, que a maior ênfase do pensamento epidemiológico dada ao modelo configuracionista ocorreu do século XVIII até metade do século XIX.

Já o modelo contagionista é um estilo de explicação que se refere à contaminação de pessoa a pessoa (daí os leigos utilizarem os termos "epidêmico" e "contagioso" como sinônimos ao longo da história), mas também a uma desordem em sentido mais amplo: qualquer evento ou agente que possa subverter uma configuração mantenedora de saúde. Ele é mais reducionista que o modelo configuracionista e, por vezes, monocausal. A teoria sobre os germes ajudou a mudar a ênfase explicativa do modelo configuracionista para o contagionista – sem, contudo, banir o primeiro, estando em constante diálogo com ele.

Rosenberg (1992, p. 303) afirma que a epidemia de aids invoca a negociação entre esses dois modelos de explicação: entre o laboratório e a clínica, entre o virologista e o agente de saúde pública. Contudo, ele identifica que, com a descoberta do HIV como agente etiológico da aids, mudou-se da proeminência comparativa concedida às estratégias epidemiológicas globais e multicausais (configuracionais) para uma orientação necessariamente técnica e reducionista (contagionista), atribuindo-se menos relevância ao contexto social no qual a síndrome se prolifera. Para o autor, nenhum dos dois modelos explanatórios acerca da epidemia de aids é individualmente suficiente.

Ideias científicas como "grupos de risco" (mais próximas ao modelo contagionista) funcionam socialmente como operadores de identificação daqueles que, ao mesmo tempo, seriam as "vítimas" mais frequentes do HIV (como as crianças e os hemofílicos) e os "culpados" e "responsáveis" pelo alastramento da epidemia de aids (como os homossexuais, as profissionais do sexo, os travestis, os usuários de drogas¹⁵⁶). Segundo Fee e Krieger (1993, p. 1478), para os epidemiologistas os "grupos de risco" (noção muito vigente na ciência entre 1981 e 1984) eram apenas descrições empíricas e simplesmente neutras de indivíduos com identidades em comum e/ou comportamentos associados a um risco acrescido, mas não absoluto, de contrair a doença. Entretanto, na percepção popular (e também na da maioria da

¹⁵⁶ Os haitianos foram inicialmente colocados nos "grupos de risco", mas, devido a críticas e pressões político-partidárias realizadas pelo governo haitiano junto ao governo estadunidense, eles foram retirados da denominação em 1984 (CARVALHO, 2009, p 73).

mídia), pessoas pertencentes a esses “grupos de risco” eram vistas como potencialmente contagiosas¹⁵⁷.

Mais tarde, com o alastramento da epidemia de aids para outros grupos populacionais e com a consolidação do conhecimento sobre a causa viral e os modos de transmissão que, a rigor, não excluem nenhuma pessoa, a ciência passou a trabalhar com a noção de “situação/comportamento de risco” (mais vigente entre 1985 e 1988¹⁵⁸) – ainda que, como veremos, “grupo de risco” permaneça no imaginário simbólico e ainda seja utilizado pela imprensa. Este novo conceito representou 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 tem um viés de prevenção focado no indivíduo: atribui-lhe a responsabilidade por contrair o HIV, assumindo que o comportamento sexual é fruto de um cálculo racional e ignorando complexas dinâmicas de poder envolvidas no alastramento da epidemia. Como afirmam Fee e Krieger (1993, p. 1481), é como se os sujeitos enquadrados nesses grupos e subpopulações existissem sem cultura ou história.

Os conceitos de “grupo de risco” e de “comportamento de risco” foram, a partir de 1989, criticados pela ideia de “grupos em maior vulnerabilidade” – mais próxima ao modelo configuracionista de Rosenberg (1992). Esta reconhece a existência de uma parcela de influência do comportamento e de escolhas individuais no processo saúde-doença, mas também admite que há influências socioeconômicas, políticas e culturais em jogo:

Além desses dois denominadores comuns humanos - suscetibilidade biológica à infecção e modos de transmissão do HIV limitados, baseados no comportamento -, repousam as forças, fatores e influências que distinguirão, sustentarão ou acelerarão o progresso da epidemia do HIV pelo mundo. O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV; [...] O comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, meia-idade e terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal e fortemente influenciado por indivíduos-chave

¹⁵⁷ Uma das críticas ao conceito de “grupo de risco” 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).

¹⁵⁸ 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*.

(família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-nações. (MANN et al., 1993, p. 276)

Dessa forma, a ideia de vulnerabilidade compartilhava do questionamento de Crawford (1977, p. 675) sobre a eficácia e os usos políticos (“bem como a estreiteza científica”) do foco nos estilos de vida e na mudança do comportamento individual, que não alterava o ambiente social e econômico.

A noção de vulnerabilidade, amplamente difundida na América Latina nos anos 1970, passou a ser aplicada em 1989 por Mann, Tarantola e Netter (1993)¹⁵⁹ no campo da saúde pública, mais especificamente no do HIV/AIDS, como suscetibilidade dos indivíduos a doenças, em uma tentativa de superar o conceito epidemiológico de risco (NASCIMENTO, 2005, p. 106; CARDOSO, 2001, p. 83 e 89). Ela dialoga com a ideia de saúde da OMS (“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”) por comportar três dimensões interdependentes de determinação: 1) a individual, que trata tanto do meio natural da pessoa e de sua constituição física e biológica, mas também da sua intersubjetividade e seu modo de vida; 2) a social, que aborda as relações sociais e a cultura, como relações de gênero, de raça, grau de liberdade de expressão, de investimento do Estado em saúde e de condições gerais de bem-estar social; e 3) a programática ou institucional, que aborda programas de prevenção e tratamento fruto de ações institucionais (não só de governos, mas também de organizações da sociedade civil, de empresas etc.) voltadas especificamente para o problema da aids (CARVALHO, 2009, p. 116; PINHEIRO, 2015, p. 19). O Unids define a vulnerabilidade ao HIV/AIDS desta forma:

Vulnerabilidade se refere a oportunidades desiguais, exclusão social e outros fatores sociais, culturais, políticos e econômicos que tornam uma pessoa mais suscetível à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento da AIDS. Os fatores subjacentes à vulnerabilidade podem reduzir a capacidade de indivíduos e comunidades de evitar o risco de infecção pelo HIV, e podem estar fora do controle dos indivíduos. Tais fatores podem incluir: a falta de conhecimentos e habilidades necessários para se proteger e proteger os outros; acessibilidade limitada, qualidade e cobertura dos serviços; e fatores restritivos na sociedade como violações de direitos humanos, leis punitivas ou normas sociais e culturais prejudiciais (incluindo práticas, crenças e leis que estigmatizam e desempoderam determinadas populações). Esses fatores, sozinhos ou em conjunto, podem criar ou exacerbar a vulnerabilidade individual e coletiva ao HIV. (UNAIDS, 2017b, p. 26)

¹⁵⁹ O conceito de vulnerabilidade foi gestado na área dos Direitos Humanos e incorporado no início dos anos 1990 ao campo da saúde a partir do trabalho de pesquisadores da Escola de Saúde Pública de Harvard sobre a epidemia de aids. À época, esses investigadores estavam vinculados a uma iniciativa que seria o embrião do Unids, chamada Coalizão Global de Políticas contra a Aids (ARAUJO, 2016, p.43; AYRES et al., 2003, p. 5).

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 própria carga simbólica desses termos nos informam sobre a mudança de visão acerca dos indivíduos neles enquadrados: pessoas “de risco” podem significar uma ameaça, um perigo do qual devemos nos afastar; já pessoas ditas “mais vulneráveis” podem significar seres mais frágeis que nós e que demandam de nossa parte proteção e cuidado.

Contudo, percebe-se ainda hoje na forma como se operam as políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil que, apesar da utilização retórica do conceito de vulnerabilidade, é a ideia de risco que ainda as subjaz. Galvão (2000, p. 188) identificou que no Brasil as ações de prevenção possibilitadas pelo primeiro empréstimo do Banco Mundial (AIDS-I, de 1993 a 1998), apesar de inovadoras por financiar projetos da sociedade civil organizada¹⁶⁰, eram ainda calcadas na noção de risco – tendo a noção de vulnerabilidade sido incorporada apenas na observação da pauperização da epidemia com o empréstimo AIDS-II¹⁶¹ (1998-2003). Mas os sujeitos tidos como “em maior vulnerabilidade” ou aqueles enquadrados nas ditas “populações-chave” hoje ainda são, na maioria, os mesmos do início da epidemia que compunham os “grupos de risco”: homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo (MONTEIRO et al., 2017, s.p.). “No início da epidemia, os *gays* e outros HSH eram chamados de grupo de risco, hoje chamamos de populações-chave; a nomenclatura mudou, mas o estigma continua o mesmo” (PARKER, 2017). Ademais, a ideia de populações-chaves cria a mesma ilusão provocada antes pela de “grupo de risco”: uma desidentificação dos outros grupos populacionais com a epidemia (TERTO JR., 2011, p. 17-18).

Ainda que as “populações-chave” sejam as mais vulneráveis à transmissão do HIV, as políticas de enfrentamento as discutem separadamente, como se na prática não houvesse sobreposição de categorias, fomentada por fatores socioculturais (FEE, KRIEGER, 1993, p.

¹⁶⁰ Segundo Valle (2012, p. 44-45), o financiamento de ONG-aids pelo AIDS-II fez com que a crítica das ONG cedesse lugar a uma parceria de ações: o trabalho de prevenção ficou mais por conta delas, enquanto o governo se encarregava de dar acesso ao tratamento aos já infectados. Também tornou comum a contratação de ativistas para integrarem o corpo técnico do programa nacional de aids.

¹⁶¹ Os recursos do AIDS-II foram alocados assim: 53% para prevenção, 21% para desenvolvimento institucional, 19% para assistência e 7% para vigilância epidemiológica (BIEHL et al., 2001, p. 109). Por meio das ações do AIDS-II, o Programa Nacional deu mais autonomia de gestão às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (CASTRO; SILVA, 2005, p. 125-126 e 166).

483). “Por exemplo, determinado indivíduo é detento ou mulher ou profissional do sexo, e não uma mulher cis que está encarcerada por prostituição porque vive num país onde a prostituição é ilegal.” (GAVIGAN et al., 2016, p. 12). Logo, as políticas de enfrentamento ainda não incorporaram de forma satisfatória a compreensão das diferentes dimensões da noção de vulnerabilidade.

Tem-se percebido na década de 2010 um cenário conservador que dificulta incorporar noções de vulnerabilidade nas ações de enfrentamento à epidemia de aids – a ponto de o texto da “Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS”, uma resolução adotada pela Assembleia Geral da ONU (Organização das Nações Unidas) em 10 de junho de 2011 (ONU, 2011), sugerir que as leis nacionais e as normas culturais, sociais e religiosas têm prioridade sobre as obrigações com os direitos humanos (LACCASO, 2012, p. 51). No Brasil, a resposta à aids tem esbarrado em movimentos conservadores que impedem, por exemplo, a abordagem sobre educação sexual e questões de gênero e discriminação nas escolas. Temos encarado o movimento “Escola sem Partido”, bem como a chamada “bancada evangélica”, constituída por políticos, religiosos ou não, que têm exercido influência nos constantes vetos a mensagens de prevenção ao HIV/AIDS do Ministério da Saúde¹⁶².

Assim, reiteramos neste fim de capítulo o que viemos argumentando desde o seu início: a lógica do risco em saúde, apesar das importantes críticas teóricas, tem ganhado cada vez mais espaço no campo da saúde pública e, em especial, no do HIV/AIDS.

¹⁶² Como a campanha do carnaval de 2012 com foco em homossexuais; a campanha dirigida a (e feita por) profissionais do sexo, de 2013; e cartilhas educativas do Programa Saúde nas Escolas sobre sexualidade (com o episódio do Kit *gay*, em 2011, e das revistas em quadrinhos do Saúde na Escola, em 2013).

4 MÍDIA E SAÚDE

A forma como as sociedades reagem e atribuem sentido às doenças varia segundo contextos culturais e históricos. Dessa forma, o HIV/AIDS tem sido interpretado desde diferentes perspectivas (as do saber médico-científico, as das autoridades sanitárias, as dos pacientes, as da mídia etc.), que apresentam variações internas e também se modificam ao longo do tempo. Conforme afirma Le Goff (1997, p. 8), “a doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades”. Porque a imprensa desempenha um papel central na nossa sociedade e é um espaço que articula diversas vozes, entendemos que o estudo sobre o que nela é veiculado também se faz necessário na identificação e compreensão dos diversos sentidos circulantes sobre os riscos e os métodos biomédicos preventivos ao HIV, que impactam a resposta nacional à epidemia. Ela é, a nosso ver, *lócus* interessante de observação das representações e mentalidades citadas por Le Goff.

Neste capítulo, abordaremos como se articulam a (bio)medicalização da sociedade, a preponderância do discurso do risco e a midiaticização na sociedade contemporânea. Em seguida, apresentaremos nossa visão do jornalismo como um discurso, articulando teorias do jornalismo com alguns conceitos da Análise de Discurso. Posteriormente, reuniremos alguns achados de estudos que investigaram a cobertura brasileira sobre a epidemia de aids, desde seu início até os dias atuais. Por fim, traremos algumas informações sobre os jornais objetos desta tese.

4.1 A MIDIATIZAÇÃO DA (BIO)MEDICALIZAÇÃO E DO RISCO

O desenvolvimento dos meios de comunicação concorreu para o surgimento das sociedades modernas e modificou as relações sociais, de tal forma que a mídia desfruta de centralidade nas sociedades complexas contemporâneas (THOMPSON, 2013; SILVERSTONE, 2002, p. 12). Vivemos cada vez mais em um mundo permeado pelos onipresentes meios de comunicação, por meio dos quais constituímos uma dimensão essencial da nossa experiência com o mundo. Boa parte das informações que recebemos, das nossas formas de entretenimento, das interações que mantemos com as pessoas e dos modos como participamos e significamos a vida em sociedade ocorre mediada por nossas condições de acesso e consumo dos meios de comunicação.

A mídia também afeta a forma como nos constituímos enquanto sujeitos. Segundo Sodré (2001, p. 11), estamos diante de uma nova forma de vida: o *bios* midiático. Não se trata do mero uso de tecnologias como mediadores de comunicação, mas de uma nova configuração sociocultural – não sendo exagerado afirmar que “a mídia é uma manifestação cultural hegemônica da contemporaneidade” (KELLNER, 2001). Ela funciona como um importante intérprete social, pois define quem tem legitimidade para falar sobre os fatos; tem o poder de sedimentar ou ressignificar valores; produz bens culturais de consumo; agiliza fluxos mercadológicos e participa da constituição de identidades sociais (ALVES, 2007, p. 15).

A centralidade da mídia nas sociedades atuais é atestada pelo fenômeno da midiaticização, entendido como a crescente submissão ou dependência das instituições à lógica da mídia. Nela, o campo midiático interage e interfere nas atividades de outros campos presentes na sociedade, que buscam nele sua visibilidade e, ao mesmo tempo, delegam-lhe legitimidade (RODRIGUES, 1999). Portanto, segundo Fausto Neto (2008), nesse fenômeno a mídia deixa de ser instrumento ou meio para se tornar referência. A midiaticização é observada, por exemplo, na influência da lógica midiática na produção e divulgação do conhecimento ou na configuração e promoção de políticas públicas quando instituições de pesquisa ou secretarias e departamentos governamentais contratam, cada vez mais, serviços de assessorias de comunicação (HJARVARD, 2012; ARAUJO e AGUIAR, 2017, p. 15; DUARTE, 2001; NIEDERDEPPE et al., 2007, p. 384). No campo do HIV/AIDS, por exemplo, esta influência da mídia nas ações de saúde pública pode ser percebida no esforço da assessoria de comunicação do Departamento Nacional de IST/AIDS e Hepatites Virais de pautar a imprensa quando da introdução de novas políticas de enfrentamento à aids e quando do lançamento de novo boletim epidemiológico ou de campanhas massivas. A midiaticização também pode ser percebida quando instituições criam *blogs* e *sites* – a “mídia das fontes”, expressão cunhada por Sant’Anna (2006) para caracterizar os meios de comunicação mantidos diretamente por aqueles que antes detinham apenas o papel de fontes das empresas jornalísticas.

Na midiaticização, a mídia orienta a priori a interpretação dos fenômenos, já que não se trata mais da simples veiculação de acontecimentos pelos meios de comunicação. O que está em jogo é o funcionamento articulado dos tradicionais campos sociais com ela (SODRÉ, 2002). Portanto, esse é um dos motivos de afirmarmos que a mídia participa da construção de métodos biomédicos preventivos ao HIV, pois sua lógica de funcionamento foi incorporada

pelas instituições de pesquisa, pelos fabricantes de medicamentos, pelos governos e pelo ativismo.

Ao lado da mediação, outro fenômeno vem se acirrando: o estreitamento dos vínculos entre saúde e imprensa, que atualmente já constituem um ponto de transição na história do cuidado com a saúde (VAZ et al., 2007, p. 146). Esse crescente interesse da mídia pelo tema é explicado em parte pelos próprios avanços científicos significativos do campo médico desde a segunda metade do século XX (MARCHETTI, 2010). Mas ele é, acima de tudo, reflexo da percepção cada vez maior da saúde como um valor desde pelo menos o século XIX, com a institucionalização de uma medicina propriamente preventiva e que, atualmente, convoca o indivíduo a se responsabilizar por sua saúde em contextos de risco (VAZ, 2006, p. 90-91; VAZ et al., 2007).

Assim, o interesse do público em se informar sobre saúde tem sido cada vez maior, percebido pela mídia por meio de pesquisas de opinião¹⁶³. Dessa forma, tornaram-se comuns editoriais e programas específicos à cobertura da saúde, bem como o recrutamento de profissionais da saúde no fazer jornalístico como colunistas, apresentadores ou comentaristas (LERNER, 2014). Na França, por exemplo, Marchetti (1997) e Romeyer (2007, 2010) investigaram como a saúde foi sendo cada vez mais coberta pelo jornalismo nos anos 1980 e 1990 – principalmente após crises sanitárias, como a epidemia de HIV/AIDS.

De fato, segundo Vaz (2002), desde pelo menos final do século XX as pessoas têm obtido a maior parte das informações sobre estilos de vida prejudiciais à saúde nos meios de comunicação. E tem sido cada vez mais frequente que os pacientes se informem antes das consultas médicas, tanto na imprensa quanto em meios de comunicação administrados por especialistas (como *blogs* de médicos) – muitas vezes, desafiando a autoridade dos seus médicos (LERNER, 2015).

Estamos vivendo, portanto, uma era marcada pela medicalização da saúde, sentida na mídia:

*[Our] evidence of the dominance of health news is an empirical indicator of the advent of a medicalized society [...] [The] medicalization of science news is a correlate of these larger changes in society, celebrating the successes of medical sciences, anticipating breakthroughs on the health front, and mobilizing an even greater demand for medication and services (BAUER, 1998, p. 744-747, colchetes nossos)*¹⁶⁴

¹⁶³ Isso também foi detectado pelo O Globo por meio de pesquisas mercadológicas (TROIANO, 2009).

¹⁶⁴ Tradução nossa: “A medicina é o núcleo atual das representações populares da ciência. [...] [Nossa] evidência do domínio das notícias de saúde é um indicador empírico do advento de uma sociedade medicalizada. [...] [A] medicalização das notícias científicas é um correlato dessas grandes mudanças na sociedade, celebrando os êxitos das ciências médicas, antecipando avanços no fronte da saúde e mobilizando uma demanda ainda maior por medicamentos e serviços.”

Proliferam-se sempre mais narrativas na mídia sobre os riscos à saúde a que estamos diariamente sujeitos: novas doenças, epidemias, riscos ambientais etc. Ela tem exercido um papel pedagógico, funcionando como fator de influência para a eventual adoção de medidas preventivas (CASTIEL et al., 2010, p. 92). Segundo Beck (1998, p.38 e 56), a sociedade do risco é, também, “a sociedade da ciência, da mídia e da informação”. Ele afirma que diversos atores sociais disputam pela definição dos riscos (empresas, setores industriais, grupos econômicos, científicos etc.), cujos efeitos sociais, portanto, não dependem isoladamente de sua solidez científica. Assim, o acesso à mídia pelos setores envolvidos ganha importância, pois eles precisam ganhar espaço na esfera pública para terem seus sentidos sobre risco reconhecidos – já que, para prevenir, é preciso comunicar (ROMEYER; MOKTEFI, 2013).

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). Assim, encaramos o jornalismo como um dos principais domínios a produzir ideias sobre os riscos em saúde e prevenção, ao lado de outros como a medicina e a ciência. Ainda que, como este últimos, o jornalismo não seja um campo reconhecidamente autônomo para falar sobre doença e saúde, ele o faz à sua maneira por meio do diálogo com outros saberes:

É, de certo modo, o conhecimento de segunda ordem sobre a doença a partir das vozes legitimamente reconhecidas que costumam ser acionadas pelos veículos jornalísticos para tratar do assunto. Apoiada nas falas dos diferentes atores relacionados (gestores públicos, médicos, cientistas, doentes, familiares, cidadãos etc.) e nas informações sobre a evolução da enfermidade, obtidas por intermédio dos próprios atores entrevistados ou de fontes documentais obtidas durante o processo de apuração, o jornalista vai construindo os discursos, à sua maneira, e consolidando o arcabouço de informações e valores que permeiam assunto. (FERRAZ, 2015, p.73-74).

A mídia desempenha papel central na discursividade sobre os riscos em saúde, pois dissemina informações, influencia políticas públicas e constrói uma agenda para o debate público acerca dos riscos (SPINK et al., 2002). A imprensa e suas fontes ocupam uma posição privilegiada na sociedade, uma vez que participam do restrito corpo social ao qual se delega o poder de interpretar o mundo:

[...] 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. Os sentidos são sempre “administrados”, não estão soltos (ORLANDI, 2005, p. 10).

Segundo Giddens (1991, p. 35), é característica da modernidade a constante referência ao conhecimento técnico, havendo o que ele denomina de sistemas perito: “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje”. Assim, os leigos depositariam sua confiança em experts, detentores de um conhecimento especializado que lhes falta (CASTIEL; PÓVOA, 2001, p. 211). Seriam exemplos desses sistemas perito o sistema biomédico, farmacêutico e epidemiológico – que nos denunciariam os riscos à nossa saúde e nos ofereceriam os métodos preventivos a eles (LERNER, SACRAMENTO, 2014, p. 20) – e, segundo Miguel (1999), também o jornalismo, à medida que ele recorre a vozes especializadas (reforçando, ao mesmo tempo, a legitimidade delas – e, conseqüentemente, de outros sistemas perito), enquanto também se constitui como um campo de autoridade e perícia.

Observar a produção noticiosa sobre o risco é, assim, perceber como ela arregimenta os diferentes interesses envolvidos, que podem “eventualmente [ser] estruturados de forma cínica, como no caso das estratégias mercadológicas de sedução da classe médica para a prescrição de seus produtos por parte da chamada Big Pharma.” (CASTIEL, XAVIER, MORAES, 2016, p. 272, colchetes nosso).

Por estarem inseridos em uma cultura “riscofóbica”, os jornalistas acabam reiterando-a em seu trabalho, que busca dar uma resposta social à sensação de insegurança (AMARAL, 2015, p. 37 e 50). Assim, ao mesmo tempo em que apontam riscos, prescrevem a seu público condutas e valores como formas de controlá-los, encorajando-o a alterar seus hábitos diante de descobertas científicas, em uma lógica geralmente medicalizante e em tom pedagógico e normativo (OLIVEIRA, 2013). Muitas vezes a mídia também “[...] faz com que surjam 'pacientes preventivistas', cujas ações de saúde não estão necessariamente ancoradas em indicações locais de seus respectivos médicos.” (CASTIEL; PÓVOA, 2001, p. 211).

Segundo Leite (2016, p. 60), percebe-se na cobertura jornalística sobre os riscos à saúde uma crença no poder da ação humana, cientificamente orientada, para contê-los e postergar a morte: “Baseada na noção de jornalismo de serviço, a cobertura de saúde parece filtrada por lentes positivistas que resultam numa visão do progresso que contribuiria para o avanço da sociedade”. Assim, a autora percebe que a valorização da ciência é o que parece pautar de forma mais frequente a cobertura especializada em saúde, que recorre sempre mais às revistas científicas em busca de fatos a noticiar:

Há um certo rigor na escolha dos temas que serão abordados, ditado pelas mesmas lógicas que chancelam a produção científica contemporânea: tornam-se pauta os estudos divulgados por publicações científicas revisadas por pares, de alto fator de impacto, muitas vezes internacionais. (LEITE, 2016, p. 82).

Assim, tem sido cada vez maior na cobertura brasileira especializada em saúde a presença do jornalismo científico, sobretudo a partir dos anos 1980 – reflexo da aproximação da medicina com a ciência desde pelo menos a segunda metade do século XX (BURKETT, 1990; SCHNEIDER, 2015, p.31). Dessa forma, a mídia trabalha na maioria das vezes com concepções científicas do risco – tomadas quase sempre como um discurso de verdade indiscutível (CAPONI, 2011, p. 15).

Segundo Rodrigues (2012, p. 230-231), o discurso midiático tem uma natureza “exotérica”: apropria-se de discursos especializados (“esotéricos”) – como é o discurso científico – tentando torná-los compreensíveis à maioria dos seus leitores, leigos. Mas ao fazê-lo, principalmente quando substitui termos técnicos por outros mais próximos do público, por vezes desagrade os cientistas e especialistas, que o acusam de “distorcer” o conhecimento científico – já que estes creem haver uma “verdade” no discurso científico, adulterada pelo jornalismo. Contudo, dito discursivamente, o que a mídia faz não é meramente articular falas de diversos atores sociais (por vezes divergentes), mas orquestrá-las de forma a produzir sentidos próprios – exercendo, portanto, um duplo movimento de interpretação¹⁶⁵ (ORLANDI, 2001, p. 151; LERNER, 2015, p. 199-200). Segundo Lupton (1993), muitas vezes a mídia noticia o risco em saúde de forma dramatizada e simplista:

They [the news media] are interested in attracting a large audience or readership, and tend to over-dramatize and simplify information about health risks accordingly. If they are relying upon the news media for information and advice, members of the lay audience can be left feeling panicked and confused. Politicians must react to new risks in a concerned manner, to avoid the backlash of seeming apathy in the face of a new health scare and to bolster their position: “careers are as much at risk in risk controversies as is the public’s health”. They have the power to gain the attention of the news media, and their opinions are therefore privileged over those of the ordinary person. (LUPTON, 1993, p. 431).¹⁶⁶

Ainda que a imprensa acione de forma hegemônica autoridades sanitárias, médicos e pesquisadores como fontes legítimas para falar dos riscos, esta relação também pode ser

¹⁶⁵ Na comunicação sobre a ciência, o que há é um “efeito de exterioridade”, ou seja, a ciência sai do seu campo para circular e ocupar um lugar social e histórico. E, nesse processo, há um entrecruzamento de diferentes espaços de significação: o da ciência, o do meio de divulgação e também o do seu público leitor (ORLANDI, 2001, p. 151).

¹⁶⁶ Tradução nossa: “[Os meios de comunicação] estão interessados em atrair uma grande audiência ou público e tendem a dramatizar demais e, assim, a simplificar as informações sobre os riscos à saúde. Os membros do público leigo, se dependem dos meios de comunicação para obter informações e conselhos, podem ficar se sentindo em pânico e confusos. Os políticos devem reagir a novos riscos de forma preocupada, para evitar a reação negativa da aparente apatia diante de um novo susto à saúde e para reforçar sua posição: ‘as carreiras correm tanto risco em controvérsias de risco quanto a saúde pública’. Eles têm o poder de chamar a atenção dos meios de comunicação, e suas opiniões são privilegiadas, portanto, em relação às opiniões das pessoas comuns”.

marcada por tensões e questionamentos (LEITE, 2016, p. 1 e 9). Como bem nos lembra Valdir Oliveira,

Ao captar os acontecimentos e ordená-los jornalisticamente, muitas vezes exarcebando suas conseqüências, a mídia jornalística está desconfiando dos sistemas peritos e dos poderes instituídos – como o governo, as autoridades sanitárias ou a ciência – e os interpelando, enfatizando assim a sua importância política diante dos imaginários da sociedade contemporânea (OLIVEIRA, 2004, p. 54).

A mídia também aciona concepções leigas sobre o risco, “não baseadas em evidências empíricas, mas em noções ligadas ao dito senso comum, muitas vezes relacionadas a narrativas permeadas por crenças, suposições, ideologias.” (CASTIEL, SANZ-VALERO, VASCONCELLOS-SILVA, 2011, p.110). Ao recorrer à memória discursiva de outras epidemias (ou mesmo de momentos anteriores de uma mesma epidemia) – ou seja, a sentidos atribuídos a elas no passado –, ela traz à tona outros discursos sociais circulantes, geralmente marcados por medo, pânico, angústia – principalmente quando recorre a memórias discursivas de devastação populacional, desespero e contágio (FERRAZ, 2010). Uma das conseqüências indesejadas é a sua contribuição para o aumento de níveis de medo e ansiedade no público, levando-o a tomar medidas de autoproteção exageradas (SCHNEIDER, 2015, p. 37).

Ademais, os meios de comunicação, ao relacionar as doenças e os sofrimentos atuais das pessoas a escolhas de estilos de vida que elas fizeram no passado, colaboram para a criação da ideia do que seria um futuro justo, no qual as catástrofes são antecipadas no presente e evitadas. Distribuem-se os papéis de quem seriam os agressores e as vítimas – ou seja, de quem sabe e quem não sabe cuidar de si e do outro (VAZ et al., 2007, p. 146). Isso alimenta uma reação de indignação diante de agentes produtores de riscos e diante da apatia dos agentes capazes de contê-los – acompanhada pela tendência no jornalismo atual de reivindicar e de exercer diretamente os papéis antes próprios de outras instituições, principalmente do campo da política (partidos, associações e movimentos sociais) e do judiciário (defesa, acusação, julgamento e veredito) (CARDOSO, 2012, p. 20).

4.2 JORNALISMO E DISCURSO

Nas sociedades atuais, o jornalismo coloca-se como um mediador entre os fatos da realidade e o seu público, selecionando aqueles acontecimentos que seriam de destaque e interesse para o conhecimento da opinião pública. Ainda que com o advento das tecnologias digitais e da Internet este papel de mediação também venha sendo desempenhado por outros produtores de conteúdo, a imprensa ainda ocupa este lugar de constituição de um sentido

comum para a experiência e de coesão social por sua influência cada vez mais marcante “na vida cotidiana, na organização e produção de conhecimentos, na troca de experiências, na produção/reprodução de formas simbólicas, na gestão dos conflitos e na elaboração dos conteúdos éticos que configuram a prática social” (MARQUES, 2008, p. 1-2).

Uma particularidade do jornalismo é a sua naturalização como um discurso sobre o real, marcado por uma “vontade de verdade” (FOUCAULT, 2006). Contudo, afastamo-nos de qualquer perspectiva teórica que considere a produção jornalística algo imparcial ou neutro, como a reprodução do “real”, como um “espelho da realidade” ou “a verdade” – discurso muitas vezes sustentado pelos jornalistas eles mesmos. Tampouco estamos afirmando que o jornalismo é um manipulador maquiavélico da realidade e das mentes dos cidadãos – o que não implica deixar de reconhecê-lo como uma atividade empresarial, que visa lucro e a satisfação de interesses particulares. Como explica Amaral (2015, p. 46), “Pela sua mera existência, as notícias contribuem para construir socialmente novas realidades e novos referentes. Embora não sejam ficção, são histórias sobre a realidade, não a realidade em si”.

A imprensa pode até não dizer às pessoas *o que* pensar, mas influencia *sobre* quais temas elas vão pensar e debater¹⁶⁷ (MCCOMBS, SHAW, 1972) – ou seja, ela oferece uma agenda pública de temas sobre os quais a sociedade deve discutir. E o jornalismo, especialmente, exerce um tipo de poder, que é o de pôr/retirar em/de visibilidade: “A informação é o que é possível e o que é legítimo mostrar, mas também o que devemos saber, o que está marcado para ser percebido.” (MOUILLAUD, 2012c, p. 56). Por exemplo, o jornalismo constitui um ambiente de debate público em torno dos métodos preventivos ao HIV, capaz de influenciar desde financiamentos de pesquisas, campanhas de saúde, até a criação de, veto a ou mudanças em políticas públicas. Estas, por exemplo, mesmo que tecnicamente positivas, podem ser descontinuadas quando não obtêm visibilidade pública¹⁶⁸ (PENTEADO; FORTUNATO, 2015, p. 139). E, mesmo quando ganham visibilidade na mídia,

[...] podem ou não favorecer o capital político dos seus atores públicos e/ou privados, dependendo das representações construídas pelo enquadramento do conteúdo midiático e sua repercussão no contexto cultural e social. [...] Diversas políticas são defendidas por atores políticos, mesmo em clima de opinião pública hostil. Outras são implementadas por pressão dessa opinião pública. Nesses casos, a visibilidade dos resultados alcançados é condição essencial para a conquista de capital político, o que pode resultar na ampliação

¹⁶⁷ Este constitui o núcleo argumentativo da teoria da *Agenda Setting*.

¹⁶⁸ Por isso, os jornalistas ajuízam desempenhar um papel de utilidade pública ao lançar luz para problemas da sociedade – tanto que, segundo Champagne (2012, p. 73), eles consideram que coberturas tendenciosas, ainda que condenáveis, são preferíveis ao silêncio.

ou redução de recursos, com impactos na decisão da continuidade da política. (RANGEL-S et al., 2016, p. 462).

Destarte, a mídia não apenas repercute os fatos que narra – ela participa da construção deles, dada a sua centralidade e a influência que exerce nas outras instituições. Portanto, trata-se de um mito a imagem de um jornalista que observa de forma neutra os fatos e relata-os sem emitir opinião. E esta concepção nem sempre existiu na história. Shudson (2010) identifica que a noção de objetividade foi introduzida no jornalismo dos EUA no século XIX, com a entrada da publicidade nos jornais que, até então, eram atrelados a (e financiados por) partidos políticos e adotavam um discurso mais panfletário. Houve, então, a separação entre informação e opinião – o que permitiu o alcance de um novo tipo de público e a profissionalização da atividade.

A vertiginosa expansão dos jornais no século XIX permitiu a criação de novos empregos neles; um número crescente de pessoas dedica-se integralmente a uma atividade que, durante as décadas do século XIX, ganhou um novo objetivo – fornecer informação e não propaganda. (TRAQUINA, 2005, p. 34).

Contudo, foi apenas a partir da Primeira Guerra Mundial que a noção de objetividade se firmou. No Brasil, até a década de 1940 predominava um estilo francês de jornalismo, mais literário e que valorizava a opinião, bastante ligado a partidos políticos e grupos econômicos. Foi apenas nos anos 1950 que o jornal passou a ser encarado como uma empresa jornalística, passando a adotar a objetividade e a imparcialidade como valores (RIBEIRO, 2003, p. 148; RIBEIRO, 2002).

A objetividade é um ideal, um valor perseguido pelo jornalismo contemporâneo, um compromisso moral que visa construir sua confiança junto ao público e legitimar a atividade e seu papel de “informar a democracia” – ainda que a notícia seja em si o produto de uma empresa de mídia e que, portanto, vise o lucro (SHUDSON, 2010; LOPES, 2012, MARCONDES FILHO, 1986; CHARAUDEAU, 2006). Ao se afirmarem como porta-vozes confiáveis dos fatos da realidade, os jornalistas investem-se de uma autoridade cultural relacionada ao direito de apresentar interpretações legítimas sobre o mundo – a autoridade jornalística – constituindo-se, assim, em uma comunidade interpretativa (ZELIZER, 1992, 1993).

Os jornalistas, para alcançar a objetividade, criaram um conjunto de práticas de reportagem e de edição que constituem um padrão a ser seguido – visando também acelerar a comunicação do acontecimento ao leitor, hoje cada vez mais habituado à rapidez dos fluxos comunicacionais, de forma mais direta e concisa, enfatizando o fato em lugar do comentário (SHUDSON, 2010; SHUDSON, 2014, p. 137). Assim, o jornalista deve seguir alguns

procedimentos buscando produzir um efeito de realidade e imparcialidade para que as notícias sejam consumidas como verdades (MOUILLAUD, 2012d). São exemplos desses procedimentos: ouvir todos os lados da questão, sem favorecer qualquer fonte; apresentar dados tidos como verdadeiros (como são reconhecidos socialmente as estatísticas em saúde e resultados de pesquisas científicas, tão utilizadas pelo jornalismo); redigir com formas verbais impessoais (na terceira pessoa) e fazer “uso das aspas”, ou seja, apresentar a fala dos entrevistados em discurso direto – criando mais autenticidade para o dito, indicando que as palavras relatadas são realmente aquelas proferidas, ao mesmo tempo em que se distancia dele (TUCHMAN, 1999).

Entretanto, o jornalismo é um ato de linguagem, e não há ato de linguagem neutro. Por exemplo, sabemos que o jornalista, ao selecionar quem fala e o que será publicado, conduz o texto de forma que suas convicções estejam presentes na fala do entrevistado. Mesmo o discurso direto “não pode [...] ser objetivo: por mais que seja fiel, [...] é sempre apenas um fragmento de texto submetido ao enunciador do discurso citante, que dispõe de múltiplos meios para lhe dar um enfoque pessoal” (MAINGUENEAU, 2013, p. 182).

Desde os anos 1950, os investigadores do jornalismo têm mostrado que a objetividade jornalística é mais um discurso sobre esta atividade do que algo factível, praticável. A Teoria do *Gatekeeper* (WHITE, 1950), por exemplo, mostrou como o jornalista atua como um “porteiro” (*gatekeeper*, em inglês) que seleciona, de forma subjetiva, os fatos que vão ou não ser transformados em notícia, baseado em suas próprias experiências, atitudes e expectativas. Já Warren Breed (1993) mostrou como normas profissionais e organizacionais também influenciam este processo, como a internalização por parte do jornalista da política editorial da empresa de mídia na qual trabalha.

Galtung e Ruge (1965) também observaram a existência dos valores-notícia, uma espécie de guia, internalizado pelos jornalistas, para a seleção do que seria considerado noticiável ou não, do interesse do público ou não¹⁶⁹. Figuram entre os critérios de noticiabilidade o ineditismo do fato, sua imprevisibilidade, o peso social e o apelo que tem para o leitor, a proximidade geográfica, a hierarquia social dos personagens envolvidos (por exemplo, celebridades), a magnitude do fato (como quantidade de pessoas e lugares envolvidos), dentre outros (GALTUNG; RUGE, 1965; SODRÉ, 2009; SOUSA, 2002; WOLF, 1995, p. 175). Já a teoria construtivista, surgida nos anos 1970, entende que a notícia

¹⁶⁹ “Vale lembrar que o processo de seleção não é individual, mas sim a junção de opiniões de demais indivíduos e perpassa pelo interesse que desperta em quem seleciona e nos leitores.” (ARAÚJO, 2016, p. 37).

é uma construção e que a mídia é participativa, ao lado de outros agentes sociais, da construção da realidade (TRAQUINA, 2005).

Influenciam o discurso jornalístico tanto lógicas empregadas na rotina produtiva (como restrição de tempo, disponibilidade das fontes para atender os jornalistas etc.) quanto o próprio formato do suporte (que impõe restrições de espaço/duração e recursos possíveis de ser utilizados, como fotos, imagens etc.). O jornalismo necessariamente implica na organização dos acontecimentos jornalísticos dentro do espaço temático e hierárquico noticioso. Ele não é, portanto, uma visada neutra sobre o mundo, mas sim o resultado de diversos julgamentos feitos sobre ele (CURADO, 2002; MARQUES, 2008). A capa, por exemplo, constitui-se em importante espaço significativo do jornal, pois nela estão noticiados os fatos sobre o mundo escolhidos pelo periódico como os de maior importância (VAZ; TRINDADE, 2012). O mesmo pode ser dito sobre a nomeação das editorias que compõem o jornal: funcionam como significantes dos temas que ele considera como importantes de serem cobertos. Ademais, a escolha por veicular certo fato em uma editoria e não em outra conforma o prisma sob o qual ele é percebido pelo jornal (PEREIRA JR., 2012, p. 85). Por exemplo, métodos preventivos ao HIV são um fenômeno de impacto na saúde pública, na economia, na vida social, e poderiam ser veiculados em editorias como Brasil, Cidade, Família, Economia... Contudo, a maioria das notícias sobre eles tem remetido a descobertas científicas e, portanto, estão sendo veiculadas em editorias especializadas em cobertura de ciência (DARDE, 2006) – o que lhes atribui certos sentidos e não outros.

Nesta tese, além de utilizarmos teorias do jornalismo para compreender a produção noticiosa, também trabalhamos sob o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) franco-brasileira, constituída a partir de derivações de Eni Orlandi (2005) sobre o trabalho do grupo de pesquisadores constituído nos anos 1970 por Michel Pêcheux (1997b)¹⁷⁰. Por meio dessa escolha, filiamo-nos ao entendimento de que a produção jornalística é o resultado de uma série de fatores específicos da própria profissão (como o uso dos critérios de noticiabilidade, a influência da rotina de produção, da cultura organizacional etc.), mas também do uso da língua – marcado pela historicidade e pela ideologia. Pensar o jornalismo discursivamente significa reconhecê-lo como um ato de linguagem e, portanto, nunca neutro, já que a linguagem constitui, e não meramente descreve, aquilo que representa (ZAMIN; SCHWAAB, 2007, p. 34).

¹⁷⁰ A obra "Análise Automática do Discurso", de Michel Pêcheux, e a Revista "Langages", sob organização de Jean Dubois, fundam a Análise de Discurso na França (ALMEIDA, 2005, p. 7).

Discurso é “efeito de sentido entre locutores” (ORLANDI, 2005, p. 21) – ou seja, ele sempre se dá na interrelação entre os sujeitos que, ao produzir sentido sobre o mundo, também se produzem enquanto sujeitos. A AD toma proveito do conceito de inconsciente, de Lacan, e da noção de sujeito assujeitado, de Althusser, para instituir a ideia de sujeito do discurso: “um sujeito constitutivo de linguagem e por isso mesmo afetado pelo inconsciente e pela ideologia. Um sujeito assujeitado sócio-historicamente” (ALMEIDA, 2005, p. 7).

A atividade jornalística envolve técnicas, gêneros, formatos e processos de edição, por meio dos quais escolhem-se, excluem-se ou acentuam-se determinados aspectos dos acontecimentos no discurso. E, ao fazê-lo, seu autor é interpelado ideologicamente a dizer uma coisa e não outra (ORLANDI, 2005), recortando seus dizeres do interdiscurso, a partir das formações discursivas com as quais se identifica e nas quais se inscreve (ZAMIN; SCHWAAB, 2007, p. 39). O interdiscurso é como uma fonte de sentidos, que agrega os já-ditos e esquecidos (estes em estado latente), bem como o que poderá vir a ser dito. Já a formação discursiva é uma matriz de sentidos que se inscreve no interior do interdiscurso, de onde o jornalista recorta “dizeres” por meio de sua identificação com eles (ZAMIN; SCHWAAB, 2007, p. 36-37).

As palavras, expressões, proposições, etc., mudam de sentidos segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às formações ideológicas nas quais essas posições se inscrevem. Chamaremos, então, formação discursiva aquilo que numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado de luta de classes, determina o que pode e deve ser dito. (PÊCHEUX, 1997b, p. 160).

Portanto, afastamo-nos de qualquer perspectiva que busque analisar o grau de acuidade ou de veracidade da cobertura jornalística, visto que, para nós, os sentidos do que é real e verídico são mutantes, dependem de relações de saber-poder imbricadas em suas construções, são gestos de interpretação – estes, sim, objetos de nossa análise. O jornalismo não meramente apresenta os fatos, mas os constitui na sua narrativa sobre eles. Dessa forma,

Não tocamos o real que não seja de antemão um real significado, ideologizado. É nessa instância que se dá o trabalho do analista, em compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, espatulando as camadas ideológicas e desnaturalizando-as numa relação com a memória discursiva, o interdiscurso – espaço discursivo do já-dito. (ALMEIDA, 2005, p. 9).

Assim, é uma ilusão a ideia do jornalista como um ser autônomo, dono do seu dizer, dotado da capacidade de, conscientemente, criar um discurso dito neutro e objetivo. Isso porque o indivíduo seria, para a AD, necessariamente interpelado em sujeito pela ideologia e

passaria a funcionar como uma posição dentre outras – uma posição-sujeito dentro de um discurso, lugar de materialização dos sentidos. Segundo Eni Orlandi (2005), ao enunciarmos, temos a ilusão de sermos a origem do que falamos – quando, na verdade, estamos sempre retomando sentidos ditos anteriormente na história, por outros, em outro lugar, sedimentados na memória discursiva (em um movimento chamado de “paráfrase”) e/ou deslocando-os, rompendo com eles (em um movimento chamado de “polissemia”). Isso Pêcheux (1997b) denomina de esquecimento ideológico, pois é da instância do inconsciente e resulta da forma como somos afetados pela ideologia. Portanto, o sujeito não é origem de si (a ideia de um sujeito onipotente e completo seria, assim, uma ilusão), mas sim interpelado ideologicamente nos processos de constituição de si. Em AD, a ideologia não é entendida como uma “ocultação da verdade”, mas como necessária e responsável pelo fechamento dos sentidos a outras possibilidades de leitura. Ela é, assim, “a interpretação de sentido em certa direção, direção determinada pela relação da linguagem com a história em seus mecanismos imaginários” (ORLANDI, 2007a, p. 31).

Há um segundo esquecimento presente na enunciação: o olvidamento de que não há uma relação direta entre pensamento, linguagem e mundo; os sentidos não têm relação direta entre palavra/coisa – eles podem ser vários, mediados pelo simbólico de imaginários sociais e, portanto, pela ideologia (PÊCHEUX, 1997b; ORLANDI, 2007a, p. 32). Temos a impressão de que o que desejamos dizer só pode ser dito de uma forma e não de outra – quando, na verdade, o dizer pode ser sempre outro, bem como os gestos de interpretação sobre ele. Contudo, essa movência dos sentidos é controlada. O jornalismo como discurso é, assim, uma prática social regrada, que reflete, em dado momento histórico, o que pode ser dito, por quem e de que forma (ORLANDI, 1999).

Os sentidos sobre risco, por exemplo, [...] não nascem espontaneamente, mas são construídos em interação social e em determinadas condições históricas, culturais e políticas, sendo moldados e restringidos pela estrutura social. [...] Assim, os sentidos sobre risco que identificamos nas notícias [...] são resultado de uma série de coerções institucionais, históricas, sociais, ao mesmo tempo que se constituem e se conformam em cada ato de fala, em cada discurso, em cada notícia publicada. (AMARAL, 2015, p. 102).

Analisar o discurso jornalístico é também identificar o que ele cala – uma vez que o discurso só adquire sentido na relação com os outros, o interdiscurso.

O enquadramento [da notícia] oferta sentidos, organizando discursivamente o conhecimento sobre determinada temática. A seleção do enquadramento do fato que gera a notícia tem, em sua base, a exclusão de outros ângulos. Isto é, ao posicionar-se em relação aos acontecimentos e até mesmo no uso de determinadas fontes, outras posições são deixadas de lado. Os sentidos

interditados são, ainda assim, sentidos presentes na prática discursiva. (MORAES, 2012, s.p.)

Entendemos o jornalismo como um espaço de estabilização de sentidos: seja quando reforça certos sentidos hegemônicos presentes na sociedade (cristalizando-os na memória), seja quando os desloca, ele o faz objetivando deter a palavra final na luta das interpretações. Isso implica reconhecer que, apesar de o jornalismo ser atravessado por diversos discursos (o que é próprio de qualquer falante), também busca conter a heterogeneidade dos sentidos.

A mídia é um grande evento discursivo do modo de circulação da linguagem. Enquanto tal, ela é um acontecimento de linguagem que impõe sua forma de gerenciamento dos gestos de interpretação, sempre na distinção do que se deve apreender como sentido unívoco (literal) e o que admite plurivocidade interpretativa (ORLANDI, 2007a, p. 96).

Assim, reiteramos que a objetividade e a neutralidade jornalísticas são impossíveis, já que não há uma “verdade” transcendente, que desobrigaria o jornalista do gesto de interpretação, de atribuir sentidos, como se estes já existissem desde sempre. Mas é a crença na transparência da linguagem, o esquecimento de que a verdade é sempre produzida e a naturalização do jornalismo como um discurso do real que lhe atribuem na sociedade atual um lugar autorizado de interpretação dos acontecimentos (MENDONÇA, 2002, p. 28-29; VILLELA, 2015, p.32; ARAUJO, 2016, p. 28).

O uso de adjetivos e advérbios no texto jornalístico, por exemplo, são marcas discursivas que denunciam a intrínseca imparcialidade do jornal e suas posições-discursivas acerca daquilo que ele noticia. Como analistas de discurso, nossa tarefa é desvelar e expor tais estratégias discursivas, denunciando o lugar ocupado pelos enunciadores do discurso jornalístico, sócio-historicamente determinado – enfim, atuando como “cartógrafos de sentidos”, expondo as formações discursivas e as formações ideológicas materializadas nos textos jornalísticos. Portanto, “por meio da análise discursiva da mídia, é possível compreender os processos de produção de sentidos que a condicionam e por ela são condicionados.” (AMARAL, 2015, p. 40).

Quando analisamos o discurso jornalístico do ponto de vista da AD, é preciso problematizar o que chamamos por "autor" de um texto, já que ele, mesmo assinado, é acima de tudo fruto de uma atividade coletiva, da qual participam quem o redigiu, o pauteiro que selecionou o tema da matéria, o chefe de editoria, dentre outras tantas pessoas responsáveis pela elaboração de uma edição de jornal. Contudo, "O editorial responsável pela seleção das matérias a serem publicadas significa muito mais uma posição discursiva dando coerência política e ideológica ao jornal que, necessariamente, um grupo de pessoas ou um indivíduo

em particular." (ALMEIDA, 2005, p.19). O texto jornalístico reflete, portanto, a negociação feita entre diferentes posições-discursivas, tanto individuais (dos profissionais) quanto institucionais (da empresa jornalística). Daí que, para a AD, "o autor é posição-autor e não autor empírico: é um lugar, no imaginário, constituído pelo confronto do simbólico com o político" (ORLANDI, 2002, p. 81), do qual se exige coerência, "não contradição", unidade – ainda que não constitua um bloco homogêneo e unívoco (ORLANDI, 1998, p. 77-78; LERNER, 2015, p. 199-200).

O leitor também participa, ainda que indiretamente, da construção da notícia, pois é pensando nele que se produz o texto. Geralmente, os veículos de comunicação traçam um perfil da sua audiência por meio de pesquisas, usado tanto pelos jornalistas na confecção das notícias quanto pela empresa na venda de espaços publicitários (FERRAZ, 2015, p. 93). Isso não impede, contudo, que os jornalistas também construam simbolicamente uma imagem do leitor para o qual enunciam. Isso é conhecido em AD por "efeito-leitor": os sentidos presentes em um texto jornalístico são fruto também da formação imaginária do enunciador acerca de quem é o público leitor. Para Orlandi (2005, p. 41-42), a capacidade do falante de se colocar no lugar do seu interlocutor – e, assim, ajustar seu dizer "com as palavras que eles 'querem' (ou gostariam de, deveriam) ouvir" – é inerente ao caráter relacional do processo de argumento em busca de efeitos de sentido e denuncia que os sentidos são frutos de relações de poder.

4.3 JORNALISMO E AIDS

Segundo o historiador das ciências Charles Rosenberg (1992, p. 290), a cobertura da eclosão da aids por uma mídia tão atenta foi algo inédito na história das epidemias, contribuindo para marcá-la como uma nova experiência para a humanidade. O jornalismo tem sido forte instância produtora e circuladora de sentidos com os quais as pessoas significam a aids, os sujeitos acometidos por ela e suas práticas individuais cotidianas – seja por mecanismos de identificação ou contraidentificação:

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).

Os discursos da imprensa participam ativamente na forma como as pessoas percebem as questões acerca do HIV/AIDS, no que os governos priorizam como medidas de saúde pública para o enfrentamento da epidemia, além de terem o poder de visibilizar e, inversamente, invisibilizar as vozes e os debates envolvidos na luta contra a aids.

A imprensa funciona como arena de disputa de discursos sobre a aids e sobre o risco, sustentados por diversos agentes sociais que ela usa como fonte: cientistas, governos, agências de saúde, organismos internacionais, representantes da sociedade civil, ativistas, religiosos, laboratórios de pesquisas, indústrias farmacêuticas, pacientes etc. Contudo, os meios de comunicação também sustentam seus próprios discursos sobre os riscos e sobre a aids:

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).

O jornalismo, ao construir o acontecimento sobre qual narra, invoca memórias discursivas – ou seja, sentidos atribuídos no passado a fatos relacionados ao tema noticiado, bem como silenciamentos e esquecimentos. Isso ocorre, por exemplo, quando o jornal noticia hoje uma epidemia como aids. Ele rememora identidades coletivas, preconceitos, sensações de medo e de pânico, sentidos sobre riscos, de perigos reais ou imaginários – seja para reforçá-los ou para ressignificá-los/deslocá-los discursivamente. Por isso, abordaremos agora um pouco sobre como a imprensa brasileira tem significado a aids até o momento presente.

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 1983¹⁷¹, antes mesmo que os primeiros casos de aids fossem reportados no país¹⁷² (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

¹⁷¹ A primeira notícia na mídia sobre a Aids no Brasil foi publicada em 03/09/1981 no Jornal do Brasil, com o título “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA” (GALVÃO, 2000; NASCIMENTO, 2005).

¹⁷² Embora saibamos hoje que o primeiro caso de Aids no país seja de 1980 (GALVÃO, 2002, p. 78).

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 reproduziram um conhecimento já formado pela comunidade científica internacional e foram fortemente influenciadas pelo fazer jornalístico norte-americano (MARQUES, 2003; 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; PRATO-CARDOSO, 2012). 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 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).

À época, alguns profissionais de saúde nos EUA nomeavam a enfermidade como “síndrome da ira de Deus” (WOG, sigla em inglês para *Wrath of God*), em alusão a uma possível punição ao comportamento homossexual (BÍSCARO, 2006). Ele foi visto como responsável pela epidemia, o vetor de propagação para os outros grupos da sociedade (VITIELLO, 2009, p. 44). Por isso, deveria ser denunciado pela imprensa¹⁷³:

BLOUIN et al.¹⁷⁴ 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,

¹⁷³ 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”.

¹⁷⁴ BLOUIN, C.B., et al. Aids, informação e prevenção: imprensa e medicina em busca de respostas. São Paulo: Summus Editorial, 1987.

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 a magreza cadavérica. 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 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 africanos¹⁷⁵, 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 muitos, a aids era interpretada como vingança divina à revolução sexual dos anos 1960; por outros tantos, era vista como um mal urbano, pois a cidade é tida historicamente como foco de doenças e de degeneração.

¹⁷⁵ Algumas pessoas buscavam explicar a origem africana da aids em práticas de vodu envolvendo sangue, no hábito “primitivo” de comer carne de macaco, ou na prática sexual, condenável moralmente, da zoofilia (MOULIN, 2008, p. 30)

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, dado que se enquadrava, “em maior ou menor grau, em praticamente todos os valores-notícia definidos pelos teóricos do campo do jornalismo” (FERRAZ, 2015, p. 326-327). Ela era um mal completamente novo, que remetia à década de 1970 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 (FERRAZ, 2015; 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 caminhava-se no sentido inverso: toma-se a doença como o sintoma da “perversão” e da licenciosidade (SOUSA, 2001, p. 208).

Herzlich (1992) afirma que se as notícias, por um lado, contribuíam 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).

No início da epidemia, 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.

Em 1987, ainda no início da epidemia global de HIV/AIDS, Treichler (1987) afirmou que estávamos também em meio a uma “epidemia de significação” sobre ela. Em tom assumidamente ativista, ela reivindicava que os cientistas e expertos não poderiam ser os únicos ouvidos: “*What AIDS signifies must be democratically determined: we cannot afford to let scientists or any other group of experts dismiss our meanings as ‘misconceptions’ and our alternative views as noise that interferes with the pure processes of scientific inquiry*”¹⁷⁶ (TREICHLER, 1987, p. 39).

A mídia brasileira passou a dar mais visibilidade à epidemia quando Markito¹⁷⁷, famoso estilista homossexual de São Paulo, faleceu em decorrência da aids, em 1983 (BESSA, 2002; TREVISAN, 2002). Transformado em “paciente midiático”, Markito simbolizou a entrada da epidemia no país. A cobertura da mídia passou, então, a focar mais

¹⁷⁶ Tradução nossa: “O que a aids significa deve ser democraticamente determinado: não podemos permitir que cientistas ou qualquer outro grupo de especialistas descartem nossos significados como “equivocos” e nossas visões alternativas como ruído que interfere com os processos puros da investigação científica”.

¹⁷⁷ Marcos Vinícius Resende Gonçalves, o estilista Markito, morreu aos 31 anos, em 04/06/1983.

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).

Na época em que a aids eclodiu no Brasil, o país estava se redemocratizando e os meios de comunicação passaram a assumir uma vocação de representantes do interesse da sociedade, que fiscalizava as ações do Estado e as submetia ao controle da opinião pública (FERRAZ, 2015, p.214 e 215). Logo, temas caros para a sociedade da época, como saúde e educação, passaram a adquirir espaços cada vez maiores nos jornais (SILVA, 2017, p. 31-32). Assim, a mídia acabou se constituindo no Brasil como a primeira resposta vinda da sociedade civil (do setor privado) à aids, antecipando-se mesmo à de outros setores (como ONG, 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).

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* por meio de uma *luta* (PRATO CARDOSO, 2012). Esta metáfora tem sido amplamente utilizada desde a transição entre os séculos XIX e XX com o advento da patologia celular. Fundada por Rudolf Virchow, ela possibilitou entender, de modo mais preciso, serem as doenças causadas por organismos específicos, identificáveis e visíveis por meio de 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).

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

peçoal, psíquico e espiritual (FAUSTO NETO, 1999, p. 65; PRATA CARDOSO, 2012; SILVA, 2017). 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)

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).

Foi 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 populações¹⁷⁸.

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*

¹⁷⁸ Abordamos com mais detalhe este conceito em outro lugar desta tese.

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 moralizantes sobre as doenças, tidas como uma punição divina, um castigo 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).

A imprensa cobrava do Estado ações de controle para um mal até então letal e que se espalhava cada vez mais na população. Por exemplo, Ferraz (2015) identificou a emergência do termo “risco” no jornalismo da Revista Veja sobre a aids ainda no início da epidemia, quando da discussão acerca do contágio por transfusão de sangue. Neste caso, o risco estava atrelado a falhas das autoridades na assistência médica, por não terem controle da qualidade dos bancos de sangue.

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 Cazuzza, morto por aids em 1990. Segundo o pesquisador Fausto Neto (1991), o artista optou por tornar público seu status sorológico e seu processo-doença¹⁷⁹, 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 Cazuzza 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 Cazuzza 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)

¹⁷⁹ Cazuzza não revelou sua soropositividade imediatamente. Houve especulações entre 1985 e 1989, ano em que ele decidiu publicizá-la.

Ainda segundo Fausto Neto (1991), 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 (FAUSTO NETO, 1991).

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).

Emblemática foi a capa da revista *Veja* de 26/04/1989 (*Cazuza – Uma vítima da Aids agoniza em praça pública*¹⁸⁰), 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 olímpicos, era reservada aos doentes pobres e ordinários um outro tipo de 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 conseqüências) 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).

¹⁸⁰ Veja a capa em: <<https://bit.ly/2MLO9HI>>. Acesso em 08 nov. 2018.

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* – termo originado no campo da pesquisa e da prática clínica (VALLE, 2012, p. 36-38):

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). A aids passa a ser percebida, assim, como uma doença crônica (FERRAZ, 2015). 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 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 No. 9313/96, 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 a PVHA:

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 defesa 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 PVHA 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 PVHA 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; DARDE, 2006).

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; PRATO CARDOSO, 2012), 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” – principalmente desde o advento da TARV, que lhe retirou o apelo anterior de uma epidemia necessariamente mortal (FERRAZ, 2010; PRATO CARDOSO, 2012). Percebe-se a prevalência de fontes oficiais, como do Governo federal e do Unaid, 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 foi admitida pela revista *Veja*, na edição de 12/11/2014:

[...] vimos que havia um assunto importante sendo deixado de lado: a luta contra a Aids.[...] Em meados dos anos 2000, devido aos antirretrovirais, a taxa de mortalidade caiu e a Aids passou a ser uma doença invisível, um assunto que ninguém quer falar. Este processo não ocorreu somente na Editora Abril, mas na mídia como um todo. O senso comum era escrever sobre Aids no carnaval e no Dia Mundial de Luta Contra a Aids (1º de dezembro). Talvez por isso, fala-se menos no assunto, as pessoas baixam a guarda, e os números aumentam.

A baixa divulgação sobre prevenção ao HIV nos 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 – algo também identificado por Prato Cardoso (2012). 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. Araujo (2016, p. 306) também percebeu na cobertura jornalística da aids mais recente um misto de esperança com discurso de medo e moralidade.

Segundo Carvalho (2012), as coberturas jornalísticas mais atuais, na maior parte, não associam a aids a qualquer identidade (seja LGBTT, 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. Há predominância da associação HIV/*Gay*, sendo o termo *gay* usado como designação genérica para toda a população LGBTT – “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).

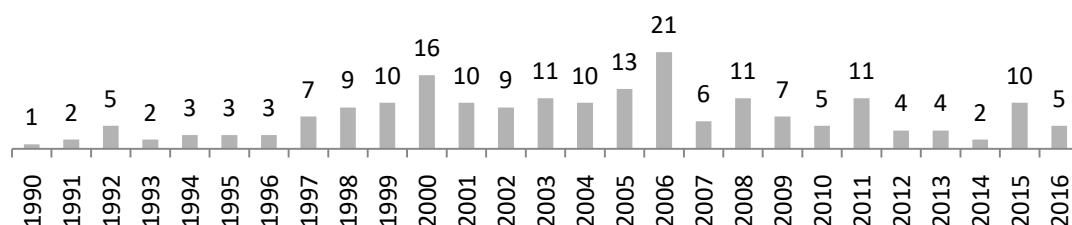
Carvalho (2013) identificou que a cobertura atual faz associações indiretas entre homofobia e aids, indicando certa dificuldade de a mídia associá-las como causa e consequência. O tratamento mais direto das conexões entre HIV/AIDS e homofobia nas narrativas dá-se especialmente a partir de agentes governamentais (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, supostamente teriam 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 os discursos midiáticos brasileiros acerca da aids sofreram deslocamentos ao longo de quatro décadas de cobertura. No início da epidemia, focou-se 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, à promiscuidade. Em seguida, principalmente com a possibilidade da vida com aids por meio da terapia tríplice, passou-se para uma cobertura de esperança, denúncia e alerta, mais amena e informativa. Já a partir dos anos 2000, a aids passou a perder força de noticiabilidade, tornando-se notícia principalmente seus aspectos mais animadores relacionados às novas descobertas científicas, sobretudo no campo da biomedicina, como na terapêutica (refletidos na diminuição dos índices mundiais de morte por aids e de novos casos da doença) e no vislumbre de uma possível vacina ou cura. Desde então, as fontes oficiais (de governo ou de agências mundiais relacionadas à epidemia) e os cientistas têm sido as vozes mais constantes nas coberturas atuais. Estas apontam para o papel da indústria farmacêutica e dos centros de pesquisa no agendamento da aids.

A menor quantidade de notícias sobre aids no jornalismo brasileiro atual, principalmente se comparado ao início da epidemia, refletiu-se na diminuição da quantidade de estudos publicados sobre a cobertura jornalística da aids no Brasil, percebida em nosso levantamento bibliográfico (Apêndice B). A maioria dos trabalhos científicos (capítulos de livros, obras completas, artigos publicados em anais de evento e em periódicos científicos, trabalhos de conclusão de curso de graduação, dissertações e teses) foi publicada na década de 2000 (118), havendo uma diminuição na década de 2010 (42) a índices comparáveis à produção da década de 1990 (40) – ver gráfico 1.

Gráfico 1 - Quantidade de publicações científicas sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da aids, por ano.



Fonte: a autora.

Essa diminuição nos estudos acadêmicos é sentida também a nível internacional. Narváez (2018) identificou na base de dados internacional Scopus apenas 466 publicações

científicas sobre comunicação e HIV/AIDS nos últimos 10 anos, das quais somente 80 são relacionadas a imprensa e jornalismo. Martínez-García e Navarro (2018) fizeram um levantamento dos trabalhos científicos sobre comunicação e aids apresentados nos últimos 10 anos (2009 a 2018) no congresso anual da IAMCR (sigla em inglês para Associação Internacional de Pesquisa em Mídia e Comunicação), que possui um grupo de trabalho específico para reunir investigadores do mundo todo que se dedicam à temática da aids. As autoras identificaram apenas 168 trabalhos (sem especificar quantos deles eram sobre jornalismo), e reforçaram que o volume de publicações vem diminuindo consideravelmente¹⁸¹. Tais resultados reforçaram nosso interesse em contribuir para as investigações em comunicação e HIV/AIDS, com uma pesquisa abordando, inclusive, a cobertura jornalística contemporânea acerca dessa epidemia, carente de mais investigação.

4.4 O GLOBO E FOLHA DE S.PAULO

Os jornais impressos analisados nesta tese, O Globo e Folha de S.Paulo, são veículos de comunicação de dois importantes grupos de mídia do Brasil: o Grupo Globo e o Grupo Folha, respectivamente. Tais grupos desenvolveram-se principalmente com a industrialização da imprensa jornalística brasileira, ocorrida a partir da segunda metade do século XX, e sobretudo durante o chamado “milagre econômico” do regime militar. De tal forma que pertencem a duas famílias (Marinho e Farias, respectivamente) que, ao lado de outras três, controlam metade dos 50 veículos de mídia com maior audiência no Brasil hoje (MOM-Brasil, 2017). Esta oligopolização e concentração de propriedade, de capital e de tecnologia na mídia brasileira deve-se à falta de restrições à propriedade cruzada dos meios de comunicação (com exceção do mercado de TV paga). Assim, grandes redes nacionais de TV aberta pertencem a grupos que também controlam emissoras de rádio, portais de internet, revistas e jornais impressos (FONSECA, 2005, p. 126).

Atualmente, o maior grupo de mídia é o Grupo Globo: sozinho, ele alcança uma audiência superior à soma dos outros quatro grupos de mídia (MOM-Brasil, 2017). O grupo

¹⁸¹ As autoras identificaram que as edições do congresso internacional da IAMCR com maior número de trabalhos acadêmicos foram as de 2011 e 2012, realizadas na Turquia e na África do Sul. Quanto aos países de origem das universidades a que pertencem os autores, destacam-se EUA (35), África do Sul (27) e Índia (15). Contudo, os países mais analisados pelos estudos são da África (97). Os grupos sociais mais estudados são os jovens (30), as mulheres (21), os LGBTQ (9) e os trabalhadores sexuais (8). Metodologicamente, os estudos tendem a usar técnicas qualitativas (69), sobretudo entrevistas em profundidade. Nas investigações quantitativas, destacam-se análises da representação do HIV/AIDS nos meios de comunicação nos conteúdos informativos (23) e de entretenimento (19). Nas últimas edições também se destacaram estudos centrados nas redes sociais e nas ações de prevenção em comunidades locais.

detem canais de televisão (a TV Globo é líder de audiência na televisão aberta; o grupo também tem a programadora Globosat, com mais de 30 canais na TV a cabo, como a GloboNews), rádio (CBN e a Rádio Globo), mídia impressa (os jornais O Globo, Extra e Valor Econômico¹⁸²; e as revistas Época, Época Negócios, AutoEsporte, Casa&Jardim, Crescer, Galileu, Globo Rural, Marie Claire, Monet, Pequenas Empresas Grandes Negócios, Casa, Glamour, Vogue, Casa Vogue e GQ), *sites* (o *site* Quem, o portal TechTudo e o portal de classificados ZAP), agência de notícia, dentre outros negócios (O GLOBO, 2018a; LEITE, 2016, p. 43).

O jornal O Globo (OG) foi fundado em 1925 objetivando ter um caráter mais noticioso, a fim de se diferenciar dos jornais da época, muito marcados por opinião (BORGES, 2015, p. 104). Como já dito, assim como a maioria da chamada “grande imprensa” do Brasil, expandiu seus negócios e adquiriu estabilidade financeira durante o regime militar, o qual apoiou por aproximadamente 20 anos, enaltecendo em seus editoriais sobretudo a política econômica e defendendo atos repressivos e leis de exceção (DIAS, 2014, p. 15; SCHNEIDER, 2015, p. 104; COSTA, 2015, p. 178). O jornal mudou seu posicionamento apenas no final do regime militar, por pressão popular (SCHNEIDER, 2015, p. 105).

Dentre as principais mudanças sofridas pelo jornal, ressaltamos as reformas tecnológicas, principalmente com a introdução dos computadores na década de 1980 (pela qual passaram os principais jornais impressos brasileiros da época) e a criação de sua versão digital na Internet, em 1996 – o Globo Online (BORGES, 2015, p. 106).

OG está entre os três jornais impressos de maior circulação no Brasil, ao lado da FSP e do Super Notícia. A maioria dos seus leitores é das classes B, principalmente, e A (somadas, correspondem a 73,7%) e tem entre 25 e 44 anos (58,2%) (O GLOBO, 2018a). Ademais, a maioria deles tem nível superior, interessa-se por saúde e tem plano de saúde (SILVA, 2012, p. 45; SILVA, 2017, p. 42).

Já o Grupo Folha agrega, além do jornal Folha de S.Paulo, o *site* da FSP, o UOL (uma das maiores empresas brasileiras de conteúdo e serviços de internet), as revistas São Paulo, Serafina e Revista da Hora, o Guia Folha, o jornal popular "Agora", o Datafolha (um dos principais institutos de pesquisa do país), a Publifolha (uma editora de livros), a Livraria da Folha (uma livraria virtual), a Folhapress (uma agência de notícias), a Transfolha (a distribuidora de produtos do Grupo Folha), a SPDL, empresa de distribuição e logística

¹⁸² O jornal Valor Econômico foi lançado em 2000 em uma associação das Organizações Globo com o Grupo Folha (FERREIRA, 2016, p. 60).

estabelecida em associação com o jornal O Estado de S. Paulo – além de ter um dos maiores parques gráficos da América Latina (FOLHA DE S.PAULO, 2018a).

A FSP surgiu em 1960, da fusão dos três periódicos "Folha da Noite" (existente desde 1921), "Folha da Manhã" (desde 1925) e "Folha da Tarde" (desde 1949) (FOLHA DE S.PAULO, 2018a). Ele foi pioneiro na impressão *offset* em cores no Brasil, na década de 1960, além de ter sido o primeiro jornal a utilizar computadores na redação, desde 1983 (FOLHA DE S.PAULO, 2018c; 2001; ALENCAR, 2014). Ele também foi o primeiro veículo de comunicação do Brasil a adotar a figura do *ombudsman*¹⁸³ (em 1989) e a oferecer conteúdo on-line a seus leitores (FOLHA DE S.PAULO, 2018b). Segundo o próprio jornal, “A edição impressa é tomada como versão de referência do último ciclo noticioso, enquanto a plataforma digital se renova no decorrer do dia.” (FOLHA DE S.PAULO, 2017).

A FSP apoiou o golpe militar que iniciou a ditadura no Brasil, em 1964 e, em momentos iniciais, optou pela autocensura e colaborou com agentes da repressão (SCHNEIDER, 2015, p. 106). Contudo, segundo Capelato (2014, p. 32), a FSP mudou seu posicionamento, para não pôr em risco sua reputação e seu patrimônio¹⁸⁴. Nos fins dos anos 1980 deu intensa cobertura ao movimento das Diretas Já, que exigiam a redemocratização do Brasil com o direito ao voto (ALENCAR, 2014; DIAS, 2014). Durante os governos presidenciais de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva, Dilma Roussef e Michel Temer, adotou política editorial de oposição – ainda que mais aos governos petistas. Em seu projeto editorial, reformulado em 2017, a FSP afirma que “mantém uma perspectiva liberal diante da economia, da política e dos costumes” (FOLHA DE S.PAULO, 2017).

Segundo os dados mais recentes sobre a FSP, de 2017, ela tem 1.903.000 leitores. Deles, 55% são mulheres e 45% são homens, assim distribuídos pelas classes sociais: A (42%), B (31%) e C (25%). A maioria deles está entre as faixas etárias de 25 a 65 anos, desta maneira: 19% têm entre 25 e 34 anos, 18% têm entre 35 e 44 anos, 19% têm entre 45 e 54 anos e 17% têm entre 55 e 64 anos.

¹⁸³ *Ombudsman* é um profissional encarregado de criticar o próprio jornal e acolher, investigar e encaminhar as queixas de leitores e personagens do noticiário.

¹⁸⁴ Por exemplo, ela deu voz a políticos perseguidos pelo regime militar, na editoria “Tendências/Debates”, criada em junho de 1976 (ALENCAR, 2014, p. 25; DIAS, 2014, p. 70).

5 ANÁLISE

Neste capítulo, detalharemos como construímos o *corpus* de pesquisa, inicialmente composto pelos textos veiculados n'OG e na FSP até 31/12/2017 que citavam pelo menos um destes quatro métodos preventivos ao HIV: circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP. Em seguida, traremos alguns resultados do primeiro movimento de análise, proporcionados pela sistematização desse *corpus* inicial em tabelas contendo algumas variáveis de observação. Por fim, explicaremos a decisão de analisar discursivamente apenas a PrEP n'O Globo, apresentaremos as questões que nortearam a análise e seus resultados.

Antes, contudo, é preciso conhecermos como a Análise de Discurso (AD) compreende todo esse percurso de construção do *corpus* – o que será feito na subseção a seguir.

5.1 O *CORPUS* PARA A ANÁLISE DE DISCURSO

Para a Análise de Discurso, tanto o que denominamos nesta tese de *corpus* ampliado de pesquisa (formado por todos os textos recolhidos acerca dos objetos de pesquisa) quanto o *corpus* restrito de análise (composto pelos textos do *corpus* ampliado selecionados para a análise discursiva) devem ser reconhecidos como construções, que já colocam em jogo gestos de interpretação do analista.

Nosso *corpus* ampliado de textos não se constituiu em algo pré-dado, um já-lá acessível por meio da simples consulta aos acervos digitais dos jornais. Ele foi construído, primeiramente, pelas próprias empresas jornalísticas analisadas, ao disponibilizarem acervos digitais de busca a suas edições antigas. Tais acervos, cuja manutenção tem certo custo financeiro a elas, constituem por si só um gesto de interpretação dessas empresas acerca de si mesmas e de seu papel na construção de relatos históricos. Eles evidenciam um esforço d'OG e da FSP para permanecerem como vozes autorizadas e legitimadas a falar não apenas acerca da atualidade (por meio do jornalismo diário), mas também do passado (por meio da disponibilização da consulta ao acervo dos jornais “de ontem”). A existência de acervos em certas empresas jornalísticas é em grande parte responsável por a maioria dos estudos sobre coberturas da imprensa no Brasil ser acerca delas, e não de outras. E, assim, ao falar do passado, cada vez mais investigadores falam sobre o que esses veículos de comunicação divulgaram, e menos sobre o que eles calaram – mais sobre os discursos neles presentes e menos sobre aqueles cujos registros não foram feitos ou mantidos. Os acervos são perpassados por questões institucionais e políticas que determinam o que eles fazem circular

ou não. E isso traz, evidentemente, implicações a que nenhum analista de discurso deve estar alheio:

[...] se existem aqueles arquivos que são mais comumente acessados já na sua forma de documento e que produzem certas evidências de sentido, fazendo com que se estabeleça uma espécie de memória coletiva (*todos sabem que...*), é justamente porque existem aqueles outros arquivos, quase nunca acessados nem lidos, que são subjacentes e fundamentais para que estes sejam interpretados como têm sido ao longo dos anos. Trata-se aqui de uma espécie de apagamento de outras leituras possíveis. (AIUB, 2012, p.64).

Tampouco podemos encarar os resultados das consultas aos acervos digitais desses jornais como neutros: eles são frutos dos modos como os acervos são arranjados e dos mecanismos de busca criados pelas equipes que os mantêm, constantemente aprimorados e cujo funcionamento é desconhecido por quem os utiliza. Ademais, os textos encontrados também são fruto das palavras-chave usadas na busca – estas, sim, escolhidas pelo analista, constituindo o que Petri (2000) concebe como gestos de interpretação que permitem a seleção prévia das fontes. A analista de discurso Cristiane Dias resume bem esta questão:

No caso de um buscador, como o Google, por exemplo, é preciso atentar para isso e não subestimar o “fato da língua” na leitura do arquivo. Em outros termos, não tomar como uma evidência do arquivo o resultado da busca, porque ela não é mais do que dados em relação algorítmica numa memória metálica. É preciso, no entanto, atentar para as correspondências que esses “dados” engendram em nós, o que já se dá a partir de uma filiação à memória histórica, de um trabalho do arquivo. É isso considerar o digital em sua materialidade. (DIAS, 2015, p. 974)¹⁸⁵

O *corpus* ampliado deve ser entendido como um arquivo, no sentido dado por Pêcheux (1994, p. 57) de “campo de documentos pertinentes e disponíveis sobre uma questão”, formado por certa organização e passível de diferentes interpretações e apreensões. Ademais, ele é o lugar da heterogeneidade, ou seja, abarca enunciados/discursos de distintas ordens (SCHNEIDERS, 2014, p. 101). Recortá-lo em um *corpus* restrito de análise não é um simples movimento. Ele se dá segundo a questão de pesquisa (DIAS, 2015, p. 975) e faz-se após leituras prévias desse arquivo – portanto, necessariamente lhe são projetados gestos de interpretação do analista, cada qual configurando um novo tratamento ao arquivo e produzindo distintos efeitos de sentido. É nesse movimento de vai e vem de leituras do *corpus* ampliado que o analista compreende os efeitos de sentidos nele cristalizados – e, portanto, transformados em memória institucionalizada (SCHNEIDERS, 2014, p. 100). A seleção do

¹⁸⁵ Uma diferença importante entre a busca feita nos acervos digitais da FSP e d’OG e a realizada no Google é que, nesta, os algoritmos funcionam para trazer resultados personalizados a cada usuário, de forma que duas pessoas podem fazer uma mesma busca no Google – mas, se logadas em contas individuais e/ou computadores diferentes, receberão resultados distintos. Isso não ocorre nos acervos digitais dos jornais analisados nesta tese.

corpus restrito de análise dá-se, assim, sempre acompanhada de um retorno ao arquivo (GUILHAUMOU e MALDIDIER, 2010) – retorno este que não termina com a seleção, mas também ocorre durante a análise e continuamente, até que o analista lhe imponha um fim. Isso porque o arquivo está sempre aberto a produzir novas inquietações (ZOPPI-FONTANA, 2005), à confrontação inesgotável de novas interpretações – daí não poder ser tomado como um lugar de comprovação de uma interpretação única (NUNES, 2007, p. 374).

A AD é um referencial teórico-metodológico de interpretação – ou seja, a análise discursiva é necessariamente um gesto de interpretação do analista. É o olhar do analista que constitui o arquivo, que o lê, que recorta o *corpus*, que produz interpretações sobre ele. Portanto, a AD compreende o sujeito de pesquisa (o analista) como todo sujeito de linguagem: nunca livre da interpelação ideológica, que determina os sentidos, ou seja, que faz o analista interpretar de uma forma e não de outra (AIUB, 2012, p. 70). Em outras palavras, ninguém está livre para escolher deliberadamente o que falar/interpretar, pois o(a) seu(sua) dizer/interpretação é afetado(a) por uma ideologia, uma forma de ver o mundo. Contudo, o dispositivo analítico também é definido pela questão que inquieta o analista, pela natureza do material analisado, pela finalidade da análise e pelo referencial teórico que informa o sujeito de pesquisa (ORLANDI, 2005, p. 7). Segundo Indursky (2008, p. 9), há em AD um constante movimento pendular da teoria para a análise e vice-versa, que auxilia o analista a produzir uma leitura desnaturalizada – ou, segundo Pêcheux (1997a), uma leitura que obedeça ao princípio da dupla diferença: cartografar não só as diferenças internas presentes no discurso, que permitem apreender seu sentido, mas também as externas, ou seja, um discurso outro que fala em outro lugar, um não-dito que atravessa o dito. A identificação desses apagamentos e silenciamentos só é possível ao analista que está posicionado em um discurso outro que permite notá-los. Logo, faz-se crucial ao analista de discurso o cuidado de identificar a quais discursos ele próprio se filia e munir-se de referências que o exponham a outros sentidos, sob pena de realizar uma análise que apenas confirme suas crenças iniciais sobre o objeto de investigação. O analista de discurso deve empreender, portanto, dois movimentos: um de interpretar, próprio a qualquer sujeito, e outro de compreender. É no movimento de compreensão que ele percebe o funcionamento do discurso, a historicidade dos sentidos, a constituição do sujeito atravessado pela ideologia e pelo inconsciente.

5.2 A CONSTRUÇÃO DO NOSSO *CORPUS*

Nossa proposta inicial de tese era ter como *corpus* ampliado de análise discursiva todos os textos veiculados na FSP e n'OG até 31/12/2017 (ou seja, até o ano anterior ao de conclusão da pesquisa) que citavam pelo menos um desses quatro métodos biomédicos preventivos ao HIV: circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP. Para isso, fizemos um levantamento nos acervos digitais desses jornais¹⁸⁶. É preciso salientar que, durante nossas incursões neles ao longo dos últimos quatro anos de pesquisa, pudemos experimentar certas características próprias ao modo de circulação dos arquivos digitais (DIAS, 2015, p. 975): percebemos que esses acervos enfrentaram instabilidades de acesso e também foram continuamente aprimorados por suas empresas – principalmente o da FSP, cujo *site* foi reformulado durante o primeiro semestre de 2018. Por isso, a busca nos acervos foi realizada em três datas, nas quais sempre obtivemos novos resultados antes não encontrados: 28/04/2017, 29/01/2018 e, pela última vez, em 24/08/2018. No Apêndice C, listamos as palavras-chave e os campos utilizados nas buscas.

Eleger jornais impressos diários como objeto de investigação implica levar em conta que todo formato – denominado por Mouillaud (2012b) de dispositivo jornalístico¹⁸⁷ – não é meramente um suporte, pois contém especificidades que necessariamente antecipam e imprimem sentidos ao que é publicado, já que lhe impõem limites, como de extensão das notícias, de utilização de recursos gráficos, de estilo de texto etc. Escrever/ler um jornal diário impresso não é o mesmo que escrever/ler uma revista semanal ou um *site*. O próprio *design* e diagramação de cada um deles, por exemplo, orienta o percurso do olhar do leitor e interpela seus movimentos de leitura (ZAPPATERRA, 2007; GRUSZYNSKI, 2010; MOUILLAUD, 2012a, p. 44). Portanto, diferentes formatos, veículos e empresas jornalísticas pressupõem diferentes contratos de leitura com o leitor, assim definidos por Eliseo Verón:

O conceito de contrato de leitura implica que o discurso de um suporte de imprensa seja um espaço imaginário onde percursos múltiplos são propostos ao leitor; em uma paisagem, de alguma forma, na qual o leitor pode escolher seu caminho com mais ou menos liberdade, onde há zonas nas quais ele corre o risco de se perder ou, ao contrário, que são perfeitamente sinalizadas. (VERON, 2004, p.216).

Assim, para Verón há uma negociação do leitor com cada jornal; ele é ativo – e não passivo – no processo de recepção. Os contratos de leitura são estabelecidos desde a capa, na

¹⁸⁶ Endereço do acervo digital d'O Globo: <<https://acervo.oglobo.globo.com/>>. Endereço do acervo digital da Folha de S.Paulo: <<https://acervo.folha.com.br/busca-avancada.do>>.

¹⁸⁷ “Dispositivos são os lugares materiais ou imateriais nos quais se inscrevem (necessariamente) os textos” (MOUILLAUD, 2012b, p.52).

qual o leitor já encontra um estilo e um posicionamento diante dos acontecimentos que são próprios do veículo em questão. A cada leitura cotidiana do jornal, eles são mais apreendidos (e até esperados) pelo leitor, que pode concordar/discordar deles.

Informados por essas questões, criamos para cada jornal analisado uma tabela listando todos os textos encontrados, levando em conta algumas questões relacionadas ao formato do jornal diário impresso a fim de subsidiar nossa análise (ver Apêndice A). Assim, criamos os seguintes campos na tabela: método preventivo citado; descritor utilizado na busca no acervo digital; data do texto; editoria; página; título; tipo (informativo ou opinativo); se teve chamada de capa ou chamada interna; se teve foto, ilustração ou infográfico; tamanho aproximado ocupado na página; nomes dos arquivos com o quais salvamos as páginas dos textos e a capa da edição do dia em formato PDF (Anexo B); quem assina o texto; tipos de fontes usadas (classificadas por nós como agências internacionais gerais; agências internacionais de saúde; pesquisadores/pesquisas científicas; indústria farmacêutica; Ministério da Saúde; artistas; sociedade civil organizada; profissionais de saúde; pessoas comuns; governantes e mídia); o nome das fontes usadas; e, quando citada, a especialidade de conhecimento da fonte.

Neste momento, faz-se necessário aclarar que a opção por incluir na tabela a diferenciação dos textos entre gênero informativo (como notícias, entrevistas e reportagens) e gênero opinativo (como editoriais, artigos de opinião, cartas de leitores e textos assinados por colonistas) – diferenciação comum ao jornalismo e aos teóricos da área (BELTRÃO, 1976; MARQUES DE MELO, 1994) – deu-se mais para nos aproximarmos destes interlocutores do que por acreditar nesse binarismo, segundo o qual haveria textos de gênero estritamente informativo, desprovidos de contaminação ideológica, a qual estaria destinada ao outro espaço do jornal, de gênero opinativo. Ora, como analistas de discurso, percebemos que esse binarismo é exatamente o efeito de sentido que o jornalismo contemporâneo pretende criar. Porém, segundo a AD, não há discurso que não seja atravessado por certa ideologia, e em textos opinativos sempre encontraremos informação, a matéria-prima do jornal. Logo, nossa adoção dos termos informativo/opinativo dá-se sob esse prisma discursivo¹⁸⁸.

Identificamos apenas 108 textos acerca dos métodos preventivos ao HIV aqui estudados, veiculados entre 1988 e 2017: 40 n'OG e 68 na FSP. Isso é muito pouco em comparação a tudo que foi veiculado sobre aids nesse mesmo período nos dois jornais, da ordem de milhares de matérias.

¹⁸⁸ Para mais informações acerca da discussão sobre os gêneros jornalísticos sob uma visada discursiva, sugerimos a leitura de Alves (2007).

Contudo, também percebemos uma diminuição progressiva na cobertura jornalística dedicada à aids pelos jornais FSP e OG desde 1996 – justamente o ano em que a terapia tríplice foi incorporada ao SUS, transformando a aids de uma doença letal para crônica. Como vimos em outra subseção desta tese, isso tem ocorrido de forma geral na imprensa brasileira, que passou a noticiar menos a epidemia, interessando-se mais por seus aspectos ligados à pesquisa científica, às ações dos agentes de saúde e de organismos estatais e internacionais ligados à aids.

Mas, como vimos, desde a transição dos anos 2000 e, principalmente, nos anos 2010 vêm ocorrendo mudanças significativas no saber médico sobre a aids e, conseqüentemente, nas formas de enfrentamento a ela arquitetadas pela sociedade. Hoje, o principal debate gira em torno dos novos métodos biomédicos preventivos, suas eficácias, seus custos e a possibilidade de os países os adotarem.

Portanto, percebemos nos últimos anos na FSP e n’OG um desinvestimento jornalístico acerca da aids em geral, mas sobretudo um silenciamento do tema da prevenção envolvendo mais do que o uso do preservativo – pois vimos que, embora a circuncisão masculina, a PEP, a PrEP e o TasP incorporem certos critérios de noticiabilidade apreciados por esses jornais ao tratar da aids atualmente (como o fato de serem novidades e envolverem pesquisas científicas e políticas públicas), sua aparição nos jornais é praticamente inexpressiva (ainda que, como veremos mais adiante nesta tese, ela tenha aumentado após a transformação da PrEP e do TasP em políticas públicas de saúde).

A tabela abaixo mostra, por ano, a quantidade de textos publicados em cada jornal e os métodos preventivos citados.

Tabela 1 - Quantitativo de textos sobre circuncisão masculina como método preventivo ao HIV, PEP, TasP e PrEP publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo (FSP) e n’O Globo (OG), por jornal e ano.

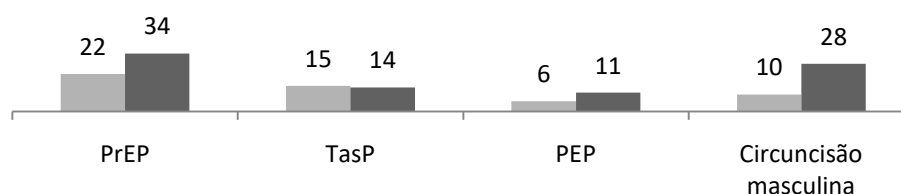
Ano	O Globo		Folha de S.Paulo	
	Método de prevenção	Quantidade de textos	Método de prevenção	Quantidade de textos
1988	Circuncisão	1	-	0
1989	Circuncisão	1	-	0
1990	-	0	-	0
1991	-	0	-	0
1992	-	0	-	0
1993	-	0	-	0
1994	Circuncisão	1	-	0
1995	-	0	Circuncisão	1
1996	-	0	-	0
1997	-	0	-	0
1998	Circuncisão	2	PEP	1
1999	-	0	-	0

2000	-	0	Circuncisão e PEP	3
2001	PEP	1	-	0
2002	-	0	Circuncisão	1
2003	-	0	-	0
2004	-	0	Circuncisão	1
2005	-	0	Circuncisão	1
2006	Circuncisão	1	Circuncisão	2
2007	Circuncisão	2	Circuncisão	4
2008	PrEP	1	Circuncisão e PrEP	6
2009	-	0	Circuncisão	4
2010	PrEP e TasP	2	Circuncisão e PrEP	2
2011	PEP, PrEP, TasP, Prevenção Combinada	5	Circuncisão, PEP, PrEP e TasP	4
2012	Circuncisão, PrEP, TasP	3	Circuncisão, PrEP e TasP	13
2013	PrEP e TasP	4	PEP, PrEP e TasP	3
2014	PrEP e TasP	2	Circuncisão, PEP, PrEP e TasP	10
2015	PEP, PrEP, TasP, Prevenção Combinada	6	PEP, PrEP e Prevenção Combinada	4
2016	PrEP e TasP	4	PEP, PrEP, TasP e Prevenção combinada	5
2017	PEP, PrEP, TasP, Prevenção Combinada	4	PrEP e PEP	3
Total por jornal		40		68
Total dos dois jornais				108

Fonte: a autora. Nota: também mostramos quando a expressão “prevenção combinada” foi citada em ambos os impressos.

O gráfico abaixo mostra o quantitativo de textos publicados entre 1988 (ano em que foi encontrado o primeiro texto) e 31/12/2017, por método e por jornal (lembrando que um texto pode mencionar mais de um método):

Gráfico 2 - Quantitativo de textos d'O Globo (cinza claro, à esquerda) e da Folha de S.Paulo (cinza escuro, à direita) publicados até 31/12/ 2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV, separadamente.



Fonte: a autora. Nota: lembramos que um texto pode mencionar mais de um método.

Após a sistematização desse *corpus* nas tabelas já citadas para subsidiar os primeiros movimentos de análise (Apêndice A), e depois de leituras sistemáticas de todos os textos, fizemos alguns exercícios visando encontrar a melhor maneira de recortá-lo e analisá-lo discursivamente. Primeiramente, tentamos fazer um recorte temporal que abarcasse todos os quatro métodos preventivos (o que ocorria de 2010 a 2017), nos dois jornais. Contudo, concluímos que se deveria analisar discursivamente cada método preventivo em separado, e desde o seu surgimento nos jornais, já que configuram objetos de estudo distintos, trazem marcas das épocas de seus advenços e questões próprias para o debate sobre prevenção e risco.

Assim, optamos por começar a análise discursiva pela PrEP, por dois motivos principais. O primeiro deve-se a que seja o método de maior quantitativo de textos em ambos os jornais. A segunda razão reside em que ele seja um dos métodos mais em voga atualmente no debate sobre a aids, seja no campo científico, no ativismo ou nas políticas públicas. Iniciamos a análise deste método pelo jornal OG, por ter menor quantitativo de textos do que a FSP – e, assim, ser menos complexo para iniciar uma análise.

Por restrições de tempo, esta tese não pôde alcançar sua pretensão original da qualificação de analisar discursivamente os quatro métodos preventivos nos dois jornais. Àquela época (agosto de 2017), ainda não tínhamos em mãos todos os textos publicados (apenas metade deles havia sido veiculada/encontrada nos acervos) e, portanto, não sabíamos a complexidade da tarefa pretendida. Contudo, trouxemos para a tese alguns resultados de análise sobre dados quantitativos acerca da produção noticiosa sobre os quatro métodos preventivos nos dois jornais, proporcionados pelas observações das tabelas criadas. Decidimos fazê-lo não só por eles configurarem resultados de esforços de investigação (e, portanto, não deverem ser descartados), mas principalmente pelo ineditismo da pesquisa e por terem feito parte do nosso retorno ao arquivo, proposto por Guilhamou e Maldidier (2010) e abordado na subseção anterior. Esses resultados do primeiro movimento de análise, somados

à disponibilização de todo o *corpus* coletado, podem auxiliar futuros investigadores que queiram somar-se à tarefa de analisá-lo.

5.3 PRIMEIRO MOVIMENTO DE ANÁLISE: CIRCUNCISÃO MASCULINA, PEP, PREP E TASP N'OG E NA FSP

Nas três primeiras subseções de apresentação de resultados de análise dos dados proporcionados pela sistematização do *corpus* nas tabelas, abordaremos aqueles nos quais foi observada a produção jornalística sobre os quatro métodos preventivos coletivamente. Em seguida, nas subseções posteriores, abordaremos resultados específicos de cada método, separadamente.

5.3.1 Recursos gráficos

Considerando toda a produção noticiosa dos 4 métodos preventivos estudados desde suas aparições n'OG, 60% dos textos apresentam fotos ou infográficos: 16 textos (40%) contêm ao menos 1 foto e 6 (15%) ao menos 1 infográfico. Desses, a maioria era sobre PrEP (13 textos) e TasP (6 textos), seguidos de circuncisão masculina e PEP (3 textos para cada). Percebemos que n'OG a maioria desses recursos gráficos é mais explorada principalmente a partir da criação da editoria Sociedade, em 2014. Notamos que a utilização de fotos e infográficos é uma marca dessa editoria e que, desde sua criação, foi onde OG passou a veicular mais textos acerca dos métodos preventivos analisados.

Já a FSP explora mais recursos gráficos do que OG, tendo sido nos anos 1980 um dos jornais pioneiros na adoção de infográficos e quadros explicando detalhes e contextos das notícias. Dos textos sobre os métodos preventivos, 84% apresentam foto, infográfico ou desenho: 14 (20,58%) contêm ao menos 1 foto, 13 (19,11%) ao menos 1 infográfico e 12 (17,64%) ao menos um desenho ou ilustração. Desses textos, a maioria era sobre PrEP (20 textos), seguido de circuncisão (12 textos), TasP (10 textos) e PEP (5 textos). Observamos que esses recursos gráficos passaram a ser mais utilizados na FSP a partir de 2007¹⁸⁹. Cremos que isso se deve às reformas gráficas pela quais o jornal passou em 2006 e 2010.

Dos recursos gráficos acima mencionados, interessa-nos pensar principalmente a utilização dos infográficos, presentes em 29% dos textos da FSP e em 20% dos textos d'OG. Eles têm por função tornar mais fácil a compreensão dos leitores de informações menos

¹⁸⁹ As duas únicas exceções são em 1998, no primeiro texto sobre PEP, e em 2000, em um texto sobre circuncisão.

familiares a eles (VELHO, 2009). Portanto, indicam a presença de certo discurso pedagógico nos jornais ao abordar principalmente temas da ciência.

5.3.2 Jornalistas

Abordemos agora os resultados de análise relativos à autoria dos textos de caráter informativo. De forma geral no jornalismo, quando se permite a um jornalista assinar seu texto, confere-se-lhe uma autoridade maior, demarcando sua autonomia como responsável pela apuração e produção da notícia (SHUDSON, 2010). Por sua vez, a ausência da assinatura do jornalista pode ter vários significados, dando-nos pistas sobre a fragilidade do vínculo que ele mantém com a empresa (pode ser apenas um *freelancer*, por exemplo) ou sobre o quanto, na visão dos seus superiores, ele ainda precisa melhorar para ter seu nome reconhecido (ele pode ser considerado ainda um iniciante ou inexperiente¹⁹⁰). Também é comum que os jornalistas não queiram assinar textos modificados de um modo com o qual não concordem; textos cujas informações vieram predominantemente de agências de notícias ou de *releases*¹⁹¹; ou matérias que foram recomendadas pelos superiores hierárquicos “quer por interesse da própria empresa (por exemplo, ações de *marketing* do jornal) quer pelo interesse particular num determinado tema ou fonte” (LEITE, 2016, p. 48-49).

N’OG, apenas 8 textos informativos não foram assinados, sendo 5 vindos de agências de notícias do exterior (sob denominações como Boston, Londres, Genebra, Washington e Atlanta¹⁹²). Os textos assinados surgiram em 2008, mas foram publicados sobretudo na década de 2010 – por isso, a maioria deles é sobre os métodos mais noticiados nesse período: a PrEP e o TasP. Eles são de autoria de 16 jornalistas – ver tabela abaixo.

Tabela 2 - Jornalistas d’O Globo que assinaram textos informativos publicados até 31/12/2017 acerca de circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.

Jornalista	Data do texto	Método preventivo citado
Jeremy Laurance, do Independent	07/08/2008	PrEP

¹⁹⁰ Contudo, Leite (2016, p. 77) identificou, por meio de entrevistas a jornalistas dos impressos flumineses O Globo, Extra e O Dia, que atualmente os estagiários têm assinado os textos mais do que antes. Isso tem a ver com a mudança do papel que passaram a desempenhar desde a redução de pessoal empreendida nas redações. De exclusivamente aprendizes que apenas acompanhavam o trabalho dos reporters, passaram a ser produtores efetivos de notícias publicadas, indo muitas vezes “à rua” sozinhos.

¹⁹¹ *Releases* são textos escritos por assessores de imprensa destinados a jornalistas, a fim de convencê-los a cobrir certos assuntos de interesse do assessorado, que é inclusive sugerido como fonte a fim de aumentar sua visibilidade na sociedade. Os *releases* são redigidos no formato de notícias, a fim de facilitar seu máximo aproveitamento pelo jornalista. Mas o aproveitamento quase integral dos *releases* não é desejável por um jornalismo que se preze mais imparcial.

¹⁹² Conforme informou-nos, por telephone, a jornalista d’OG Tatiana Clébicar, as agências de notícias não costumam ser referenciadas pelos seus nomes nesse jornal, mas apenas pela localidade de origem da informação.

Antônio Marinho	20/07/2010	PrEP e TasP
	24/11/2010	PrEP
André de Souza	19/07/2012	TasP
Flavia Milhorce	10/02/2013	PrEP
	02/12/2013	PrEP e TasP
	15/07/2015	PrEP
Erica Magni	02/12/2013	PrEP e TasP
Maria Clara Serra	03/12/2013	PrEP
Dandara Tinoco	12/07/2014	PrEP
	05/10/2014	PrEP e TasP
	10/02/2015	PEP , PrEP , TasP e Prevenção combinada
Antonella Zuglianni	10/02/2015	PEP, PrEP, TasP e Prevenção combinada
Mariana Sanches	02/08/2015	PEP e PrEP
Clarissa Pains	01/06/2016	PrEP
	27/02/2017	PrEP e Prevenção combinada
	25/10/2017	TasP
Sergio Matsuura	01/06/2016	PrEP
	25/10/2017	TasP
Cesar Baima	19/07/2016	TasP
Renato Grandelle	17/07/2012	Circuncisão, PrEP e TasP
	21/07/2016	PrEP
	25/05/2017	PrEP
Renata Mariz	29/09/2016	PrEP
Jéssica Lauritzen	29/09/2016	PrEP
Livia Neder	01/12/2017	PEP e PrEP

Fonte: a autora. Nota: Também mostramos quando a expressão “prevenção combinada” foi citada.

Encontramos em Silva (2017, p. 79-80 e 129) algumas apurações que nos permitem entender melhor como se dá a ausência/presença das assinaturas dos jornalistas n’OG. A razão para a quase ausência de assinaturas até meados da década de 1990 pode estar no fato de o então diretor de redação, Evandro Carlos de Andrade, considerar que somente os grandes furos de reportagem mereciam ter a assinatura do jornalista, devendo o restante da produção noticiosa ser apresentado como uma criação coletiva. Ademais, nesse período os redatores eram numerosos e praticamente reescreviam os textos dos repórteres. Hoje, contudo, com os modelos de diagramação já prontos, há espaços para os créditos – inclusive de assinatura, que são preenchidos automaticamente pelos repórteres com seus nomes, mesmo quando visivelmente aproveitaram grande parte de material fornecido por assessorias de imprensa.

Em entrevista a Oliveira (2013, p. 98), a então editora de Ciência e Saúde d’OG (na qual se publicou grande parte dos textos antes da sua transformação na editoria Sociedade),

Ana Lúcia Azevedo, relatou que sua equipe passou de 2 jornalistas em 2006 para 10 em 2012. Ao fazer um levantamento sobre a quantidade de jornalistas que assinavam matérias sobre saúde publicadas n'OG em 2014, Leite (2016, p. 48) observou que houve um acréscimo após a reformulação editorial do jornal em abril daquele ano, com a criação da editoria Sociedade. Contudo, esse aumento no número de repórteres assinantes não significa necessariamente um incremento da equipe. Na verdade, ainda que os jornais identifiquem a saúde como um valor-notícia, não têm investido na contratação de profissionais especialistas. Leite (2016, p. 70) percebeu que a equipe especializada em saúde contava geralmente com dois profissionais de reportagem e edição, recebendo contribuição esporádica de outros jornalistas alocados em outras editorias. De forma geral, com o “enxugamento” das redações, o trabalho aumentou proporcionalmente: os jornalistas acumulam muitas funções que antes, nas redações da década de 1980, eram realizadas por outros profissionais (como pauteiros, redatores e repórteres setoristas), além de geralmente escreverem também para outras editorias do mesmo jornal e atuarem em mais de um meio de comunicação do conglomerado de mídia que os emprega (SILVA, 2017, p. 67-68).

Na FSP, apenas 6 matérias não foram assinadas. Outras 7 vieram de agências internacionais de notícias. Os textos informativos assinados surgiram em 1998, mas foram publicados sobretudo a partir de 2005. Cremos que isso esteja relacionado com a reforma gráfica do jornal, ocorrida em 2006. A maioria das matérias assinadas é sobre PrEP (16 textos) e circuncisão (11 textos), seguidos de TasP (5 textos) e PEP (4 textos). Elas são de autoria de 22 jornalistas – ver tabela abaixo. Contudo, também se deve levar em conta para a FSP o que foi afirmado acima para OG acerca do aumento de jornalistas assinantes não corresponder necessariamente a um incremento de pessoal nas redações.

Tabela 3 - Jornalistas da Folha de S.Paulo que assinaram textos informativos publicados até 31/12/2017 acerca de circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.

Nome do(a) jornalista	Data do texto	Década do texto	Método preventivo citado
Fernanda da Escóssia	02/02/1998	1990	PEP
Isabel Gehardt	09/06/2000	2000	Circuncisão
Antonio Gois	27/07/2005	2000	
Donald McNeil Jr, do New York Times.	14/12/2006	2010	
	27/05/2014		
Fabiane Leite	15/04/2007	2000	
Márcio Pinho	30/09/2007		
Eduardo Geraque	11/05/2008		
Ana Carolina Dani (de Paris)	13/10/2008		
Juliane Silveira	26/08/2009		
Iara Biderman	19/01/2010		

Denise Nenchen	24/11/2010		PrEP
Mariana Versolato	14/07/2011		TasP
Rafael Garcia	23/12/2011		PrEP
	28/07/2012		PrEP e TasP
Giuliana Miranda	17/07/2012		PrEP
	22/07/2012		PrEP e TasP
Reinaldo José Lopes	17/07/2012		PrEP
	22/07/2012		PrEP e TasP
Débora Mismetti, editora-assistente de Ciência+Saúde	01/12/2012		Circuncisão
Cláudia Collucci	13/09/2012		PrEP
	25/05/2017		PEP e PrEP
	07/09/2017		PrEP e TasP
David Tuller, do NY Times	02/01/2014		PrEP
Monique Oliveira	19/07/2014		PEP
	02/12/2014		
Flávia Foreque	02/12/2014		PrEP
Natália Cancian	13/12/2015		
	22/05/2016		
	22/05/2016		
Shasta Darlington, do NY Times em São Paulo	23/12/2017		

Fonte: a autora.

5.3.3 Fontes

Abordemos as fontes mais consultadas pelos jornais nos textos de caráter informativo que tratam dos métodos biomédicos preventivos ao HIV aqui estudados, dado que nos dão pistas sobre as vozes mais ouvidas – e, por consequência, as silenciadas. Lembramos ao leitor interessado que no Apêndice A estão discriminadas todas as fontes utilizadas, por matéria. Aqui, dedicar-nos-emos mais a relatar as principais características observadas sobre elas. Ressaltamos que não nos foi possível separar este resultado de análise por método preventivo, já que houve textos que citavam mais de um método.

N'OG, as fontes consultadas mais vezes foram pesquisadores e estudos científicos (principalmente da área biomédica) – ver tabela abaixo. Em seguida, estão as agências internacionais de saúde (OMS, Unaid, FDA e CDC) e o Ministério da Saúde (incluindo seu departamento de aids). Em contrapartida, os menos ouvidos foram os profissionais de serviços de saúde, a sociedade civil organizada, as pessoas comuns (2 usuários de PrEP e 2 usuários de PEP) e a indústria farmacêutica.

Tabela 4 - Fontes consultadas pel'O Globo nos textos de caráter informativo publicados até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.

Tipos de fontes n'O Globo	Quantidade de fontes desse tipo (sem repetições)	Quantidade de textos informativos em que aparecem
Agências internacionais (ONU e Banco Mundial)	4	5
Agências internacionais de saúde (OMS, Unaid, FDA e CDC)	13	26
Artistas (Preta Gil)	1	1
Governantes (prefeito e presidente)	2	2
Indústria farmacêutica (Boehringer Ingelheim, fabricante do nevirapina usado como PEP)	1	1
Ministério da Saúde (incluindo o Departamento de Aids)	7	21
Pesquisadores/pesquisas científicas	44	54
Pessoas comuns (usuários de PrEP e PEP)	4	4
Profissionais de serviços de saúde	6	6
Sociedade civil organizada (ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids, Ilga - Associação Internacional de Gays e Lésbicas e ABGLT - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos)	7	9
Indústria de preservativo (Strata)	1	1
Mídia (revista New Scientist)	1	1

Fonte: a autora.

A FSP seguiu a mesma tendência d'OG com relação aos tipos de fontes mais e menos ouvidas. Contudo, percebemos uma maior diversificação nelas. Assim, na FSP as fontes mais consultadas foram, em primeiro lugar, os pesquisadores e estudos científicos (a maioria da área biomédica), seguidos pelas agências internacionais de saúde (como OMS, Unaid, Sociedade Internacional de Aids, CDC, fundos de combate à aids, PEPFAR, Unitaid e FDA) e pelo Ministério da Saúde (e seu departamento de aids) – ver tabela abaixo. Em contrapartida, também foram menos ouvidos os profissionais de serviços de saúde, a sociedade civil organizada, as pessoas comuns (todos usuários de PEP ou PrEP) e a indústria farmacêutica.

Tabela 5 - Fontes consultadas pela Folha de S.Paulo nos textos de caráter informativo publicados até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.

Tipos de fontes da Folha de S.Paulo	Quantidade de fontes desse tipo	Quantidade de textos informativos
--	--	--

	(sem repetições)	em que aparecem
Agências internacionais (ONU)	3	5
Agências internacionais de Saúde (OMS, FDA, IAS, Unaid, Unitaid, CDC, PEPFAR e fundos de combate a aids)	15	24
Mídia (O Estado de S.Paulo, livro do Jornalista inglês Edward Hooper e Marcio Caparica, fundador do site Lado Bi)	3	3
Governantes (secretário de estado de saúde)	1	1
Indústria farmacêutica (Gilead Sciences, fabricante do Truvada)	1	2
Ministério da Saúde (incluindo o Departamento de Aids)	14	23
Pesquisadores/pesquisas científicas	67	88
Pessoas comuns (usuários de PEP e PrEP)	10	9
Profissionais de serviços de saúde	7	13
Sociedade civil organizada (ABIA, GIV – Grupo de Incentivo à Vida, Gapa-SP - Grupo de Apoio à Prevenção da Aids de São Paulo, Grupo Arco-íris, Aids Healthcare Foundation)	7	7

Fonte: a autora.

Com relação às fontes ligadas à ciência, percebemos que ambos os jornais ressaltavam seus vínculos com universidades, institutos de pesquisa ou sociedades médicas – algo também notado por Leite (2016, p. 86) em sua análise sobre as fontes mais utilizadas na cobertura especializada em saúde de três jornais impressos fluminenses (dentre eles, OG).

A análise das fontes utilizadas corrobora os achados de outros investigadores acerca da cobertura jornalística brasileira da aids, consultados em nossa revisão bibliográfica: atualmente, quando os jornais abordam os temas de prevenção à aids, o fazem motivados mais pelo ritmo das descobertas científicas, das ações dos organismos internacionais ligados à síndrome e das do Ministério da Saúde, em detrimento das ações, críticas e anseios dos movimentos sociais (atualmente politicamente mais enfraquecido), dos profissionais que atendem no serviço público de saúde e das pessoas comuns, em suas vidas cotidianas, e a despeito dos interesses da indústria farmacêutica ou de produtos médicos, quase não ouvida. Silva (2017, p. 56 e 125), ao fazer um levantamento das fontes presentes nas matérias de capa d’OG sobre saúde veiculadas em 1987, 1997, 2008 e 2015, identificou que a maioria era governamental ou médico-científica, havendo um silenciamento das fontes fabricantes de remédios e de demais produtos, equipamentos e insumos destinados à área da saúde. Segundo

a autora, isso também se deve à própria visão dos jornalistas que escrevem para editorias especializadas em saúde – nas quais percebemos, em ambos os jornais, maior divulgação dos métodos preventivos por nós estudados:

O repórter generalista, quando cobre saúde, tem um olhar mais voltado para as questões ligadas ao atendimento do cidadão, ao funcionamento dos serviços, se a autoridade pública está ou não cumprindo seu papel, se o servidor público está ou não realizando suas tarefas etc. Já o jornalista ligado às editorias especializadas foca na questão dos avanços da medicina, nas explicações sobre as doenças, os novos tratamentos e medicamentos, as prevenções. (SILVA, 2017, p. 151).

Para Sarlo (2004), os especialistas têm sido cada vez mais ouvidos à medida que se complexificam os saberes necessários para a tomada de decisões na vida cotidiana e que se intensifica a midiaticização. Isso reflete, sem dúvida, a “hierarquia de credibilidade” das fontes (BECKER, 1967) seguida pelo jornalismo na expectativa de garantir informação qualificada ao seu público. É próprio da economia discursiva do jornalismo utilizar um argumento de autoridade para conferir credibilidade ao texto.

For those in medical and health journalism, information from such highly credible sources as medical journals or scientists from academic institutions is generally trusted with the assumption that the information from such sources has undergone “peer review” and is therefore deemed credible¹⁹³ (VISWANATH et al., 2008, p. 761)

Tabakman (2013, p. 30), ao se debruçar sobre a cobertura midiática da saúde, afirmou que especialistas são escolhidos como fontes por supostamente saberem mais sobre o tema abordado nas matérias. Os jornalistas construir-se-iam, assim, como a classe profissional dotada de certo saber: o de encontrar o especialista que melhor domina o assunto noticiado (SILVA, 2012). Contudo, como questiona Silva:

Ora, mas como se dá a escolha de uma fonte autorizada entre tantas existentes? E como explicar que um certo número de mesmas fontes seja habitualmente chamado a opinar? E o que dizer dos necessários esclarecimentos sobre os interesses das fontes, que nunca aparecem juntos das informações que estas fornecem? (SILVA, 2012, p.26).

O recurso ao argumento de autoridade distancia o jornalista do dito, criando um efeito de imparcialidade e objetividade, necessário para a construção da imagem deste profissional como um respeitador da “verdade dos fatos”. Contudo, trata-se de efeito apenas, pois, como pressupõe a análise de discurso, não há dizer neutro: todo dizer é a materialização de uma

¹⁹³ Tradução nossa: “Para aqueles que trabalham com jornalismo médico e de saúde, informações de fontes altamente confiáveis, como revistas médicas ou cientistas de instituições acadêmicas, geralmente são acreditadas sob a presunção de que as informações de tais fontes foram submetidas a ‘revisão por pares’ e, portanto, são consideradas confiáveis.”

ideologia, de uma forma de ver o mundo. Destarte, o texto jornalístico é produto das posições-discursivas de seu autor e da empresa de mídia para a qual ele trabalha.

O jornalismo, sobretudo ao noticiar as pesquisas científicas, confere-lhes maior legitimação social, garantindo-lhes sustentação política e material (como prestígio, poder de *lobby* político e maiores possibilidades de captação de investimentos privados e públicos) – ao mesmo tempo em que conquista atualidade e também se legitima por se ancorar em um saber especializado já consagrado por outras instâncias de poder, revestindo-se do prestígio simbólico delas (MOUILLAUD, 2012e; ALVES, 2007, p. 10; TUCHERMAN, RIBEIRO, 2006, p. 205; LEITE, 2016, p. 61).

A predominância ou a ausência de certas fontes e de certos temas na cobertura jornalística reflete também o prestígio ou a pouca importância conferida a eles pela sociedade na qual as empresas de mídia estão incluídas (GANS, 2004). Assim, tem-se dado mais privilégio a fontes especializadas, representantes do poder – geralmente convocando o indivíduo comum (com menos influência social, o “homem da rua”, como as pessoas com HIV) apenas para representar algum grupo ou condição (TUCHMAN, 1978). Contudo, isso deve ser visto mais criticamente (CURRAN, 1990). “*Para los pacientes y las asociaciones, la aparición en los medios de comunicación puede ser decisiva, tanto para sus vidas personales como para la continuidad de las organizaciones.*”¹⁹⁴ (ROMÁN, 2011, p. 182). Ao ouvir mais as fontes do saber especializado na cobertura dos métodos preventivos ao HIV, os jornais estão privilegiando os sentidos por eles atribuídos ao risco e à aids. Assim, há uma tensão no jornalismo, que se apresenta como um poder fiscalizador da sociedade, mas que também atua no sentido de conservar e reproduzir os valores dos grupos dominantes (SILVA, 2017, p. 26).

A pouca presença de fontes ligadas à sociedade civil organizada contra a epidemia de HIV/AIDS também é reflexo da desmobilização do setor, comparada principalmente à década de 2000, quando aumentou o número de ONG devido à capacidade governamental de financiar projetos em HIV/AIDS de instituições sem fins lucrativos por meio de editais. Entretanto, com o arrefecimento do financiamento a essas ONG, tanto no cenário nacional quanto no internacional, temos assistido ao fechamento de instituições históricas no combate ao HIV no Brasil (COSTA, 2014).

Todo esse cenário sobre as fontes mais ouvidas torna-se ainda mais problemático porque se deve também em boa parte ao aproveitamento pelos jornais analisados de resumos ou *releases*, fornecidos pelas agências de saúde (como o Ministério da Saúde), pelos

¹⁹⁴ Tradução nossa: “Para os pacientes e as associações, a aparição nos meios de comunicação pode ser decisiva tanto para suas vidas pessoais como para a continuidade das organizações”.

organizadores de congressos científicos (principalmente os Congressos Internacionais de Aids) e pelas revistas científicas (como *The Lancet*, *Nature* e *Science*¹⁹⁵). Oliveira (2013), ao analisar matérias publicadas em 2012 n’OG e na FSP sobre pesquisas científicas oriundas das revistas *Science* e *Nature*, identificou que 45,9% delas foram escritas exclusivamente com informações e declarações dos cientistas presentes nos *releases*, sem haver entrevistas. Já Silva (2017, p. 119) identificou que OG geralmente não assina as revistas científicas para ter acesso ao texto completo dos artigos nos quais baseia suas notícias, sendo utilizadas informações presentes nos resumos ou nos materiais enviados por assessores de imprensa e pesquisadores.

O aproveitamento de *press releases* teria se intensificado no jornalismo brasileiro desde fins dos anos 1990, principalmente após mudanças no mercado das empresas jornalísticas – que passaram a contratar menos profissionais, absorvidos por assessorias de imprensa (de institutos de pesquisa, de secretarias de saúde etc.) – e as transformações nas tecnologias que promoveram a convergência midiática (ARAÚJO e AGUIAR, 2017, p. 15; SILVA, 2017; CHAPARRO, 2014, p 124). Assim, o jornalista brasileiro tem atuado em redações cada vez mais enxutas de pessoal, tendo que produzir conteúdo para os diversos suportes e veículos de comunicação do grupo de mídia para o qual trabalha. Ao acumular múltiplas tarefas, seu tempo tem se tornado cada vez mais escasso. Este quadro foi agravado pelo advento da Internet, onde a veiculação de um “furo” jornalístico é quase instantânea, e por vezes produzida por pessoas comuns – retirando do jornalista seu papel como produtor quase exclusivo de informações e notícias (LOPES, 2012). Assim, os jornalistas não têm mais “o tempo necessário para buscarem assuntos exclusivos, aprofundarem a pesquisa sobre os temas que cobrem e descobrirem novas fontes a que possam recorrer para ampliar os pontos de vista que entregam ao leitor em suas matérias.” (SILVA, 2017, p. 165). Dessa forma, as sugestões dos assessores de imprensa tornaram-se cada vez mais aceitas e menos questionadas, principalmente com a maior profissionalização desta classe.

[...] não é incomum que a cobertura de saúde esteja povoada de *releases* emitidos por estas fontes, disfarçados como matérias isentas, legitimadas pela incidência de conceitos e resultados de pesquisas, oriundos de empresas tidas como líderes e de universidades e centros de pesquisa considerados como referência (BUENO, 2001, p. 200).

¹⁹⁵ Na FSP, as revistas científicas citadas foram *The Lancet*, *Nature*, *Science*, *Pediatrics*, *British Medical Journal* e *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. Já OG citou as revistas científicas *The Lancet*, *Science*, *The New England Journal of Medicine*, *Cell Reports*, *PLOS Pathogenes* e *PLOS ONE*.

Leite (2016, p. 72), ao entrevistar jornalistas especializados na cobertura de saúde de três jornais fluminenses (entre eles, OG) identificou que, para buscarem pautas de notícias, eles geralmente consultam os *sites* de órgãos como OMS, Ministério da Saúde, secretarias de saúde, bem como os *sites* abertos¹⁹⁶ e os serviços de assinatura de revistas científicas. Essa rotina contribui para que estas sejam as fontes mais ouvidas.

Observemos agora a especialidade de conhecimento das fontes utilizadas nos textos informativos d'OG e da FSP (quando citada), já que elas mostram a visão dos jornais sobre a que áreas do conhecimento está circunscrito o debate científico acerca dos métodos preventivos por nós analisados. Percebemos que na FSP as especialidades são mais variadas. Contudo, em ambos os impressos, a maioria é da área biomédica e, mais precisamente, infectologista (ver tabelas abaixo).

Tabela 6 - Especialidade de conhecimento da fonte (quando citada) utilizada em textos de caráter informativo publicados n'O Globo até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.

Especialidade	Quantidade
Engenharia biomédica	2
Saúde pública	1
Doenças infecciosas	1
Virologia molecular	1
Medicina	1
Infectologia	12
Biologia	1
Psicologia	1
Pediatria	1

Fonte: a autora.

Tabela 7 - Especialidade de conhecimento da fonte (quando citada) utilizada em textos de caráter informativo publicados na Folha de S.Paulo até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV.

Especialidade	Quantidade
Infectologia	22
Medicina Preventiva	2
Pediatria	8
Urologia	7
Urologia pediátrica	2
Sexualidade	1
Biologia	1
Cirurgia pediátrica	1
Nefrologia pediátrica	1
Medicina Tropical	1
Saúde pública	1

¹⁹⁶ Daí podermos afirmar que as políticas de acesso aberto à publicação científica também fomentaram a produção noticiosa em saúde e, em especial, dos métodos biomédicos preventivos ao HIV.

Virologia	1
Ginecologia e obstetrícia	1
Antropologia	1

Fonte: a autora.

Contudo, no meio científico, as ciências sociais e humanas em saúde também têm contribuído para as discussões acerca dos métodos preventivos ao HIV, e muitas vezes desde perspectivas críticas aos estudos da área biomédica, abordando inclusive a necessidade de se pensar o enfrentamento das determinações sociais da epidemia de aids. Chamou-nos a atenção, por exemplo, que Richard Parker e Veriano Terto Jr, dois membros da ONG ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids) ouvidos pel’OG como representantes de movimentos sociais, tenham tido ocultadas suas credenciais como pesquisadores nas áreas de ciências sociais e humanas em HIV/AIDS. Ambos têm carreira científica sólida e respeitável, sendo professores de pós-graduação em universidades – o primeiro nos EUA e no Brasil.

Segundo Alves (2007, p. 48-49), o jornalismo que cobre ciência ressoa ou silencia os reflexos das lutas ideológicas dentro da pesquisa científica, e o silenciamento tem sido operado discursivamente, por exemplo, na “tentativa de manter intocado o quadro das ideologias teóricas, principalmente com o afastamento da cobertura científica das ciências humanas”. Medistch (1997) observou que o jornalismo científico é por vezes demasiado simplista, pois se preocupa mais em informar os resultados das pesquisas e menos os processos que levaram a eles. Segundo Leite (2016, p. 61), o consenso científico, perseguido por meio de congressos, ganha espaço nos jornais devido a uma rotina produtiva que dificulta ao jornalista consultar múltiplas fontes e, portanto, “ouvir o contraditório” – medida tão cara ao princípio da objetividade jornalística. A falta de diversidade de pontos de vista também foi observada por Teixeira (2002) no jornalismo científico acerca da biomedicina e deve-se, segundo a autora, à crença na verdade científica, principalmente na biomédica. Silva (2017, p. 118), ao analisar as matérias de saúde veiculadas na capa d’OG em 1987, 1997, 2008 e 2015, identificou que a maioria evita as controvérsias científicas, para apresentar versões fechadas e definitivas, ancoradas em poucas fontes e, geralmente, focando mais os achados do desenvolvimento científico (como reações observadas em testes com camundongos), sem oferecer ao leitor um conjunto de informações que lhe seja útil para a vida.

Um dos efeitos da ausência de controvérsia na cobertura jornalística sobre risco é a percepção pelo leitor de que as recomendações médicas publicadas são coerentes e verdadeiras – o que pode facilitar sua adesão a elas na orientação de sua vida (VAZ et al., 2007, p. 149). Entretanto, concordamos com Castiel (2003) quando ele afirma que a comunicação em ciência e saúde (principalmente a do risco em saúde) deve levar em

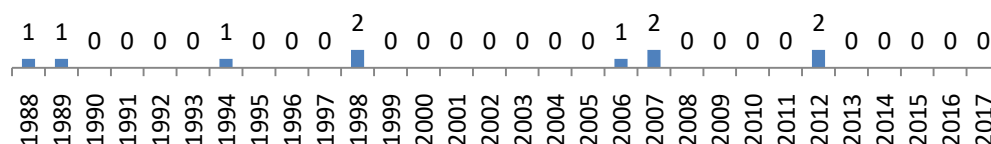
consideração os variados contextos sociais do seu público, principalmente quando não há evidências definitivas sobre a eficácia de certas ações de prevenção, sobretudo as que se baseiam em condutas moralizantes. Isso poderia ser mais facilmente alcançado por meio da diversificação das fontes e das vozes ouvidas – cada vez menos frequente na cobertura jornalística em saúde.

Nas próximas subseções, traremos novos resultados de análise abordando-os separadamente para cada método preventivo ao HIV.

5.3.4 Circuncisão Masculina

Dentre os 4 métodos preventivos ao HIV por nós estudados, a circuncisão masculina foi o segundo menos citado n'OG, com 10 textos (18 a menos do que a FSP) – atrás apenas da PEP (6 textos). As publicações ocorreram de forma muito pontual e bastante espaçada no tempo (ver gráfico abaixo). Elas surgiram nos anos 1988 e 1989, mas só foram reaparecer no jornal em 1994, depois em 1998, amargando novo silenciamento até 2006 e 2007, voltando a ressurgir em 2012 com a publicação do seu último texto.

Gráfico 3 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre circuncisão masculina como método preventivo ao HIV, por ano.



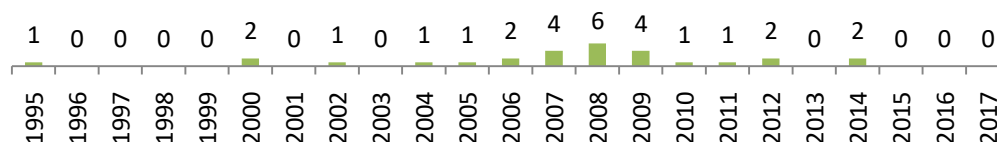
Fonte: a autora.

Já na FSP, a circuncisão masculina foi o segundo método mais citado, com 28 textos, atrás apenas da PrEP (34 textos). Mas isso não se deve a que ela tenha sido o primeiro método a surgir no tempo – afinal, a PrEP surgiu em fins dos anos 2000 e teve mais textos. Na verdade, identificamos que houve um forte agendamento midiático sobre circuncisão pela FSP, principalmente se comparado a'OG, ocorrido sobretudo durante a década de 2000.

A FSP silenciou-se acerca da circuncisão masculina como método preventivo ao HIV por pelo menos sete anos em comparação a'OG. O primeiro texto foi publicado apenas em 1995 e o segundo só em 2000 (ver gráfico abaixo). Contudo, metade de todos os textos foi veiculada entre 2007 e 2009 – um agendamento midiático não observado n'OG. Ocorre justamente nesse período a publicação de resultados de estudos científicos mais sólidos acerca

deste método e a discussão por parte da comunidade internacional sobre torná-lo ou não política pública. Já durante os anos 2010, diminuiu-se significativamente a publicação de textos sobre circuncisão masculina na FSP – observado também n’OG. Cremos que isso se deva ao próprio arrefecimento das discussões acerca da circuncisão masculina como método preventivo ao HIV, mais intensas nos anos 2000, e ao advento da PrEP e do TasP. Estes surgem nos anos 2010 como novidades preventivas e passam a ser foco dos debates internacionais e nacionais acerca de sua adoção como políticas públicas de saúde – e, assim, ganham mais notoriedade.

Gráfico 4 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre circuncisão masculina como método preventivo ao HIV, por ano.



Fonte: a autora.

Em ambos os jornais, a circuncisão masculina foi o método cujos textos ocuparam os menores espaços. N’OG, a maioria foi de 1/9 de página, o que reforça o silenciamento percebido neste jornal acerca da circuncisão masculina. Já na FSP, os menores textos ocuparam 1/32 de página. Entretanto, também houve alguns de meia página, página inteira ou até três páginas. Estes foram veiculados entre 2007 e 2009 – justamente durante o período de maior concentração noticiosa sobre esse método neste jornal.

Em ambos os jornais, a maioria dos textos sobre circuncisão não cita os outros três métodos preventivos por nós estudados, o que indica que ela teve um espaço próprio de discussão e debate. As exceções na FSP são 2 textos: um publicado em 2008 também citando PrEP, e outro de 2012, citando PrEP e TasP. N’OG, a única exceção consiste na matéria publicada em 17/07/2012, que também cita PrEP e TasP.

Contudo, em ambos os jornais a camisinha foi um método bastante mencionado ao tratarem da circuncisão: ela está presente em 12 (42%) dos 28 textos da FSP e em 7 (70%) d’OG.

5.3.5 PEP

A PEP foi o método preventivo menos noticiado em ambos os jornais, com apenas 11 textos na FSP e 6 textos n’OG – rever gráfico 2. Este fato surpreendeu-nos, já que dentre os

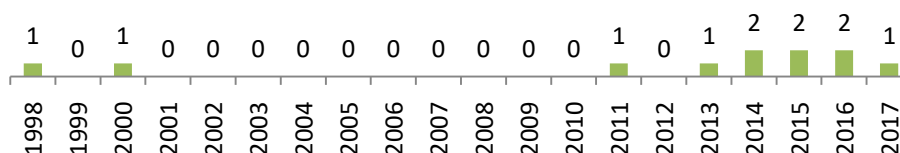
quatro métodos biomédicos preventivos ao HIV, a PEP é justamente o primeiro – e, portanto, o mais antigo – a ser disponibilizado no SUS. Contudo, recebeu menor atenção midiática por esses jornais, menos até do que a circuncisão masculina, que nunca se tornou política pública no Brasil. Ademais, em ambos os jornais, a PEP foi o segundo método cujos textos ocuparam os menores espaços (como de 1/8 de página no OG e 1/16 na FSP), ficando atrás apenas da circuncisão masculina. Isso reforça a baixa disposição dos jornais em noticiá-la.

A pouca quantidade de matérias sobre PEP demonstra o silêncio dos jornais sobre esta importante forma de prevenção à disposição dos cidadãos no SUS. Pesquisas indicam que os brasileiros têm feito menos uso da camisinha (BRASIL, 2016); contudo, a PEP é pouco buscada, principalmente por ser pouco conhecida pela população (CONTREIRAS, 2015). Parte disso deve-se à sua baixa divulgação (JARDIM, 2016) – tanto pelo governo em campanhas de saúde quanto pela mídia noticiosa, como podemos notar.

Tão importante quanto o que o jornal divulga é aquilo por ele silenciado. Para Eni Orlandi (2007b, p.68), o silêncio não corresponde a uma ausência de significação – pelo contrário, também é estar no sentido. Assim, o silenciamento dos jornais sobre a PEP não exclui o sentido, e sim desloca-o, significa-o em outros lugares. Ele marca uma política de sentido que produz o não-dito. Segundo Rodrigues (1999), a mídia priva de publicidade os temas que não se enquadram em seu sistema de valores e os sujeitos que não cumprem as regras de seu discurso – relegando-os, portanto, à invisibilidade social, já que a realidade se confunde com o que é por ela midiaticizado. Uma hipótese (que não poderíamos comprovar com esta pesquisa) para a baixa divulgação sobre a PEP, tanto por parte dos jornais aqui estudados quanto pelo próprio governo, é certa moral conservadora presente na sociedade brasileira acerca do sexo, principalmente aquele que não seguiu as normas sanitárias da prevenção. O que a PEP tem de mais diferente em relação aos outros métodos é justamente servir a um sujeito que “falhou” previamente na prevenção; ela age no pós-sexo que descumpriu as normas sanitárias, daí ser empregada com caráter emergencial e de exceção – enquanto a circuncisão, a PrEP e o TasP visam prevenir a infecção antes do sexo e, portanto, ser a norma sanitária. Logo, também poderia haver certo receio por parte do Ministério da Saúde e da imprensa de serem acusados de incentivar o sexo “inseguro”. Uma outra hipótese para a baixa publicização da PEP pelo governo, tanto em campanhas de saúde quanto em *releases* para a mídia, seria o aumento nos custos com a maior procura por essa forma de prevenção, pois ela requer medicamentos, exames e serviços de saúde com os quais o SUS, já subfinanciado, teria de arcar.

A PEP surgiu na FSP em 02/02/1998, no ano em que passou a ser oferecida no SUS para casos de acidentes de trabalho. Após dois anos, a FSP publicou a segunda matéria sobre a “pílula do dia seguinte contra a aids”, em 03/02/2000. Durante a década de 2000, houve um grande silenciamento sobre a PEP na FSP, também observado n’OG – justamente o período em que ela foi ofertada no SUS apenas a vítimas de violência sexual e profissionais da saúde que se acidentavam com material contaminado. Como podemos ver no gráfico abaixo, dos 11 textos da FSP sobre PEP, 9 foram publicados entre 2010 e 2017, sendo que a maior concentração de textos de todo o período de veiculação da PEP na FSP está entre 2014 e 2016 (2 textos em cada ano).

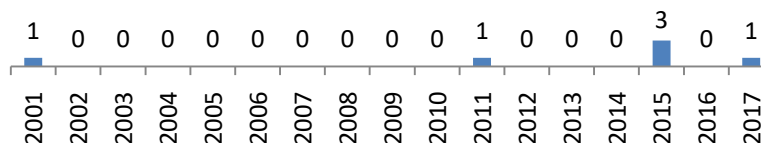
Gráfico 5 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre PEP, por ano.



Fonte: a autora.

OG, ao contrário da FSP, silenciou-se sobre a PEP quando da sua introdução no SUS, em 1998, para acidentes de trabalho. A primeira publicação ocorreu apenas em 06/01/2001 e a segunda, 10 anos depois (28/05/2011). Portanto, houve um grande silenciamento sobre ela durante a década de 2000, também observado na FSP. A maior concentração noticiosa de todo o período de veiculação da PEP n’OG ocorreu em 2015, com 3 textos.

Gráfico 6 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n’O Globo sobre PEP, por ano.



Fonte: a autora.

Notamos, portanto, que a maior concentração de textos sobre PEP em ambos os jornais ocorre na década de 2010. É preciso lembrar que foi justamente em outubro de 2010 que a PEP passou a ser oferecida no SUS também a pessoas que compartilharam seringas ou que mantiveram relações sexuais consideradas de risco. Ademais, percebemos que seu agendamento midiático nos jornais deve-se em grande parte à introdução da PrEP e do TasP como políticas públicas. Na FSP, dos 9 textos que a citam desde 2010, 6 também fazem menção a esses outros métodos preventivos: 3 citam PrEP, 2 citam PrEP e TasP e 1 cita TasP.

N'OG, todos os textos sobre ela desse período também fazem menção a esses outros métodos preventivos – 3 citam PrEP e TasP e 2 citam PrEP. Ademais, a camisinha está presente na maioria dos textos sobre PEP em ambos os jornais, desde o surgimento do método neles: em 4 dos 6 textos d'OG e em 6 dos 11 textos da FSP.

5.3.6 TasP

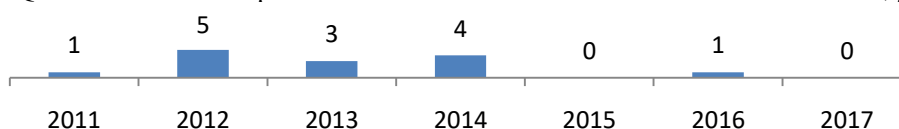
Dos 4 métodos preventivos, o TasP foi o segundo mais noticiado n'OG, com 14 textos, atrás da PrEP (rever gráfico 2). Já na FSP, ele ocupa o terceiro lugar, com 15 textos, antecedido pela PrEP e pela circuncisão masculina. Contudo, se observarmos apenas a década de 2010, ele passa a ocupar o segundo lugar nesse jornal. Para nós, esse maior agendamento midiático do TasP com relação à PEP e a circuncisão masculina desde seu advento em ambos os jornais deve-se a que ele, juntamente com a PrEP, tenham sido os métodos-novidade desse período e incorporados pelo SUS.

Em ambos os jornais, o TasP foi o segundo método cujos textos ocuparam os maiores espaços (como de meia página a página inteira) ficando atrás apenas da PrEP.

Dos 14 textos sobre TasP na FSP, 12 (85%) também tratam de outros métodos preventivos: 8 citam PrEP, 2 citam PEP e PrEP, 1 cita PEP e 1 cita circuncisão e PrEP. Já n'OG percebemos que o TasP teve uma produção noticiosa própria maior: dos 15 textos sobre TasP n'OG, 7 (46%) também citam os outros métodos preventivos: 3 citam PrEP, 3 citam PEP e PrEP e 1 cita circuncisão e PrEP. A camisinha também aparece nos textos sobre TasP em ambos jornais, mas com mais expressividade na FSP (8 textos - 57%) do que n'OG (6 textos - 40%).

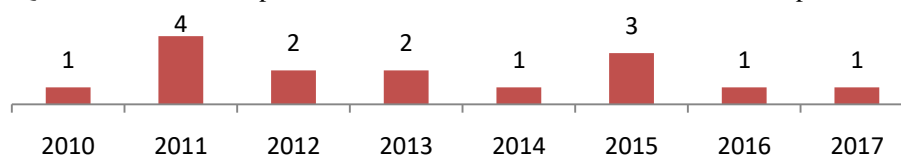
O primeiro texto sobre TasP na FSP ocorre em 2011 (um ano após OG), mas a maioria das publicações sobre este método ocorre em 2012 (5 textos), 2013 (3 textos) e 2014 (4 textos) – ver gráfico 7. Esse é um comportamento diferente d'OG, cujas maiores concentrações noticiosas se dão em 2011 (4 textos) e 2015 (3 textos), havendo publicação de textos em todos os anos de 2010 a 2017 – ver gráfico 8.

Gráfico 7 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre TasP, por ano.



Fonte: a autora.

Gráfico 8 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre TasP, por ano.



Fonte: a autora.

Observando a diferença entre as maiores concentrações de textos, percebemos que, em 2011, OG noticiou resultados do estudo HPTN-052, também mencionados em 2 artigos de opinião – o que não foi veiculado na FSP. Em 2012, o TasP foi mais citado na FSP em texto de Drauzio Varella¹⁹⁷ sobre o HPTN-052, em matérias sobre PrEP e em artigo de opinião. Em 2013, OG produziu 1 texto a menos do que a FSP, mas não deixou de noticiar nada que o concorrente tenha coberto. Em 2014, a maior quantidade de textos na FSP deveu-se a que ela tenha sido citada em matérias sobre PrEP e em artigos de opinião. Já em 2015, a FSP não produziu nenhum texto sobre TasP, enquanto n'OG ele apareceu na fala de entrevistados em matéria sobre lançamento da campanha de prevenção no carnaval, em artigo de opinião, e em matéria sobre as novas diretrizes da OMS para colocar os soropositivos imediatamente em tratamento após o diagnóstico.

5.3.7 PrEP

Em ambos os jornais, a PrEP foi o método preventivo com mais textos (rever gráfico 2): 34 na FSP, 12 a mais do que n'OG. Ela também foi o método cujos textos ocuparam os maiores espaços em ambos os jornais – como de meia página a página inteira.

Todo esse esforço de cobertura midiática deve-se, em grande parte, a que a PrEP tenha sido bastante discutida no Brasil pelo Ministério da Saúde, que investiu em estudos sobre sua eficácia e na sua implementação no SUS. Contudo, reiteramos que se trata de um baixo quantitativo de textos jornalísticos sobre PrEP n'OG e na FSP. O método recebeu pouca

¹⁹⁷ Antônio Drauzio Varella é médico oncologista e escritor, conhecido por suas aparições na mídia para falar sobre assuntos ligados à saúde. Em 1986, iniciou campanhas em rádios de São Paulo com o intuito de esclarecer a população sobre a aids e os meios conhecidos até então para preveni-la. No livro “Estação Carandiru” (1999), Drauzio relata sua experiência como médico de doentes de aids desse presídio brasileiro, entre 1989 e 2002. Ele trabalhou em diversas emissoras de rádio falando sobre doenças e suas formas de prevenção. Na televisão, participa do programa Fantástico, da Rede Globo, e faz matérias para o Canal Universitário e para a TV Senado, nas quais entrevista especialistas e discute assuntos de saúde em diversas áreas. Ademais, na internet Drauzio tem um canal no YouTube.

atenção desses veículos, ainda que tenha se tornado uma política pública de saúde – dirigida, a propósito, a populações altamente estigmatizadas historicamente. A baixa divulgação, pelos impressos analisados, de um direito de saúde a elas concedido nos leva a refletir sobre as implicações éticas disso.

Dos 34 textos na FSP sobre PrEP, 15 (44%) também mencionam os outros 3 métodos por nós estudados: 8 citam TasP, 3 citam PEP, 2 citam PEP e TasP, 1 cita circuncisão e TasP e outro cita circuncisão. Já n’OG, 9 textos (40%) também mencionavam outros três métodos por nós estudados – índice ligeiramente menor ao da FSP: 3 citam TasP, 3 citam PEP e TasP, 2 citam PEP e 1 cita circuncisão e TasP.

Em ambos os jornais, a camisinha está presente na maioria dos textos que citam a PrEP: em 22 textos (64%) na FSP e em 15 textos (68%) n’OG.

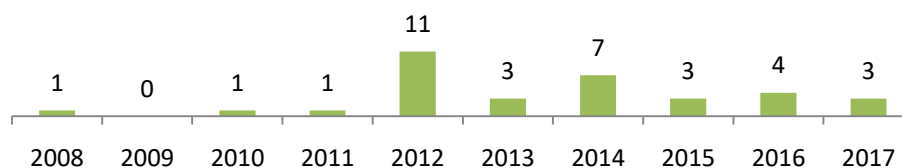
A PrEP surgiu em ambos os jornais em 2008. O primeiro texto n’OG foi uma matéria publicada em 07/08/2008 (4 meses antes da FSP) com o título “A pílula do dia anterior”. A matéria reunia resultados preliminares de três estudos em andamento sobre o método, publicados na revista científica *The Lancet* após apresentação na Conferência Internacional de Aids.

Na FSP, o primeiro texto sobre PrEP foi publicado em 01/12/2008, no Dia Mundial de Luta contra a Aids. Trata-se de artigo de opinião – ou seja, a primeira menção à PrEP na FSP não se deu, como n’OG, como um agendamento realmente noticioso informativo. O artigo de opinião era de autoria do infectologista Caio Rosenthal e de Mário Scheffer, pesquisador, professor de Medicina na USP, ocupante de cargo na presidência da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), comunicador social, sanitarista e membro do Grupo Pela Vida de São Paulo. Tanto nós quanto Araujo (2016, p. 142 e 146) observamos que essa dupla escreve artigos de opinião sobre aids na FSP (e n’OG) com certa frequência, principalmente em Dia Mundial de Luta contra a Aids – Caio Rosenthal desde pelo menos a década de 1990; acompanhado durante a década de 2000 por Mario Scheffer.

Após o primeiro texto publicado em cada jornal em 2008, a PrEP só ressurgiu neles a partir de 2010, havendo publicações em todos os anos até 2017 (ver gráficos 9 e 10). Notamos que seu agendamento por ambos os impressos deu-se mais quando do debate, tanto a nível internacional como nacional, sobre a aprovação do Truvada como PrEP e sua transformação em política de saúde.

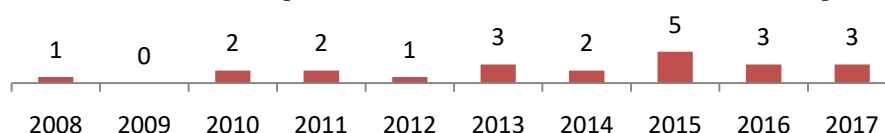
Na FSP, a maior concentração noticiosa dá-se em 2012, com 11 textos, e em 2014, com 7 textos – o que é um comportamento bem diferente d’OG, no qual isso ocorre em 2015, com 5 textos.

Gráfico 9 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre PrEP, por ano.



Fonte: a autora.

Gráfico 10 - Quantitativo de textos publicados até 31/12/2017 n'O Globo sobre PrEP, por ano.



Fonte: a autora.

Notamos que no ano da maior concentração noticiosa na FSP, ela produziu entre os dias 17/07/2012 e 10/08/2012 9 textos, todos sobre PrEP – um comportamento atípico em comparação ao restante do *corpus* ampliado do jornal, já que a produção noticiosa em geral é mais espessada no tempo, e também em comparação com a produção d’OG durante o mesmo período (apenas 2 textos). Foram matérias anunciando a aprovação do Truvada como PrEP nos EUA – com repercussões no editorial da FSP e em artigos de opinião (algo que não ocorreu n’OG, apesar de ele a ter noticiado) – e sobre a sua recomendação pelos EUA a homossexuais (não noticiada pel’OG). Já no segundo ano de maior concentração noticiosa sobre PrEP na FSP (2014), ela noticiou que “Nos EUA, *gays* resistem a usar pílula para evitar HIV”, que “EUA recomendam pílula que previne HIV para grupos de risco”, que a “OMS recomenda a homens *gays* droga que previne HIV” (também noticiada pel’OG), e que a “Comunidade gay se divide quanto a terapia preventiva ao HIV” – tudo com repercussões no espaço opinativo do jornal, o que não ocorreu n’OG. Já em 2015, ano da maior concentração noticiosa sobre PrEP n’OG, este jornal abordou os estudos da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) acerca do método e mostrou o debate principalmente nacional sobre ele – o que também foi feito pela FSP, mas com 2 textos a menos naquele ano. Ademais, OG também noticiou a recomendação da OMS de que a PrEP fosse usada por todos em risco de exposição ao HIV – o que foi silenciado pela FSP.

5.3.7.1 Editorias

Observemos agora as editorias nas quais foram publicados os textos, já que elas refletem sentidos dados pelo jornal aos assuntos abordados (GUIMARÃES, 2002).

Na FSP, 18 dos 34 textos (53%) foram publicados em editorias que continham as palavras “ciência” e/ou “saúde” em seus nomes (ver tabela abaixo). Tais palavras denunciam a lente por meio da qual a PrEP é vista pelo jornal, pois têm por função “determinar exatamente o domínio da informação central da notícia, guiando o olhar do leitor para o assunto tratado no texto” (FERRAZ, 2015, p. 219).

Tabela 8 - Quantidade de textos publicados até 31/12/2017 na Folha de S.Paulo sobre PrEP, por editoria.

Editoria	Quantidade de textos
Caderno Cotidiano, Saúde	2
Caderno Cotidiano, editoria Ciência+Saúde	3
Caderno Cotidiano, editoria Saúde + Ciência	12
Opinião	10
Caderno Folha 10, sem editoria	1
Caderno The New York Times International Weekly, editoria Saúde & Boa forma	1
Caderno Cotidiano, sem editoria	5
Total	34

Fonte: a autora.

A maioria dos textos sobre PrEP na FSP (22, ou 65%) foi publicada no caderno Cotidiano – que, segundo a própria Folha de S.Paulo (2018e), cobre “os principais fatos nas áreas de educação, urbanismo, violência, saúde pública, ambiente, administração pública e comportamento”. Nele, 15 textos foram publicados na editoria Ciência + Saúde (que por vezes também recebe o nome de Saúde + Ciência). Esta notícia:

[...] as últimas descobertas e pesquisas mais recentes e importantes nas áreas científica e médica no Brasil e no mundo, com especial atenção para o didatismo e para o uso de recursos visuais na explicação de assuntos complexos. Também serviços e reportagens para melhorar a saúde e o bem-estar. (FOLHA DE S.PAULO, 2018d)

Houve 1 texto no caderno Folha 10, que reunia as 10 principais notícias da semana. Tratava-se de “um anexo digital desenvolvido particularmente para tablets que pode ser acessado pelos assinantes do periódico através de seus aparelhos sempre aos domingos, quando é publicado” (MENDES NETO et al., 2015, p. 4).

Também houve 1 texto publicado na editoria Saúde & Boa Forma do caderno The New York Times International Weekly. Este era produzido por editores do New York Times News Service, dos EUA, e distribuído como uma seção autônoma dentro de 29 jornais em 19

países. O caderno cobria assuntos internacionais sobre estilo de vida, negócios, ciência, tecnologia e cultura (ADNEWS, 2016).

A PrEP também esteve presente na editoria de Opinião da FSP, com 10 textos (30%). Na subseção “Textos opinativos”, abordaremos mais detalhadamente esse assunto.

Já n’OG, dos 22 textos sobre PrEP, 18 (82%) foram veiculados em editorias relacionadas a ciência e saúde (ver tabela abaixo): 1 (4,5%) em Saúde, 6 (27%) em Ciência e 11 (metade) em Sociedade, editoria que mescla assuntos variados, como ciência, saúde e história. Antes de a editoria Sociedade ser criada, em abril de 2014, a maioria dos textos foi publicada em Ciência.

Tabela 9 - Quantidade de textos publicados até 31/12/2017 n’O Globo sobre PrEP, por editoria.

Editoria	Quantidade de textos
Ciência	6
Opinião	1
Saúde	1
País	1
Sociedade	11
Segundo Caderno ¹⁹⁸ (sem editoria)	1
Jornais de Bairro ¹⁹⁹ - Niterói	1
Total	22

Fonte: a autora.

A editoria Sociedade englobou as antigas editorias de Saúde²⁰⁰, Ciência, Educação e História, que circulavam desde 2007²⁰¹ (SILVA, 2017). Antes, a editoria Ciência era publicada ao longo da semana, História aos sábados e Saúde aos domingos – mas todas eram de responsabilidade da mesma equipe de jornalistas. A reestruturação editorial provocou

¹⁹⁸ Segundo a Infoglobo (2018), o Segundo Caderno circula de segunda a domingo e cobre “tudo sobre cultura, opinião dos críticos de arte e as novidades do cinema, do teatro e da tv comentadas por quem entende do assunto”.

¹⁹⁹ “Os Jornais de Bairro são cadernos, em formato tabloide, com noticiário específico de um bairro ou grupo de bairros da cidade e de outras regiões do estado, e que têm circulação semanal.” (SILVA, 2017, p. 66).

²⁰⁰ A criação da editoria Saúde, em 2007, foi assim anunciada pel’OG: “Apresentar as descobertas da medicina e da biologia capazes de melhorar a qualidade de vida é uma das metas da nova seção de Saúde e Bem-Estar que O GLOBO começa a publicar neste domingo. Com ela, a editoria de Ciência se torna maior e mais completa” (O GLOBO, 2007).

²⁰¹ Antes das editorias de Saúde e Ciência, havia a Revista O Globo, que circulou de 2004 a 2007, mas na qual eram pouco explorados os temas da saúde, do ponto de vista de uma cobertura especializada. Segundo um jornalista entrevistado por Silva (2017, p. 83-84), isso se devia à visão da editora da época: “Os leitores começaram a reclamar que não existia mais saúde no Globo. Foi quando o Rodolfo, que assumiu a direção de redação, me chamou e falou que ia abrir uma página de saúde ao lado da ciência. Ciência era só ciência. Ele chamou [a editora] e falou que ia criar um espaço de saúde. Depois, com a doença do Rodolfo, esse espaço foi ficando largado... porque ninguém tomava decisão nenhuma, o espaço foi minguando, minguando, e com todas aquelas mudanças, os outros jornais [do Rio] também foram reduzindo espaço para a saúde e aí foi ficando mais difícil fazer”.

mudanças na equipe, que passou a contar com um editor e subeditores das antigas editorias (LEITE, 2016, p. 44-45). OG anunciou a criação da editoria Sociedade dessa forma: “O GLOBO circula hoje com uma nova seção diária. A editoria Sociedade abrangerá temas variados, de educação e ciência a tecnologia e saúde, de sexo e drogas a direitos civis e religião” (SEÇÃO, 2014). Para nós, a mescla de temas tão variados em uma mesma editoria é ilustrativo do espraiamento da saúde para outras áreas da vida, abordado em capítulo anterior.

Segundo jornalista d’OG especializado em saúde entrevistado por Silva (2017, p. 87), a criação de Sociedade teve como objetivos agregar em uma única editoria assuntos que demandavam a cobertura de repórteres especialistas, bem como garantir que esses temas mantivessem minimamente seus espaços editoriais – o que poderia não acontecer se cada um tivesse uma editoria própria, veiculada não diariamente, pois poderiam ter suas páginas reivindicadas na falta de espaço para as editorias principais cobrirem assuntos emergentes e importantes. Contudo, Sociedade já enfrentou momentos de queda de importância dentro do jornal. Segundo um de seus jornalistas, em 2015 houve demissões n’OG em várias editorias, precisando haver remanejamento de pessoal – o que resultou na diminuição de páginas de Sociedade:

Ficou com uma página só e com um repórter e um editor (...). Isso durou uns 3 ou 4 meses, aí perceberam que tinha sido um erro, porque essas notícias estavam sendo mal cobertas (...). Aí retomaram a editoria, mas não do tamanho que ela chegou a ter quando foi criada. (Jornalista d’OG em depoimento a SILVA, 2017, p. 87-88)

N’OG as notícias relacionadas a saúde são publicadas em diversas editorias – a local, a nacional e as especializadas. Em depoimentos dados à pesquisadora Silva (2017, p. 80-82), dois jornalistas d’OG com experiência em cobrir temas da saúde informaram que o noticiário de teor científico é direcionado às editorias especializadas, que variaram de nomes ao longo do tempo: Ciência e Vida (1987 a 1997), Ciência (2008 a 2014), Saúde (2008 a 2014) e Sociedade (2014). Os informantes também comentaram que, geralmente, a editoria local (nomeada Grande Rio ou Rio) cobre assuntos relativos a atendimento médico à população, o funcionamento da rede de serviços, questões de saneamento, ocorrências epidemiológicas etc. A editoria nacional (País) cobre questões mais voltadas para a política de saúde e atos da burocracia estatal em Brasília, mas nela também aparecem os mesmos temas das editorias locais, quando têm abrangência nacional ou por questões internas à edição (como falta de espaço em outra editoria). Um dos jornalistas assim resume o conteúdo sobre saúde das diversas editorias d’OG:

Assim como o Brasil demorou a ter um Sistema Único de Saúde... a cobertura dos jornais sempre foi uma cobertura fragmentada. Tinha três saúdes, basicamente: uma cobertura de cidade [editoria Rio], que era saúde pública, saúde que afeta mais as pessoas no dia a dia; uma cobertura de saúde em Ciência ou internacional [editoria Mundo], que eram as grandes descobertas, uma nova vacina, um novo produto, que vinham, normalmente, das agências [de notícias] internacionais; e uma cobertura no Jornal da Família, que era de outro tipo, uma saúde... eu nem sei como é que eu classificaria essa saúde, mas ela é um pouco diferente, é mais a família, o comportamento. Eram três coberturas. É bom? É ruim? Eu não tenho certeza (Jornalista d'OG em depoimento a SILVA, 2017, p. 82)

Leite (2016, p. 58-59) também entrevistou jornalistas especializados em saúde, tanto d'OG quanto de outros jornais de RJ. Ela chegou à conclusão de que esses profissionais consideravam como temas de saúde pública – e, portanto, de interesse da coletividade – o que era veiculado em editorias relacionadas a cidade e política (como epidemias, mau funcionamento do sistema de saúde e políticas públicas) – em contraste com temas de saúde individual, reservado às editorias especializadas (trazendo pesquisas científicas com o objetivo de esclarecer sobre doenças e meios de preveni-las, mas também textos sobre campanhas de vacinação e inovações no serviço público). Um dos depoentes de Leite (2016, p. 59) resume esta percepção da seguinte maneira: “[A editoria de saúde] trata da saúde da porta de casa para dentro. E a saúde pública é a saúde da porta de casa para fora”. Assessores de imprensa ouvidos por Leite (2016, p. 59) também se queixaram de que os jornalistas dos periódicos do RJ “privilegiam a saúde dos comportamentos, dos estilos de vida e não da doença”. Isso por si só nos fez supor que os discursos sobre o risco presentes nos textos d'OG acerca dos métodos preventivos ao HIV estudados veiculados nas editorias especializadas pudessem apelar à responsabilização individual pela saúde – hipótese que testamos na etapa de análise discursiva, sobre a qual nos ocuparemos mais adiante.

Grande parte das publicações sobre os outros três métodos biomédicos preventivos ao HIV também foi publicada em editorias sobre saúde e ciência – fato que não nos surpreende, já que o tema envolve pesquisas científicas e implementação de políticas públicas de saúde. Ademais, esses resultados reforçam as conclusões dos estudos sobre o jornalismo brasileiro acerca da aids, que apontam ter sido a epidemia, ao longo dos anos, deslocada para essas editorias, em uma cobertura que tem privilegiado cada vez mais as novas descobertas científicas e as ações de governos e organismos internacionais relacionados à aids. Contudo, isso também significa que a prevenção à aids tem sido discutida por esses jornais muito mais em torno da descoberta de novos fármacos e menos em torno do enfrentamento de

vulnerabilidades determinadas por fatores sociais, econômicos e culturais – e que podem, por vezes, até limitar o acesso a esses novos fármacos. O enfoque dado às novas terapias e tratamentos também “indica o apelo jornalístico das mudanças tecno-científicas ocorridas a partir de meados da década de [19]80, transformando o fenômeno da medicalização em biomedicalização” (FERRAZ, 2015, p. 207).

5.3.7.2 Chamadas

Em nossa análise, observamos quantos textos sobre a PrEP tiveram chamada na capa do jornal porque esta é como uma vitrine na qual, segundo Traquina (2005), estão os assuntos que o periódico considera os mais importantes da edição do dia, de mais impacto, de maior valor-notícia e aos quais ele geralmente dedicou mais tempo e esforço para apurar.

A PrEP foi o método com mais chamadas na capa em ambos os jornais. Na FSP, isso ocorreu em 7 dos 34 textos (20,5%) sobre o método. Destes, 1 era de caráter opinativo e em pelo menos 4 deles a PrEP era o objeto principal da matéria. Como veremos, o OG também dedicou a mesma quantidade de capas a esse método, e a mesma quantidade deles focava a PrEP, ainda que tenha publicado 12 textos a menos que a FSP.

O primeiro texto citando PrEP com capa na FSP foi veiculado em 17/07/2012 sob o título “EUA aprovam droga contra infecção pelo vírus da Aids”, e também aborda TasP, ainda que de forma muito breve. O mote principal da matéria é a aprovação do Truvada como PrEP pela FDA. Como veremos, o mesmo comportamento noticioso foi observado n'OG na mesma data.

O segundo texto citando PrEP com capa na FSP foi veiculado em 20/07/2012 sob o título “Vitória contra a Aids”. Trata-se de um editorial do jornal, em que a PrEP é citada no seguinte trecho:

Felizmente, há boas notícias também no campo da profilaxia. Nos últimos anos, têm sido colhidas evidências de que antirretrovirais podem ser usados para evitar a infecção pelo HIV. O governo norte-americano já autorizou a distribuição de um medicamento a ser usado antes da exposição ao vírus. A nova pílula, por enquanto, é indicada apenas para grupos de risco – e não aposenta a camisinha como principal medida de proteção. Tal linha de pesquisa, porém, é considerada promissora. (FSP, 20/07/2012, editoria Opinião, p. A4)

O terceiro texto citando PrEP com capa na FSP foi veiculado em 06/07/2013 sob o título “País avalia uso preventivo de droga anti-HIV”, e também aborda TasP, ainda que de forma muito breve. O mote principal da matéria é o início de um estudo da Fiocruz sobre PrEP.

O quarto texto citando PrEP com capa na FSP foi veiculado em 02/12/2013 sob o título “Governo passa a oferecer remédio a todos os infectados com HIV”, mas o mote principal da matéria é o TasP: o anúncio pelo governo brasileiro de mudanças nas políticas de HIV/AIDS, com a oferta imediata do tratamento para toda pessoa que for diagnosticada com HIV, independentemente de sua carga viral. Esse comportamento noticioso é bastante similar ao d’OG na mesma data, como veremos mais adiante. Os únicos trechos sobre PrEP são:

O governo também estuda oferecer a medicação a pessoas sem HIV e com risco maior de contrair o vírus, como usuários de drogas. (FSP, 02/12/2013, editoria Saúde+Ciência, p. C7).

Em 2014, o governo vai iniciar um estudo de profilaxia pré-exposição, que consiste no uso diário dos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV entre grupos com risco elevado de contrair o vírus, como gays, profissionais do sexo e usuários de drogas. (FSP, 02/12/2013, editoria Saúde+Ciência, p. C7).

O quinto texto citando PrEP com capa na FSP foi veiculado em 25/05/2017 sob o título “Governo adota no SUS pílula que previne HIV em grupos de risco”, e corresponde ao anúncio de que a PrEP seria oferecida no SUS pela primeira vez.

O sexto texto citando PrEP com capa na FSP foi veiculado em 07/09/2017 sob o título “Falar em cura para a Aids é criar uma cortina de fumaça”, e corresponde a uma entrevista com Richard Parker, pesquisador, ativista e diretor da ABIA. O entrevistado cita, ainda que brevemente, a PrEP e a PEP.

O sétimo e último texto citando PrEP com capa na FSP foi veiculado em 23/12/2017 sob o título “Brasil combate HIV com pílula preventiva”, e corresponde ao anúncio de que o governo passaria, naquele mês, a ofertar os medicamentos de PrEP no SUS.

Sete dos 22 textos (31%) d’OG citando PrEP tiveram chamada na capa, todos de caráter informativo. Em pelo menos 4 deles a PrEP era o objeto principal das matérias. Ademais, um outro texto possui chamada interna na segunda página do jornal. Trata-se da matéria sob título “Uma pílula por dia contra a Aids”, veiculada em 14/07/2011, que aborda resultados de dois estudos sobre PrEP.

O primeiro texto citando PrEP com capa n’OG foi veiculado em 17/07/2012, sob o título “Pílula previne a Aids”, e também abordou, ainda que de forma muito breve, o TasP. O mote principal da matéria é a aprovação do medicamento Truvada pela FDA como PrEP. Como vimos, o mesmo comportamento noticioso foi observado na FSP na mesma data.

O segundo texto citando PrEP com capa n’OG foi veiculado em 10/02/2013, sob o título “Uma nova revolução”, mas seu mote principal é a camisinha, como atestado pela

manchete: “[Título] AS NOVAS CAMISINHAS [Subtítulo] Pesquisadores desenvolvem materiais resistentes e formas anatômicas para incentivar o uso. (OG, capa de 10/02/2013).

O terceiro texto citando PrEP com capa n’OG foi veiculado em 02/12/2013, sob o título “Aids: governo amplia acesso a medicamentos”, mas o mote principal da matéria é o TasP. Como vimos, a FSP adotou comportamento noticioso semelhante na mesma data. A PrEP é noticiada em uma submatéria, de título “No RS, profilaxia para grupos mais vulneráveis”, na qual se divulga o anúncio pelo governo do início de um estudo envolvendo PrEP com populações de homossexuais, transexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo no Rio Grande do Sul, estado com altas taxas de HIV. Esta submatéria marca a entrada da PrEP como uma questão nacional n’OG.

O quarto texto citando PrEP com capa n’OG foi veiculado em 03/12/2013, sob o título “Prevenção coloca Brasil na vanguarda”, e é sobre o lançamento pelo governo de um estudo para implementar a PrEP no Brasil.

O quinto texto citando PrEP com capa n’OG foi veiculado em 12/07/2014, sob o título “Prevenção para todos os gays”, e teve como mote a sugestão da OMS de que homens *gays* usassem medicamentos antirretrovirais como forma de prevenir a infecção pelo HIV.

O sexto texto citando PrEP com capa n’OG foi veiculado em 10/02/2015 sob título “Camisinha e muito mais”, e também aborda TasP e PEP. Contudo, na sua chamada de capa apenas a camisinha é abordada. O mote principal da matéria é o lançamento pelo governo brasileiro da campanha de prevenção ao HIV/AIDS do carnaval de 2015, que teve foco no preservativo – motivo de crítica por parte de pesquisadores e ativistas.

O sétimo e último texto citando PrEP com capa n’OG foi veiculado em 01/12/2017 no jornal de bairro que circula apenas em Niterói, sob título “Arma Preventiva contra a Aids”, e é sobre a chegada da PrEP aos serviços públicos de saúde da cidade.

5.3.7.3 Textos Opinativos

N’OG, dos 22 textos sobre PrEP publicados até 2017, apenas 1 é opinativo: trata-se de um artigo de opinião de Mario Scheffer, publicado em 28/05/2011. Este artigo também cita PEP e TasP.

Na FSP, 11 dos 34 textos (32%) sobre PrEP publicados até 2017 são de caráter opinativo. A maioria (8) é artigo de opinião: metade deles assinados por Caio Rosenthal (infectologista) e Mario Scheffer em Dias Mundiais de Luta Contra a Aids, 1 por Esper Georges Kallás (infectologista e professor de Medicina na USP), 2 por David Uip

(infectologista, diretor do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e secretário estadual de saúde de São Paulo) – sendo que 1 deles também foi no Dia Mundial – e 1 por Luiz Loures (à época, médico, diretor do Unaid e secretário da ONU) e Paulo Lotufo (à época, médico, professor de Medicina da USP e diretor do Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiológica do Hospital Universitário da USP). Neste último artigo, cada autor escreveu um subtítulo com opiniões divergentes sobre se a política de prevenção ao HIV deveria priorizar *gays*. Lotufo foi um dos 6.078 cientistas mais citados no mundo em artigos científicos produzidos entre 2006 e 2016 (em um universo estimado de mais de 9 milhões de pesquisadores), segundo a lista *Highly Cited Researchers*, feita pela Clarivate Analytics, empresa estadunidense cujos serviços incluem a *Web of Science* (RYDLEWSKI, 2019).

Na FSP, além dos artigos de opinião, houve 1 editorial, 1 painel do leitor e 1 análise, por Donald G. McNeil Jr., jornalista de ciência e saúde do New York Times que "cobre doenças dos pobres do mundo, como AIDS, Ebola e malária" – segundo seu perfil na página do próprio jornal estadunidense²⁰². Em sua análise, o jornalista afirmava que “Nova pílula garante sexo mais seguro” ao oferecer a PrEP.

5.4 PREP N’O GLOBO: RESULTADOS DE ANÁLISE DISCURSIVA

Nesta subseção, visamos compreender como se dá a construção discursiva n’OG sobre o risco em saúde relacionado ao HIV/AIDS nos textos sobre PrEP. Na análise discursiva, objetivamos responder, dentre outras questões: 1) quais são as explicações principais vocalizadas na cobertura para a continuidade da epidemia de aids ao longo do período analisado – ou, em outras palavras, quem são os responsáveis por isso?; 2) quais populações foram ditas sob “maior risco” de se infectar e quais foram tidas como público-alvo preferencial da PrEP?; 3) o advento da PrEP modifica os sentidos sobre a camisinha?

Mostraremos em nossa análise “como” os textos foram escritos, produzindo certos sentidos e não outros sobre a PrEP e os riscos. A análise terá como intuito, dentre outros, identificar as estratégias discursivas mais utilizadas pelo jornal; as formações discursivas; os deslocamentos de sentido; as formas de nomeação à epidemia, aos sujeitos e à PrEP; os efeitos de sentido do uso de dados e estatísticas acerca da epidemia de HIV/AIDS e memórias discursivas acionadas.

Ao longo da análise, os enunciados do jornal serão referenciados por um código e, na sua transcrição, estarão em itálico os trechos aos quais queremos chamar atenção; entre

²⁰² Disponível em: <https://www.nytimes.com/by/donald-g-mcneil-jr> . Acesso em 22 nov. 2018.

colchetes, o que foi adicionado por nós; e entre parênteses, a data de publicação do texto de onde foi extraído.

5.4.1 Formas de nomear a PrEP

Iniciaremos a análise discursiva pela identificação das formas como a PrEP foi nomeada na cobertura d’OG. A PrEP em formato gel, de uso feminino, foi mais comumente chamada de “gel vaginal” (E276 abaixo) e “droga” (E276), mas também apareceram designações como “germicida”, “gel microbicida” (E328) e “tratamento” (E276). Interessante foi a sua alusão a uma camisinha, vista apenas uma vez (E328), em matéria cujo mote principal era o preservativo. Neste caso, o enunciado afirma que a vantagem da PrEP em gel seria não ser notada pelo parceiro sexual – ao contrário do preservativo, que tem por isso a negociação do seu uso dificultada.

E276: "Na reunião [XVIII Conferência Internacional da Aids, em Viena] foi apresentado estudo comprovando que um *gel vaginal* à base do fármaco anti-HIV tenofovir diminui as infecções no sexo feminino em 39%. É a primeira vez que *tratamento* desse tipo funciona. Os resultados do gel (desenvolvido pela Gilead Sciences) precisam ser confirmados em novas investigações, e o nível de proteção pode não ser suficiente para que seja aprovado em países como os Estados Unidos. Mas cientistas estão otimistas. A *droga* ainda diminuiu em 51% o risco de a mulher contrair herpes genital." (20/07/2010)

E328: “Um aplicador introduziria o *gel da 'camisinha invisível'*. _ Homens sempre tiveram o controle sobre a camisinha. Mulheres não têm voz. Nosso objetivo seria ajudar as mulheres – disse a professora Rabeea Omar, à revista 'New Scientist'.” (10/02/2013)

Já a PrEP envolvendo o formato de comprimido oral, sobretudo de Truvada, recebeu mais comumente as designações de “medicamento” (E352 e E560 abaixo), “medicação” (E285), “droga” (E266), “remédio” (E285 e E377), “pílula” (E551) e “tratamento” (E557), nesta ordem. A forma popular de nomear a PrEP oral como “pílula do dia anterior” foi percebida apenas na primeira matéria sobre a PrEP n’OG (E266). Outras formas de nomeá-la, ainda que menos comuns, foram “comprimido”, “profilaxia”, “arma” (E560), “tecnologia” (E369), “antirretroviral”, “fármaco” (E285) e “pequena pastilha azul” (presente apenas em E375, que analisaremos mais adiante).

E266: “[Título da matéria] A *pílula do dia anterior* [Subtítulo da matéria] *Droga* experimental tomada antes do sexo impediria infecção por HIV.” (07/08/2008)

E285: "_ Nessa fase, o objetivo foi testar a segurança e eficácia da *droga* na prevenção – comenta Brenda [Brenda Hoagland, integrante do estudo iPrEX]. Nos exames, podemos verificar se havia *medicação* no sangue dos voluntários, e o *remédio* ofereceu proteção adicional de 44%. Quanto mais a

pessoa seguia à risca a orientação de tomar o *fármaco* diariamente, maior o seu nível de proteção." (24/11/2010)

E352: “_ Através de mensagens de texto, vamos lembrar a pessoa de tomar e buscar o *medicamento*, além de conseguir coletar dados sobre seu comportamento sexual." (Fala de Valdiléa G. Veloso, pesquisadora do Ipec e do estudo PrEP Brasil, 03/12/2013)

E369: "Para ele [o diretor presidente da ABIA, Richard Parker], é 'exageradamente otimista' crer que o uso de *antirretrovirais* ganhará protagonismo na prevenção da epidemia de HIV: _ Em muitas partes do mundo, nem as pessoas já infectadas têm acesso aos medicamentos. Ou seja, não é necessariamente uma *tecnologia* que poderá ser usada amplamente como resposta à epidemia." (12/07/2014)

E551: [Título da matéria] "*Pílula* contra HIV será distribuída pelo SUS [Subtítulo da matéria] Profilaxia pré-exposição estará disponível para grupos vulneráveis". (25/05/2017)

E557: “[Manchete] Novo método de prevenção à Aids [PrEP] chega a Niterói [Subtítulo da manchete] *Tratamento* será oferecido no Carlos Tortelly a grupos mais vulneráveis (01/12/2017)

E560: "Uma *nova arma* contra o vírus HIV pode ser usada a partir de hoje, Dia Mundial de Combate à Aids. Vinte e uma cidades brasileiras selecionadas pelo Ministério da Saúde vão incorporar o *medicamento* de prevenção do HIV ao Sistema Único de Saúde (SUS), a chamada Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)." (*Lead*²⁰³ da matéria de 01/12/2017)

E375: "Todo dia, Fábio Paulo Santana, de 41 anos, toma um comprimido de manhã. O auxiliar de enfermagem *não está doente*, mas *enxerga na pequena pastilha azul um artifício contra o medo e a insegurança*. O *remédio* ingerido *devotamente* por Fábio há cinco meses é uma combinação de dois antivirais (tenofovir e emtricitabina) e reduz *drasticamente* o risco de ele ser infectado pelo HIV." (05/10/2014)

E377: "_ O *remédio* [Truvada como PrEP] *me deixa numa área de conforto psicológico*. Mas não esqueço que o Truvada não reduz o risco de outras DSTs, então *uso preservativo e sempre converso antes das relações para saber se o parceiro tem HIV e, se for o caso, se faz tratamento* ou não – afirma Fábio [Fábio Paulo Santana, de 41 anos, auxiliar de enfermagem e usuário de PrEP]" (05/10/2014)

Notamos, assim, a forte presença do léxico farmacêutico nas formas de nomeação à PrEP empregadas n’OG. Ainda que haja diferenças entre os termos *remédio*, *medicamento*, *droga* e *fármaco* no discurso técnico²⁰⁴, o que percebemos no jornal foi o uso deles de forma

²⁰³ *Lead* é o primeiro parágrafo de uma notícia. A escrita dos textos jornalísticos segue, em geral, o modelo da “pirâmide invertida”: a informação considerada mais importante é apresentada no *lead* e cada parágrafo em seguida deve conter informação de menor relevância que o anterior. O *lead* geralmente contém de forma sintética os principais aspectos do fato: o que, quem, quando, onde, como e por quê. Essa forma de escrita visa facilitar a apreensão do leitor do que há de mais relevante, principalmente porque há a possibilidade de ele não ler todo o texto da notícia.

²⁰⁴ Segundo o discurso técnico da farmacologia, *droga* é qualquer substância que modifica o funcionamento do organismo por ações químicas, com ou sem intenção benéfica. Já o *fármaco* é uma droga cuja estrutura química é definida e cujos efeitos no organismo são conhecidos por estudos, com finalidade benéfica. Assim, todo *fármaco* é uma droga, mas nem toda droga é um *fármaco*. Os medicamentos são produtos feitos a partir de *fármacos* para fins comerciais, seguindo normas e controles de fabricação (no Brasil, ditados pela Anvisa). Assim, todo medicamento é um *fármaco*, mas nem todo *fármaco* é um medicamento. Já *remédio* abrange

quase sinônima, como empregado pelo leitor leigo. Ressalta-se como o uso do termo “tratamento” para se referir à PrEP – palavra antes empregada apenas para medicamentos utilizados por doentes de aids ou por soropositivos que visavam evitar a evolução da infecção para o quadro clínico da síndrome – mostra a diluição da barreira entre sãos e doentes, entre tratamento e prevenção, pelo discurso do risco, conforme visto antes nesta tese. Esta diluição é resumida pelo trocadilho presente no título da matéria de 05/10/2014: “Remediar para prevenir”.

Em E375 (anterior) o jornal afirma que o usuário de PrEP entrevistado enxerga no Truvada “um artifício contra o medo e a insegurança”, denunciando um sofrimento mental trazido pelo discurso do risco, abordado em capítulo anterior da tese. Como o próprio entrevistado diz (E377 anterior), a PrEP o “deixa numa área de conforto psicológico” – mas, ainda assim, ele utiliza outras duas formas de prevenção ao HIV concomitantemente. Isso nos remete à discussão, feita em capítulo anterior, sobre a possibilidade de o discurso do risco criar pensamentos persecutórios (CASTIEL; DIAZ, 2007) e ansiedade (LUPTON, 1993) – servindo a PrEP como um remédio para também aliviar tensões e preocupações. Ademais, percebemos n’OG que “medicamento” e “droga” foram as formas mais comuns de nomear a PrEP, empregadas quase como sinônimos uma da outra. Vaz e Portugal (2012, p. 56), ao analisar reportagens sobre dor e doença mental na revista *Veja* de 2000 a 2004, afirmam que a diferença imaginária entre medicamentos e drogas fica mais difícil de ser sustentada quanto mais a saúde é definida como um estado ideal, pois a busca por ela iguala-se à busca por sensações de bem-estar: “Quando estados mentais ligados a sofrimento, apatia, ansiedade etc. definem por conta própria uma doença, qual é a diferença, além da receita médica, entre tomar um antidepressivo e usar substâncias como cocaína, heroína ou ecstasy?”. Os autores argumentam, então, que talvez por conta dessa dificuldade de sustentar a diferença imaginária entre medicamentos e drogas, a entrada de novos remédios no mercado seja saudada com uma linguagem religiosa, como a materialização do Bem, ficando o leitor “tranquilizado ou mesmo desejoso de se conceber como um doente, pois assim se reconhece imperfeito aos olhos da todo-poderosa tecnologia biomédica e coloca-se em suas mãos para ser salvo” (VAZ; PORTUGAL, 2012, p. 56). Ora, é o que percebemos em E375 (anterior), quando o jornal afirma que o Truvada como PrEP é “ingerido *devotamente* por Fábio”. Ainda segundo os Vaz e Portugal (2012), essa dimensão messiânica do medicamento é reforçada pela quase total ausência acerca dos seus efeitos colaterais no jornalismo, expondo-os “como o único caminho

qualquer coisa que faça o indivíduo se sentir melhor, desde medicamentos, fisioterapia, massagens até mandingas (GUIMARÃES; TAVEIRA, p. 9-11, 2014; PORTAL EDUCAÇÃO, 2019).

de salvação para indivíduos querendo ainda uma vez afastar a morte, aliviar-se de seu mal-estar cotidiano e ter o que lhe é de direito: o máximo de prazer possível nessa vida”. Isso foi notado por nós acerca da PrEP n’OG, conforme veremos em subseção acerca dos efeitos adversos deste método preventivo.

Chamar a PrEP com Truvada de “pequena pastilha azul” (E375 anterior) pode remeter o leitor a outro fármaco de mesma cor: o Viagra (nome comercial), comumente nomeado de “comprimido azul” e utilizado para gerar e manter a ereção do pênis – seja por pacientes com este problema (ocasionado tanto por questões fisiológicas quanto por ansiedade), seja por homens saudáveis que querem garantir maior tempo de desempenho na penetração. O Viagra possibilitou o resgate e a potencialização do prazer sexual – características que podem ser relacionadas à PrEP oral com Truvada pelo gesto interpretativo que associa ambos os fármacos ao ler o enunciado do jornal. Como vimos em capítulo anterior, a garantia da manutenção de certo grau de prazer é condição para o funcionamento do discurso do risco, já que, sem ela, o sujeito pode rechaçá-lo. Assim, a associação do Truvada a outro fármaco aliado ao prazer sexual é produtora ao discurso do risco que almeja a adoção pelos sujeitos desse método preventivo ao HIV. Voltaremos outras vezes na questão entre risco e prazer durante a análise.

A nomeação “pílula do dia anterior” (E266 anterior) remete a uma associação entre formas medicamentosas de prevenção ao HIV e a pílula anticoncepcional ingerida pelas mulheres, primeiramente feita quando do advento da PEP. Esteve presente no discurso pedagógico sobre este método sua comparação com a “pílula do dia seguinte” tomada pelas mulheres como medida emergencial para evitar a gravidez no caso do sexo sem preservativo. Esse discurso pedagógico manteve-se para a PrEP, comparada à pílula anticoncepcional de uso diário.

A designação “nova arma” (E560 anterior) marca a continuidade do léxico bélico na discursividade da aids. Já nomear a PrEP como uma “tecnologia” (E369 anterior) remete-nos ao debate acerca da biomedicalização da aids: à influência no campo do HIV/AIDS cada vez mais crescente de mudanças tecnocientíficas, com a incorporação de bens e serviços biomédicos como itens de consumo, por vezes fetichizados como o que há de mais moderno e mais promissor para acabar com a epidemia.

5.4.2 Opiniões sobre a PrEP com Truvada

De forma geral, identificamos nos discursos d'OG que a PrEP foi bem-recebida como mais um método preventivo para ajudar no controle da epidemia de aids. Entretanto, há pelo menos duas percepções (formações discursivas) sobre a contribuição da PrEP no enfrentamento à epidemia. Elas ilustram o debate, visto em capítulo anterior, sobre a biomedicalização da aids.

De um lado, estão os discursos nos quais percebemos a crença no poder das tecnologias biomédicas para conter a epidemia, sustentados sobretudo pela OMS, pelo CDC e por pesquisadores envolvidos em ensaios clínicos de PrEP. Vejamos alguns enunciados pertencentes a essa FD:

E273: "_ No momento, *estamos desesperados para chegar a qualquer intervenção biológica capaz de prevenir a infecção pelo HIV.*" (Fala de Sheena McCormack, especialista em prevenção do Imperial College de Londres, 07/08/2008)

E284: "Os dados do estudo [iPrEX, de Truvada como PrEP] [...] indicam um *avanço importante que pode contribuir para frear epidemia entre os homossexuais* – diz Kevin Fenton, chefe de prevenção da Aids no Centro para o Controle e Prevenção de Doenças nos EUA." (24/11/2010)

E303: "De acordo com o Programa das Nações Unidas sobre Aids/HIV e a OMS, o resultado dessas pesquisas [sobre PrEP: Partners e TDF2] terá um *grande impacto* na prevenção do contágio pelo HIV. Os dados, dizem especialistas, *indicam que a pandemia de Aids*, que tem se intensificado nas últimas três décadas, *pode ser contida.*" (14/07/2011)

E312: "Segundo especialistas, a *pílula* [Truvada como PrEP] *poderá acabar com a transmissão sexual da Aids.*" (Na capa de 17/07/2012)

E559: "Coordenador do PrEP na cidade [Niterói], o médico Cláudio Palombo diz que depois de 30 anos, pela *primeira vez há uma condição real de frear epidemia* de Aids." (Na capa de 01/12/2017)

Atrelados a essa FD estão sentidos, exemplificados pelos enunciados abaixo, que apontam para a PrEP como um *avanço* (E281), que pode ter “enorme impacto” na contenção da epidemia de HIV (E302), colocando a prevenção em uma “nova e mais promissora fase” e o “Brasil na vanguarda” (E343):

E281: "Um comprimido [Truvada] tomado diariamente, que combina duas drogas, pode ser um *grande avanço* para prevenir a infecção pelo HIV, o vírus da Aids." (No *lead* da matéria de 24/11/2010)

E302: "_ Novos *instrumentos* eficazes contra o HIV são *urgentemente necessários* e esses estudos [Partners e TDF2] podem ter *enorme impacto* na prevenção da transmissão heterossexual – afirmou Margaret Chan, diretora-geral da Organização Mundial da Saúde." (14/07/2011)

E315: "A prevenção da epidemia de Aids entrou numa *nova e mais promissora fase* ontem, com a aprovação da Truvada pela Administração de Drogas e Alimentos dos EUA (FDA na sigla em inglês)." (No *lead* da matéria de 17/07/2012)

E343: "Prevenção [com PrEP] *coloca Brasil na vanguarda*". (Título da matéria de 03/12/2013)

Opondo-se à FD acima estão discursos, exemplificados pelos enunciados abaixo, segundo os quais é “exageradamente otimista” (E369) crer que prover tecnologias biomédicas de uso individual controlará a epidemia de HIV/AIDS se não houver igual investimento no SUS e em políticas capazes de sanar as determinações sociais do HIV/AIDS. Ademais, entende-se que a incorporação da PrEP ao SUS dá-se já de forma “atrasada” (E556) – opondo-se, portanto, à FD anterior segundo a qual o país era vanguardista por adotar a medida. Esse discurso esteve presente sobretudo na fala de representantes da ABIA – marcando a importância dos ativistas dessa *think tank*²⁰⁵ na sustentação de discursos contra-hegemônicos na cobertura d’OG.

E341: “Para o médico Luiz Loures, do Unaid, a Prep *facilitaria o controle da incidência de HIV* nas populações mais afetadas. Ele ressalta, *no entanto, a necessidade de estabelecer uma política de proteção a essas pessoas. _ Sem uma política antidiscriminatória, isso não vai funcionar. A experiência brasileira vem abrir o debate sobre o acesso à profilaxia por estes grupos mais vulneráveis. Isso pode ser importante do ponto de vista internacional. O tratamento não vai ser a solução em países que criminalizam a relação do mesmo sexo, por exemplo – afirmou.*” (02/12/2013)

E583: “Estudos demonstram que o uso precoce de antirretrovirais reduz em 96% a taxa de transmissão do vírus. Tanuri [Amilcar Tanuri, médico e professor da UFRJ], no entanto, *questiona se o SUS suportará o aumento da demanda: _ Serão 150 mil novos pacientes, e tem a questão da sobrecarga do SUS. Outra preocupação é o aumento do número de exames complementares para viabilizar a terapia.*” (02/12/2013)

E369: "Para ele [o diretor presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), Richard Parker], é *'exageradamente otimista'* crer que o uso de antirretrovirais ganhará protagonismo na prevenção da epidemia de HIV: _ Em muitas partes do mundo, nem as pessoas já infectadas têm acesso aos medicamentos. Ou seja, *não é necessariamente uma tecnologia que poderá ser usada amplamente como resposta à epidemia.*" (12/07/2014)

E408: "Landovitz [Raphael Landovitz, líder mundial do projeto de pesquisa com cabotegravir injetável, também feito em parceria com a Fiocruz, e pesquisador do Centro de Educação e Pesquisa Clínica em Aids na Universidade da Califórnia, em Los Angeles] acrescenta que *a prevenção da Aids precisa englobar não só um remédio, mas uma ampla estratégia, que inclui o uso de preservativos, tratamento de saúde mental, de abuso de drogas, prevenção da transmissão de mãe para filho, troca de seringas etc.*" (15/07/2015)

E555: “_ *Não adianta só despejar o medicamento [Truvada como PrEP] no SUS. Esta ação deve ser feita de modo organizado, tanto na logística quando [sic] no treinamento de profissionais e no esclarecimento da população – ressalta Veriano Terto Júnior, vice-presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.*" (25/05/2017)

²⁰⁵ *Think tanks* são “organizações de análise e compromisso de pesquisa sobre políticas públicas” (MCGANN, 2017, tradução nossa).

E556: "O Brasil, segundo Veriano [Veriano Terto Júnior, vice-presidente da ABIA], está '*atrasado*'. _ A PrEP é uma tentativa para que o país *acompanhe as tendências mundiais* mais adequadas aos avanços científicos, mas vivemos uma tendência de *retrocesso* – lamenta. _ Isso tem a ver com *corde de verbas, desinteresse na saúde e falta de prioridade em projetos sobre a Aids.*" (25/05/2017)

5.4.3 Estatísticas

Empenhamos nesta tese em demonstrar a importância da informação científica e da comunicação para o funcionamento da lógica do risco em saúde: é preciso fazer com que as informações científicas que a orientam circulem e cheguem à população, a fim de que esta tome uma decisão dita racional e correta porque cientificamente orientada. A lógica do risco almeja que a informação científica seja, na sua apropriação pelo ser humano, transformada em conhecimento, ou seja, naquilo que é “inserido nas práticas de uma ação de inteligência com a realidade” (BARRETO, 2002, p. 68). Assim, é necessário que a informação científica vá para o mercado simbólico, entendido por Araujo (2003, p. 49) como o espaço de comunicação no qual os sentidos são produzidos, postos em circulação, negociados e consumidos como modos de perceber, classificar e constituir o mundo, a sociedade e a realidade.

As informações científicas e tecnológicas²⁰⁶ sobre aids (principalmente as relacionadas a risco e as provenientes dos sistemas nacionais de informação em saúde), servem de subsídio para a formulação de políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS e para a cobertura da imprensa. Sobretudo os números e as estatísticas em saúde são amplamente utilizados pelo jornalismo por serem tidos como neutros, baseados em evidências científicas, contribuindo para embasar o argumento jornalístico e para criar o efeito de sentido de objetividade, neutralidade e imparcialidade (FERRAZ, 2015, p.78). O jornalismo é uma das formas com que a informação científica e tecnológica circula e transforma-se em importante moeda de troca para os agentes envolvidos na epidemia de aids.

As novas tecnologias de informação e comunicação facilitam o uso de sistemas de informação em saúde e a disseminação dos indicadores e estatísticas deles resultantes (JANNUZZI, 2005, p. 138). Pode-se dizer inclusive que a aids surgiu graças à Era da Informação: somente ganhou existência, tanto científica quanto para a sociedade, quando nos EUA percebeu-se, por meio de coletas sistemáticas de dados, que havia aumentado

²⁰⁶Entendamos informação científica e tecnológica como “[...] toda a informação que os cientistas e as organizações de P&D [Pesquisa e Desenvolvimento] precisam para desenvolver suas atividades; aquela necessária para estabelecer os elos entre a geração de conhecimentos e seu uso e absorção nas diferentes esferas da economia e da sociedade; as requeridas para a educação e divulgação científica; as demandadas pelas interfaces da produção científico-tecnológica com o Estado e suas instâncias decisórias, no planejamento e gestão de C&T; e finalmente, informações destinadas a ampliar a participação da cidadania e suas expressões organizadas nos processos de elaboração de políticas públicas.” (GOMEZ & CANONGIA, 2001, p. 12).

consideravelmente o consumo de certo medicamento utilizado no tratamento de um tipo de câncer mais comum apenas em idosos, mas que estava levando à morte vários jovens homossexuais. Antes disso, a aids já havia vitimado várias pessoas no continente africano por muitas décadas, mas não foi percebida justamente pelo frágil sistema de monitoramento e de informação em saúde de lá.

Entendemos as informações em saúde, nos modos de aplicação de hoje, como estratégias do biopoder (FOUCAULT, 2000) na formulação de políticas públicas em saúde, “[...] ao amplificar, paulatinamente, o ‘olhar do médico’ sobre o corpo do paciente para o ‘olhar dos aparelhos de Estado’ sobre os ‘corpos das populações’, constituindo-se em espaço de disputas de relações de poder e produção de saber.” (HAMERLI; GONZALEZ DE GOMEZ, 2007, p. 555).

Devemos reconhecer o esforço do governo brasileiro em melhorar continuamente as técnicas de monitoramento da epidemia de HIV/AIDS e suas bases de dados²⁰⁷. Mas os sistemas de informação em saúde e seus indicadores-produto não devem ser encarados como neutros – gesto de interpretação comum ao jornalismo. Eles são, antes de tudo, construtos daquilo que se quer conhecer melhor/evidenciar – o que não se julga como interessante/importante de ser conhecido e divulgado é negligenciado. “Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente.” (JANNUZZI, 2005, p. 138). Ademais, os sistemas de informação em saúde têm problemas; eles são um retrato do que pôde ser coletado em inquéritos ou em uma base de rotina, processados e analisados: há atrasos, subnotificações, preenchimento incorreto ou incompleto, fragmentação dos dados²⁰⁸ etc. (COELI et al., 2009, p. 525 e 529). Os boletins epidemiológicos sobre a aids não são afetados apenas pela qualidade da informação em si e pelas habilidades de diagnóstico do pessoal de saúde, mas também pelo grau com que as pessoas infectadas procuram atendimento em serviços públicos de saúde e a disponibilidade

²⁰⁷ No Brasil, os seguintes sistemas de informação em saúde são utilizados para o HIV/AIDS: o SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral), o SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), o SIH (Sistema de Informação Hospitalar), o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e o Monitoraids (Sistema de Monitoramento de Indicadores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais). Este último possui indicadores disponíveis para o Brasil, grandes regiões e unidades da federação, podendo ser desagregados segundo categorias como idade e sexo, além de alguma variável que caracterize o nível socioeconômico – possibilitando a análise de desigualdades pelo país.

²⁰⁸ Como afirmam Hamerli e Gonzalez de Gomez (2007, p. 561), os sistemas de informação em saúde no Brasil ainda estão fragmentados, com muitos setores, órgãos ou agências constituindo seus próprios sistemas e padronizações. Isso conduz a “questionamentos sobre a forma de produção das informações e as competências sobre a quem cabe gerir e como se deve gerir a informação” (FERLA et al., 2012, p. 2-3).

de kits de teste ao HIV, por exemplo. Ademais, o repasse de informações sobre a prevalência de HIV/AIDS entre os vários níveis administrativos são sucessivas traduções, moldadas pelos interesses políticos dos vários agentes envolvidos (FERLA et al., 2012, p. 5-6). Além disso, os dados gerados normalmente vêm brutos, tornando-se difícil para uma miríade de agentes sociais (como os próprios gestores, os conselheiros em saúde, os jornalistas etc.) decodificá-los, entendê-los e contextualizá-los, constituindo também uma barreira ao controle social (FERLA et al., 2012, p. 3).

Ainda que existam esses problemas quanto aos sistemas de informação em saúde e seus indicadores-produto, é por meio deles e dos boletins gerados que se constrói uma representação da epidemia de aids nacional, molda-se sua imagem de prevalência e influencia-se o modo como essas estatísticas, em seguida, serão utilizadas para o planejamento de intervenções (tais como o fornecimento de medicamentos, as campanhas de comunicação pró-saúde e os *releases* que serão enviados à imprensa) pelos diferentes agentes, como governos, ONG, OMS, ONU, mídia etc.

Como vimos em capítulo anterior desta tese, no início da epidemia de aids, principalmente quando do seu espraiamento entre heterossexuais, a mídia trabalhou com a ideia de um “risco generalizado” ao HIV para toda a sociedade, com intensa cobertura acerca da epidemia, em uma retórica de medo e pânico, na qual dados estatísticos foram largamente utilizados como estratégia discursiva para produzir esse efeito (VALLE, 2012, p. 35). Essa estratégia discursiva também foi notada por nós na cobertura de outros eventos epidêmicos, como a H1N1 em 2009 (COSTA et al., 2018). Contudo, em nossa análise sobre os textos acerca da PrEP n’OG, não identificamos mais a retórica do medo e do pânico, o que não significa que o discurso do risco não esteja presente no jornal. Ele se dá, mas de outras formas, com outras estratégias discursivas.

Ao coletarmos enunciados d’OG que informavam sobre as estatísticas da epidemia de HIV/AIDS, percebemos que a morte por aids ainda é colocada no cenário da narrativa sobre PrEP (E267 e E576 abaixo). Como vimos em capítulo anterior, isso também foi percebido por pesquisadores que se debruçaram sobre a cobertura jornalística mais recente acerca da aids. Contudo, o tom é bem menos alarmista comparado ao início da epidemia: somos informados que a taxa de mortalidade tem decrescido (E522), mas não a de novas infecções por HIV. Para nós, essa estratégia discursiva produz certo efeito de sentido importante ao funcionamento do discurso do risco ao HIV: é preciso que a morte esteja no horizonte das pessoas para que elas tomem medidas preventivas a fim de evitá-la; mas não tão próxima, a ponto de fazê-las preferir aproveitar o que lhe resta de vida da forma como melhor lhes convier.

E267: “Na nova linha de pesquisa na luta contra epidemia global que *matou dois milhões de pessoas no ano passado*, especialistas investigam se as drogas usadas para tratar a doença poderiam prevenir a infecção.” (07.08.2008)

E575: “Estima-se que o número [mundial] de pessoas que vão necessitar de drogas contra a doença *aumentará de 10 milhões para 15 milhões até 2015.*” (20/07/2010)

E576: “*Anualmente, no país [Brasil] a doença [aids] mata 12 mil pessoas.*” (10/02/2013)

E522: “O número de *mortes* relacionadas à Aids *caiu 26,7% nos últimos cinco anos*, passando de 1,5 milhões para 1,1 milhão, revela relatório divulgado ontem pelo UnAids, o Programa das Nações Unidas para a Luta contra a Aids. Por trás disso está um aumento expressivo no número de pessoas tratadas com terapias antirretrovirais. [...] *A queda na mortalidade só não foi maior porque o mundo não conseguiu evitar novas infecções* nos últimos cinco anos. O número de *novos casos se manteve quase o mesmo*: em 2010, ocorreram 2,2 milhões e, em 2015, foram 2,1 milhões. Isso evidencia que o *grande gargalo, segundo especialistas, é a prevenção.*” (Lead da matéria de 01/06/2016)

A taxa de novos casos de infecções por HIV é, por vezes, confundida com a taxa de novos casos de aids, como se tratassem da mesma coisa (E578 abaixo). Ademais, ora se afirma que o número de casos de HIV está aumentando (E575 acima, E570 abaixo), ora que está estável (E522 acima, E578 abaixo). De fato, os *releases* do DIAHV sobre os boletins epidemiológicos anuais de HIV/AIDS apontam para uma epidemia nacional “controlada” e “estabilizada” – informação que é, muitas vezes, reproduzida pela imprensa. Contudo, a leitura de outros agentes sociais sobre os mesmos dados sugere visão oposta (E570 abaixo), o que ilustra como as estatísticas, tomadas pelo jornalismo como neutras, são usadas segundo interesses distintos.

E578: “Hoje, a *taxa de detecção do vírus no Brasil tem se mantido estável*, em torno de *20 casos de Aids a cada 100 mil habitantes*, o que representa cerca de *39 mil casos novos da doença todos os anos.*” (02/12/2013)

E570: “Os dados mais recentes mostram que houve *44 mil novos casos [de HIV no Brasil] em 2015*. A epidemia *está aumentando, com certeza*. E o Brasil responde por 40% dos novos casos de HIV na América Latina. (Fala de Brenda Hoagland, coordenadora do estudo AMP no Brasil, 27/02/2017)

Há estimativas segundo as quais muitas pessoas não sabem que têm HIV (e, assim, chegam já doentes ao serviço de saúde) – o que pode gerar no leitor a expectativa de que ele talvez seja uma delas (E295 e E577 abaixo):

E295: “Por aqui, há [...] alto índice de diagnóstico tardio, com a chegada de *milhares de pessoas doentes de Aids* na rede de saúde, pois *existem pelo menos 250 mil soropositivos que nem sequer sabem que têm HIV.*” (Mario Scheffer em artigo de opinião de 28/05/2011)

E577: Estimativas indicam que, *anualmente, cerca de 200 mil pessoas podem estar infectadas com HIV*, sendo que *cerca de 150 mil delas desconhecem* esta situação. (02/12/2013)

Entretanto, outros enunciados apontam para uma epidemia concentrada em algumas populações (E521 abaixo) – sobretudo em HSH (E363 abaixo) e jovens (E394 abaixo). Isso

pode produzir pelo menos dois efeitos concomitantes. O primeiro é o favorecimento da percepção de risco por parte do leitor que se enquadra nessas populações mais afetadas. O segundo é o outro lado da moeda: o gesto de desidentificação com o risco de contrair HIV por parte do leitor que não se enquadra nelas – dificultando, assim, o funcionamento do discurso do risco em saúde entre esses sujeitos.

E363: "Atualmente, *jovens homossexuais homens* possuem *19 vezes mais chances* de infecção que a população em geral." (12/07/2014)

E394: "Em 2004 foram notificados 3.453 *casos de Aids* entre *jovens de 15 a 24 anos*, uma taxa de detecção de 9,6 por 100 mil habitantes. Já em 2013, a taxa *subiu* para 12,7, com 4.414 casos." (10/02/2015)

E521: [No infográfico, título do gráfico] Distribuição do HIV pela população na América Latina [Dados do gráfico] 30% *homens que fazem sexo com homens*, 23% *clientes de profissionais do sexo*, 6% *profissionais do sexo*, 3% *pessoas transgênero*, 2% *pessoas que injetam drogas*, 36% restante da população. (01/06/2016)

5.4.4 Populações tidas como público-alvo preferencial da PrEP

O estabelecimento inicial de quais populações serão público-alvo preferencial da PrEP já ocorre desde o desenho dos ensaios clínicos, com a escolha do perfil dos participantes que utilizarão a medida profilática. É preciso desmitificar a suposta neutralidade desta etapa da investigação científica e encará-la como um discurso acerca de determinadas populações e partes do globo – com efeitos concretos na vida de milhões de pessoas, dado que a ciência goza de legitimidade em uma sociedade que valoriza seu discurso como “a verdade”. A história da pesquisa clínica em HIV/AIDS é bastante ilustrativa de como o continente africano, por exemplo, tem sido alvo frequente de estudos envolvendo fármacos. Contudo, segundo alguns críticos, isso não se deve apenas ao fato de que lá haja as maiores taxas de infecção e mortalidade, mas sobretudo frágil fiscalização da observância de princípios éticos nos estudos clínicos (TITANJI, 2012; SLACK et al., 2000). Portanto, a escolha das populações participantes de ensaios clínicos deve ser vista como um gesto interpretativo e, como tal, passivo de contradiscursos. É por isso que selecionamos para a análise discursiva enunciados d’OG que se referem às populações nas quais a PrEP foi testada.

Identificamos que o jornal, ao longo da década analisada, limitou-se a divulgar quais eram os perfis dos participantes dos ensaios clínicos e os países nos quais eles estavam sendo realizados – sem problematizar ou trazer outro ponto de vista, como mostram os enunciados a seguir:

E274: "Os testes em andamento incluem 2,4 mil *usuários de drogas injetáveis na Tailândia*, 1,2 mil *heterossexuais em Botsuana*, e 3 mil *homens que fazem sexo com homens em cinco países*. [...] Um

quarto teste envolve 980 *mulheres na África do Sul* que vêm recebendo um gel vaginal experimental à base de tenofovir." (07/08/2008)

E277: "A pesquisa [com gel vaginal à base de Tenofovir] envolveu 889 *mulheres na cidade de Durban e num remoto povoado rural na África do Sul.*" (20/07/2010)

E299: "O uso de um único comprimido diário reduziu em até 73% o risco de infecção pelo vírus HIV, segundo dados de dois estudos [Partners e TDF2] envolvendo mais de cinco mil *casais heterossexuais (com um dos parceiros HIV positivo e o outro negativo) do Quênia, Uganda e Botsuana, na África.*" (No lead da matéria de 14/07/2011)

E327: "A Conrad [Programa de Pesquisa Contraceptiva] irá testar o SILC [um novo protótipo de difragma] junto com o gel tenofovir, o primeiro produto que mostrou reduzir infecções, como o HIV. Ele já vem sendo testado em *nove países do sul da África* – defendeu a pesquisadora Annette Larkins." (10/02/2013)

Identificamos apenas uma matéria na qual a pesquisadora, em sua fala coletada como discurso direto, explica o motivo da escolha das populações envolvidas em seu ensaio clínico – grupos nos quais foi detectada maior taxa de infecção por HIV:

E547: "Agora, testaremos [o AMP] em *pessoas também saudáveis, mas que fazem parte do grupo mais vulnerável para a infecção, aquele que estatisticamente é o mais afetado. Na América, esse grupo reúne gays, bissexuais, travestis e transexuais. Já na África, são as mulheres.*" (Fala de Brenda Hoagland, infectologista do INI (Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas) da Fiocruz, 27/02/2017)

E550: “_ [Quem quiser se voluntariar para o estudo AMP] Precisa ter entre *18 e 50 anos* e ser *homem que se identifica como gay ou bissexual, e homem ou mulher que se declara travesti ou transexual. O foco são esses grupos não para alimentar o estigma sobre eles, e sim porque são eles os que, nas estatísticas, aparecem como os que mais se infectam nas Américas.*" (Fala de Brenda Hoagland, infectologista do INI/Fiocruz, 27/02/2017)

Contudo, segundo Danielle Ribeiro de Moraes²⁰⁹, há uma perspectiva moralizante acerca da PrEP, já engendrada desde os ensaios clínicos na seleção da população dos estudos. Se a imprensa não se atentou para as limitações metodológicas dos ensaios clínicos envolvendo PrEP, conforme afirmado por Ferrari (2017)²¹⁰ e também percebido por nós n’OG, tampouco questionou as perspectivas moralizantes neles envolvidas.

O enunciado E550 acima aponta para um contradiscurso bastante importante na história da epidemia do HIV, ainda que seja para negá-lo: o de que a escolha de *gays, bissexuais, travestis e transexuais* como alvo preferencial dos ensaios clínicos é um ato estigmatizante.

²⁰⁹ Agradecemos à Profa. Dra. Danielle Ribeiro de Moraes por nos fazer atentar acerca disso durante a defesa do projeto de qualificação desta tese.

²¹⁰ Segundo Ferrari (2017), houve certa cobertura pela imprensa entre 2010 e 2011 dos primeiros resultados de ensaios clínicos envolvendo PrEP, principalmente em portais de notícias nacionais, que repercutiram conteúdo produzido por agências de comunicação internacionais. Nela, o autor apreendeu uma PrEP que emerge “a despeito das materialidades e contingências implicadas nas práticas de pesquisa experimental. Embora as metodologias utilizadas sejam descritas, tais descrições não têm um enfoque de destaque, e o contexto das investigações dificilmente é trazido à cena” (FERRARI, 2017, p. 137).

Como vimos nesta tese, a aids foi primeiramente identificada em homossexuais masculinos nos EUA, tendo atingido fortemente esta população antes de o vírus se espalhar para outros grupos – tanto que uma das formas iniciais de se nomear a doença, inclusive na imprensa, foi “peste gay” e “câncer gay”. Houve uma forte estigmatização deste grupo de indivíduos, que tiveram suas práticas sexuais e seus estilos de vida bastante condenados. Este embate simbólico que se seguiu ao longo da história da epidemia, ainda que só tenha sido abordado em um único enunciado pelo OG quando da discussão acerca das populações nas quais a PrEP foi testada, esteve presente em outros enunciados coletados por nós acerca das populações tidas como público-alvo preferencial da PrEP. Observemos o enunciado E270 abaixo, extraído do primeiro texto do OG citando a PrEP, em 2008:

E270: "Se tudo der certo, no entanto, *a pesquisa levanta sérias questões éticas sobre a prevenção do HIV, entre elas, quem deveria tomar o medicamento*, em que circunstâncias e qual seria o risco de efeitos colaterais. Especialista em prevenção do HIV do Imperial College, em Londres, Sheena MacCormack disse ontem que *a volta da cultura das saunas entre homens gays e bissexuais, envolvendo sexo com múltiplos parceiros, seria um dos cenários em que o uso da pílula poderia ser recomendado. _ Há encontros que reúne gays, bissexuais e alguns heterossexuais. Estimamos que as infecções de HIV entre os gays em Londres estejam aumentando 3% ao ano.*" (07/08/2008)

O enunciado E270 acima remete a uma memória discursiva dos primeiros anos da epidemia de aids, quando uma das medidas de prevenção adotadas por diversos governos foi o fechamento das saunas gays – não sem grande embate envolvido, pois foi também encarado como forma de coibir encontros sexuais entre homens. No contexto da PrEP, a sauna gay é resignificada: ela é encarada como um lugar propício para a divulgação deste novo método preventivo, dado que nela é possível encontrar pessoas que têm múltiplos parceiros sexuais – um comportamento tido como “de risco” pelos especialistas. Isso nos remete à discussão, feita em capítulo anterior, sobre o discurso do risco funcionar não na coibição dos prazeres – ao contrário: “o risco não é o outro do prazer: é construído em seu interior e para que ele possa se repetir por muito tempo” (VAZ, 2019, p. 95).

Como vimos, o enunciado E270 acima já adiantava que a PrEP levantaria “sérias questões éticas sobre a prevenção do HIV, entre elas, quem deveria tomar o medicamento”. Contudo, ao nos debruçarmos sobre os textos publicados ao longo dos dez anos analisados, notamos que o OG circunscreveu este debate apenas em relação à população de homossexuais – trazendo vozes que discutiam se todos os gays ou apenas alguns deles deveriam fazer uso de PrEP, e se ela reforçaria o estigma a essa população. Este debate, contudo, não ocorreu em relação às outras populações tidas como público-alvo da PrEP, como pessoas em

relacionamento estável com soropositivos, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e mulheres africanas.

Identificamos que o debate em torno da PrEP para homossexuais ocorreu em um momento específico n'OG: quando da recomendação pela OMS do Truvada como PrEP para esta população, em 12/07/2014. A matéria foi a manchete de destaque do dia, que trazia os seguintes dizeres:

E354: “[Manchete] *OMS indica droga anti-Aids até para gay não infectado* [Subtítulo] *Medida evita infecção em 92% dos casos e reduziria aumento no grupo em que a doença mais cresce* [Segundo subtítulo] *Médicos e entidades civis apoiam prevenção, mas questionam o uso indiscriminado*”. (12/07/2014)

E355: “A Organização Mundial da Saúde divulgou ontem uma *recomendação* para que *todos os homens que fazem sexo com outros homens* usem antirretrovirais como forma de prevenção à infecção pelo HIV. Embora o *número de novos casos da doença* venha caindo na população em geral, *entre os gays o aumento é crescente*.” (Texto da capa de 12/07/2014)

O verbo “indica” presente na manchete (E354 acima) e o substantivo “recomendação” presente no texto (E355 acima) apontam para sentidos de aconselhamento. Uma das significações atribuídas ao verbo “indicar” cristalizada em dicionário é “*Aconselhar a melhor forma de tratamento médico*”; e, para “recomendação” é “*Aviso ou advertência a respeito de algo; conselho*” (MICHAELIS, 2019). Portanto, um dos gestos de interpretação possíveis acerca dos dizeres da capa do jornal é da não obrigatoriedade de os *gays* fazerem o uso da PrEP. Esse sentido foi reforçado por outras palavras utilizadas na matéria, publicada no interior do jornal, como “sugestão” e “proposta” – presentes, por exemplo, nos seguintes enunciados:

E359: “A *sugestão* de que homens *gays* usem medicamentos antirretrovirais como forma de prevenir a infecção pelo HIV, divulgada ontem pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mobilizou médicos e ativistas em torno do tema. A eficácia do uso preventivo dos remédios – que, segundo pesquisas, pode reduzir em até 92% o risco de infecção – é enfatizada por especialistas que aplaudiram a *recomendação*, publicada em um momento em que as taxas de infecção pelo vírus da Aids entre *gays* estão atingindo altos níveis em todo o mundo.” (*Lead* da matéria de 12/07/2014)

E360: “A *proposta* [da OMS de que HSH usem PrEP] é aprovada também por organizações civis.” (12/07/2014)

Sugestão é “*estímulo; instigação; inspiração*” (PRIBERAM, 2013). Proposta é “aquilo que é apresentado para ser *avaliado* ou estudado”, “ato por meio do qual uma das partes *convida*” (MICHAELIS, 2019). Portanto, identificamos uma primeira formação discursiva (FD) sobre a PrEP para homossexuais, que vamos denominar de “Aconselhamento”. Nela, o uso da PrEP por homossexuais é incentivado, havendo certo espaço para a autonomia de escolha individual – nada é imposto. Como visto em capítulo anterior, o discurso do risco

funciona dessa forma, ou seja, não por meio da imposição, mas da governamentalidade foucaultiana: de fazer coincidir aquilo que o governante quer com o que o sujeito deseja para si mesmo.

Contudo, esse núcleo de sentido contrasta-se com o subtítulo da matéria publicada no interior do jornal. Vejamos:

E358: “[Título da matéria] Prevenção para *todos* os gays [Subtítulo] Homens que fazem sexo com homens *devem* usar antirretrovirais para conter Aids, diz OMS”. (12/07/2014)

Ora, um dos sentidos do verbo “dever” cristalizado em dicionário é “ter *obrigação* (legal, moral, social etc.) de; precisar” (MICHAELIS, 2019). O seu uso pelo jornal no subtítulo da matéria aponta para a clara responsabilização do indivíduo (neste caso, dos homossexuais) pela sua prevenção ao HIV. Como vimos antes nesta tese, a responsabilização individual também é uma das facetas do discurso do risco em saúde. Mas, no caso do verbo “dever”, não há espaço para a liberdade de escolha. Denominaremos esta outra formação discursiva identificada de “Obrigatoriedade”. Portanto, há pelo menos duas FDs em oposição e embate no jornal.

A matéria do dia 12/07/2014 aponta para um consenso ou uma concordância entre especialistas em saúde e a comunidade homossexual de que esta população é um público-alvo prioritário para a oferta da PrEP, conforme pode ser notado nos seguintes enunciados:

E366: "Para o médico e professor da UFRJ Amilcar Tanuri, a proposta da Organização Mundial da Saúde [de que HSH tomem PrEP] *'faz sentido'*, já que há grupos em que a incidência de HIV é maior que na população em geral. (12/07/2014)

E370: "Militantes gays *dizem apoiar* o uso dos remédios na prevenção, mas *fazem ressalvas em relação à recomendação para todos os homens que fazem sexo com homens.*" (12/07/2014)

Como o enunciado E370 acima ilustra, o que está em discussão é a abrangência da proposta da OMS para que os HSH, de forma geral, usem PrEP – colocada pelo jornal em discurso direto com uso de aspas:

E362: "'Pela primeira vez, a OMS *recomenda fortemente* que os homens que fazem sexo com homens considerem tomar medicamentos antirretrovirais como um método adicional de prevenir a infecção pelo HIV, juntamente com o uso de preservativos', informa a nota [da OMS]". (12/07/2014)

Contudo, como ressaltam Aggleton e Parker (2015, p. 1553), o texto original do documento da OMS não afirmava que todos os HSH fizessem uso de PrEP (o que também pode ser visto nas aspas do enunciado E362 acima); havia nuances na indicação, que foi

supersimplificada quando da promoção do *release* e de seu aproveitamento pela imprensa da época.

OG convidou especialistas da saúde e representantes do movimento LGBTTT para opinarem acerca da recomendação da OMS. De um lado, convoca-se o discurso da ciência, representado pela fala de um infectologista, que justifica a generalização da proposta da OMS com base em argumentos sobre a maior transmissibilidade sexual do vírus por via anal:

E365: “O médico [o infectologista Alexandre Barbosa, da Faculdade de Medicina da Unesp-Botucatu] diz que, apesar de existirem *grupos de maior risco* entre os homossexuais, a abrangência da proposta da OMS [de que HSH usem PrEP] deve ter levado em conta o fato de que *a prática de sexo anal, comum entre gays, aumenta as chances de transmissão do vírus.*” (12/07/2014)

Do outro lado, o jornal convoca um representante do movimento LGBTTT, contrário à abrangência da proposta da OMS. Ele argumenta que ser homossexual por si só não é critério suficiente para ser usuário de PrEP, havendo outras questões que precisam ser consideradas, como o (des)uso do preservativo e a existência de vulnerabilidades diferentes entre a população homossexual:

E370: “*Militantes gays* dizem apoiar o uso dos remédios na prevenção, mas *fazem ressalvas em relação à recomendação para todos os homens que fazem sexo com homens*. Beto de Jesus, secretário para América Latina e Caribe da Associação Internacional de Gays e Lésbicas (Ilga, na sigla em inglês), defende que a sugestão seja precedida por um exame caso a caso: _ Esse tipo de recomendação não é para todos os homossexuais. Acho que deveria ser direcionada para pessoas que não conseguem ter adesão ao preservativo e pessoas que são mais vulneráveis, como profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.” (12/07/2014)

E365 e E370 acima apontam para dois núcleos de sentido que identificamos nos enunciados d’OG acerca das populações tidas como público-alvo preferencial da PrEP. Vamos denominá-los de: 1) Risco; 2) Vulnerabilidade. Como vimos em capítulo anterior, na história da epidemia do HIV/AIDS houve um importante deslocamento discursivo na forma de nomear aqueles mais afetados pela síndrome. Primeiramente, foram denominados como pessoas pertencentes a certos “grupos de risco” – homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, haitianos e hemofílicos –, atingidos mais fortemente no início da epidemia. Contudo, tal forma de nomear foi contestada, tida por alguns como uma maneira de estigmatizar certas populações, responsabilizadas pela epidemia, além de não se mostrar mais adequada quando do espraiamento do HIV para outros grupos. Assim, passou-se a adotar a ideia de “comportamento de risco”. Esta, contudo, também foi contestada, porque colocava a responsabilidade da infecção pelo HIV exclusivamente no indivíduo e nas suas escolhas. Assim, foi proposto o conceito de “vulnerabilidade”, que reconhece a existência de uma parcela de influência do comportamento e de escolhas individuais no processo saúde-doença,

mas também admite que há influências socioeconômicas, políticas e culturais em jogo na epidemia do HIV.

A despeito desse deslocamento discursivo na forma de nomear as populações mais afetadas pela epidemia do HIV (fruto da disputa de sentidos entre movimentos sociais, ciência, governos e agências internacionais), OG, ao longo da década analisada, utiliza tanto o termo mais aceito atualmente, o de “vulnerabilidade”, quanto o mais contestado, o de “grupo de risco” – às vezes, na mesma matéria. Vejamos alguns exemplos nos quais ele utiliza este último termo:

E271: "Em escala global, o uso de uma pílula preventiva teria que ser restrito aos *grupos de alto risco, como prostitutas e usuários de drogas injetáveis*, que a tomariam diariamente pelo período em que durasse a exposição." (07/08/2008)

E337: "O governo federal também vai iniciar um estudo chamado Profilaxia Pré-Exposição (Prep). A ideia é tentar prevenir a transmissão do vírus do HIV entre *gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais e pessoas que usam drogas*. Para isso, a proposta consiste em fornecer antirretrovirais diariamente a pessoas que ainda não foram infectadas, mas que fazem parte de *grupo de risco*". (Lead de submatéria de 02/12/2013)

E371: "Já Carlos Magno Silva Fonseca, presidente da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) afirma que é preciso assumir que 'há um problema nessa população (homossexual)'. _ *Quando se falava em grupo de risco*, lutamos para não ter haver [sic] um estigma sobre essa população, mas temos maturidade para entender que a Aids não está resolvida na nossa comunidade – pondera. _ A infecção está aumentando nessa galera de 15 a 25 anos." (12/07/2014)

Percebemos que n'OG o termo “grupo de risco” aparece principalmente nos enunciados do próprio jornal. Contudo, também notamos que o termo foi a forma menos usada por ele para nomear as populações-alvo preferenciais para o uso de PrEP. Algumas vezes, ao invés de usar o termo “*grupo de risco*”, o jornal usou “*população de risco*” (E310 abaixo). Trata-se de uma forma de não utilizar um termo contestado, mas de preservar seus sentidos.

E310: "Os EUA deram sinal verde, ontem, para o uso da pílula Truvada na prevenção da Aids em *populações de risco, como parceiros de soropositivos e prostitutas*." (Texto da capa de 17/07/2012)

Houve mais formas de nomear as populações tidas como público-alvo preferencial para o uso da PrEP envolvendo a ideia de “vulnerabilidade” do que de “grupo de risco”. Elas estiveram presentes tanto nos enunciados do próprio jornal quanto na fala dos entrevistados.

Vejamos alguns deles:

E285: "Brenda Hoagland, coordenadora clínica no Ipec [um dos lugares onde o estudo mundial iPrEX com Truvada com feito], diz que ele [o iPrEX] foi feito com o *grupo mais vulnerável [HSH e transexuais]*. _Essa pesquisa não pode ser extrapolada para outros grupos, como heterossexuais e mulheres. (24/11/2010)

E341: "Para o médico Luiz Loures, do Unaid, a Prep facilitaria o controle da incidência de HIV nas *populações mais afetadas*. Ele ressalta, no entanto, a necessidade de estabelecer uma política de *proteção* a essas pessoas. _ Sem uma *política antidiscriminatória*, isso não vai funcionar. A experiência brasileira vem abrir o debate sobre o acesso à profilaxia por estes *grupos mais vulneráveis*. Isso pode ser importante do ponto de vista internacional. *O tratamento não vai ser a solução em países que criminalizam a relação do mesmo sexo, por exemplo* – afirmou." (02/12/2013)

E360: "A proposta [da OMS de que HSH usem PrEP] é aprovada também por organizações civis. Alguns militantes defendem, no entanto, que o uso preventivo dos remédios deva ser voltado para *gays em situação de maior vulnerabilidade, como profissionais do sexo e jovens*, por exemplo." (12/07/2014)

E404: "Desenvolvido nos EUA, o cabotegravir já vem mostrando bons resultados em testes para o tratamento da doença, e agora será avaliada a sua eficácia também na prevenção do HIV em *grupos vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e travestis*." (Lead da matéria de 15/07/2015)

E547: "_Agora, testaremos [o AMP] em pessoas também saudáveis, mas que fazem parte do *grupo mais vulnerável para a infecção, aquele que estatisticamente é o mais afetado. Na América, esse grupo reúne gays, bissexuais, travestis e transexuais. Já na África, são as mulheres*." (Fala da Brenda Hoagland, infectologista do INI/Fiocruz, 27/02/2017)

E552: "O Ministério da Saúde anunciou ontem que adotará a profilaxia pré-exposição (PrEP) contra o HIV para *peças de grupos considerados vulneráveis*. A estratégia envolve uso diário da pílula Truvada – uma combinação dos antirretrovirais tenofovir e emtricitabina – por *peças que não têm o vírus mas estão mais expostas ao risco de infecção, como profissionais do sexo, casais sorodiscordantes (quando um tem o vírus e o outro, não), transexuais e homens que fazem sexo com homens*." (Lead da matéria de 25/05/2017)

O enunciado E341 acima, no qual a expressão “grupos mais vulneráveis” surge no discurso direto do médico Luiz Loures, do Unaid, ao abordar questões como leis discriminatórias, realça a dimensão do contexto social envolvido na vulnerabilidade das pessoas ao HIV. Em contrapartida, o enunciado E547 acima, no qual a expressão “grupo mais vulnerável para a infecção” aparece no discurso direto de Brenda Hoagland, coordenadora de um estudo envolvendo PrEP, aponta para um outro sentido de vulnerabilidade, mais próximo à lógica do risco em saúde: “grupo mais vulnerável para a infecção, *aquele que estatisticamente é o mais afetado*.”. Ora, como vimos, parte da legitimidade da lógica do risco no cuidado à saúde ancora-se fortemente na eficácia epistemológica da estatística e da epidemiologia na validação dos discursos científicos sobre o processo saúde-doença-cuidado (AYRES, 2011, p. 1867).

De fato, o que mais identificamos n’OG foram formas outras de nomear as populações tidas como público-alvo preferencial da PrEP que não “grupo de risco” ou pessoas “em vulnerabilidade”. Foram usados termos como: pessoas “com risco elevado” de contrair HIV,

“com alta exposição ao vírus”, “de alto risco” – nomeações que apontam, portanto, para sentidos de risco em saúde. Vejamos alguns enunciados:

E269: "Três estudos com drogas anti-retrovirais ministradas a *peessoas que não têm o vírus, mas apresentam um risco elevado de contraí-lo*, estão em andamento em diferentes partes do mundo." (07/08/2008)

E344: "O Brasil será um dos primeiros países a avaliar a eficácia do uso de antirretrovirais no cotidiano de pessoas não infectadas *com alta exposição ao vírus*" (Legenda da foto da matéria de 03/12/2013)

E362: "'Pela primeira vez, a OMS recomenda fortemente que os *homens que fazem sexo com homens* considerem tomar medicamentos antirretrovirais como um método adicional de prevenir a infecção pelo HIV, juntamente com o uso de preservativos', informa a nota [da OMS]. O comunicado inclui os *gays* em uma lista de *grupos-chaves* a quem não estão sendo oferecidos serviços adequados, o que muitas vezes é relacionado à criminalização e ao estigma que essas pessoas sofrem. A organização [OMS] elenca ainda *transexuais, prisioneiros, pessoas que usam drogas injetáveis e profissionais do sexo* entre os que estão *em alto risco*. Juntos, eles correspondem a cerca de metade de todas as novas infecções pelo HIV no mundo." (12/07/2014)

E526: "A expectativa é que a profilaxia [PrEP] seja aprovada [no Brasil] até o fim do ano e atenda inicialmente cerca de 10 mil *peessoas com alto risco de infecção pelo HIV, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e parceiros de soropositivos*." (No lead da matéria de 21/07/2016)

E552: "O Ministério da Saúde anunciou ontem que adotará a profilaxia pré-exposição (PrEP) contra o HIV para *peessoas de grupos considerados vulneráveis*. A estratégia envolve uso diário da pílula Truvada – uma combinação dos antirretrovirais tenofovir e emtricitabina – por pessoas que não têm o vírus mas estão *mais expostas ao risco de infecção, como profissionais do sexo, casais sorodiscordantes* (quando um tem o vírus e o outro, não), *transexuais e homens que fazem sexo com homens*." (Lead da matéria de 25/05/2017)

E561: "A implementação da PrEP vai ocorrer de forma gradual, focando *as populações que estão mais expostas à infecção pelo vírus*." (No lead da matéria de 01/12/2017)

O enunciado E552 acima mostra como duas formas de nomeação, que apontam para formações discursivas distintas, podem conviver em um mesmo parágrafo. Nele, foram usadas concomitantemente as expressões “pessoas de grupos considerados vulneráveis” (FD Vulnerabilidade) e “mais expostas ao risco de infecção” (FD Risco).

Na maioria das vezes, não se explicam os critérios que definem quem são as pessoas “com alto risco” de exposição ao HIV aptas a receber a PrEP – como em E269, E344 e E561 anteriores. O que ocorre nos textos é a discriminação de quais são as populações “de alto risco”, tendo sido citados especialmente os HSH, os transexuais, os prisioneiros, os usuários de drogas injetáveis e as profissionais do sexo (como em E362 e E526 anteriores). A exceção é o enunciado E362, cuja passagem final explica, com argumentos epidemiológicos, o que são populações de alto risco: grupos nos quais ocorre a maior quantidade de novas infecções pelo HIV. A lacuna da explicação pode levar a gestos interpretativos que considerem ser as taxas

de incidência do vírus mais acentuadas entre certas populações um reflexo de seus estilos de vida e de suas identidades sexuais e de gênero, como bem apontam Carvalho e Azevêdo (2019, p. 255); contudo, segundo os autores, elas são antes decorrentes “de um conjunto sistemático e estruturante de violências cometidas contra esses sujeitos, inclusive pelo próprio Estado, que se desresponsabiliza pelo cuidado e proteção dessas vidas”.

Ainda no enunciado E362 anterior, percebemos a utilização do termo “grupos-chaves”. A expressão “população-chave” (da qual ele deriva) tem sido usada pela OMS como forma de designar:

[...] grupos que, devido a *comportamentos de alto risco específicos*, estão em maior risco de HIV, *independentemente do tipo de epidemia ou contexto local*. Além disso, elas muitas vezes têm problemas jurídicos e sociais relacionados com os seus *comportamentos*, o que aumenta sua vulnerabilidade ao HIV. (OPAS/OMS Brasil, 2014, itálicos nossos)

Ora, pela definição acima, percebemos como a concepção do termo está centrada no comportamento sexual, nos hábitos e nos estilos de vida – ou seja, na perspectiva do risco em saúde, ainda que a expressão “vulnerabilidade” também tenha sido usada. De fato, ainda que amplamente utilizado, o termo “populações-chave” encontra críticas, principalmente entre alguns pesquisadores das ciências sociais e humanas em saúde, aos quais fazemos coro. Isso porque os grupos denominados de “populações-chave” são bem específicos e são praticamente os mesmos em todo o mundo. Vejamo-los abaixo, em uma definição do Unaid:is:

O UNAIDS lançou o Atlas de Populações-Chave. A ferramenta on-line fornece uma variedade de informações sobre *membros de populações-chave em todo o mundo—profissionais do sexo, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas trans e pessoas em prisões e outros ambientes privativos de liberdade—*agora inclui informações novas e atualizadas em várias áreas. E, além de dados sobre as cinco populações-chave, agora o Atlas também traz dados sobre pessoas vivendo com HIV. (UNAIDS, 2018a, itálicos nossos)

A primeira crítica que se faz ao termo “populações-chave” é que a escolha dos grupos presentes na definição acima, e não de outros, para compô-las desconsidera realidades e contextos locais importantes da epidemia – o que foi claramente exposto na definição dada pela OPAS/OMS Brasil (“[...] grupos que, devido a *comportamentos de alto risco específicos*, estão em maior risco de HIV, *independentemente do tipo de epidemia ou contexto local*”). Por exemplo, nos EUA a taxa de prevalência de HIV entre as mulheres negras é bastante alta e, no entanto, elas não são consideradas populações-chave, nem estão enquadradas no grupo prioritário a quem a PrEP deve ser ofertada (SANGARAMOORTHY, 2019).

A segunda crítica reside em que, ao revermos retrospectivamente, não há muita diferença entre aqueles grupos que designamos hoje de “populações-chave” daqueles que, no início da epidemia, chamávamos de “grupo de risco” (que eram principalmente os *gays*, os usuários de droga e as profissionais do sexo). Em outras palavras, mudou-se a forma de nomear, possivelmente incorporando em alguma medida certas críticas, mas é preciso admitir que ainda estamos posicionados em uma mesma formação discursiva: a do risco em saúde. Contudo, também é preciso reconhecer um importante deslocamento de sentido de “grupo de risco” para “populações-chave”: os primeiros eram vistos como uma ameaça ao restante da população; os segundos, como a “chave” da solução para a epidemia – um deslocamento fruto de uma longa luta social.

Entretanto, no enunciado E362 anterior, o contexto do termo “grupos-chave” aponta para uma formação discursiva não acerca do risco, mas da vulnerabilidade, citando o estigma e leis criminalizatórias como barreiras de acesso a serviços de saúde: “O comunicado inclui os *gays* em uma lista de *grupos-chaves a quem não estão sendo oferecidos serviços adequados, o que muitas vezes é relacionado à criminalização e ao estigma que essas pessoas sofrem*.”

Ainda sobre a forma de nomear as pessoas tidas como prioritárias para receberem a PrEP, notamos no enunciado E531 (abaixo) um deslocamento discursivo que, sem dúvida, representou uma exceção no *corpus* observado – mas que, justamente por isso, é digno de nota. Vejamo-lo:

E531: “_ A questão não é se a PrEP é eficiente e deve ser usada, e sim como torná-la rapidamente disponível para *pessoas que sofrem maior risco* – pondera [o diretor da Agência Nacional de Pesquisa em HIV, Aids e Hepatites Virais da França, Jean-François Delfraissy].” (21/07/2016)

O enunciado E531 acima também se inscreve no discurso do risco. Contudo, neste caso, as pessoas não *têm* maior risco (forma de nomeação mais comumente encontrada por nós, como vimos) – elas *sofrem* o risco. O verbo “sofrer” implica que as pessoas são passivas de uma ação exterior que as coloca em risco, à sua revelia. Ora, este é um deslocamento de sentido interessante sobre o risco, pois se afasta da concepção clássica da responsabilidade individual na configuração do risco por meio de escolhas comportamentais. Neste caso, as pessoas não produzem seus riscos por meio de seus comportamentos – elas são afetadas por riscos produzidos externamente a elas, que lhes trazem sofrimento. Ainda assim, ressaltamos novamente: trata-se de um deslocamento de sentido observado apenas neste enunciado.

N’OG, não percebemos críticas quanto a PrEP não ser um método universal, ou seja, disponível para qualquer pessoa no SUS – notadas por nós em eventos dos quais participaram representantes de movimentos sociais. Ao contrário, os enunciados apontam para certo

consenso sobre ela ser recomendada apenas a certas populações nas quais há maiores taxas de infecção por HIV. A não-universalidade da PrEP no SUS pode ser vista como uma forma, intencional ou não, de controlar processos (bio)medicalizantes.

Mas percebemos que, dentre todas as populações-alvo da PrEP no SUS, existe n'OG uma forte associação deste método preventivo com os HSH e os *gays*. Ademais, ainda que os jovens sejam comumente citados como a população na qual a taxa de aumento da incidência do vírus tem sido considerada preocupante (como vimos na subseção anterior), não se debate se a PrEP seria uma medida profilática benéfica a eles, mas apenas para os jovens *gays*.

5.4.5 Formas de nomear profissionais do sexo

Durante a análise, identificamos n'OG duas formas de nomear as pessoas que fazem sexo em troca de dinheiro: “prostituta” (termo usado em 5 textos) e “profissional do sexo” (termo usado em outros 9 textos). Quisemos trazê-lo para a tese como forma de atualizar essa discussão, tão presente nos primeiros estudos que versaram sobre o jornalismo e a aids, já que o embate sobre o termo “prostituta” ganhou novos sentidos recentemente.

Percebemos que, de 2008 a 2012, OG utilizou o termo “prostituta”. Em 2013 e 2014, a expressão foi substituída por “profissional do sexo”. Contudo, em 2015, ambas as formas de nomeação foram empregadas – mas em textos diferentes e com mais menções a “prostituta”. Em 2016 e 2017, só foi utilizado “profissional do sexo”.

Estas duas formas de nomeação carregam sentidos distintos e marcam uma luta histórica recente por direitos trabalhistas e sociais. Segundo Vilela (2011), há relatos de prostituição desde a Antiguidade. Na Babilônia, no Egito e na Suméria, as prostitutas eram consideradas semidivindades. Na Grécia Antiga, quem exercia tal atividade inclusive detinha grande poder verbal, político e econômico. Ao longo da história, contudo, essa atividade assumiu novos contornos, influenciada por condicionamentos econômicos, culturais e religiosos. Principalmente com o surgimento da burguesia, a prostituição foi ressignificada como uma atividade proibida, moralmente condenável, relegada à periferia, distante dos olhos das famílias “decentes”. No Brasil, essa atividade é exercida desde o período colonial. Entretanto, foi apenas a partir da década de 1990 que políticas públicas voltadas à prostituição começaram a ser pensadas, fruto da organização das prostitutas em uma rede integrada e reivindicatória de seus direitos sociais de cidadania e em prol do reconhecimento da

prostituição “como um trabalho como outro qualquer” (ALVAREZ; TEIXEIRA, 2001, p. 60), com direitos e deveres.

Essa luta iniciou-se em meio ao processo de redemocratização, que culminou na promulgação da nova Constituição Cidadã, em 1988. Também foi influenciada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, cujo artigo 23 afirma que “Toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego”. Ademais, essa luta começou em meio ao surgimento da epidemia de aids, quando as prostitutas foram colocadas em evidência, enquadradas nos “grupos de risco”, tidas como disseminadoras de uma doença letal. A discriminação e o preconceito que sofriam, além da condição vulnerável a doenças na qual trabalhavam, serviram-lhes como mais bandeiras de luta que justificavam sua organização em um movimento social.

Assim, desde fim do anos 1980 e início dos anos 1990, parte deste movimento demanda o uso da expressão “profissional/trabalhadora do sexo” em substituição ao termo “prostituta” – que seria, para ele, uma forma pejorativa e preconceituosa de nomeação. De fato, encontramos no dicionário diversos sinônimos pejorativos para esta palavra, como “pega”, “meretriz”, “rameira”, “quenga”, “tapada”, “transviada” (PRIBERAM, 2013; MICHAELIS, 2019). O que se reivindica, simbolicamente, é o reconhecimento da atividade como um trabalho qualquer, passível de regulamentação e de deveres e direitos trabalhistas, como contrato de trabalho, pagamento de imposto, seguridade social, aposentadoria e outras garantias legais. E mais: reivindica-se a dignidade desta atividade e da pessoa humana que a exerce.

Contudo, não é todo o movimento social das prostitutas que reivindica uma nova forma de nomeação. No Brasil, Gabriela Leite, uma das fundadoras deste movimento, preferia a atribuição de novos sentidos a formas já existentes, como “prostituta” e “puta” – conforme podemos ver neste trecho de entrevista à Revista Época, em 21 de abril de 2009:

As minhas colegas das América Latina detestam ser chamadas de prostitutas ou putas. Gostam de “trabalhadoras do sexo”. No Brasil, também gostam de “profissionais do sexo”. Mas, na minha opinião, isso também é preconceito. Seria bom é que os nomes considerados palavrões se tornassem comuns, sem a carga que têm hoje. Por exemplo: p... é um nome forte, sonoro. Gosto de ser chamada de p..., prostituta. Meretriz, então, acho lindo. (LEITE, 2009).

O termo “prostituta” foi inclusive empregado em uma campanha contra o HIV de 2013, dirigida a essa população, financiada pelo Ministério da Saúde e desenvolvida por integrantes desse movimento social. O *slogan* era “Sou feliz sendo prostituta” – frase que

provocou críticas dos conservadores, fazendo o Ministério da Saúde retirar a campanha de circulação.

Portanto, como vimos, não há sequer dentro do próprio movimento de prostitutas um consenso sobre a forma mais bem quista de nomeá-las. Entretanto, há em comum a tentativa de atribuir novos sentidos, menos pejorativos, à prostituição e a quem a exerce – seja com novas formas de nomeação ou com formas antigas, porém ressignificadas. Assim, retomamos a análise discursiva d’OG, buscando observar desta vez o cotexto associado aos sintagmas “prostituta” e “profissional do sexo”, a fim de identificar as posições-sujeito presentes no jornal sobre essa população. E o que percebemos é que a menção a “prostituta” surgia em meio a discursos associados exclusivamente a ideias de risco, como em E271 e E310 abaixo.

E271: "Em escala global, o uso de uma pílula preventiva teria que ser restrito aos *grupos de alto risco*, como *prostitutas* e usuários de drogas injetáveis, que a tomariam diariamente pelo período em que durasse a exposição." (07/08/2008)

E310: "Os EUA deram sinal verde, ontem, para o uso da pílula Truvada na prevenção da Aids em *populações de risco*, como parceiros de soropositivos e *prostitutas*." (Na capa de 17/07/2012)

Já “profissional do sexo” ocorria em cotextos que abordavam ideias como de vulnerabilidade, preconceito e estigma – ainda que em alguns momentos pudesse ocorrer também atrelado concomitantemente ao discurso do risco, como nos enunciados abaixo:

E362: "O comunicado [da OMS] inclui os gays em uma lista de grupos-chaves a quem não estão sendo oferecidos serviços adequados, o que muitas vezes é relacionado à *criminalização e ao estigma* que essas pessoas sofrem. A organização [OMS] elenca ainda transexuais, prisioneiros, pessoas que usam drogas injetáveis e *profissionais do sexo* entre os que estão em *alto risco*. Juntos, eles correspondem a cerca de metade de todas as novas infecções pelo HIV no mundo." (12/07/2014)

E552: "O Ministério da Saúde anunciou ontem que adotará a profilaxia pré-exposição (PrEP) contra o HIV para pessoas de *grupos considerados vulneráveis*. A estratégia envolve uso diário da pílula Truvada – uma combinação dos antirretrovirais tenofovir e emtricitabina – por pessoas que não têm o vírus mas estão *mais expostas ao risco de infecção*, como *profissionais do sexo*, casais sorodiscordantes (quando um tem o vírus e o outro, não), transexuais e homens que fazem sexo com homens." (*Lead* da matéria de 25/05/2017)

5.4.6 Discursos sobre a camisinha

A camisinha esteve presente no debate sobre PrEP n’OG e foi, ao longo do tempo, sendo ressignificada pelo advento deste outro método preventivo. Notamos que, ao largo de todo o período analisado, manteve-se o discurso de que, apesar de o preservativo ser importante, ele não é medida suficiente de prevenção no Brasil, principalmente porque as pessoas nem sempre o utilizam – exemplificados pelos enunciados abaixo:

E293: "Obviamente, a *prioridade* continua a ser o uso consistente do *preservativo* por todos, na *maioria* das relações sexuais, e por toda a vida. Mas, se tomada como *única alternativa*, essa política infelizmente se mostra um *fracasso retumbante*." (Mario Scheffer em artigo de opinião de 28/05/2011)

E324: "[...] a *resistência pelo uso [da camisinha] ainda existe*, a preocupação com doenças sexualmente transmissíveis e com a gravidez indesejada *passa longe da cabeça de boa parte [da população]*." (10/02/2013)

E398: "[...] o ministro da Saúde Arthur Chioro informou que irá continuar insistindo que *só a camisinha não é suficiente* para conter o avanço de doenças." (10/02/2015)

E528: "_ Mas as estratégias de prevenção *ainda são falhas. Dependemos muito da camisinha. Além dela, precisamos de uma droga.*" (Fala de Ricardo Vasconcelos, infectologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e do projeto PrEP Brasil, 21/07/2016)

Como já apontado pelo enunciado E324 acima, percebemos na matéria de 10/02/2013 (de título "Uma nova revolução"), cujo mote principal era a pesquisa envolvendo novos formatos e materiais de camisinha, um certo gesto de interpretação sobre o não uso do preservativo como uma *resistência* das pessoas. Nos cotextos em que esse sentido aparece, os motivos que levam os sujeitos a não usarem camisinha (como a sensação de que lhes retira o prazer) não são problematizados, mas antes desqualificados como *mitos*, como podemos notar no subtítulo (E331 abaixo) e no texto da submatéria (E332 abaixo):

E331: "[Título de submatéria] "PRESERVATIVOS [Subtítulo] *Mitos* provocam *resistência* a uso" (10/02/2013).

E332: "O pesquisador Michael Reece, diretor adjunto de pesquisa e pós-graduação da Escola de Saúde Pública da Universidade de Indiana, publicou recentemente um estudo sobre o uso de preservativos e diz que a *resistência* ao uso ocorre por causa de certos *mitos*: _ *Não é verdade* que as camisinhas diminuem o prazer. Hoje estamos aprendendo que tanto homens quanto mulheres afirmam que acham o sexo agradável com ou sem camisinha." (10/02/2013)

Nesta mesma matéria de 10/02/2013, ainda que seja dito que a eficiência da camisinha não é de 100% (E332 e E333 abaixo), e mesmo após informar que o entrevistado é soropositivo porque o preservativo sem rompeu (E326 abaixo), mantém-se como *mito* crer que a camisinha não é eficiente:

E326: "Em 1994, [Daniel Resnic, designer de produtos e dono da americana Strata, responsável pela fabricante de camisinhas Origami Condoms] descobriu ser *HIV positivo*, o provável resultado de uma *camisinha rasgada*, o que o fez se envolver na causa." (10/02/2013)

E332: "_ Outro *mito comum* é que elas [as camisinhas] *não são eficientes* como os métodos anticoncepcionais. *Isto não é verdade*. Cada preservativo é testado individualmente antes de ser distribuído, e eles são o único método contraceptivo que ainda garante proteção contra infecções sexualmente transmissíveis – afirma [pesquisador Michael Reece, diretor adjunto de pesquisa e pós-graduação da Escola de Saúde Pública da Universidade de Indiana]. A pesquisa ainda mostrou que as

pessoas acham o preservativo uma importante parte do prazer da experiência sexual, porque acreditam em sua *eficiência (que é de quase 100%)* e não se preocupam com as consequências do ato sexual, se sentindo mais relaxados durante o momento." (10/02/2013)

E333: "Atualmente, cada preservativo é testado antes de sair das indústrias e ser distribuído ao mercado. Mesmo assim, pesquisas buscam materiais *mais eficientes de proteção*, que *ainda não chega a 100%*, contra vírus e gravidez." (Legenda da foto da matéria de 10/02/2013)

Contudo, ressaltamos mais uma vez que essa matéria de 10/02/2013 tinha como foco não a PrEP, mas a camisinha e novas formas de aprimorá-la. Nela, a PrEP (cuja sigla sequer aparece ainda) citada é a versão de gel vaginal, apontada como uma forma de prevenção para mulheres cujos parceiros não admitem o uso da camisinha. Identificamos no cotexto (E328 abaixo) a naturalização dessas mulheres como vítimas desses homens – e, portanto, a ocultação do fato de que há homens que não utilizam camisinha porque há mulheres que não o querem.

E328: “O objetivo [do gel], neste caso, seriam países, como alguns africanos, em que até 60% das mulheres foram contaminadas, e onde a *opinião prevalente é a do homem, que tem maior resistência quanto ao uso do preservativo*. A Universidade Laval, de Québec, no Canadá, vem trabalhando num estudo parecido. Um aplicador introduziria o gel da 'camisinha invisível'. _ *Homens sempre tiveram o controle sobre a camisinha. Mulheres não têm voz*. Nosso objetivo seria ajudar as mulheres – disse a professora Rabeea Omar, à revista 'New Scientist'.” (10/02/2013)

Entretanto, quando o debate da PrEP com Truvada passa a ocorrer, ele vem acompanhado sobre a necessidade de se discutir as razões por trás do desuso da camisinha. Assim, se na matéria anterior, de 10/02/2013, a *resistência* à camisinha era tida como fruto de *mito*, exatamente dois anos depois, em matéria de título “Camisinha e muito mais”, publicada em 10/02/2015, o jornal ouve especialistas que apontam a necessidade de compreendê-la e de prover a PrEP:

E391: “Para especialistas, *é preciso investigar por que* as pessoas não usam a camisinha como deveriam e ampliar as ações, como o reforço da divulgação da profilaxia pré-exposição (PrEP).” (10/02/2015)

E396: “_ É uma questão comportamental [o não-uso da camisinha]? Ou *é difícil estar sempre com a camisinha*, uma vez que relações casuais não são planejadas? Daqui para frente, temos de entender isso melhor, o que poderia ser feito também por meio de pesquisa” (Fala da infectologista e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Brenda Hoagland, 10/02/2015)

Na matéria de 02/08/2015, de título “Pílulas da Ressaca Sexual” (cujo foco era a PEP, e não a PrEP), entrevistam-se pessoas que estavam se testando ao HIV buscando explorar algumas razões pelas quais elas não aderiram à camisinha. Nela, percebemos ter atravessado a cobertura jornalística certo julgamento moral. Vejamos o *lead* da matéria (E409 abaixo):

E409: "A perna treme continuamente. Lucas (nome fictício) parece não encontrar posição confortável na cadeira. Os olhos pulam de um ponto para o outro da sala e se enchem de lágrimas quando ele explica seu drama: *_ Eu fui um idiota. Estava bêbado, nem sei como fui parar naquele lugar. Acabei transando com duas prostitutas sem camisinha – conta o cineasta, de 28 anos, na sala de espera do Hospital Emilio Ribas, em São Paulo, referência no tratamento contra Aids na América Latina. A experiência lhe custou um namoro de três anos e uma noite insone pelo temor de ter contraído o vírus HIV.*" (02/08/2015)

No enunciado acima, Lucas explica que não usou o preservativo por estar “bêbado” e considera-se um “idiota”. O jornal utilizou o discurso direto (a reprodução da fala) do entrevistado como forma de se afastar do que ele disse – mas, ainda assim, a inclusão desta fala na matéria denuncia a posição-sujeito do jornal sobre Lucas (e, de forma geral, sobre quem não faz uso do preservativo). Isso é reforçado pela descrição que se faz de Lucas à sala de espera do resultado do teste ao HIV: pernas tremendo, inquieto na cadeira, olhos cheios de lágrima. Mostra-se, portanto, a reação de arrependimento de Lucas por não ter seguido as normas sanitárias da prevenção. E complementa-se a narrativa com o relato sobre sua punição: o término do namoro e o temor de estar infectado. Na matéria, também se ouviu Jaqueline (E511 abaixo):

E511: "*_ A camisinha estava ali, na minha bolsa, ao alcance da mão. Não posso nem dizer que eu esqueci, na hora eu até pensei, mas não sei porque não usei – diz Jaqueline, professora de espanhol de 24 anos, que relatava ter saído na noite anterior com um homem que conheceu por meio de um aplicativo de celular. Solteira há cerca de um ano, ela conta que procura apenas sexo casual pela internet. Não costuma rever os parceiros que, segundo ela, somam aproximadamente 20 nesse período. A professora admite que, com ao menos quatro deles, fez sexo sem camisinha. Não tinha ficado preocupada até que, na última experiência, foi surpreendida: _ Ele me disse que não transava sem camisinha há muito tempo porque a ex-namorada era soropositiva. Recomendou que eu fosse fazer um teste. Fiquei sem reação. Até agora não sei o que pensar, não sei se ele é daquelas pessoas doentes que querem espalhar o vírus ou se só quis me pregar uma peça, mas não quero pagar para ver – pondera Jaqueline.*" (02/08/2015)

Como vimos em capítulo anterior, o discurso do risco opera na crença de um sujeito racional capaz de fazer escolhas para o bem de sua saúde. Pelo enunciado acima, pode-se inferir que o jornal demandou uma resposta racional de Jaqueline sobre o porquê de não ter usado preservativo – frustrada pela resposta da moça: “Não posso nem dizer que eu esqueci, na hora eu até pensei, mas não sei porque não usei.”. Em seguida, o jornal questiona a Jaqueline detalhes sobre sua intimidade sexual, assumindo tarefa típica dos profissionais de aconselhamento dos centros de testagem ao HIV. Mas, ao contrário destes, que mantêm em segredo a consulta, o jornal expõe as intimidades de Jaqueline na esfera pública: somos informados de que ela está solteira há um ano e, desde então, fez sexo casual com mais de 20 pessoas que conheceu por meio de aplicativo de celular, as quais “não costuma rever”, e que “admite” não ter usado camisinha com quatro delas – apontando, portanto, para a retórica do

estilo de vida na conformação do risco. Ora, o verbo “admitir” pressupõe uma culpa: admite-se um erro, uma falta cometida, uma falha.

Notamos que conviveram, ao longo do período analisado, pelo menos duas formações discursivas distintas e antagônicas sobre a camisinha na era da PrEP. A primeira reúne discursos segundo os quais o preservativo não deveria ser dispensado ou substituído pela PrEP (E283 e E563 abaixo) – esta lhe seria complementar, adicional, e deveria ser usada concomitantemente a ele (E362 e E537 abaixo). Inclusive a eficácia da PrEP, demonstrada em ensaios clínicos, era apontada como dependente também do uso de camisinha (E281 abaixo). Essa formação discursiva esteve presente principalmente em falas atribuídas a cientistas e à OMS.

E283: "Porém, os *cientistas* destacaram que a droga [Truvada] (da Gilead Sciences) *não substitui* as medidas preventivas já conhecidas, principalmente a *camisinha*." (24/11/2010)

E281: “[...] o Truvada (tenofovir e emtricitabina) aumentou em 43,8% a proteção contra a infecção, *quando associado a uso de preservativos* e aconselhamento médico e psicológico, segundo *estudo* na 'New England Journal of Medicine'." (24/11/2010).

E362: “Pela primeira vez, a *OMS* recomenda fortemente que os homens que fazem sexo com homens considerem tomar medicamentos antirretrovirais como um método *adicional* de prevenir a infecção pelo HIV, *juntamente com o uso de preservativos*” (12/07/2014).

E537: "Os indivíduos do grupo de risco [usando PrEP] *devem* realizar testes periódicos de HIV e *usar preservativos* durante relações sexuais" (21/07/2016)

E563: “_ É importante destacar que a PrEP *não veio para substituir nada*. É *mais uma* arma para não contrair o vírus, evitando novas contaminações, mas *outros métodos preventivos não devem ser deixados de lado* – explica o coordenador do PrEP [em Niterói, o médico Cláudio Palombo]”. (01/12/2017)

A segunda formação discursiva sobre a camisinha na era da PrEP reúne discursos que afirmam que esta deve ser usada principalmente por quem não consegue utilizar preservativo (E369 abaixo); que funciona inclusive sem o uso deste – podendo, portanto, dispensá-lo (E513 abaixo); e que sua eficácia é até superior à da camisinha (E517 e E524 abaixo). Essa formação discursiva esteve presente principalmente em falas de ativistas, mas também de representantes da academia e do DIAHV:

E369: “_ A camisinha continuará a ter um papel central nisso [combate à epidemia de aids]. Porém, para *pessoas que não estão usando preservativo regularmente*, o remédio [PrEP] pode ser muito importante." (Fala do diretor presidente da ABIA, Richard Parker, 12/07/2014)

E513: "O Truvada – ou Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) –, quando tomado diariamente, pode *zerar o risco* de contágio mesmo no caso de *sexo sem camisinha com um soropositivo*." (02/08/2015)

E517: “_ A eficiência desses medicamentos [de PrEP] *é até maior* que a da camisinha – diz o diretor do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Fábio Mesquita.” (01/10/2015)

E524: “_ Há estudos indicando que a PrEP chega a ser *mais eficaz do que a camisinha* [...] – diz Paulo Abrão, professor de Infectologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).” (01/06/2016).

De qualquer forma, uma ideia constante e que perpassa as duas formações discursivas acima é que tanto a camisinha quanto a PrEP devem ser ofertadas em conjunto a outras formas de prevenção, dentro do que se chama de prevenção combinada:

E319: “Como não existe uma vacina, vislumbramos uma série de ações, das *clássicas*, como as *camisinhas* e as circuncisões na África, à *Truvada*.” (Fala do diretor do escritório central do Unaid, Luiz Loures, 17/07/2012)

E396: “_ *O conhecimento da eficácia não é igual a querer usar aquele método*. Então, é preciso pensar também numa *prevenção combinada*. Não há um único instrumento para prevenir, e talvez um mesmo instrumento não sirva em todas as fases da vida.” (Fala da infectologista e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz Brenda Hoagland, 10/02/2015)

Na cobertura jornalística, destacam-se algumas vantagens da PrEP com relação à camisinha: ela é de uso independente, dispensando a negociação com a parceria sexual (E529 abaixo); previne não apenas a via sexual de infecção (E529 abaixo); e possibilita o prazer (E397 abaixo) – o que, como vimos em capítulo anterior, é condição necessária para o discurso do risco funcionar na prática (ou seja, para as pessoas se identificarem com ele):

E529: “Vasconcelos [Ricardo Vasconcelos, infectologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e do projeto PrEP Brasil] destaca que a ingestão diária de um comprimido de Truvada é o primeiro método de prevenção do HIV que *pode ser usado mesmo sem um consenso do casal*. É, também, o único método de proteção contra o vírus que *não está vinculado à relação sexual*.” (21/07/2016)

E397: “Coordenador executivo adjunto da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Abia), Salvador Correia concorda [com Brenda Hoagland que precisamos pensar em vários métodos pra prevenir o HIV]. Além da camisinha, são citados o uso da profilaxia pós-exposição (remédios para pessoas que possam ter entrado em contato recente com o vírus pelo sexo sem camisinha, já adotada como política pública no Brasil) e da profilaxia pré-exposição (uso de antirretrovirais para reduzir o risco de adquirir a infecção, alvo de projeto pioneiro coordenado pela Fiocruz). _ *Defendemos que todas as pessoas podem e devem viver sua sexualidade no sentido que considerem mais prazeroso. Sempre incentivamos o uso da camisinha, mas acreditamos que é preciso ampliar o leque de prevenção*.” (10/02/2015)

Contudo, na era da PrEP, o papel da camisinha mantém-se principalmente por ser o único método capaz de também prevenir outras IST – o que é reforçado inclusive na fala de usuários de PrEP:

E332: “_ [...] e eles [preservativos] são o *único método contraceptivo que ainda garante proteção contra infecções sexualmente transmissíveis* – afirma [o pesquisador Michael Reece, diretor adjunto de pesquisa e pós-graduação da Escola de Saúde Pública da Universidade de Indiana].” (10/02/2013).

E377: “_ Mas não esqueço que o Truvada *não reduz o risco de outras DSTs, então uso preservativo e sempre converso antes das relações para saber se o parceiro tem HIV e, se for o caso, se faz tratamento ou não* – afirma Fábio [Fábio Paulo Santana, 41 anos, auxiliar de enfermagem e usuário de PrEP]” (05/10/2014).

E563: "Ele [Cláudio Palombo, médico e coordenador da PrEP em Niterói] ressalta que o tratamento preventivo com PrEP *não elimina* outros métodos de prevenção como *camisinha* e, no caso de usuário de drogas, métodos de redução de danos, já que *o medicamento não previne outras doenças, como sífilis e hepatite.*" (01/12/2017).

5.4.7 PrEP e vacina

Sete das 22 matérias n’OG sobre PrEP também mencionaram vacina. Como vimos anteriormente nesta tese, a PrEP emerge em meio a resultados ainda insatisfatórios de estudos sobre esse outro método preventivo ao HIV/AIDS (percebido nos enunciados E567, E319, E569 abaixo), trazendo ares de esperança à resposta contra a epidemia.

E567: “A pesquisa [estudo de PrEP oral] está sendo desenvolvida no *vácuo* do progresso do desenvolvimento de uma *vacina* contra o HIV e na baixa eficácia dos microbicidas vaginais.” (07/08/2008)

E319: “_ *Como não existe uma vacina*, vislumbramos uma série de ações, das clássicas, como as camisinhas e as circuncisões na África, à Truvada.” (Fala do diretor do escritório central do Unids, Luiz Loures, 17/07/2012)

E569: “O relatório da Unids divulgado ontem destacou *a dificuldade de se imunizar* contra o mesmo curar a Aids. O desafio é que o vírus tem várias cepas circulantes, além de conseguir se esconder no organismo. Mas há uma série de estudos clínicos, em diferentes estágios, sendo realizados. Uma expectativa de um estudo de fase III é a da vacina RV144, conhecida como ensaio tailandês. Ele teve uma *redução da taxa de infecção modesta* (31%), testada em 16 mil pessoas. Segundo o relatório, *a proteção conferida a ela não durou*. Mesmo assim, seu *relativo* sucesso tem sido um incentivo a cientistas. (15/07/2015)

Contudo, notamos que n’OG apareceram tanto enunciados esclarecendo que a PrEP com Truvada não é uma vacina (E285 e E316 abaixo) quanto enunciados que informavam que ela é “um tipo de vacina clínica” (E340 abaixo).

E285: “_Essa pesquisa [o iPrEX] não pode ser extrapolada para outros grupos, como heterossexuais e mulheres. *Nem se trata de vacina*. Nessa fase, o objetivo foi testar a segurança e eficácia da droga na prevenção – comenta Brenda [Hoagland, pesquisadora integrante do estudo iPrEX]. (24/11/2010)

E316: “[O Truvada como PrEP] *Não é vacina* e ainda há questões de segurança em aberto. Por isso, seu uso tem restrições.” (17/07/2012)

E340: “_ [A PrEP oral] Seria *um tipo de vacina clínica*, mas não há condição de oferecê-la à população inteira, por isso é preciso focar em situações específicas.” (fala do professor da UFRJ, Amilcar Tanuri, 02/12/2013)

Essa confusão entre os métodos acirrou-se na cobertura sobre o estudo AMP (Anticorpos Mediando a Prevenção), que está avaliando um anticorpo feito em laboratório (o VRC01) com o objetivo de “criar um novo medicamento de PrEP” (E572 abaixo), como apontado na fala da própria coordenadora do estudo. Contudo, o AMP é anunciado pelo jornal como uma vacina (E571 abaixo)²¹¹.

E571: “[Título da matéria] Estamos mais perto da *vacina* contra o HIV” (27/02/2017)

E572: “[Pergunta do jornal] Qual é o principal objetivo [do estudo AMP]? [Resposta de Brenda Hoagland, coordenadora do estudo] Criar um novo medicamento de *Profilaxia Pré-exposição (PrEP)*. As pessoas poderiam tomá-lo antes de situações em que estarão expostas ao HIV.” (27/02/2017)

5.4.8 A indústria farmacêutica

Identificamos apenas 10 enunciados n’OG acerca do preço/custo da PrEP e da possibilidade de adquirir genéricos. Confirmamos nossa impressão anterior, ao analisar os tipos de fontes ouvidas, que os interesses da indústria farmacêutica na promoção da PrEP não seriam tão abordados, já que ela não fora muito ouvida. Entretanto, o debate ocorreu, ainda que de forma muito pontual, e vamos analisá-lo agora.

A discussão sobre o custo da PrEP aos pacientes e aos sistemas de saúde só ocorreu circunscrito à PrEP na modalidade de pílula de Truvada. Identificamos o primeiro enunciado a esse respeito em 24/11/2010 (E287 abaixo). Nele, mostra-se o quanto a versão do fabricante custa mais caro que a versão genérica, disponível em países pobres, representando uma barreira de promoção da PrEP nos EUA:

E287: “O fator econômico *pesa*. A droga [Truvada] representa um *gasto* anual de US\$ 5 mil a 1 [sic] mil por paciente nos EUA. Em países pobres, que usam o *genérico*, são 39 centavos de dólar ao dia.” (24/11/2010).

Em 28/05/2011, o pesquisador Mario Scheffer já apontava, em artigo de opinião, que “O uso dos antirretrovirais como ferramenta para conter a epidemia de Aids traz embutido, é fato, o *risco de que os interesses comerciais da indústria farmacêutica passem a pautar a política de prevenção.*”; e que “exigiria do Brasil o incremento da sua capacidade de produção de *genéricos* e a *radicalização do questionamento* das atuais regras de propriedade intelectual

²¹¹ Como nos esclareceu a equipe do estudo AMP, este é um ensaio clínico de fase 2b *da PrEP* para avaliar a segurança e a eficácia do VRC01, um anticorpo monoclonal amplamente neutralizante (bnAb). O AMP é o primeiro estudo a avaliar se os bnAbs são eficazes na redução da aquisição da infecção por HIV-1 entre populações mais vulneráveis. Como afirma seu *site* oficial, “Nos estudos tradicionais sobre vacinas, damos às pessoas uma vacina e esperamos para ver se seus corpos produzirão anticorpos contra o HIV em resposta. Neste estudo, ignoramos essa etapa, apenas dando às pessoas os anticorpos diretamente.” (AMP STUDY, 2019, tradução nossa).

e de *patentes*”. Contudo, OG deu pouca atenção a essas questões em sua cobertura sobre a PrEP. Quando isso ocorreu, notamos que o tema foi agendado pela ABIA, marcando a importância desta instituição sem fins lucrativos para o debate atual sobre as políticas de aids.

Em 12/07/2014, quando da recomendação pela OMS do uso de PrEP por HSH, Richard Parker, ouvido não como pesquisador mas somente como diretor da ABIA, afirmou:

E368: “_ É importante ampliar todas as tecnologias e técnicas de prevenção existentes, o tratamento com antirretrovirais deve fazer parte do leque de opções para pessoas que têm práticas de risco, *mas é óbvio que os custos vão limitar o uso disso em todo mundo, não só no Brasil.*” (12/07/2014)

Em 01/10/2015, em matéria acerca da ampliação da recomendação do uso de PrEP pela OMS para todas as pessoas em risco de infecção por HIV, o *lead* (E516 abaixo) afirmava:

E516: "As novas diretrizes aumentam [...] em muitos milhões os que deveriam tomar as doses preventivas – diretrizes anteriores recomendavam estas doses preventivas para gays, prostitutas e pessoas com parceiros infectados. *O quanto isso vai custar e se poderia ser feito em escala mundial ainda está em análise, porque a despesa é enorme.*" (01/10/2015)

Em matéria de 21/07/2016, quando o Ministério da Saúde anunciou que pretendia incorporar a PrEP com Truvada no SUS, foi a ABIA que denunciou que havia uma versão genérica indiana bem mais barata do que o preço negociado pelo Ministério da Saúde com a fabricante Gilead (E532 abaixo). Entretanto, não aparece na matéria a réplica do governo.

E532: "Por aqui [Brasil], a chegada do medicamento [Truvada] já é motivo de *conflitos*. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (*Abia*) *questiona o preço* com que o Truvada pode chegar ao mercado. Hoje, a Anvisa permite que um frasco de 30 comprimidos custe, no máximo, US\$ 387,69. No entanto, já está disponível no mercado um *genérico indiano* cujo preço é US\$ 5,25 – ou seja, *74 vezes menor.*"

Em matéria de 25/05/2017 (de título “Pílula contra o HIV será distribuída pelo SUS”), OG apenas informa o custo da PrEP aos cofres públicos (E553 abaixo) – sem, contudo, ouvir a sociedade civil que, à época, questionava o preço pago, principalmente após o INPI negar a patente do Truvada, em janeiro daquele ano. O jornal silenciou-se sobre este fato quando da época de seu acontecimento, e permaneceu sem mencioná-lo durante o período analisado por nós.

E553: "De acordo com o ministro [da Saúde] Ricardo Barros, a pasta investiu US\$ 1,9 milhão na compra de 2,5 milhões de comprimidos, o que deve atender a demanda pelo período de um ano em 12 cidades. A estimativa é que sete mil pessoas sejam atendidas." (25/05/2017)

Concluimos que OG, ainda que em (raros) momentos tenha se preocupado em abordar o alto preço da PrEP com Truvada, não debateu muito sobre formas de reduzi-lo, como a compra de genéricos no mercado internacional ou até mesmo a produção deles no Brasil, após

a negativa de concessão da patente no país – estas, sim, soluções levantadas pela ABIA que, como vimos, teve papel fundamental na inclusão deste tema na cobertura do jornal.

5.4.9 Efeitos adversos da toma da PrEP

Identificamos 9 textos, todos informativos, que abordam (a existência ou não de) efeitos adversos na PrEP. A maior parte deles é sobre PrEP com Truvada. Quando acerca de outras formas de PrEP, os efeitos colaterais não são abordados ou, quando o são, é para dizer que não ocorreram (E278 e E407 abaixo):

E278: "Análises no sangue mostraram que o *tenofovir [como gel vaginal]* ficou na vagina *sem causar efeitos* em outros órgãos." (20/07/2010)

E407: "Cinco voluntários já participam do estudo [da Fiocruz com *cabotegravir* como PrEP *injetável*], e *não tiveram reações adversas* até agora." (15/07/2015)

Já no primeiro texto citando PrEP, OG aborda resultados de estudos clínicos sobre esse método com Truvada, colocando os riscos de efeitos colaterais como uma “séria questão ética”:

E270: “Se tudo der certo, no entanto, a pesquisa [sobre PrEP] levanta *sérias questões éticas* sobre a prevenção do HIV, entre elas, quem deveria tomar o medicamento, em que circunstâncias e *qual seria o risco de efeitos colaterais*.” (07/08/2008)

Até 2014, identificamos n’OG apenas um discurso acerca dos efeitos adversos na PrEP com Truvada: o de que seu uso não poderia ser generalizado, já que os estudos sobre seus efeitos colaterais ainda eram insuficientes – como exemplificado por E316 abaixo:

E316: “[O Truvada como PrEP] Não é vacina e *ainda há questões de segurança em aberto*. Por isso, seu uso *tem restrições*.” (17/07/2012)

Entretanto, a partir de 2014, após resultados de mais estudos clínicos, passa a prevalecer no jornal outro discurso: o de que a PrEP tem efeitos colaterais brandos (E384 e E527 abaixo) ou inexistentes (E377 abaixo) e de que é segura (E527 abaixo) – utilizando como estratégia discursiva para isso, inclusive, depoimentos de usuários desse método preventivo (E384 e E377 abaixo).

E377: “[...] afirma Fábio [Fábio Paulo Santana, de 41 anos, auxiliar de enfermagem e usuário de PrEP] assegurando que o uso do remédio *não gerou efeitos colaterais* [...]” (05/10/2014)

E384: "O biólogo [Thiago Santos, de 25 anos], que participa da pesquisa [PrEP Brasil] há quatro meses, conta que sentiu *leves efeitos colaterais* do Truvada – como gases – quando começou a tomar o remédio. O sintoma, no entanto, *desapareceu* sem que fosse necessário usar outros remédios, afirma o jovem." (05/10/2014)

E527: "_ Vimos a aceitação, eficácia e *segurança* da profilaxia pré-exposição, e os resultados são muito animadores. A população se manteve sem infecções, com *efeitos adversos mínimos* – comemora Vasconcelos [Ricardo Vasconcelos, infectologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e do projeto PrEP Brasil]." (21/07/2016)

Houve apenas dois enunciados que mencionaram efeitos adversos mais preocupantes, como alterações renais e ósseas. Entretanto, eles foram tidos como “não importantes” (E286 abaixo) e de “incidência baixíssima” (E367 abaixo):

E286: "_Os efeitos como náusea, vômito e *alteração da função renal não foram importantes.*" (Fala de Brenda Hoagland, integrante do estudo iPrEX, 24/11/2010)

E367: "Os médicos afirmam que, *apesar* de os antirretrovirais para uso preventivo *terem efeitos colaterais – como problemas renais e ósseos – a incidência* deles em pacientes *é baixíssima.*" (12/07/2014).

Dessa forma, os riscos à saúde ocasionados pela toma da PrEP quase não são mais problematizados – o que, paradoxalmente, vem a calhar para o discurso do risco ao HIV que pretenda fazer o sujeito utilizar essa forma de prevenção. O único risco mais debatido é o de criar vírus resistentes – esse, sim, um risco à saúde individual e, acima de tudo, da população. É o que veremos na próxima subseção.

5.4.10 Risco de criar vírus resistentes

Apenas 4 textos abordaram a possibilidade de a PrEP com Truvada criar vírus resistentes. Nos dois primeiros (E272 e E311 abaixo), que abordavam resultados de estudos clínicos sobre a PrEP, os enunciados ressaltam que é por isso que este método preventivo não é recomendado para a população em geral:

E272: "No entanto, problemas de efeitos colaterais e *desenvolvimento de linhagens resistentes de HIV* precisariam ser superados *antes que o uso se generalizasse.*" (07/08/2008)

E311: "Seu uso [do Truvada] em prevenção, porém, continuará a ser *restrito* para que o vírus *não adquira resistência.*" (no texto da capa de 17/07/2012)

Notamos em duas matérias a fala de um mesmo entrevistado, o médico e professor da UFRJ Amilcar Tanuri, na qual identificamos o discurso de responsabilização do indivíduo, típico da lógica do risco. Neste caso, a possibilidade da criação de vírus resistentes não é decorrência do medicamento em si, mas sim da pessoa que o utiliza de forma considerada “irresponsável” (E583 e E366 abaixo).

E583: “_ E o último ponto [enumerando problemas da PrEP] é a *resistência* do vírus ao antirretroviral, *porque imagina um paciente infectado, mas sem sentir nada, ter que aderir ao tratamento*. Se ele *desistir*, há a possibilidade de *aumento da resistência*, então o governo tem que trabalhar nisso. (Fala do médico e professor da UFRJ Amilcar Tanuri, 02/12/2013)

E366: "Para o médico e professor da UFRJ Amilcar Tanuri, a proposta da Organização Mundial da Saúde [de que HSH tomem PrEP] 'faz sentido', já que há grupos em que a incidência de HIV é maior que na população em geral. No entanto, ele chama atenção para o fato de que o uso preventivo dos antirretrovirais *pode ter efeitos contrários aos desejados*, caso seja feito de forma *irresponsável*. _ O problema maior é que, *se os indivíduos em tratamento preventivo não tomarem a medicação regularmente, podem se infectar e selecionar vírus resistentes à medicação em uso e transmitir esse vírus para seus parceiros*. Por isso, temos que ter um *controle sobre os indivíduos* em uso preventivo destas medicações." (12/07/2014)

Em E366 acima, as pessoas em uso de PrEP não *sofrem* o risco de criar vírus resistentes por conta do medicamento, que deveria ser melhorado – discurso anterior, típico de quando o uso da PrEP estava restrito aos ensaios clínicos. Ao contrário, agora quando do debate sobre a PrEP tornar-se política pública na prática, seus usuários é que *produzem* eles mesmos esse risco, por meio de seu comportamento tido como “irresponsável”. E passam, segundo esse discurso, a se constituírem eles próprios como risco a outras pessoas saudáveis. Por isso, devem ser controlados – algo que nos remete ao poder disciplinar foucaultiano, o do controle dos corpos individuais à força e à suas revelias, discutido em capítulo anterior.

5.4.11 O problema da adesão à PrEP

Notamos que o problema da adesão à PrEP apareceu em 8 textos n’OG, e todos eles eram sobre a PrEP com Truvada. Ele envolve duas questões importantes. A primeira, vista em subseção anterior, é que o desenvolvimento de vírus resistentes está associado, no debate científico biomédico, à adesão insatisfatória do usuário de PrEP ao regime medicamentoso proposto. N’OG, identificamos apenas dois enunciados a esse respeito (E366 e E583), presentes na fala de um mesmo entrevistado e analisados na subseção sobre o risco de criar vírus resistentes. Notamos que nele a não-adesão foi tomada como algo “irresponsável”. Identificamos esse mesmo sentido no enunciado abaixo:

E554: "_ Uma série de critérios deve ser levada em conta antes da indicação da PrEP, como o número de parceiros sexuais, os outros métodos de prevenção utilizados, o *compromisso com a adesão ao medicamento*, entre outros – destaca Adele Benzaken, diretora do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde." (25/05/2017)

Em E554 acima, diz-se que o usuário de PrEP precisa ter o *compromisso* com a adesão. No dicionário, um dos sentidos cristalizados para “compromisso” é justamente obrigação e responsabilidade (PRIBERAM, 2013).

A segunda questão envolvida no problema da adesão à PrEP é que a eficácia deste método preventivo estaria atrelada também à adesão à toma do esquema profilático. Percebemos que foi esta segunda questão a mais explorada pel'OG, como podemos notar nos enunciados abaixo:

E285: "_Nos exames [do estudo iPrEX], podemos verificar se havia medicação no sangue dos voluntários, e o remédio ofereceu proteção adicional de 44%. *Quanto mais a pessoa seguia à risca a orientação de tomar o fármaco diariamente, maior o seu nível de proteção.*" (Fala de Brenda Hoagland, pesquisadora integrante do estudo iPrEX, 24/11/2010)

E364: "_ A profilaxia pré-exposição já se mostrou extremamente eficaz e *evita em mais de 90% o risco de infecção, quando o paciente toma o remédio todos os dias* – afirma [o infectologista Alexandre Barbosa, da Faculdade de Medicina da Unesp-Botucatu]." (12/07/2014)

E378: "Segundo estudos, entre homens gays e travestis, a *eficácia* do Truvada na prevenção da aquisição do HIV por via sexual *pode chegar a 99%, se o indivíduo fizer uso regular do medicamento.*" (05/10/2014)

E513: "O Truvada – ou Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) –, *quando tomado diariamente, pode zerar o risco* de contágio mesmo no caso de sexo sem camisinha com um soropositivo." (02/08/2015)

E530: "Houve apenas uma nova *infecção* [no ensaio clínico abordado], contraída por um indivíduo que *desistiu* do medicamento." (21/07/2016)

No enunciado E530 anterior, foi utilizado o verbo *desistir*, cujo um dos sentidos cristalizados no dicionário é “*não querer continuar*” (PRIBERAM, 2013). Identificamos, portanto, que atravessou o enunciado o discurso tão presente na lógica do risco de que as pessoas são seres racionais e livres, capazes de escolher adotar ou não certas medidas preventivas – e, portanto, de serem responsáveis ou irresponsáveis com sua própria saúde, colhendo as virtudes ou as punições segundo o comportamento que supostamente quiseram adotar (no caso do enunciado, a punição com a infecção pelo HIV). Contudo, como vimos em capítulo anterior, há diversos motivos que levam os sujeitos a não conseguirem aderir ao uso de um medicamento. Percebemos que o único deles abordado pel'OG foi o esquecimento de tomar a pílula, presente em dois enunciados:

E352: “_ Através de mensagens de texto, vamos *lembrar a pessoa de tomar e buscar o medicamento*, além de conseguir coletar dados sobre seu comportamento sexual." (Fala de Valdiléa G. Veloso, pesquisadora do Ipec e do estudo PrEP Brasil, 03/12/2013)

E377: “_ Inclusive [os amigos e a família] *me ajudam a não esquecer de tomar o remédio.*" (Fala de Fábio Paulo Santana, 41 anos, auxiliar de enfermagem e usuário de PrEP, 05/10/2014)

Mesmo nos dois enunciados acima (E352 e E377), ainda atravessa o discurso sobre um ser racional: basta que se lembre ao usuário de PrEP que está na hora de tomar o remédio para que ele modifique seu comportamento. Concluímos que OG não problematizou motivos gerais que levam à não-adesão satisfatória ao comprimido de Truvada e que põem o indivíduo em vulnerabilidade à sua revelia, como a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e preconceitos de ordem geral – estes foram citados em outros cotextos, mas não naqueles referentes à adesão. Encontramos apenas dois enunciados que abordavam o estigma aos usuários de PrEP – como a sua identificação como alguém promíscuo (*Truvada Whore*) ou possivelmente soropositivo, já que faz uso de antirretrovirais. Ambos eram falas de usuários deste método preventivo e pertenciam à mesma matéria. Mesmo assim, foi para dizer que o estigma não existiu (E377 abaixo) ou que não era motivo de preocupação (E385 abaixo):

E377: "[...] afirma Fábio [Fábio Paulo Santana, de 41 anos, auxiliar de enfermagem e usuário de PrEP] assegurando que o uso do remédio não gerou efeitos colaterais nem, *tampouco, preconceito.*" (05/10/2014)

E385: "Ele [Thiago Santos, 25 anos, biólogo e participante do PrEP Brasil] diz *não ter receio* de que o uso do remédio possa despertar suspeitas ou curiosidade: _ *Eu nunca tive preocupação com o estigma.* Avisei à minha família que daria entrevista, por causa da possibilidade de que algum parente que não sabe sobre a minha orientação sexual seja surpreendido. Eles me perguntaram se eu estava ciente de que *poderia ser visto como um doente. Só que não me preocupo se as pessoas vão achar que eu sou soropositivo ou não.* Além disso, para mim, a pessoa se mostra leiga se acha que o fato de eu tomar Truvada faz de mim soropositivo." (05/10/2014)

5.4.12 Os responsáveis pela epidemia de aids

Em nossa análise discursiva, fizemos o levantamento de enunciados que poderiam nos dar pistas sobre as principais explicações vocalizadas n'OG para a continuidade da epidemia de HIV e, por consequência, de quem seriam os responsáveis por ela. Identificamos duas formações discursivas (FD) principais. A primeira reúne discursos que responsabilizam as pessoas em geral, mas principalmente os jovens, pela não diminuição da taxa de novas infecções no mundo e no Brasil. Segundo essa FD, as pessoas têm deixado a prevenção de lado por não temerem mais o HIV desde que a aids deixou de ser necessariamente letal e tomou aspectos de uma doença crônica com o advento da TARV. Abaixo, alguns enunciados que ilustram esse discurso, também encontrado por Carvalho (2012) ao analisar o mesmo jornal:

E294: "Há que se lembrar, por outro lado, que *a simples noção de que a Aids tem remédio já mostrou ter um efeito colateral perigoso, ao provocar o relaxamento nos hábitos de sexo seguro.*" (Mario Scheffer em artigo de opinião de 28/05/2011)

E363: "*Gottfried Hirnschall, chefe do departamento de HIV da OMS, afirmou que as taxas de infecção entre homossexuais estão aumentando novamente após 33 anos do pico da epidemia. Haveria uma diminuição do medo da infecção entre jovens, devido ao acesso a medicamentos que permitem que pacientes vítimas da Aids vivam com a doença, diminuindo a prevenção. Atualmente, jovens homossexuais homens possuem 19 vezes mais chances de infecção que a população em geral.*" (12/07/2014)

E387: "De acordo com a OMS, por conta do *acesso a medicamentos que controlam a Aids, haveria uma diminuição do medo da infecção entre gerações que não assistiram ao pico da doença, na década de 90. A entidade calcula que jovens homossexuais homens têm 19 vezes mais chances de infecção que a população em geral.*" (05/10/2014)

E388: "_ Durante um tempo, *as pessoas começaram a achar que tratar HIV era como tratar diabetes ou tratar hipertensão. Mas é muito diferente. Além de ser dispendioso, tanto em relação ao tempo dedicado ao tratamento como no que diz respeito aos gastos, o vírus traz outros problemas – opina Fábio Paulo Santana [de 41 anos, auxiliar de enfermagem e usuário de PrEP].*" (05/10/2014)

E393: "Para ele [*Arthur Chioro, ministro da Saúde*], o fato de *os jovens de hoje não terem vivido o tempo em que 'ídolos, artistas e amigos sofreram muito com HIV' pode contribuir para o comportamento de risco. Também presente no evento para divulgar a campanha [de prevenção à aids feita pelo Ministério da Saúde para o carnaval], a cantora Preta Gil concordou que 'para essa geração nova, parece que a Aids não existe' . _ O HIV não os atormenta. Isso assusta.*," comentou." " (10/02/2015)

E512: "_ [...] As pessoas sabem que a camisinha é o melhor jeito de prevenir. Mas quem gosta de usar? Com a Aids, *as pessoas, sobretudo os jovens, têm uma fantasia de que a equação está resolvida, de que não há mais problemas. Nosso discurso talvez tenha sido simplista. Quando se diz que a infecção é uma doença crônica e que a expectativa de vida, hoje, é longa, a ideia não é afirmar que se contaminar não é um problema – critica o infectologista Jamal Suleiman, que trata de pacientes com HIV desde 1985.*" (02/08/2015)

E565: "_ Embora o acesso a novos tratamentos esteja maior, *está faltando prevenção, principalmente entre os mais jovens. Apesar de saberem que a Aids existe, acham que nunca vai acontecer com eles.*" (Fala de Tânia Ventura, psicóloga do Hospital Universitário Antônio Pedro, referência em PEP, 01/12/2017)

Como vimos em capítulo anterior, é típico da lógica do risco responsabilizar as pessoas pelo cuidado à saúde. Essa FD identificada esteve presente na fala de autoridades que são importantes gestores do problema da epidemia de aids, como a OMS e o Ministério da Saúde. Concordamos com Carvalho e Azevêdo (2019, p. 254) que o argumento “conservador e moralista” de que os jovens são descuidados e a “reivindicação de uma pedagogia do medo pela ótica da falta de memória” não são apenas insuficientes para responder à epidemia, como podem ser contraproducentes.

Vimos nesta tese que, em um cenário neoliberal de contenção de gastos públicos, vem bem a calhar o discurso que coloca como responsabilidade dos indivíduos a solução dos problemas de saúde. Como apontado na própria fala de um usuário de PrEP no enunciado E388 (anterior), infectar-se com HIV é “dispendioso”. Esse mesmo discurso atravessou a fala de outra entrevistada:

E273: “_Os números de pessoas infectadas em tratamento está aumentando, o que é fantástico, mas o *fardo de tratar uma população crescente de soropositivos é pesado demais para um país como o Reino Unido e inimaginável para uma nação em desenvolvimento* – afirmou McCormack [Sheena McCormack, especialista em prevenção do Imperial College, em Londres] (07/08/2008).

Em E273 acima, dar tratamento a pessoas que se infectaram é tido como um “fardo”. Alguns sentidos presentes em dicionário para esta palavra é: aquilo que é “difícil de suportar”, que “impõe” e “exige cuidados e sérias responsabilidades” (PRIBERAM, 2013; MICHAELIS, 2019). Ademais, a entrevistada sustenta que, mesmo em economias fortes como a do Reino Unido, arcar com o tratamento é “pesado demais” e, portanto, “inimaginável” para países em desenvolvimento. Como vimos em capítulo anterior, esse discurso este muito presente em meados dos anos 1990, sustentado principalmente pelos grandes financiadores internacionais da resposta à epidemia, como o Banco Mundial. Chamou-nos atenção que o jornal não tenha tensionado a fala dessa entrevistada com fonte de opinião divergente, principalmente nacional – já que o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a tornar universal o acesso gratuito ao tratamento ao HIV/AIDS e, assim, a mostrar o quanto essa medida evitou inclusive gastos hospitalares.

Vejamos agora o enunciado E525 abaixo:

E525: "Para José Valdez Madruga, coordenador do Comitê Científico de HIV/ Aids da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), o *estigma* ainda é uma das principais barreiras [ao controle da aids] no país. _ Existe muito *preconceito com a testagem*, o que acaba atrasando o diagnóstico e, assim, o início do tratamento." (01/06/2016)

Ele pertence à mesma FD que responsabiliza os indivíduos pela epidemia de aids. Inicialmente, somos informados de que o estigma é um obstáculo para o controle dela – o que cria expectativas quanto a sentidos outros, mais ligados à noção de vulnerabilidade: um dos gestos de interpretação possíveis é que haja pessoas vítimas de preconceito, o que aumenta o risco delas de contrair HIV. Entretanto, essa expectativa de sentido é quebrada pelo discurso direto do entrevistado: não são as pessoas que sofrem estigma – são elas que têm preconceito, à testagem; portanto, é culpa delas a disseminação do HIV.

Essa FD que responsabiliza as pessoas pela epidemia de HIV/AIDS convive n’OG com outra FD que reúne discursos mais ligados à noção de vulnerabilidade, segundos os quais é preciso que haja políticas públicas focadas nas determinações socioculturais desse problema de saúde pública. Abaixo listamos alguns enunciados pertencentes a essa FD que nos informam sobre a necessidade de oferecer serviços de saúde adequados (E523, E362, E382); atendimento psicológico para garantir adesão do soropositivo ao tratamento (E566); promover políticas inclusivas (E292), antidiscriminatórias (E341, E362, E382, E400, E534), que visem

diminuir desigualdades de gênero, pobreza e violência (E523, E534), e sejam baseadas em direitos humanos (E292); revogar leis que criminalizam a homossexualidade (E341, E362) e a transmissão do HIV (E534); promover campanhas mais eficazes e ousadas (E391, E400, E401); investir em mais políticas de prevenção (E400, E401, E522, E534) e em maior divulgação sobre a PrEP (E391); incentivar mais parcerias e diálogos com a sociedade civil (E400); investir em Educação (E523; E382) e realizar ações educativas sobre IST (E522) também nas escolas (E512) . São sentidos que apontam sobretudo para a responsabilização das autoridades políticas e sanitárias na contenção da epidemia.

E292: "O controle da Aids sempre dependerá do *comportamento das pessoas e de fatores sociais e culturais*. Daí a importância de *políticas inclusivas e de direitos humanos*, que estimulem situações mais favoráveis à prevenção." (artigo de opinião de Mario Scheffer, 28/05/2011)

E341: "Para o médico Luiz Loures, do Unaid, a Prep facilitaria o controle da incidência de HIV nas populações mais afetadas. Ele ressalta, no entanto, a necessidade de estabelecer uma *política de proteção* a essas pessoas. _ Sem uma *política antidiscriminatória*, isso não vai funcionar. A experiência brasileira vem abrir o debate sobre o acesso à profilaxia por estes grupos mais *vulneráveis*. Isso pode ser importante do ponto de vista internacional. *O tratamento não vai ser a solução em países que criminalizam a relação do mesmo sexo*, por exemplo – afirmou." (02/12/2013)

E362: "O comunicado [da OMS] inclui os gays em uma lista de grupos-chaves *a quem não estão sendo oferecidos serviços adequados*, o que muitas vezes é relacionado à *criminalização* e ao *estigma* que essas pessoas sofrem." (12/07/2014)

E382: "Valdilea Veloso, investigadora do estudo [PrEP Brasil], lembra que esses grupos costumam ficar *à margem do serviço de saúde*. Não é raro que gays e travestis *sofram preconceito* ao procurar atendimento. _ Essa população é *negligenciada*. É comum que inovações sejam apropriadas por quem tem *mais conhecimento e mais acesso ao sistema de saúde*. A nossa pesquisa vai na direção contrária. A intenção é possibilitar uma distribuição mais equânime dos benefícios da ciência – afirma a médica." (05/10/2014)

E391: "Ao mirar em jovens e prometer ações para além do carnaval, a pasta [Ministério da Saúde] rebate *críticas de que as campanhas têm sido ineficazes e muito restritas a esta época*. Para especialistas, é preciso investigar por que as pessoas não usam a camisinha como deveriam e ampliar as ações, como o *reforço da divulgação da profilaxia pré-exposição (PrEP)*." (10/02/2015)

E400: "Salvador Correa, da Abia, diz a que as *campanhas de prevenção perderam a 'ousadia'* nos últimos anos. Em 2013, após polêmica, o governo federal chegou a retirar do ar peças do Ministério da Saúde de prevenção à Aids com a frase 'Sou feliz sendo *prostituta*'. Em 2012, houve recuo em outra campanha publicitária que seria lançada com foco em jovens *gays*: _ A partir do fim do ano passado, ouve [sic] uma sinalização de uma retomada dessa ousadia, mas *governos, ministério e sociedade civil precisam dialogar* mais no sentido de construir uma resposta à epidemia que alcance êxito. Temos percebido que, cada vez mais, as *políticas de prevenção* perdem fôlego." (10/02/2015)

E401: "Para Alexandre Barbosa, professor de infectologia da Faculdade de Medicina Unesp em Botucatu (SP), a *falta de ousadia [do Ministério da Saúde no combate ao HIV/AIDS]* pode estar relacionada, entre outros fatores, à retomada da ascensão do HIV entre jovens. _ Até bem pouco tempo atrás, as *campanhas* vinham sendo muito *caretas*. É preciso focar populações *mais vulneráveis*, como os jovens gays e meninas entrando na vida sexual. *Campanhas*, assim como medidas científicas,

têm de seguir *critérios técnicos, sem impedimentos por questões ideológicas, religiosas ou políticas* – defende, também, citando a importância de incentivar o uso de *outras formas de prevenção, além do preservativo.*" (10/02/2015)

E512: "Jamal Suleiman [infectologista], no entanto, *rechaça a ideia de que deve ser retomado um discurso do pânico, comum no início da epidemia mundial.* Segundo ele, o problema é que *as escolas estão abandonando o assunto*, e as *comunidades gays* deixaram de se reunir em pontos de encontro graças à facilidade proporcionada por aplicativos de namoro, o que dificulta ações educativas voltadas para esse *grupo de risco.*" (02/08/2015)

E522: "A queda na mortalidade [por Aids] só não foi maior porque o mundo não conseguiu evitar novas infecções nos últimos cinco anos. O número de novos casos se manteve quase o mesmo: em 2010, ocorreram 2,2 milhões e , em 2015, foram 2,1 milhões. Isso evidencia que *o grande gargalo, segundo especialistas , é a prevenção.* _ *Se as políticas públicas enfatizarem apenas o tratamento, deixando os programas de prevenção como secundários, não será possível controlar a epidemia de Aids em 2030, como a ONU estipula* – crítica o coordenador de projetos da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, Veriano Terto Júnior. _ Não se pode achar que o medicamento é uma *bala mágica*, que resolverá todos os problemas. É preciso *educação sobre DSTs* (doenças sexualmente transmissíveis)." (01/06/2016)

E523: Segundo o relatório [do Unaid], o grupo de maior risco [no mundo] é o de jovens e adolescentes, sobretudo entre a população feminina. Mulheres de 15 a 24 anos representaram 20% das novas infecções [mundiais] em 2015, apesar de serem apenas 11% da população contaminada. De acordo com o Unaid, *desigualdade de gênero, pobreza, violência e obstáculos para educação das mulheres e para o acesso a serviços de saúde reprodutiva estão na raiz dessa vulnerabilidade maior.*" (01/06/2016)

E534: "Vasconcelos [Ricardo Vasconcelos, infectologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e do projeto PrEP Brasil] e Villardi [Pedro Villardi, coordenador de projetos da Abia] atribuem o aumento dos casos de Aids no país à atuação de *grupos conservadores no Congresso Nacional, resistentes ao desenvolvimento de novas políticas de prevenção à doença.* _ A epidemia de HIV circula entre grupos excluídos da sociedade, como mulheres transexuais e consumidores de drogas – lembra Vasconcelos. _ *Não são os homens brancos, ricos e heterossexuais que estão no Congresso. A bancada evangélica não vai gastar milhões de reais para que gays usem camisinha .* _ Vimos propostas para *criminalizar a transmissão da Aids*, o que afastou as pessoas infectadas do sistema de saúde – crítica Villardi." (21/07/2016)

E566: "Ao restaurar a importância do *apoio psicológico no tratamento da Aids*, a pediatra do SAE do Antônio Pedro Ivete Martins Gomes destaca que um dos principais desafios é fazer o diagnóstico breve. _ Principalmente entre jovens e gestantes, os diagnósticos ainda são tardios. Outro desafio é a adesão ao tratamento, já que as *condições sociais e psicológicas* fazem com que muitos abandonem o tratamento. *Falta* na rede, hoje, um *apoio maior na saúde mental.* Apenas o Antônio Pedro e outra SAE dispõem de psicólogo – lamenta. A prefeitura diz que há psicólogos em todas as unidades da rede." (01/12/2017)

A FD sobre a vulnerabilidade foi percebida principalmente na fala do Unaid, de ativistas e de pesquisadores, tanto das ciências sociais e humanas em saúde (como Mario Scheffer e Veriano Terto Júnior – ainda que este tenha sido identificado como ativista, e não pesquisador), mas também da área biomédica, como infectologistas.

Retomemos alguns enunciados acima. Em E341, o médico Luiz Loures, do Unaid, ressalta "a necessidade de estabelecer uma *política de proteção*" a populações mais afetadas

pelo HIV. São sinônimos para “proteção”: “custódia”, “tutela”, “segurança” (DICIO, 2018). Ou seja, atravessa a fala desse entrevistado um discurso que responsabiliza as autoridades pelo cuidado dessas pessoas.

Em E401, o infectologista Alexandre Barbosa afirma que “*Campanhas*, assim como medidas *científicas*, têm de seguir *critérios técnicos, sem impedimentos por questões ideológicas, religiosas ou políticas*”. Notamos a presença do discurso que crê ser o conhecimento científico algo neutro, imparcial, apartado da influência da religião e das discussões políticas. Como argumentamos antes nesta tese, nem as campanhas, nem a ciência e nem o jornalismo que trata sobre ambas são capazes de se resguardar de “questões ideológicas”, pois são uma forma de ver o mundo, são atos de linguagem – e, portanto, a ideologia é-lhes inerente. Como afirma criticamente Bruno Latour (1994), a aids mostrou-nos o quanto as tramas de ciência se imbricam com política, economia, direito, religião, técnica, ficção...

[...] mas os analistas, os pensadores, os jornalistas e todos os que tomam decisões irão cortar a fina rede desenhada pelo vírus em pequenos compartimentos específicos, onde encontraremos apenas ciência, apenas economia, apenas representações sociais, apenas generalidades, apenas piedade, apenas sexo (LATOUR, 1994, p.8).

Em E512, o infectologista Jamal Suleiman rechaça em sua fala a retomada do “discurso do pânico” como forma de fazer as pessoas se prevenirem ao HIV – artifício muito usado no início da epidemia de aids que, como vimos antes nesta tese, esteve presente na cobertura da imprensa à época e foi fomentado pelo discurso exacerbado do risco.

No enunciado E542 abaixo, percebemos na fala da entrevistada a ocupação de duas posições-sujeito distintas, cada qual ligada às duas formações discursivas identificadas por nós nesta subseção: de um lado, há a responsabilização das autoridades políticas e sanitárias pela epidemia de aids; de outro, responsabiliza-se o indivíduo.

E542: "Mesmo com campanhas de prevenção e a chegada de novos medicamentos, os casos de infectados por HIV aumentam a cada ano e, conseqüentemente, os riscos de novas epidemias de Aids. As razões são complexas, de acordo com a médica [Tânia Regina Vergara, vice-presidente da Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro]: _ *O acesso à informação é restrito, além da questão dos interesses políticos. As pessoas não procuram fazer o diagnóstico, mesmo sabendo que têm comportamento de risco. O tratamento do HIV também depende muito da adesão: é para a vida toda, tem horários certos e alguns cuidados, mas os medicamentos hoje são muito fáceis de tomar.*" (29/09/2016)

Isso ilustra como os sentidos são sempre fluidos, podem ser sempre outros; mostra como o sujeito crê no efeito de evidência de seu dizer quando, na verdade, ele é marcado pelo

inconsciente e pela incompletude: o efeito de unidade (como não contradição) é imaginário (ORLANDI, 2001; PÊCHEUX, 1990).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos n'OG e na FSP um silenciamento do tema da prevenção ao HIV/AIDS envolvendo mais do que o uso do preservativo, pois houve apenas 108 textos (40 n'OG e 68 na FSP) citando ao menos um destes métodos preventivos: circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP, veiculados entre 1988 e 2017. A aparição deles nos jornais dá-se precipuamente no ritmo da pesquisa científica e das ações dos organismos estatais e internacionais ligados à aids. A camisinha é citada em boa parte dos textos da FSP e d'OG sobre esses quatro métodos preventivos – o que indica que ela permanece exercendo um importante papel na prevenção, ainda que seja ressignificada por eles.

A maioria dos textos informativos n'OG e na FSP sobre os quatro métodos preventivos recebe a assinatura de seus jornalistas: são 16 profissionais n'OG e 22 na FSP. N'OG, os textos assinados surgiram em 2008, mas foram publicados sobretudo na década de 2010. Na FSP, as assinaturas surgiram em 1998, mas foram mais frequentes a partir de 2005. Contudo, o aumento no número de repórteres assinantes não significa necessariamente um incremento da equipe. Na verdade, ainda que os jornais identifiquem a saúde como um valor-notícia, não têm investido na contratação de profissionais especializados no tema. De forma geral, com o “enxugamento” das redações, os jornalistas têm acumulado funções, escrevendo também para outras editorias do mesmo jornal e para outros veículos de comunicação do conglomerado de mídia que os emprega.

Esse contexto de trabalho do jornalista influencia nas fontes mais ouvidas. Percebemos que OG e a FSP noticiam os quatro métodos preventivos motivados por resumos ou *releases* fornecidos pelas agências de saúde (como o Ministério da Saúde e a OMS), pelos organizadores de congressos científicos (principalmente os Congressos Internacionais de Aids) e pelas revistas científicas (como *The Lancet*, *Nature* e *Science*). Nossa análise das fontes utilizadas corrobora os achados de outros investigadores acerca da cobertura jornalística brasileira da aids: atualmente, quando os jornais abordam o tema, o fazem motivados mais pelo ritmo das descobertas científicas (principalmente biomédicas), das ações dos organismos internacionais ligados à síndrome (como OMS, Unids, FDA e CDC) e das do Ministério da Saúde, em detrimento das ações, críticas e anseios dos movimentos sociais (atualmente politicamente mais enfraquecido), dos profissionais que atendem no serviço público de saúde e das pessoas comuns (como usuários de PrEP), em suas vidas cotidianas, e a despeito dos interesses da indústria farmacêutica ou de produtos médicos, quase ausente como fonte. Ao ouvir mais os representantes do saber especializado na cobertura dos métodos

preventivos ao HIV, os jornais estão privilegiando os sentidos por eles atribuídos ao risco e à aids.

OG seguiu a mesma tendência da FSP com relação aos tipos de fontes utilizadas – porém, com menor diversificação nelas. Com relação à especialidade de conhecimento das fontes ouvidas, em ambos os jornais a maioria foi da área biomédica – sobretudo infectologistas. Contudo, no meio científico, as ciências sociais e humanas em saúde também têm contribuído para as discussões acerca dos métodos preventivos ao HIV, e muitas vezes desde perspectivas críticas aos estudos da área biomédica, abordando inclusive a necessidade de se pensar o enfrentamento das determinações sociais da epidemia de aids. Um dos efeitos da ausência de controvérsia na cobertura jornalística sobre risco e prevenção é a percepção pelo leitor de que as recomendações médicas publicadas são coerentes e indiscutíveis – o que pode facilitar sua adesão a elas na orientação do seu modo de viver.

Dentre os quatro métodos preventivos ao HIV por nós estudados, a circuncisão masculina foi o segundo menos citado n’OG. As publicações surgiram nos anos 1988 e 1989 e ocorreram de forma muito pontual e bastante espaçada no tempo. Contudo, na FSP ela foi o segundo método mais citado, atrás apenas da PrEP, com publicação de textos a partir de 1995. Nossa hipótese é que isso decorre do fato de o assunto ser tema de interesse de parte dos leitores da FSP, em cuja cidade-sede há uma comunidade judaica expressiva, que realiza a circuncisão masculina como ritual religioso em bebês e crianças. O pico noticioso da circuncisão na FSP ocorreu entre 2007 e 2009 – justamente quando houve a publicação de resultados de estudos científicos mais sólidos acerca deste método e a discussão por parte da comunidade internacional sobre torná-lo ou não uma recomendação. Já durante os anos 2010, diminuiu-se significativamente a publicação de textos sobre circuncisão masculina, tanto na FSP quanto n’OG. Isso se deve ao próprio arrefecimento das discussões acerca deste método e ao advento da PrEP e do TasP. Em ambos os jornais, a maioria dos textos sobre circuncisão não cita os outros três métodos preventivos por nós estudados, o que indica que ela teve um espaço próprio de discussão e debate.

Surpreendeu-nos que a PEP – o primeiro método preventivo estudado por nós a ser disponibilizado no SUS – tenha sido o menos noticiado em ambos os jornais, aquém até da circuncisão masculina, que nunca se tornou política pública no Brasil. Isso demonstra o silenciamento dos jornais sobre esta importante forma de prevenção à disposição dos cidadãos gratuitamente. Ela surgiu em 1998 na FSP e em 2000 n’OG, mas notamos que a maior concentração de textos sobre PEP em ambos os jornais ocorre na década de 2010, justamente após passar a ser oferecida no SUS também a pessoas que compartilharam seringas ou que

mantiveram relações sexuais consideradas de risco. Ademais, percebemos que seu agendamento midiático nos jornais deve-se em grande parte à introdução da PrEP e do TasP como políticas públicas, que rememoram a existência desse outro método no SUS.

O TasP foi o segundo método preventivo mais noticiado n'OG. Já na FSP, ele ocupa o terceiro lugar. Contudo, se observarmos apenas a década de 2010, na qual ele surgiu (em 2010 n'OG e em 2011 na FSP), ele passa a ocupar o segundo lugar neste jornal. Para nós, o maior agendamento midiático do TasP com relação à PEP e a circuncisão masculina desde seu advento em ambos os impressos deve-se a que ele, juntamente com a PrEP, tenham sido os métodos-novidade desse período e incorporados pelo SUS.

A PrEP foi o método preventivo com mais textos em ambos os jornais, e também com mais chamadas na capa. Isso se deve, em grande parte, a que tenha sido bastante discutida no Brasil pelo Ministério da Saúde, que investiu em estudos sobre sua eficácia e na sua implementação no SUS. Contudo, reiteramos que se trata de um baixo quantitativo de textos jornalísticos sobre PrEP n'OG e na FSP. O método recebeu pouca atenção desses veículos, ainda que tenha se tornado uma política pública de saúde – dirigida, a propósito, a populações altamente estigmatizadas historicamente. A baixa divulgação, pelos impressos analisados, de um direito de saúde a elas concedido nos leva a refletir sobre as implicações éticas disso.

A PrEP surgiu em ambos os jornais em 2008 e seu agendamento deu-se mais quando do debate, tanto a nível internacional como nacional, sobre a aprovação do Truvada como PrEP e sua transformação em política de saúde. N'OG, o anúncio pelo governo de um estudo para implementar a PrEP no RS, em dezembro de 2013, marca a entrada deste método como uma questão nacional. Também identificamos que boa parte dos textos que citam PrEP em ambos os jornais menciona os outros métodos preventivos.

Em ambos os jornais, a maior parte dos textos sobre PrEP foi publicada em editoriais que continham as palavras “ciência” e/ou “saúde” em seus nomes. Essas são editoriais especializadas, mais focadas na saúde individual do que coletiva. Isso significa que a prevenção à aids tem sido discutida por esses jornais muito mais em torno da descoberta de novos fármacos e menos em torno do enfrentamento de vulnerabilidades determinadas por fatores sociais, econômicos e culturais – e que podem, por vezes, até limitar o acesso da população a esses novos fármacos. O enfoque dado às novas terapias também aponta para o apelo jornalístico das mudanças tecnocientíficas, recrudescendo o fenômeno da biomedicalização.

Um terço dos textos de PrEP da FSP esteve presente na editoria de Opinião. A maioria foi artigo de opinião, metade deles assinada por Caio Rosenthal (infectologista) e

Mario Scheffer (especialista em saúde pública) em Dias Mundiais de Luta Contra a Aids. Esses dois pesquisadores também foram ouvidos como fontes pela FSP – o que os marca como importantes influenciadores de opinião nesse jornal. Já n’OG, houve apenas um texto de caráter opinativo sobre PrEP: um artigo de opinião também de Mario Scheffer, mas que, ao contrário da FSP, não foi ouvido como fonte em textos informativos.

Vimos nesta tese que o discurso do risco acerca do HIV/AIDS dá-se na cobertura d’OG sobre a PrEP não pela retórica do pânico e do medo, que marcou o tom da imprensa acerca da aids no início da epidemia, mas por outras estratégias discursivas que incutem a responsabilidade individual pela saúde – e que, portanto, culpabilizam o sujeito pela continuidade da epidemia, principalmente aquele que se enquadra nas “populações-chave”, por vezes também referenciadas ainda como “grupos de risco”. Essa responsabilização individual dá-se em meio ao contexto neoliberal e de capitalismo de consumo, no qual convivem restrições ao orçamento público no enfrentamento à epidemia, ao lado do fomento a certo mercado, precipuamente de tecnologias biomédicas e farmacêuticas, que une o indivíduo responsável ao indivíduo consumidor, principalmente de produtos que dialogam com seu prazer. Entretanto, também identificamos no jornal discursos contra-hegemônicos que tensionam tudo isso, principalmente ligados à ideia de vulnerabilidade, que apontam para responsabilidades coletivas, e não somente individuais, no enfrentamento à aids e que questionam o fomento de métodos biomédicos preventivos ao HIV como “balas mágicas” para solucionar a epidemia.

Na análise discursiva acerca da PrEP n’OG, notamos forte presença do léxico farmacêutico nas formas de nomeação a esse método preventivo, principalmente sem a distinção imaginária entre medicamento e droga – marca de uma sociedade em que cada vez mais a saúde é definida como um estado ideal, cuja busca iguala-se à procura por sensações de bem-estar. O uso do termo “tratamento” para se referir à PrEP mostra a diluição da barreira entre sãos e doentes, entre tratamento e prevenção, pelo discurso do risco. Ademais, a designação da PrEP como uma “tecnologia” aponta para a biomedicalização da aids – à incorporação de bens e serviços tecnocientíficos e biomédicos como itens de consumo, por vezes fetichizados como o que há de mais moderno e promissor para acabar com a epidemia.

De forma geral, identificamos nos discursos d’OG que a PrEP foi bem recebida como mais um método preventivo para ajudar no controle da epidemia de aids. Entretanto, há pelo menos duas formações discursivas (FD) sobre a contribuição dela no enfrentamento a esse problema de saúde pública, que ilustram o debate sobre a biomedicalização da aids. De um lado, estão os discursos nos quais percebemos a crença no poder das tecnologias biomédicas

para conter a epidemia, sustentados sobretudo pela OMS, pelo CDC e por pesquisadores envolvidos em ensaios clínicos de PrEP. Atrelados a essa FD estão sentidos que apontam para a PrEP como um *avanço*, que coloca a prevenção em uma “nova e mais promissora fase” e o “Brasil na vanguarda”. Opondo-se a essa FD estão discursos segundo os quais é “exageradamente otimista” crer que prover tecnologias biomédicas de uso individual controlará a epidemia de HIV/AIDS se não houver igual investimento em políticas capazes de sanar as determinações sociais dela. Ademais, entende-se que a incorporação da PrEP ao SUS dá-se já de forma “atrasada”. Esse discurso esteve presente sobretudo na fala de representantes da ABIA – marcando a importância dos ativistas dessa *think tank* na sustentação de discursos contra-hegemônicos na cobertura d’OG.

Ao analisarmos enunciados d’OG que informavam sobre as estatísticas da epidemia de HIV/AIDS, percebemos que a morte por aids ainda é colocada no cenário da narrativa sobre PrEP. Contudo, o tom é bem menos alarmista comparado ao início da epidemia: somos informados que a taxa de mortalidade tem decrescido, mas não a de novas infecções por HIV. Para nós, essa estratégia discursiva produz certo efeito de sentido importante ao funcionamento do discurso do risco ao HIV: é preciso que a morte esteja no horizonte das pessoas para que elas tomem medidas preventivas a fim de evitá-la; mas não tão próxima, a ponto de fazê-las preferir aproveitar o que lhes resta de vida da forma como melhor lhes convier. Também identificamos que ora se afirma que o número de casos de HIV está aumentando, ora que está estável (este, discurso bastante presente nos *releases* e boletins do governo brasileiro) – o que ilustra como as estatísticas, tomadas pelo jornalismo como neutras, são usadas segundo interesses distintos. Há estimativas segundo as quais muitas pessoas não sabem que têm HIV – o que pode gerar no leitor a expectativa de que ele talvez seja uma delas. Entretanto, outros enunciados apontam para uma epidemia concentrada em algumas populações – sobretudo em HSH e jovens. Isso pode produzir pelo menos dois efeitos concomitantes. O primeiro é o favorecimento da percepção de risco por parte do leitor que se enquadra nessas populações mais afetadas. O segundo é o outro lado da moeda: o gesto de desidentificação com o risco de contrair HIV por parte do leitor que não se enquadra nelas – dificultando, assim, o funcionamento do discurso do risco entre esses sujeitos.

Identificamos que OG limitou-se a divulgar quais eram os perfis dos participantes dos ensaios clínicos com PrEP e os países nos quais eles estavam sendo realizados – sem problematizar esta etapa da investigação científica ou trazer outro ponto de vista. O jornal não questionou as perspectivas moralizantes envolvidas nesses ensaios, tampouco se atentou para suas limitações metodológicas.

N'OG, não percebemos críticas quanto a PrEP não ser um método universal, ou seja, disponível para qualquer pessoa no SUS. Ao contrário, os enunciados apontam para certo consenso sobre ela ser recomendada apenas a certas populações nas quais há maiores taxas de infecção por HIV. A não-universalidade da PrEP no SUS pode ser entendida como uma forma, intencional ou não, de controlar processos (bio)medicalizantes. A indicação da PrEP para certas populações (precipualemente pessoas em relacionamento estável com soropositivos, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e mulheres africanas), em geral, foi apenas citada pelo jornal, sem ser debatida ou questionada. A discussão apenas ocorreu em relação aos homossexuais – população à qual percebemos forte associação da PrEP n'OG. Ademais, ainda que os jovens tenham sido comumente citados como a população na qual a taxa de aumento da incidência do vírus tem sido considerada preocupante, não se debateu se a PrEP seria uma medida profilática indicada a eles, mas apenas para os jovens *gays*.

Identificamos que o debate em torno da PrEP para homossexuais ocorreu em um momento específico n'OG: quando da recomendação pela OMS do Truvada como PrEP para esta população, em 12/07/2014. Identificamos na matéria dessa data um consenso entre os especialistas e a comunidade homossexual de que esta população é um público-alvo prioritário para a oferta da PrEP – o que esteve em debate foi a abrangência da proposta: se para todos os HSH ou para apenas alguns, e se ela reforçaria o estigma a essa população. Houve pelo menos duas FDs em oposição e embate no jornal: 1) a de Aconselhamento, na qual o uso da PrEP por homossexuais é incentivado, havendo certo espaço para a autonomia de escolha individual (nada é imposto); e 2) a de Obrigatoriedade, que aponta para a clara responsabilização do homossexual pela sua prevenção ao HIV e o seu dever de usar PrEP.

OG utiliza tanto termos derivados da palavra “vulnerabilidade” quanto o de “grupo de risco” para se referir às populações tidas como público-alvo preferencial da PrEP – às vezes, na mesma matéria. Como vimos nesta tese, o conceito de vulnerabilidade visa ressaltar a necessidade de combater as determinações sociais da epidemia de aids – obscurecidas pelo conceito de risco, que foca na responsabilização individual. Entretanto, identificamos mais formas outras de nomeação, que apontam para sentidos de risco em saúde: pessoas “com risco elevado” de contrair HIV, “com alta exposição ao vírus”, “de alto risco”. Também foi usado o termo “grupos-chave”, com o qual designamos hoje praticamente os mesmos que, no início da epidemia, chamávamos de “grupo de risco”. Contudo, há certo deslocamento de sentido de um termo para outro, fruto de longa luta social: os “grupos de risco” eram vistos como uma ameaça ao restante da população; ao passo que agora certas populações são vistas como a

“chave” da solução para a epidemia – o que, sem dúvida, ainda mantém a responsabilização delas na contenção desse problema de saúde pública.

Notamos n’OG duas formas de nomear as pessoas que fazem sexo em troca de dinheiro: “prostituta” e “profissional do sexo”. Esses termos carregam sentidos distintos e marcam uma luta histórica recente por direitos trabalhistas e sociais. No jornal, a menção a “prostituta” ocorreu em meio a discursos associados exclusivamente a ideias de risco. Já “profissional do sexo” ocorreu em cotextos que abordavam ideias como de vulnerabilidade, preconceito e estigma – ainda que em alguns momentos tenha ocorrido também atrelado concomitantemente ao discurso do risco.

Identificamos n’OG o discurso de que, apesar de o preservativo ser importante, ele não é medida suficiente de prevenção no Brasil, principalmente porque as pessoas nem sempre o utilizam. Entretanto, na era da PrEP, seu papel mantém-se por ser o único método capaz de também prevenir outras IST. Notamos que conviveram pelo menos duas FDs distintas e antagônicas sobre a camisinha na era da PrEP. A primeira reúne discursos segundo os quais o preservativo não deveria ser dispensado ou substituído pela PrEP – esta lhe seria complementar, adicional, e deveria ser usada concomitantemente a ele. Inclusive a eficácia da PrEP, demonstrada em ensaios clínicos, era apontada como dependente também do uso de camisinha. A segunda FD reúne discursos que afirmavam que a PrEP deveria ser usada principalmente por quem não consegue utilizar preservativo; que funcionaria inclusive sem o uso deste (podendo, portanto, dispensá-lo); e que sua eficácia seria até superior à da camisinha. De qualquer forma, uma ideia constante e que perpassa as duas FDs é que tanto a camisinha quanto a PrEP devem ser ofertadas em conjunto a outras formas de prevenção, dentro do que se chama de prevenção combinada.

Vimos que a maioria dos enunciados sobre vacina em textos que citavam a PrEP n’OG informavam que esta emerge em meio a resultados ainda insatisfatórios de estudos envolvendo aquela. Notamos que n’OG apareceram tanto enunciados esclarecendo que a PrEP com Truvada não é uma vacina quanto enunciados que informavam que ela é “um tipo de vacina clínica”, o que pode causar certa confusão no leitor.

Notamos que OG, ainda que em raros momentos tenha se preocupado em abordar o alto preço do Truvada, não debateu muito sobre formas de reduzi-lo, como a compra de genéricos no mercado internacional ou até mesmo a produção deles no Brasil, após a negativa da concessão da patente no país – estas, sim, soluções levantadas pela ABIA, que teve papel fundamental na inclusão deste tema na cobertura do jornal, ainda que em poucos enunciados.

Isso aponta que os interesses da indústria farmacêutica na promoção da PrEP não foram problematizados pel'OG.

A maior parte dos textos que abordaram (a existência ou não de) efeitos adversos na PrEP foi sobre a modalidade com Truvada. Quando acerca de outras formas de PrEP, os efeitos colaterais não foram abordados ou, quando o foram, foi para dizer que não ocorreram. Até 2014, identificamos n'OG apenas um discurso acerca dos efeitos adversos na PrEP com Truvada: o de que seu uso não poderia ser generalizado, já que os estudos sobre seus efeitos colaterais ainda eram insuficientes. Entretanto, a partir de 2014, após resultados de mais estudos clínicos, passou a prevalecer no jornal outro discurso: o de que a PrEP tem efeitos colaterais brandos ou inexistentes e de que é segura. Houve apenas dois enunciados que mencionaram efeitos adversos mais preocupantes, como alterações renais e ósseas. Entretanto, eles foram tidos como “não importantes” e de “incidência baixíssima”. Dessa forma, os riscos à saúde ocasionados pela toma da PrEP não são muito problematizados – o que, paradoxalmente, vem a calhar para o discurso do risco ao HIV que pretenda fazer o sujeito utilizar essa forma de prevenção.

O único risco da toma da PrEP mais debatido é o de criar vírus resistentes – esse, sim, um risco à saúde individual mas, acima de tudo, à da população. Entretanto, isso ocorreu em apenas 3 textos. Nos dois primeiros, que abordavam resultados de estudos clínicos sobre a PrEP, os enunciados apontavam que a criação de vírus resistentes era decorrência do medicamento, que deveria ser aprimorado nos estudos. Por isso mesmo, a PrEP não era recomendada para a população em geral. Já em 12/07/2014, quando a OMS recomenda o uso de PrEP por HSH, identificamos na fala de um entrevistado o discurso de responsabilização do indivíduo, típico da lógica do risco. Neste caso, a possibilidade da criação de vírus resistentes é do sujeito que utiliza a PrEP de forma considerada “irresponsável”. Ele é visto como um risco a outras pessoas saudáveis e, por isso, deve ser “controlado”.

Notamos que o problema da adesão à PrEP apareceu em 7 textos n'OG, e todos eles eram sobre a PrEP com Truvada. Identificamos em alguns enunciados o discurso tão presente na lógica do risco de que as pessoas são seres racionais e livres, capazes de escolher adotar ou não certas medidas preventivas – e, portanto, de serem responsáveis ou irresponsáveis com sua própria saúde. OG não problematizou motivos gerais que levam à não-adesão satisfatória ao comprimido de Truvada e que põem o indivíduo em vulnerabilidade à sua revelia. Um desses motivos é o estigma aos usuários de PrEP, abordado pelo jornal apenas por meio da fala de dois usuários, que disseram que ele não existiu ou que não era motivo de preocupação.

No levantamento de enunciados que poderiam nos dar pistas sobre as principais explicações vocalizadas n'OG para a continuidade da epidemia de HIV – e, por consequência, de quem seriam os responsáveis por ela –, identificamos duas FDs principais. A primeira responsabiliza as pessoas por deixarem a prevenção de lado – principalmente os jovens – pois não temeriam mais o HIV desde que a aids deixou de ser necessariamente letal e tomou aspectos de uma doença crônica com o advento da TARV. Essa FD foi identificada na fala de autoridades que são importantes gestoras do problema da epidemia de aids. Vimos nesta tese que, em um cenário neoliberal de contenção de gastos públicos, essa FD vem bem a calhar. A segunda FD encontrada reúne discursos mais ligados à noção de vulnerabilidade, segundos os quais é preciso que haja políticas públicas focadas nas determinações socioculturais da epidemia. São sentidos que apontam sobretudo para a responsabilização das autoridades políticas e sanitárias na contenção da aids, percebidos principalmente na fala do Unids, de ativistas e de pesquisadores.

Esta tese disponibiliza nos apêndices e nos anexos todos os documentos coletados e suas sistematizações, como forma de incentivar a ciência aberta (sobretudo porque foi financiada com dinheiro público, por meio de bolsa de estudo), a transparência do fazer científico e o fomento a novas pesquisas sobre o objeto analisado.

Ressaltamos que no Apêndice B há uma lista de trabalhos científicos acerca da cobertura jornalística brasileira sobre a aids, criada no momento da revisão de literatura. Esta lista pode servir de fonte para outros investigadores. Identificamos que a maioria dos estudos envolve os impressos. Isso se deve em boa parte à fácil e barata aquisição desses produtos e ao esforço de suas empresas em criar acervos digitalizados e facilmente pesquisáveis por palavras-chave. Contudo, uma das consequências disso é que, ao falar do passado, cada vez mais investigadores falam sobre o que esses veículos de comunicação divulgaram, e menos sobre o que eles calaram. Consideramos importante trazer para a investigação outros meios de comunicação, que se tornam interessantes nichos de pesquisa sobre a aids. Contudo, é preciso pensarmos em formas de obtenção desses acervos: os telejornalísticos são caros; os radiofônicos são praticamente inexistentes; e as publicações na internet trazem desafios e exigem certo conhecimento de ferramentas para sua coleta, já que são muito instáveis e podem ter o conteúdo modificado ou mesmo apagado a qualquer momento.

Ao redigir esta tese, foi preciso selecionar o que dizer e o que não dizer – próprio, como vimos, de qualquer atividade discursiva. Assim, foi necessário, até por limite de espaço, deixar de fora do texto outras discussões, leituras e autores que, esperamos, tenham sido de

certa forma evocados pelo não-dito. Poderão, quiçá, ser materializados verbalmente em trabalhos futuros – nossos, ou do leitor. Por ora, é preciso encarar a lição dada pela análise de discurso a respeito da incompletude do sentido: não é possível dizer tudo... Assim, resta-nos torcer para que seja verdade a afirmação de Guimarães Rosa de que um livro pode valer pelo muito que nele não deveu caber.

Dado o exposto, e como é inerente a todo trabalho de pesquisa, a questão norteadora desta tese necessariamente delimitou aquilo que se pretendeu analisar do *corpus* coletado. Entretanto, outras tantas perguntas ainda podem ser feitas e há vasto material disponível para análise discursiva inédita. Reiteramos que no Anexo B disponibilizamos em PDF todas as páginas veiculadas na FSP e n'OG que citavam os quatro métodos preventivos por nós estudados, bem como a capa do dia em que cada uma foi veiculada. Fica, portanto, nosso convite a que outros pesquisadores se debrucem sobre elas. Ademais, esta tese priorizou analisar a produção noticiosa acerca das tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV. Contudo, é igualmente relevante analisar como essa produção circula e é apropriada pelos seus leitores (a recepção) – uma sugestão de estudo futuro.

É preciso, no final desta tese, lembrar as implicações éticas do fazer jornalístico. Como vimos, numa sociedade midiaticizada, a imprensa – e em especial a que se dedica a cobrir temas da saúde – influencia sobremaneira a tomada de decisões das pessoas, dos governos e das instituições. O modo como a noção de risco é trabalhada na cobertura acerca da aids ajuda a moldar discursos sobre certas populações; dá visibilidade a certas questões subjacentes à epidemia e relega a segundo plano ou ao esquecimento outras tantas; contribui para legitimar certas vozes que teriam mais autoridade que outras para discorrer sobre a aids e os riscos; colabora para a continuidade ou, ao contrário, para o enfraquecimento de uma política pública de saúde – é capaz, enfim, de influenciar os rumos da epidemia de HIV/AIDS no país. Assim, consideramos problemática a baixa divulgação sobre os métodos preventivos por nós estudados nos jornais analisados, bem como a pouca problematização sobre a PrEP n'OG.

Defendemos que os métodos biomédicos preventivos ao HIV/AIDS (sobretudo os farmacológicos) não podem funcionar como a grande panaceia, dispensando o combate às determinações socioculturais da epidemia que, longe de estar perto de um fim, revigora-se a cada dia. E nem podem ser moralmente impostos pelo discurso do risco, que responsabiliza o indivíduo por sua saúde. A única forma possível de combatermos as epidemias é

compreendermos que aparatos preventivos (seja camisinha ou antirretroviral) devem vir acompanhados de intervenções sociais, econômicas e culturais. E isso deve ser feito não tomando as pessoas como objetos de intervenções, mas sujeitos de suas vidas e de seus corpos. Concordamos com a seguinte afirmação da ex-presidente chilena e atual presidente da comissão da OPAS para a promoção de acesso à cobertura universal de saúde nas Américas, Michelle Bachelet, proferida na conferência de abertura do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, de 2018:

La acción transformadora sobre los determinantes sociales de la salud exige, por un lado, abandonar la práctica de una salud pública fundamentada en los factores de riesgo, basada en el individuo y centrada en la conducta y, por otro lado, una perspectiva de política pública más integral, empoderadora de individuos y comunidades, para que puedan ejercer control sobre las circunstancias de su vida²¹².

A epidemia de HIV/AIDS deve ser combatida também com educação de qualidade; debate sobre sexualidade, gênero e discriminação fomentado nas escolas, nos serviços de saúde e nas mídias; combate a leis que criminalizam a transmissão de IST e o trabalho sexual; defesa dos direitos humanos; financiamento adequado ao SUS; políticas que combatam o desemprego e a miséria etc. Por exemplo, como almejar baixar taxas de incidência de HIV/AIDS entre pessoas transgêneras quando o Brasil é o país com o maior índice absoluto de assassinatos delas?

Terminamos de escrever esta tese em meio aos primeiros meses de governo do novo presidente eleito Jair Bolsonaro – quem em 2010, enquanto deputado, comentou em um programa de TV não deverem os soropositivos ao HIV ter o tratamento custeado pelo Estado: “O pessoal vive na vida mundana e depois vem querer cobrar do poder público um tratamento que é caro” (BOLSONARO, 2010). É com preocupação que encaramos esse início de sua gestão.

O Decreto nº 9.756/2019, assinado em abril pelo presidente, põe em marcha o plano de, nos próximos dois anos, migrar os diversos *sites* com informações e serviços governamentais (de autarquias, fundações, departamentos etc.) – para uma única plataforma governamental, o portal único “GOV.BR”, sob a pretensão de economizar os R\$ 100 milhões ao ano gastos, segundo o governo, na manutenção dos portais na rede (AGÊNCIA BRASIL, 2019). Concordamos com a ABIA (2019b) de que tal medida “põe em risco o acesso a dados com

²¹² Tradução nossa: “A ação transformadora sobre os determinantes sociais da saúde exige, por um lado, abandonar a prática de saúde pública com base em fatores de risco, com base no indivíduo e focada no comportamento e, por outro, na perspectiva de políticas públicas mais abrangente, capacitando indivíduos e comunidades, para que possam exercer controle sobre as circunstâncias de suas vidas.”

transparência e o acesso aos direitos pela população, com ênfase para as pessoas que vivem com HIV/AIDS”, além de ser um modelo injustificável de comunicação pública ter apenas um canal na Internet.

Consideramos lamentável a exoneração da diretora do DIAHV, Adele Benzaken, por conta do seu aval, dado na gestão presidencial anterior, a uma cartilha de orientações de saúde integral para homens trans²¹³. É também com receio que recebemos a afirmação do novo Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, de que o governo precisava voltar a estimular a prevenção do HIV, “mas sem ofender as famílias” (FOLHA DE S.PAULO, 2018g), e de que não crê na eficiência de campanhas de prevenção realizadas em escolas ou Unidades Básicas de Saúde, já que “Sexualidade é uma questão para tratar dentro de casa” (O GLOBO, 2018b). A mais recente campanha de prevenção ao HIV (a do carnaval de 2019) não teve foco em uma população específica – o que fez ecoar críticas da sociedade civil, que cobra por uma campanha focada em pessoas LGBTT, já que estas estão em maior vulnerabilidade. A campanha tampouco abordou a PrEP, a PEP ou o TasP, tendo foco exclusivo na camisinha e na testagem.

A caça à “ideologia de gênero” (expressão inventada pelos críticos do conceito de gênero) e à educação sexual nas escolas²¹⁴, o movimento “Escola Sem Partido”, dentre tantas outras iniciativas conservadoras, apontam para os sérios desafios ao enfrentamento da epidemia de aids em um país onde ela claramente recrudescer em populações altamente estigmatizadas por seus “estilos de vida”: LGBTT, profissionais do sexo e usuários de drogas. Apesar dos inúmeros desafios que o HIV traz para o conhecimento científico, o “vírus ideológico” – como Herbert Daniel designava o preconceito – é o mais difícil de combater.

A nova Política Nacional de Drogas do governo do presidente Jair Bolsonaro (estabelecida pelo decreto 9.761 de 11 de abril de 2019) exclui a redução de danos e prioriza o tratamento dos usuários de drogas baseado em abstinência, principalmente em comunidades terapêuticas que, com financiamento estatal, pregam a religião como melhor forma de recuperação dos adictos. Esse novo modelo de atenção, além de ir na contramão dos estudos científicos sobre a redução de danos e de não ser baseado nos direitos humanos, dificulta o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS junto a usuários de drogas, uma das populações com alta

²¹³ O Ministério da Saúde suspendeu de seu *site* uma cartilha voltada para homens trans, lançada pela pasta seis meses antes e na gestão presidencial anterior, sob justificativa de que continha “falhas”. Um esquema para o *pump* (uma seringa invertida usada por parte da população para ampliar o clitóris) foi incluído na cartilha para alertar sobre o risco do compartilhamento de seringas. Segundo o novo ministro, o *pump* seria uma prática controversa e não poderia ser recomendado pela pasta.

²¹⁴ O presidente Bolsonaro disse ser contra a abordagem da sexualidade nas instituições de ensino: “Quem ensina sexo para a criança é o papai e a mamãe. Escola é lugar de aprender física, matemática, química”.

prevalência do vírus. Aqueles que não conseguirem a abstinência estarão expostos a mais discriminação, exclusão e vulnerabilidade.

Atualmente, está em discussão a proposta feita pela equipe de Jair Bolsonaro para a reforma da previdência, cujo texto impede que portadores de doenças raras ou de alta complexidade acessem remédios, inclusive não disponíveis no país, por meio de decisão judicial – como é o caso de PVHA cujos organismos apresentam resistência aos atuais medicamentos ofertados no SUS.

Consideramos lamentável o veto do presidente Jair Bolsonaro ao Projeto de Lei 10159/2018, que previa a dispensa de reavaliação pericial da pessoa com HIV/AIDS aposentada por invalidez²¹⁵. É preciso lembrar que, no início da epidemia, quando os antirretrovirais ainda não eram tão potentes como hoje, diversas PVHA foram aposentadas e, desde então, estão afastadas do mercado de trabalho – o que dificulta que consigam obter (os já escassos) empregos, principalmente em uma economia que prefere trabalhadores jovens e saudáveis. Ademais, o veto ignora a saúde mental dessas pessoas e a existência de ambientes de trabalho marcados por preconceito a soropositivos.

As mudanças empreendidas pela gestão de Jair Bolsonaro ao DIAHV demonstram, a nosso ver, a baixa importância que a epidemia de HIV/AIDS tem para a agenda do novo presidente. Primeiramente, em abril de 2019, incluíram-se a tuberculose e a hanseníase no rol de agravos de responsabilidade do departamento, sob justificativa de que são doenças comuns nas populações com maior vulnerabilidade, têm os mesmos condicionantes sociais e, assim como o HIV, possuem características de doenças crônicas transmissíveis, com tratamento de longa duração – em especial a tuberculose, cuja coinfeção com HIV é causa frequente de morte de PVHA (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2019a). Segundo a sociedade civil organizada, a inclusão dessas enfermidades no escopo de atuação do departamento traz riscos para o reconhecimento de suas especificidades e para a qualidade no enfrentamento das necessidades de cada uma das patologias (ABIA, 2019a). Com o novo modelo, a União repassa um valor único para o tratamento de todas essas doenças, e não mais especificamente para cada uma.

Já em maio de 2019, o Decreto Nº 9.795 modificou a estrutura do DIAHV (Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais), que passou a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” – sendo a aids

²¹⁵ Felizmente, o Congresso Nacional derrubou o veto do presidente Jair Bolsonaro em 11/06/2018, tornando o projeto na Lei 13.847, em 19/06/2019.

rebaixada a uma coordenadoria dentro do departamento, que conta com outras duas ligadas a doenças de transmissão respiratória (como tuberculose e hanseníase) e a “doenças em eliminação”, como varíola e verminoses. A retirada do HIV/AIDS do nome do departamento é, para nós, sintomática da forma como o novo governo encara a epidemia. Além disso, preocupa-nos a extinção da assessoria de comunicação do departamento, responsável pelo desenvolvimento das estratégias de comunicação e de campanhas, especialmente de prevenção. Também nos preocupa a transferência da responsabilidade de aquisição e distribuição de insumos estratégicos, como medicamentos, ao Departamento de Assistência Farmacêutica, uma vez que graças à expertise dos quadros técnicos do antigo departamento asseguraram-se, ao longo dos anos, reduções nos preços dos remédios.

Vale lembrar também que nenhuma das mudanças feitas no departamento foi discutida com a sociedade civil organizada – desrespeitando o princípio do SUS da participação social e as instâncias de diálogo formalizadas, como a CAMS (Comissão de Articulação de Movimentos Sociais) e a CNAIDS (Comissão Nacional de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais). A participação social no SUS está sob ameaça também com o Decreto Nº 9750 de 11 de abril de 2019: ao extinguir e estabelecer diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, acaba com pelo menos 650 conselhos previstos pela Política Nacional de Participação Social – precipuamente relacionados a meio ambiente, cidades, direitos humanos, igualdade racial, população indígena e pessoas LGBTTT – alguns deles caros à resposta à epidemia de HIV/AIDS.

Assim, estamos vivendo novos momentos políticos no Brasil que indicam o recrudescimento do discurso moral sobre a aids, seu minoramento como problema de saúde pública (pondo em prática uma necropolítica atroz) e majoração como questão da alçada do indivíduo – o que impactará sobremaneira as políticas de enfrentamento à epidemia no país. “É preciso estar atento e forte” (já diziam Gilberto Gil e Caetano Veloso) aos rumos que as discursividades da aids irão tomar daqui para frente.

Ao chegarmos ao último parágrafo desta tese, pedimos uma ajuda ao caro leitor: que a compartilhe e divulgue, para que as reflexões aqui expostas não fiquem restritas ao papel, e sim que ganhem as ruas, que influenciem os debates e as realidades – objetivo final deste fazer científico. Esperamos, humildemente, que o leitor tenha encontrado nesta tese material útil para seu agir no mundo e que tenhamos contribuído, ao menos um pouco, para mostrar o papel que a Comunicação & Saúde desempenha na epidemia de aids.

REFERÊNCIAS

AARON, T. et al. Male Circumcision for the Prevention of HSV-2 and HPV Infections and Syphilis. **New England of Medicine** **360**. 26 de março de 2009. Disponível em <<http://bit.ly/2pLwgw7>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **Prevenção Combinada: Barreiras ao HIV**. Rio de Janeiro: ABIA, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2fCXXSo>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

_____. **ABIA e CEDAPS realizam roda de conversa sobre a criminalização da transmissão intencional do HIV**. Site da ABIA. 15/08/2017. 2017a. Disponível em: <<http://bit.ly/2DCrA37>>. Acesso em 25 jan. 2018.

_____. **Durante 19º ENONG diretor-presidente da ABIA faz duras críticas sobre o “Fim da AIDS”**. Site da ABIA. 2017b. Disponível em: <<http://bit.ly/2DvDeZi>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

_____. **Para ABIA, governo Bolsonaro propõe medidas que ameaçam a política de resposta à epidemia do HIV e da AIDS no país**. Site da ABIA. 13/04/2019. 2019a. Disponível em: <<https://bit.ly/2VJ8kVO>>. Acesso em 25 mai. 2019.

_____. **ABIA repudia a desativação das redes sociais do antigo Departamento da AIDS**. Publicado em 25 de julho de 2019. 2019b. Disponível em: <<https://bit.ly/2PtyL0x>>. Acesso em 25 ago. 2019.

ABRASCO e ABIA. **Abrasco e ABIA – Em defesa da Política Nacional de HIV/AIDS**. 24 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2B4WLkd>>. Acesso em 24 jan. 2019.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da donça e da medicina**. Tradução de Laurenao Pelegrin. Bauru, SP: Edusc, 2001.

ADNEWS. **Folha inaugura caderno digital do The New York Times no Brasil**. Site da Adnews. 2 de maio de 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2QdtRYG>>. Acesso em 06/12/2018.

AGAMBEN, G. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I**. 1995. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

AGÊNCIA BRASIL. **Pesquisa da UFMG vai comparar efeitos de medicamentos para HIV**. Site da Agência Brasil. Publicado às 15:21 em 06 mai. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2FPuJbR>>. Acesso em 15 mai. 2018.

_____. **Sites do governo vão migrar para portal único**. Publicado em 12/04/2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2rlekLr>>. Acesso em 25 mai. 2019.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **Deputado Pompeo de Mattos pede que projeto que criminaliza a transmissão do HIV seja retirado de tramitação na Câmara**. Site da.

Agência de Notícias da Aids. 31/08/2017. 2017a. Disponível em: <<http://bit.ly/2rAGdyo>>. Acesso em 25 jan. 2018.

_____. **Curitiba 2017: Ativistas comemoram 10 anos do licenciamento compulsório do efavirenz e pedem preços justos para drogas essenciais.** 27/09/2017. 2017b. Disponível em: <<http://bit.ly/2DwB8IL>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

_____. **Curitiba 2017: ONGs falam sobre desafios e dificuldades na testagem comunitária do HIV.** 28/09/2017. 2017c. Disponível em: <<https://bit.ly/2XdFMFk>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

_____. **Especialistas defendem prevenção à aids com métodos combinados.** 05/12/2017. 2017d. Disponível em: <<http://bit.ly/2G6qVoa>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

_____. **Cortes devem agravar situação do SUS, dizem entidades.** 01/06/2018. 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2tZXfnf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. **Aids 2018: “Azul será a nova cor do estigma”.** 23/07/2018. 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/2NJwgVh>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

_____. **Campanha global I=I e possíveis usos políticos e consequências.** 20/08/2018. 2018c. Disponível em: <<https://bit.ly/2RE5mnG>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

_____. **Tuberculose e hanseníase serão incluídas no rol de agravos de responsabilidade do Departamento de Aids, anuncia Secretário de Vigilância, Wanderson Kleber.** 06/04/2019. 2019a. Disponível em: <<https://bit.ly/2P47UYa>>. Acesso em 24 mai. 2019.

_____. **IAS 2019: OMS passa a recomendar PrEP sob demanda para homens que fazem sexo com homens.** Publicado em: 24/07/2019. 2019b. Disponível em: <<https://bit.ly/2RCB9ES>>. Acesso em 24 mai. 2019.

AGGLETON, P. “Just a Snip”? A social history of male circumcision. **Reproductive Health Matters**, 15(29), 15-21. 2007. DOI:10.1016/S0968-8080(07)29303-6

AGGLETON P.; PARKER, R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. **Am. J. Pub. Health**, 105 (8): 1552-1558. 2015.

AIDSMAP. **New guidance says start HIV treatment within 7 days of diagnosis – but is everyone ready?** 25 Jul. 2017. 2017a. Disponível em: <<http://bit.ly/2tzmz1Z>>. Acesso em 26 jul. 2017.

_____. **International study of gay couples reports no transmissions from an HIV-positive partner on treatment.** 25 Jul. 2017. 2017b. Disponível em: <<http://bit.ly/2vF1rsI>>. Acesso em 26 jul. 2017.

_____. **Another HIV vaccine efficacy trial will start this year.** 26 Jul. 2017. 2017c. Disponível em: <<http://bit.ly/2tEqQkK>>. Acesso em 26 jul. 2017.

_____. **Medical male circumcision for HIV has benefits for women too.** 26 Jul. 2017. 2017d. Disponível em: <<http://bit.ly/2w3VZz1>>. Acesso em 26 jul. 2017.

_____. **Os estudos abertos de anéis vaginais têm maior adesão e eficácia.** 8 mar. 2018. 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2GDTpbS>>. Acesso em 29 mar. 2018.

_____. **Another possible case of PrEP 'breakthrough' infection reported.** 09 mar. 2018. 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/2pRQEKs>>. Acesso em 30 mar. 2018.

_____. **Zero transmissions mean zero risk – PARTNER 2 study results announced.** 24/07/2018. 2018c. Disponível em: <<https://bit.ly/2LrvIWq>>. Acesso em 25 jul. 2018

_____. **PrEP does not lower feminising hormone level in transgender women.** 25/07/2018. 2018d. Disponível em: <<https://bit.ly/2Lqw1kk>>. Acesso em 25 jul. 2018.

_____. **The TDF2 trial.** 2018e. Disponível em: <<https://bit.ly/2xpcbNP>>. Acesso em 25 jan. 2019a.

_____. **Trial vaccine could protect against HIV for more than five years.** Publicado em 25 Jul. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/36kestf>>. Acesso em 01 ago. 2019.

AIUB, G. F. Arquivo em Análise do Discurso: uma breve discussão sobre a trajetória teóricometodológica do analista. **Leitura Maceió**, n.50, p. 61-82, Jul./Dez. 2012.

ALCENA, V. AIDS in third world countries. **New York State Journal of Medicine**, 86, 446. 1986.

ALENCAR, L. L.R. **Boticas, Clínicas e Barracos:** Discursos sobre a cocaína no jornal Folha de S.Paulo, de 1933 a 2013. Monografia de conclusão de curso. Faculdade de Comunicação Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2HwQLFg>>. Acesso em 17 abr. 2018.

ALMEIDA, E. **Folhetim:** uma crônica da língua. 2005. Campinas: Tese (Doutorado) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ALMEIDA-FILHO, N.; CASTIEL, L.D.; AYRES, J.R. Risco: conceito básico da epidemiologia. In: BARRETO, M.L.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e saúde:** fundamentos, métodos e aplicações. São Paulo, 2011. P. 43-54.

ALVAREZ, G.; TEIXEIRA, R. Prostitutas cidadãs: movimentos sociais e políticas de saúde na área de saúde (HIV/Aids). **Revista das Ciências Sociais**, v. 32, n. ½, p.53-68, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

ALVES, W. **A mediatização das (neuro)ciências:** discurso, ideologia, sujeito. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem. 2007.

AMARAL, M. F. Imprensa popular: sinônimo de jornalismo popular? **Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação** (Intercom), Brasília, 6-9 set. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2sK7pbf>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

AMARAL, V. M. **Mídia e risco à saúde**: o caso dos emagrecedores. 2015. 182f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14367>>. Acesso em 01 jun. 2018.

AMP STUDY. Site oficial. Disponível em: <<https://ampstudy.org/>>. Acesso em 06 jul. 2019.

ARAUJO, A. C. C. **A AIDS e a imprensa**: as vozes e os silêncios nas reportagens do Dia Mundial da Luta Contra a AIDS. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2016.

ARAUJO, I. S. Razão polifônica. **Revista Perspectiva em Ciência da Informação**, v.8, p.46-57, 2003.

ARAUJO, I. S.; AGUIAR, R. C. O vírus Zika e a circulação dos sentidos: entre limites e ressonâncias, apontamentos para uma pauta de pesquisa. In: CASTRO, P. C. (Org.). **A circulação discursiva**: entre produção e reconhecimento. Maceió: Edufal, 2017, p. 141-162.

ARONOWITZ, R. Gardasil: A Vaccine Against Cancer And A Drug To Reduce Risk. In: WALOO, K.; LIVINGSTON, J.; EPSTEIN, S.; ARONOWITZ, R. (org.). **Three Shots at Prevention**: The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2010.

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

ANJ – Associação Nacional de Jornais. **Maiores jornais do Brasil**: Os maiores jornais do Brasil de circulação paga, por ano. Disponível em <<http://bit.ly/2qwoxhY>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

ARMSTRONG, D. Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade: conversas com David Armstrong. Entrevista concedida a Sergio Resende Carvalho. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 497-508. Junho 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0793.

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

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA-JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI-FILHO, H.C. **O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2W9G8An>>. Acesso em 27 mai. 2019.

AUVERT, B. et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. **PLoS Med**, 2:e298-e298[Erratum, PLoS Med 2006;3(5):e298.]. 2006. Disponível em <<http://bit.ly/2puFr0S>>. Acesso: em 30 abr. 2017.

AVAC - AIDS Vaccine Advocacy Coalition. **HPX2003/ HVTN118/ IPCAVD012/ ASCENT**. 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2FdRExQ>>. Acesso em 25 jan. 2018.

_____. **CDC 4370 (Bangkok Tenofovir Study)**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2sZ6YKo>>. Acesso em 25 jan. 2019

AZEVEDO, R. Cegados pela luz! Ou: demasiadamente humano. Blog do Reinaldo Azevedo, **Veja**, 2010. Disponível em: <<https://abr.ai/2SQ9cHi>> Acesso em: 30 jul. 2016.

BAETEN, J. M.; DONNELL, D. ; NDASE, P. et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. **The New England Journal of Medicine**, n. 367 p. 399-410. 2012. DOI: 10.1056/NEJMoal108524.

BAILEY, R. C.; MOSES, S.; PARKER, C. B.; AGOT, K.; MACLEAN, I.; KRIEGER, J. N.; NDINYA-ACHOLA, J. O. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial. **The Lancet**, 369, 643–656. 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60312-2

BARATA, G. F. **A primeira década da Aids no Brasil**: o Fantástico apresenta a doença ao público. 2006. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARBOSA, E. Gestor-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.

BARRETO, A. A. A Condição da Informação. **São Paulo em Perspectiva**, v.16, n.3, 2002. Disponível em: <<http://bit.ly/1D5ZbHq>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.9, n.2, p. 329-38, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/1GAyrjv>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BARROSO, W. Contribuição ao estudo do subsídio ao exame de pedido de patente no Brasil. In: CORRÊA, M.; CASSIER, M. (org.). **AIDS e Saúde Pública**: Contribuições à Reflexão sobre uma Nova Economia política do Medicamento no Brasil. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2010. 242 p.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 103 p.

BAUER, M. The Medicalization of Science News - From the 'Rocket-Scalpel' to the 'Gene-Meteorite' Complex. **Information sur les Sciences Sociales**, n. 37, p. 731-751. 1998.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAVINTON, B.; GRINSZTEJN, B.; PHANUPHAK, N.; JIN, F.; ZABLITSKA, I.; PRESTAGE, G.; KELLEHER, A. ; PINTO, A.; COOPER, D.; GRULICH, A. e o grupo do estudo Opposites Attract. HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. **IAS 2017 Programme**. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2LlyppI>>. Acesso em 21 mai 2015.

BECK, U. **La sociedad del riesgo**: hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós, 1998.

BECKER, H. S. Whose side are we on? In : BECKER, H. S. **Social Problems**. Berkeley, v. 14, n. 3, p. 239-247, 1967. Disponível em: <<https://bit.ly/2EWIMjp>>. Acesso em 05 out. 2018.

BELTRAO, L. **Jornalismo interpretativo**. Porto Alegre: Sulina, 1976.

BERER, M. Male circumcision for HIV prevention: Perspectives on gender and sexuality. **Reproductive Health Matters**, 15(29), 22-32. 2007. DOI:10.1016/S0968-8080(07)29312

BERLIN Declaration of G20 Health Ministers. **Together today for a healthy tomorrow**. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2WUXell>>. Acesso em 11 jan. 2018.

BESSA, M. S. **Os perigosos**: autobiografias & AIDS. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2002.

BIANCARELLI, A. Doença em foco: as reportagens sobre Aids publicadas pela Folha de S.Paulo. **Revista USP**, São Paulo, n. 33, p.136-147. Março/maio 1997. Disponível em <<http://bit.ly/1frPlpD>>. Acesso em: 22 set. 2013.

BIEHL, J. Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics. **Anthropological Quarterly**, 80(4):1083-1126.2007.

_____. Patient Value. In : FISCHER, E. F. **Cash on the Table**: Markets, Values and Moral Economies. Santa Fe, NM: SAR Press, p. 67-90. 2014.

BIEHL, J; COUTINHO, D.; OUTEIRO, A.L. Technology and affect: HIV/AIDS testing in Brazil. **Cult. Med. Psychiatry**, 25(1):87-129. 2001.

BÍSCARO, R R. A aids e sua epidemia de significações nos Estados Unidos. **Revista do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia**. V.8, N 12, jan/jun. 2006, pp.195-206.

BOLSONARO, C. **Bolsonaro no CQC (Pegar Aids Por Vadiagem Não é Problema do Estado)**. Canal do YouTube de Carlos Bolsonaro. Vídeo publicado em 30 de nov de 2010. 2010. Disponível em <<https://youtu.be/eLoypRiD35E>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BORGES, V. C. Q. **O jornal e os discursos sobre a droga**: a produção de sentidos sobre as medidas de enfrentamento do crack presentes n'O Globo em 2013. Dissertação de mestrado (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde). 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília: Senado, 2010.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.504, de 7 de novembro de 2017**. Institui a campanha nacional de prevenção ao HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, denominada Dezembro Vermelho. Brasília, DF, nov 2017.

BREED, W. Controle social na redação: uma análise funcional. In: TRAQUINA, N. (org.). **Jornalismo: questões, teorias e “estórias”**. Lisboa: Vega, 1993.

BRIGGS, A.; BURKE, P. **Uma história social da mídia: de Gutenberg à Internet**. Trad. Maria Carmelita Pádua Dias. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

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.

BUCHBINDER, S. P.; COHEN, S. E.; HECHT, J.; HSU, L.; KOHN, R. P.; RAYMOND, H. F.; LIU, A. Y.; SCOTT, H.; BACON, O.; PACKER, T.; PHILIP, S.; HAVLIR, D. V.; SCHEER, S. Getting to zero new HIV diagnoses in San Francisco: what will it take?. **Abstracts CROI 2018**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2GivS0K>>. Acesso em 30 mar. 2018.

BUENO, W. C. **A cobertura de saúde na mídia brasileira: os sintomas de uma doença anunciada**. Comunicação & Sociedade. São Bernardo do Campo, v. 22, n. 35, p. 187-210, 2001.

BUITONI, D. S. **Aids: falas e silêncios em revistas masculinas e femininas**. Revista USP, São Paulo, USP, n. 33, p.148-157. Março/maio 1997. Disponível em <<http://bit.ly/1bAnJ1t>>. Acesso em: 22 set. 2013.

BURKETT, W. **Jornalismo científico: como escrever sobre ciência, medicina e alta tecnologia para os meios de comunicação**. Tradução de Antônio Trânsito. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **Physis** [online]. vol.17, n.1, pp.63-76. 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100005.

_____. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n.5. Rio de Janeiro, maio 2013.

_____. On health needs: the concept labyrinth. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00113717, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00113717.

CAMARGO JR., K. R.; MENDONÇA, A.L.; PERREY, C.; GIAMI, A. Male circumcision and HIV: A controversy study on facts and values. **Global Public Health**.8(7), 2013.

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

CAPELATO, M. H. Dossiê O Tempo Presente: A Ditadura Nas Bancas. **Revista História Viva**, Duetto Editorial, Ed. 133, novembro de 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/1wY3Evr>>. Acesso em 4 set. 2015.

CAPONI, S. Prefácio. In: CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J. ; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

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.

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

CARVALHO, C. A. **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), São Paulo, 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.

CARVALHO, C.A.; AZEVÊDO, J.H.P. Do AZT à PrEP e à PEP: aids, HIV, movimento LGBTI e jornalismo. **Reciis** – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde. abr.-jun.;13(2):246-60. 2019.

CARVALHO, N. P.; MENDICINO, C. C. P.; CÂNDIDO, R. C. F.; ALECRIM, D. J. D.; PÁDUA, C. A. M. Percepções de Mulheres Transgêneras sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV: Uma Revisão da Literatura. **Caderno de Resumos do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ng0xzW>> Acesso em 06 ago. 2018.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 3, jul./set. 2004, p. 669-78. Disponível em: <<https://bit.ly/2X9CQK1>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

CASTEL, R. **La gestión de los riesgos**: de la anti-psiquiatria al post-analisis. Barcelona: Editorial Anagrama, 1981.

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

_____. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 161-167. 2003.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

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.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.17, n.1. 2001.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J. ; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

CASTIEL, L. D.; XAVIER, C.; MORAES, D. R. **À procura de um mundo melhor**: apontamentos sobre o cinismo em saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016.

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.

CATRACALIVRE. **HIV**: estudo aponta aliados no combate à contaminação entre jovens. 26 Jul. 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2h3EbRT>>. Acesso em 26 jul. 2017.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Serious Adverse Events Attributed to Nevirapine Regimens for Postexposure Prophylaxis After HIV Exposures -Worldwide, 1997—2000. **MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report**, vol. 49, n. 51 & 52. 05 de Janeiro de 2001. Disponível em: <<http://bit.ly/2nt5O7U>>. Acesso em 01 fev. 2018.

_____. **HIV prevention pill not reaching most Americans who could benefit – especially people of color**. 6 de março de 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2IhnOdo>>. Acesso em 30 mar. 2018.

CHAMPAGNE, P. A visão mediática. In: BOURDIEU, P. (coord.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2012.

CHAN, P.A.; HUANG, A.; KANTOR, R. Low prevalence of transmitted K65R and other Tenofovir resistance mutations across different HIV-1 subtypes: implications for pre-exposure prophylaxis. **Journal of the International Aids Society**. 15 :17701. 2012.

CHAPARRO, M. C. Novos cenários da notícia. **Revista de Jornalismo ESPM**, n.9, abr-jun. 2014, p. 122-126.

CHARAUDEUAU, P. **Discurso das mídias**. São Paulo: Contexto, 2006.

CHAVES, G. C.; GASPAR, W. B.; VIEIRA, M. F. **Mercosur-EU Free Trade Agreement: Impact analysis of TRIPS-plus measures proposed by the EU on public purchases and domestic production of HIV and Hepatitis C medicines in Brazil.** Setembro de 2017. Disponível em: < <http://bit.ly/2rDUKZV> >. Acesso em 24 jan. 2018.

CLARKE, A.; SHIM, J.; MAMO, L.; FOSKET, J.; FISHMAN, J. Biomedicalization : technoscientific transformations of health, illness and US biomedicine. **American Sociological Review.** V. 68, p. 161-194. 2003.

CLUVER, L.; PANTELIC, M.; ORKIN, M.; TOSKA, E.; MEDLEY, S.; SHERR, L. Sustainable Survival for adolescents living with HIV: do SDG-aligned provisions reduce potential mortality risk? **Journal of the International AIDS Society**, 21(S1):e25056. 2018. DOI: 10.1002/jia2.25056.

COELHO, L.E.; TORRES, T.S.; VELOSO, V.G.; LANDOVITZ, R.J.; GRINSZTEJN, B. Pre-exposure prophylaxis 2.0: new drugs and technologies in the pipeline. **The Lancet HIV.** 6(11):e788-e799. doi: 10.1016/S2352-3018(19)30238-3. Epub 2019 Sep 23.

COELI, C. M. et al. Sistemas de Informação em Saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

COHEN, M. S.; CHEN, Y. Q.; MCCAULEY, M. ; GAMBLE, T.; HOSSEINIPOUR, M. C.; KUMARASAMY, N.; HAKIM, J. G.; KUMWENDA, J.; GRINSZTEJN, B.; PILOTTO, J. H.S.; GODBOLE, S. V.; CHARITYALERTSAK, S. e time do estudo HPTN 052. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. **The New England Journal of Medicine;** 375:830-839. 01 set. 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1600693

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP).** 22 de fevereiro de 2017. 2017a. Disponível em <<http://bit.ly/2qt2BUL>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

_____. **Tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV).** 22 de fevereiro de 2017. 2017b. Disponível em <<http://bit.ly/2qt2BUL>>. Acesso em: 30 abr. 2017b.

CONRAD, P. **The medicalization of society:** on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2007.

CONRAD, P.; LEITER, V. Medicalization, Markets and Consumers. **Journal of Health and Social Behaviour.** Vol 45 (extra issue): 158-176, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2Xa2AKa>>. Acesso em 04 mar. 2018.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. **Deviance and medicalization:** from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press. 1980.

CONTRERA, W. F. Histórico das Campanhas de Aids no Brasil. In: NILO, A. et al. (org). **ComunicAids:** Políticas públicas e estratégias de controle social. São Paulo: Ed. Ágil; 2005.

CONTREIRAS, H. **Por que o Brasil demorou a liberar o coquetel de emergência para o HIV?** Especial para a Agência de Notícias da Aids. 27 nov. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2R8z4BE>>. Acesso em 05 jan. 2019.

_____. **Uso do coquetel preventivo para HIV ainda é restrito e elitizado.** 21/02/2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2UTPGes>>. Acesso em 18 dez. 2018.

CORRÊA, M.; CASSIER, M. (org.). **AIDS e Saúde Pública: Contribuições à Reflexão sobre uma Nova Economia política do Medicamento no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2010. 242 p.

COSTA, E. **Meia culpa: O Globo e a ditadura militar.** Florianópolis: Insular, 2015.

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

COSTA, S. L. M.; SCHNEIDER, C. M. ; CARDOSO, J. M. . O Surgimento da Pandemia de Influenza A-H1N1 nos jornais O Globo e Folha de S.Paulo. In: 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrascão 2018), 2018, Rio de Janeiro. **Anais do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva** (Abrascão 2018). Campinas: Galoá, 2018. v. 1.

CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **International Journal of Health Services**, v.7, n.4, p.663-681. 1977.

CURADO, O. **A notícia na TV: o dia-a-dia de quem faz Telejornalismo.** São Paulo: Alegro, 2002.194 p.

CURRAN, J. Culturalist perspectives of news organizations: a reappraisal and case study. In: FERGUSON, M. (Ed.). **Public communication: the new imperatives.** London: SAGE, 1990. p. 114-134.

CZERESNIA, D. **Categoria vida: reflexões para uma nova biologia.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2012.

DARDE, V. W. S. **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, Porto Alegre, 2006. Disponível em <<http://bit.ly/Gzxz6G>>. Acesso em: 01 out. 2013.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova Razão do Mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DELEUZE, G. **Negotiations, 1971–1990.** New York: Columbia University Press. 1995.

DEUTSCH, M. B. et al. HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the iPrEx Trial. **The Lancet HIV**, Volume 2 , Número 12 , p. 512-519. 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2F3Qi8X>>. Acesso em 22 jan 2018.

DIAHV – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **DIAHV promove Oficinas Regionais de Prevenção Combinada com Jovens**. Site do DIAHV. 03 de julho de 2017. 2017a. Disponível em: <<http://bit.ly/2uC08tp>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

_____. **Brasil aumenta diagnóstico e tratamento para o HIV**. Site do DIAHV. 04 de dezembro de 2017. 2017b. Disponível em: <<http://bit.ly/2hSbEMB>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

_____. **PrEP está disponível em 36 serviços do SUS a partir deste mês**. Site do DIAHV. 21 de dezembro de 2017. 2017c. Disponível em: <<http://bit.ly/2n3BJui>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

_____. **Distribuição de autotestes em São Paulo vai auxiliar em pesquisa**. Site do DIAHV. 11 de abril de 2018. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2quEKFO>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

_____. **ONU aprova resolução para mulheres que usam drogas e que são vítimas de violência sexual**. Site do DIAHV. 01 abr. 2019. 2019a. Disponível em: <<https://bit.ly/2uV6tSN>>. Acesso em 01 abr. 2019.

_____. **Nota Informativa Nº 5/2019, de 14 de maio de 2019**. 2019b. Disponível em: <<http://bit.ly/2Vy9OIJ>>. Acesso em 23 mai. 2019.

DIAS, A. B. **O presente da memória: usos do passado e as (re)construções de identidade da Folha de S.Paulo, entre o “golpe de 1964” e a “ditabranda”**. Jundiaí: Paco Editorial. 2014.

DIAS, C. Análise do discurso digital: sobre o arquivo e a constituição do corpus. **Estudos Linguísticos**, São Paulo, 44 (3): p. 972-980, set.-dez. 2015.

DICIO. **Dicionário Online de Português**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br>>. Acesso em 03 jul. 2019.

DODDS, C. Messages of responsibility: HIV/AIDS prevention materials in England. **Health**, 6(2) : 139-171, 2002.

DOUGLAS, M. **Risk Acceptability According to the Social Sciences**. London: Routledge & Kegan Paul, 1986.

_____. Risk as a forensic resource. **Daedalus**, pp. 1-16. Outono 1990.

_____. **Risk & Blame: essays in culture theory**. London: Routledge, 1994.

DOWSETT, G.; COUCH, M. Male Circumcision and HIV Prevention: Is There Really Enough of the Right Kind of Evidence?. **Reproductive Health Matters**. Vol. 15, n. 29, p. 33-44. 2007.

DUARTE, J. A. M. Assessoria de imprensa: o caso brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 24, n. 1, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2JZQTil>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

DUMIT, J. **Drugs for life**: How pharmaceutical companies define our health. Durham & London: Duke University Press, 2012.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS** – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, v.6, n.2, Sup., ago, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1KhPxHF>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

FERNANDES, N. M. Da pesquisa à implementação: breve histórico sobre a PrEP no Brasil. In : ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids. **Boletim ABIA 63 – Truvada Livre!** Outubro de 2018.

FORMENTI, L. Estudo aponta eficácia de 100% em método para prevenir a Aids. **Revista Exame**. 16 de janeiro de 2018. Disponível em: <<http://abr.ai/2n4N5hE>>. Acesso em 22 jan. 2018.

FASSIN, D. **When Bodies Remember**: Experiences and Politics of AIDS in South Africa. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2007.

FAUSTO NETO, A. **Mortes em derrapagem**: os casos Corona e Cazuza no discurso da comunicação de massa. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1991.

_____. **Comunicação & Mídia impressa**: estudo sobre a Aids. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

_____. Fragmentos de uma ‘analítica’ da midiaticização. **Matrizes**, São Paulo, v. 1 n.2, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2FhzZs1>>. Acesso em: 23 out. 2018.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FEE, E.; KRIEGER, N. Understanding AIDS: Historical interpretations and the limits of biomedical individualism. **American Journal of Public Health**, 83, 1477–1486. 1993. DOI:10.2105/AJPH.83.10.1477

FEINSTEIN, A. R. Clinical epidemiology: III - The Clinical Design of Statistics in Therapy. **Annals of Internal Medicine**. 69(6), p. 1287-1312, 1968.

FERNANDES, N. M. Da pesquisa à implementação: breve histórico sobre a PrEP no Brasil. In : ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids. **Boletim ABIA 63 – Truvada Livre!** Outubro de 2018.

FERRARI, F. C. Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergência da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas. In: **Equatorial**. Natal, v. 4, n. 7, jul/dez 2017.

FERRAZ, D. Prevenção Combinada baseada nos Direitos Humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. In: ABIA. **Boletim ABIA 61**. Dezembro de 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2pAilIv>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

FERRAZ, L. M. R. **Epidemia e memória: narrativas jornalísticas na construção discursiva sobre a dengue**. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal de Pernambuco. 2010.

_____. **Doença, uma noção (também) jornalística: estudo cartográfico do noticiário de capa do semanário de informação Veja (1968-2-14)**. 2015. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) – Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

FERREIRA, C. M. **Os sentidos da obesidade nas narrativas dos jornais impressos: um estudo da Folha de São Paulo e O Globo**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 2016.

FINK, A. A possible explanation for heterosexual male infection with AIDS. **New England Journal of Medicine**, 315, 1167. 1986.

FOLHA DE S.PAULO. **Oito décadas de história da Folha, do Brasil e do mundo**. 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2Qpb9NN>>. Acesso em 25 abr. 2015.

_____. **Projeto Editorial da Folha**. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2QMwtw6>>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Conheça o Grupo Folha**. 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2PIG83g>>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Folha de S.Paulo**. 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/2rtwPtv>>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Publicidade na Folha**. 2018c. Disponível em: <<https://bit.ly/2EaPi5z>>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Seções**. 2018d. Disponível em: <<https://bit.ly/2UyQzt1>>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Cotidiano**. 2018e. Disponível em: <<https://bit.ly/2Emmo3q>>. Acesso em 9 dez. 2018.

_____. **Caderno Ilustrada**. 2018f. Disponível em: <<https://bit.ly/2Cjc7Ta>>. Acesso em 9 dez. 2018.

_____. **Política de prevenção a HIV não pode ofender as famílias, afirma novo ministro**. Publicado em 31 dez. 2018. 2018g. Disponível em: <<https://bit.ly/2FhfixF>>. Acesso em 9 jan. 2019.

FOLHAPRESS. **Plantão Médico**. 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2G55OGM>>. Acesso em 06 dez. 2018.

_____. **Julio Abramczyk**. 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/2QJiR4T>>. Acesso em 06 dez. 2018.

FONSECA, V. P. S. **O jornalismo no conglomerado de mídia**: Reestruturação produtiva sob o capitalismo global. Porto Alegre: 2005. Tese (Doutorado em Comunicação e Informação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/5023>>. Acesso em: 17 out. 2017.

FOUCAULT, M. **Historia de la medicalización**. Educ. Méd Salud, 11:3-25. 1977.

_____. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **História da sexualidade**: Vol. I - A vontade de saber. 1976. Rio de Janeiro: Edições Graal, 13ª edição. 1999.

_____. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976), trad. de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **A ordem do discurso**. 14. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

_____. Aula de 25 de janeiro de 1978. In: FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, M. S. J. **Repensando o modelo para divulgação científica**: o caso da AIDS na imprensa brasileira (1981-2001). 2002. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FRASCA, T.; FAURÉ, Y.A.; ATLANI-DUAULT, L. Decentralisation of Brazil's HIV/AIDS programme: intended and unintended consequences. **Global Public Health**. 2018. DOI: 10.1080/17441692.2018.1455888

FRAZÃO, F. Saúde e educação perdem R\$ 472 milhões para campanhas. **O Estado de S. Paulo**. 08 Janeiro 2018. Disponível em: <<http://bit.ly/2COWxVg>>. Acesso em 24 jan. 2017.

FSB PESQUISA. **Mapa da Comunicação Brasileira**. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2sek35O>>. Acesso em 08 jul. 2018.

FUREDI, F. The end of professional dominance. **Society**; 43(6): 14-18. 2006.

G1. **Total de cadastrados para usar a PrEP, pílula para evitar HIV, sobe 38% no Brasil em cinco meses**. Publicado em 29/06/2019. Disponível em: <<https://glo.bo/2YuJvjq>>. Acesso em 09 ago. 2019.

GALEA, J. T.; BARUCH, R.; BROWN, B. ¡PrEP Ya! Latin America wants PrEP, and Brazil leads the way. **The Lancet HIV**. Volume 5, No. 3, e110–e112. Março 2018. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30011-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30011-0)>. Acesso em 27 mar. 2018.

GALEANO, E. Janela sobre o medo. In: GALEANO, E. **As palavras andantes**. 5ed. Porto Alegre: L&PM. 2007.

GALTUNG, J.; RUGE, H. The structure of foreign news. **Journal of Peace Research**. Noruega, v. 1, p. 64-90, 1965.

GALVÃO, J. **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.

GANS, H. J. **Deciding what's news**: a study of CBS Evening News, NBC Nightly News, Newsweek and Time. Illinois: Northwestern University Press, 2004.

GARBIN, H.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILLAM, M. C. R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface**, v.12, p. 579-588, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2XA6viN>>. Acesso em 05 set. 2018.

GAVIGAN, K.; RAMIREZ, A.; MILNOR, J.; PEREZ-BRUMER, A.; TERTO JR., V.; PARKER, R. **Pedagogia da prevenção**: reinventando a prevenção do HIV no século 21. Rio de Janeiro, ABIA, 2016.

GIAMI, A.; PERREY, C.; MENDONÇA, A. L. O; CAMARGO, K. R. Hybrid forum or network? The social and political construction of an international ‘technical consultation’: Male circumcision and HIV prevention. **Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice**. 2015. DOI: 10.1080/17441692.2014.998697

GIDDENS, A. **As Conseqüências da Modernidade**. São Paulo: Editora Unesp. 1991.

_____. **Modernidade e identidade**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

_____. **Mundo em descontrole**: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record, 2010.

GIV – Grupo de Incentivo à Vida. **Boletim Vacinas Anti-HIV/AIDS**. Número 30. Dezembro de 2016.

_____. **Boletim Vacinas Anti-HIV/AIDS**. Número 31. Agosto de 2017.

_____. **Principais Estudos que embasam a Declaração I=I**. Post de facebook publicado em 14/02/2019 às 23h22. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2DC0cza>>. Acesso em 15 fev. 2019a.

_____. **Boletim Vacinas e Novas Tecnologias de Prevenção**. Número 32. Fevereiro de 2019. 2019b.

GOMEZ, M. N. G.; CANONGIA, C. (Org.) **Contribuição para políticas de ICT**. Brasília: IBICT, 2001.

GRANGEIRO, A. Em entrevista a CONTREIRAS, H. **Por que o Brasil demorou a liberar o coquetel de emergência para o HIV?** Especial para a Agência de Notícias da Aids. 27 nov. 2014 . Disponível em: <<https://bit.ly/2R8z4BE>>. Acesso em 05 jan. 2019.

_____. A promessa da PrEP. É possível superar a insuficiência da resposta brasileira e afirmar novos valores de protagonismo e liberdade sexual? In : ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids. **Boletim ABIA 63 – Truvada Livre!** Outubro de 2018.

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.

GRANT, R. M.; LAMA, J. R.; ANDERSON, P. L.; MCMAHAN, V.; LIU, A. Y.; VARGAS, L., e iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, 363(27), p. 2587-2599. 2010. DOI: [10.1056/NEJMoa1011205](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205). Acesso em 22 jan 2018.

GRAY, R. H. et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. **Lancet**, n. 369, p.657-666. 2007. Disponível em <<http://bit.ly/2puAwgr>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

GREEN, L. W.; TRAVIS, J. W.; MCALLISTER, R. G.; PETERSON, K. W.; VARDANYAN, A. N.; CRAIG, A. Male circumcision and HIV prevention: Insufficient evidence and neglected external validity. **American Journal of Preventive Medicine**, 39, 479-482. 2010. DOI:10.1016/j.amepre.2010.07.010

GREENHALGH, L. Aids ainda é uma grave ameaça no Brasil. **Valor Econômico**. 11/01/2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2TbYLhJ>>. Acesso em 24 jan. 2019.

GRINSZTEJN, B; HOAGLAND, B; MOREIRA, R. et al. High level of retention and adherence at Week 48 for MSM and TGW enrolled in the PrEP Brasil demonstration study. **Oral abstracts of the 21st International AIDS Conference**. 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2Bkiz8K>>. Acesso em 22 jan. 2018.

_____. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. **The Lancet HIV 2018** [online]. Fev. 2018. DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30008-0.

GROSSMAN, H.; ANDERSON, P.; GRANT, R. ; GANDHI, M. ; MOHRI, H.; MARKOWITZ, M. Newly Acquired HIV-1 infection with multi-drug resistant (MDR) HIV-1 in a patient on TDF/FTC-based PrEP. **HIV Research for Prevention (HIVR4P) 2016 Conference**, Chicago, [resumo] OA03.06LB, p. 44. October 2016. Disponível em: <<http://goo.gl/y2M3AB>>. Acesso em 20 fev. 2017

GRULICH, A.; GUY, R. J., AMIN, J., SCHMIDT, H.M.; SELVEY, C.; HOLDEN, J.; PRICE, K.; FINLAYSON, R.; BLOCH, M.; ZABLOTSKA, I.; JIN, F.; SMITH, D.; MCNULTY, A.; COOPER, D. A. Rapid Reduction In HIV Diagnoses After Targeted Prep Implementation In NSW, Australia. **Abstracts CROI 2018**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2pQHvko>>. Acesso em 30 mar. 2018.

GRUSZYNSKI, A. Jornal Impresso: produto editorial gráfico em transformação. **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2RTIw8q>>. Acesso em: 09 set. 2017.

GTPI - Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual. **HIV/Aids – Por dentro dos medicamentos**: Islatravir, a PreP anual via implante. Publicado em 26/07/2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2qA1rwn>>. Acesso em 09 ago. 2019.

GUILHAUMOU, J.; MALDIDIER, D. Efeitos do arquivo: a análise de discurso no lado da história. In: ORLANDI, E. (org.). **Gestos de leitura**: da história no discurso. 3ª ed. Campinas: Ed. Unicamp, p. 161-183, 2010.

GUIMARÃES, E. **Semântica do acontecimento**: um estudo enunciativo da designação. Campinas: Pontes, 2002.

GUIMARÃES, E. Direito à saúde e direitos de propriedade intelectual: o dispositivo da anuência prévia da Anvisa para pedidos de patente farmacêutica. In: CORRÊA, M.; CASSIER, M. (org.). **AIDS e Saúde Pública**: Contribuições à Reflexão sobre uma Nova Economia política do Medicamento no Brasil. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2010. 242 p.

GUIMARÃES, R. S. F.; TAVEIRA, C. C. **Fundamentos de farmacologia**. Brasília: Editora NT. 2014. 156 p.

HAJRVARD, S. Miatização: teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. **Matrizes**, São Paulo, ano 5, n. 2, p. 53-91. Jan/jun. 2012.

HAMERLI, I. S.; GONZALEZ DE GOMEZ, M. N. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.3, maio-junho 2007.

HARAWA, N.T.; HOLLOWAY, I.W.; LEIBOWITZ, A.; WEISS, R.; GILDNER, J.; LANDOVITZ, R.J. et al. Serious concerns regarding a meta-analysis of preexposure prophylaxis use and STI acquisition. **Aids**, 31(5):739–40. pmid:28225452. 2017. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001386

HARE, C. B. et al. The Phase 3 Discover Study: Daily F/TAF Or F/TDF For HIV Preexposure Prophylaxis. **2019 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections**. Abstract Number: 104. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2XGMrZm>>. Acesso em 07 mar. 2019.

HENDRIX C et al. MTN-001: A Phase 2 cross-over study of daily oral and vaginal TFV in healthy, sexually active women results in significantly different product acceptability and vaginal tissue drug concentrations. In: **18th Conference On Retroviruses And Opportunistic Infections**, 2011, Boston. Abstract 35LB. 2011.

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

HIGGINS, D. et al. Evidence of the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. **Journal of the American Medical Association**, 266(17): 2427. 1991.

HOORNENBORG, E. et al. Acquisition of wild-type HIV-1 infection in a patient on pre-exposure prophylaxis with high intracellular concentrations of tenofovir diphosphate : a case report. **The Lancet HIV**. 2017. DOI : 10.1016/52352-3018(17)30132-7.

HOSEK, S.G.; LANDOVITZ, R.J.; KAPOGIANNIS, B. et al. Safety and Feasibility of Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Adolescent Men Who Have Sex With Men Aged 15 to 17 Years in the United States. **JAMA Pediatric**. 2017; n 171, vol. 11, p. 1063–1071. DOI:10.1001/jamapediatrics.2017.2007.

HPTN 083. *Site oficial do estudo*. Disponível em: <<https://giveprephotos.org/pt/>>. Acesso em 16 jun. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**. 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2G7upGO>>. Acesso em 23 jan. 2018.

ICKOVICS, J. R. et al. Limited Effects of HIV Counseling and Testing for Women. **Journal of American Medical Association**, 272(6): 443. 1994.

ILLICH, I. **Medical nemesis: the expropriation of health**. New York : Pantheon Books, 1982.

INTERFARMA. **Guia 2017: Mercado farmacêutico Brasileiro**. 2017. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2017/dados-do-setor/>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

IPM – International Partnership for Microbicides. **The Ring Study**. 2018. Disponível em: <<https://www.ipmglobal.org/the-ring-study/>>. Acesso em 30 mar. 2018.

INDURSKY, F. Unicidade, desdobramento, fragmentação: a trajetória da noção de sujeito em Análise de Discurso. In: MITTMANN, S.; GRIGOLETOO, E.; CAZARIN, E. A. (orgs.). **Práticas discursivas e identitárias: sujeito e língua**. Porto Alegre: Nova Prova, p. 9-33. 2008.

INFOGLOBO. **O Globo - Segundo Caderno**. 2018. Disponível em: <<https://glo.bo/2LphX8q>>. Acesso em 19 dez. 2018.

INI – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. **Mulheres transexuais e travestis são foco de nova pesquisa no INI**. *Site do INI*. 24 de julho de 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2tEtoDP>>. Acesso em 18 jan 2018.

INOVIO. **Inovio HIV Vaccine, Which Generated Near 100% Immune Responses, Sustained Durable Memory Responses Measured One Year After The Start of Clinical Trial**. 15 mai. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2k4M6NJ>>. Acesso em 21 mai. 2018.

ISTOÉ. **TCU suspende contrato do Ministério da Saúde para autotestes de HIV**. Publicado às 17h49 de 14 de maio de 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2Gj1Zsw>>. Acesso em 15 mai 2018.

IVC – Instituto Verificador de Comunicação. **Relatórios de Posição e Participação dos jornais impressos do Brasil verificados pelo IVC (1996 a 2001)**. Enviado por e-mail em 11 mai de 2017. Documento de acesso restrito.

JALIL, E.M. et al. Awareness, Willingness, and PrEP Eligibility Among Transgender Women in Rio de Janeiro, Brazil. **JAIDS - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, vol. 79, p. 445-452. 2018. DOI: 10.1097/QAI.0000000000001839.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília 56(2): 137-160. 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/1GDtk12>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

JARDIM, L. N. **Profilaxia pós-exposição sexual**: entre acordos e desacordos, protocolos e (pré)conceitos. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2016.

JOHNSON, C.; BAGGALEY, R.; FORSYTHE, S. et al. Realizing the Potential for HIV Self-Testing. **AIDS and Behavior**, vol 18, suplemento 4. 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2BtBT3D>>. Acesso em 25 jan. 2018.

KALLÁS, Esper. Vídeo. **Novas estratégias de Prevenção**. Abril de 2016. Disponível em <https://youtu.be/_Aiweav3siE>. Acesso em 22 jan. 2018.

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.

KELLNER, D. **A cultura da mídia**: estudos culturais, identidade de política entre o moderno e o pós-moderno. Tradução de Ivone Castilho Benedetti, Bauru: EDUSC, 2001.

KENWORTHY, N.; THOMANN, M ; PARKER, R. From a global crisis to the ‘end of AIDS’: New epidemics of signification. **Global Public Health**, 2017.

KERR, L. et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**: May 2018 - Volume 97 - Issue 1S - p S9–S15. DOI: 10.1097/MD.00000000000010573

KIPPAX, S. Effective HIV prevention: the indispensable role of social science. **Journal of the International AIDS Society**, 15:17357. 2012. DOI: [10.7448/IAS.15.2.17357](https://doi.org/10.7448/IAS.15.2.17357)

KIPPAX, S; STEPHENSON, N. Beyond the distinction between biomedical and social dimensions of HIV: Prevention through the lens of a social public health. **Am. J. Public Health**, 102(5): 789-799. 2012.

KNAUTH, D.; MACHADO, P. "Corrigir, prevenir, fazer corpo": a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. **Sex. Salud Soc.** (14): 229-241. 2013.

KNOX, D.C. ; TAN, D.H. ; HARRIGAN, P.R. ; ADERSON, P.L. HIV-1 infection with multiclass resistance despite Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). **Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections**, Boston, [resumo] 169Alb, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/L5IEb5>>. Acesso em 16 jan. 2019.

KOJIMA, N.; DAVEY, D.J.; KLAUSNER, J.D. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men. **Aids**, 30(14):2251–2. pmid:27314179. 2016. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001185

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.

LANDOVITZ, R.; LI, S.; GRINSZTEJN, B. et al. Safety, tolerability and pharmacokinetics of long-acting injectable cabotegravir in low-risk HIV-uninfected women and men: HPTN 077. **Oral abstracts of the 21st International AIDS Conference**. 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2Bkiz8K>>. Acesso em 22 jan. 2018

LARVIE, S. P. Personal Improvement, National Development: Theories of AIDS Prevention in Rio de Janeiro, Brazil. In: LEIBING, A. (org.). **The Medical Anthropologies in Brazil**. Berlin: Verlag für Wissenschaft Und Bildung. 1997.

LATOURE, B. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LE GOFF, J. Uma história dramática. In: LE GOFF, J. (Org.). **As doenças têm história**. 2a ed. Lisboa: Terramar, 1997.

LEAL, B. S.; CARVALHO, C. A. 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.

LEITE, G. “Trabalhadora do sexo é hipocrisia”. Entrevista concedida à **Revista Época**, publicada em 21 de abril de 2009. Disponível em: <<https://glo.bo/2VOxBhT>>. Acesso em 07 mar. 2019.

LEITE, T. C. **Sobre jornalistas e médicos**: Relações, contextos e mediações. Dissertação. Programa de Informação e Comunicação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2016.

LEMKE, T. Genetic testing, eugenics and risk. **Critical Public Health**, 12(3), 283–290. 2002. DOI:10.1080/09581590210153399

LERNER, K. Doença, Mídia e Subjetividade: algumas aproximações teóricas. In: LERNER, K.; SACRAMENTO, I. (orgs.). **Saúde e Jornalismo**: Interfaces contemporâneas. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 151–164.

_____. Investigando o Conceito de Saúde no Contexto do Jornalismo: Alguns Desafios Teórico-Metodológicos. In: PESSONI, A. (Org.). **Comunicação, saúde e pluralidade**: novos olhares e abordagens em pauta. São Caetano do Sul: USCS, 2015, p. 146-163.

LOCK, M.; NGUYEN, V. K. **An anthropology of biomedicine**. Oxford: Wiley-Blackwell. 2010.

LOPES, F. L. **Jornalista por canudo**: o diploma e o curso superior na construção da identidade jornalística. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LOPES, N. Medicamentos e percepções sociais do risco. In: **Actas do Congresso Português de Sociologia**, 5, 2004, Braga, Portugal. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, 2004.

LOYOLA, M. A. Aids e saúde pública: a implantação de medicamentos genéricos no Brasil. In: CORRÊA, M.; CASSIER, M. (org.). **AIDS e Saúde Pública: Contribuições à Reflexão sobre uma Nova Economia política do Medicamento no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2010. 242 p.

LOYOLA, M.A.; VILLELA, P.; GUIMARÃES, E. Medicamento e patentes na ordem do dia: mídia e "a guerra de patentes". In: CORRÊA, M.; CASSIER, M. (org.). **AIDS e Saúde Pública: Contribuições à Reflexão sobre uma Nova Economia política do Medicamento no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2010. 242 p.

LUPTON, D. Risk as Moral Danger: the social and political functions of risk discourse in public health. **International Journal of Health Services**, Amityville, v.23, n.3, p.425-435. 1993.

MAIA, E. B. R.; VELASQUE, L.; JALIL, E. M.; VELOSO, V. G.; GRINSZTEJN, B. Preocupações das Travestis e Mulheres Transexuais com o Uso de PrEP: Resultados do Estudo Transcender. **Resumo apresentado no 12º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2GUVyxS>>. Acesso em 06 ago. 2018

MAINGUENEAU, D. **Análise de textos de comunicação**. Tradução de Maria Cecília Souza e Silva e Décio Rocha. 6a ed. ampl. São Paulo: Cortez, 2013.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

MARCHETTI, D. **Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistique dans les années 80 et 90**. A propos d'“événements sida” et du “scandale du sang contaminateur”. 1997. 707 f. Thèse (Doctorat de Sociologie) – École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 1997.

_____. **Quand la santé devient médiatique: Les logiques de production de l'information dans la presse**. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2010.

MARCONDES FILHO, C. **O capital da notícia: jornalismo como produção social da segunda natureza**. São Paulo: Ática, 1986.

MARCUS, J. L.; GLIDDEN, D. V.; MAYER, K. H. et al. No Evidence of Sexual Risk Compensation in the iPrEx Trial of Daily Oral HIV Preexposure Prophylaxis. **PLOS One**. 2013. DOI: [10.1371/journal.pone.0081997](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081997).

MARQUES, E. Estruturas do Discurso Jornalístico. **Anais do X Congresso de Ciências da Comunicação da Região Nordeste**. 2008.

MARQUES, M. C. C. **A história de uma epidemia moderna**. São Paulo: Rima, 2003.

MARQUES DE MELO, J. **A opinião no jornalismo brasileiro**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MARRAZZO, J. M.; RAMJEE, G.; RICHARDSON, B. A. et al. Tenofovir-based preeexposure prophylaxis for HIV infecion among african women. **The New England Journal of Medicine**, n. 372, p. 509-518. DOI: 10.1056/NEJMoa1402269.

MARTIN, M. et al. Renal function of participants in the Bangkok tenofovir study. **Clin. Infect. Dis.**; 59(5) :716-724. 2014.

MARTINEZ, M.; PESSONI, A.; SILVA, M. C. C.; RIBEIRO, V. Assessoria de imprensa, narrativas midiáticas e saúde: simbiose de fontes, jornalistas, leitores, personagens e afetos. **Intexto**, Porto Alegre, UFRGS, n. 38, p. 197-224, jan./abr. 2017. DOI: 10.19132/1807-8583201738.197-224.

MARTÍNEZ-GARCÍA, L.; NAVARRO, C. Estudio de caso de la mesa de trabajo sobre VIH/sida IAMCR. **Apresentação nas III Jornadas Internacionales de Comunicación Y Salud**. Barcelona, Espanha. 2018. Disponível em: <<https://youtu.be/nBDV04s4M6I>>. Acesso em 21 nov. 2018

MAYER, K. et al. (Krakower D presenting). HIV infection and PrEP use are independently associated with increasing diagnoses of bacterial sexually transmitted infections (BSTI) in men accessing care at a Boston community health center (CHC): 2005-2015. **IDWeek**, New Orleans, abstract 2379, 2016.

MCCOMBS, M. E.; SHAW, D. I. The agenda-setting function of mass media. **The Public Opinion Quaterly**, v. 36, n.2, p. 176-187, 1972.

MCGANN, J. G. **2017 Global Go to Think Tank Index Report**. TTCSP Global Go to Think Tank Index Reports. Disponível em: <https://repository.upenn.edu/think_tanks/13>. Acesso em: 30 mar. 2018.

MEDITSCH, E. **O jornalismo é uma forma de conhecimento?** Setembro, 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZeLOGh>>. Acesso em 01 jun. 2019.

MEIO & MENSAGEM. **O fim da era do caderno Folhateen**. 14 de novembro de 2011. Disponível em <<https://bit.ly/2SRvsAo>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

_____. **Circulação dos grandes jornais cai em 2016**. 20 de fevereiro de 2017 . Disponível em <<http://bit.ly/2lziQk5>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

MENDES NETO, J. E.; ROCHA, A. V. F.; PFEIFER, F. N.; VILELA, M. S.; ANGELI, T. H.; CURSINO-GUIMARÃES, S. A “Revistização” do Jornal Dominical: uma Análise da Folha de S.Paulo. **Anais do XX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste**. 2015.

MENDONÇA, K. **A punição pela audiência**. Rio de Janeiro: Quartet, 2002.

MICHALIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda. Disponível apenas em versão Online. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/296Q1Wx>>.

MIGUEL, L.F. O jornalismo como sistema perito. **Tempo social**, v. 11, n. 1, São Paulo, p. 197-208. 1999.

MOYNIHAN, R.; HENRY, D.; MOONS, K. G. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. **PLoS Med.** 11(7):e1001655. 2014. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001655

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção por HIV em Adultos**. Outubro de 2013.

_____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV**. Julho de 2015. Disponível em <<http://bit.ly/2sawc5K>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

_____. **Boletim epidemiológico de HIV/AIDS. Ano V, nº 1. 27ª a 53ª semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2015; 01ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2016**. 2016. Disponível em <<http://bit.ly/2fE29IS>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. 2017a. Disponível em <<http://bit.ly/2tk9QUP>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. 2017b. Disponível em: <<http://bit.ly/2AVUyEH>>. Acesso em 12 jan 2018.

_____. **Boletim epidemiológico de HIV/AIDS. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017**. 2017c.

_____. **Boletim Epidemiológico - HIV Aids. Julho de 2017 a junho de 2018**. 2018.

MOM-Brasil. **Media Ownership Monitor - Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://brazil.mom-rsf.org/br/>>. Acesso em 30 mai. 2019.

MONTANO, M. A.; DOMBROWSKI, J. C.; BARBEE, L. A.; GOLDEN, M. R.; KHOSROPOUR, C. M. Changes in sexual behavior and STI diagnoses among MSM using PrEP in Seattle, WA. **Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections**. Abstract Number: 979. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2S2dled>>. Acesso em 22 jan. 2019.

MONTEIRO, S. S.; BRIGEIRO, M.; VILLELA, W. V.; M., C.; PARKER, R. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: Uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Cien. Saúde Colet.** [periódico na internet]. Setembro de 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2wprPsh>>. Acesso em 27 mai. 2019.

MORAES, C. H. Enquadramento(s) jornalístico(s) e discursivo: aproximações teóricas. In: **II Encontro do Grupo de Trabalho de Jornalismo e Sociedade da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação (SOPCOM)**, Porto, Portugal. 2012.

MORAES, D. R. Encurralados no paraíso (ou Saúde Coletiva e políticas públicas de saúde: um olhar cínico para o gerencialismo arriscado?). In: MORAES, D. R. **Entre Tiro, Porrada e Bomba**: esteroides anabolizantes androgênicos, gerencialismo arriscado e os discursos médicos moralizantes. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

MOUILLAUD, M. Preliminares. In: MOUILLAUD, M.; PORTO, S. D. (Orgs.). **O jornal**: da forma ao sentido. Tradução de Sérgio Grossi Porto. 3ª ed. Brasília: Ed. UNB, 2012a. p. 43-47.

_____. Da forma ao sentido: In: MOUILLAUD, M.; PORTO, S. D. (Orgs.). **O jornal**: da forma ao sentido. Tradução de Sérgio Grossi Porto. 3ª ed. Brasília: Ed. UNB, 2012b. p. 47-53.

_____. A informação ou a parte da sombra. In: MOUILLAUD, M.; PORTO, S. D. (Orgs.). **O jornal**: da forma ao sentido. Tradução de Sérgio Grossi Porto. 3ª ed. Brasília: Ed. UNB, 2012c. p. 55-66.

_____. A crítica do acontecimento ou o fato em questão. In: MOUILLAUD, M.; PORTO, S. D. (Orgs.). **O jornal**: da forma ao sentido. Tradução de Sérgio Grossi Porto. 3ª ed. Brasília: Ed. UNB, 2012d. p. 67-100.

_____. O sistema de citações. In: MOUILLAUD, M.; PORTO, S. D. (Orgs.). **O jornal**: da forma ao sentido. Tradução de Sérgio Grossi Porto. 3ª ed. Brasília: Ed. UNB, 2012e. p. 55-66.

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.

MULLIGAN, K.; RUTLEDGE, B.G.; KAPOGIANNIS et al. Bone Changes in Young men ages 18-22 enrolled in a Pre-exposure prophylaxis (PrEP) safety and demonstration study using tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine (TDF/FTC). **15th European Aids Conference and 17th International Workshop on co-morbidities and adverse drug reactions in HIV**. Barcelona, 2015.

NASCIMENTO, D. R. **As pestes do século XX**: tuberculose e Aids no Brasil – uma história comparada, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NARVÁEZ, L. A. M. Comunicación sobre salud y VIH/SIDA: una revisión sistemática. **Apresentação nas III Jornadas Internacionales en Comunicación y Salud**. Barcelona, Espanha. 2018. Disponível em: <<https://youtu.be/gXNYjtl1S5E>>. Acesso em 21 nov. 2018.

NEL, A.; KAPIGA, S.; BEKKER, L.G.; DEVLIN, B.; BORREMANS, M.; ROSENBERG, Z. Safety and Efficacy of Dapivirine Vaginal Ring for HIV-1 Prevention in African Women. **Abstracts of CROI 2016**. 2016. Disponível em : <<https://bit.ly/2pSqWEV>>. Acesso 30 mar. 2018.

NIEDERDEPPE, J.; FARRELLY, M. C. ; THOMAS, K. Y.; WENTER, D.; WEITZENKAMP, D. Newspaper Coverage as Indirect Effects of a Health Communication Intervention: The Florida Tobacco Control Program and Youth Smoking. **Communication Research**, 34, p. 382–406. 2007.

NUNES, J. H. Leitura de arquivo: historicidade e compreensão. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. (orgs.). **Análise do discurso no Brasil: mapeando conceitos, confrontando limites**. São Carlos, SP: Claraluz, p. 373-380, 2007.

O GLOBO. **Uma saúde com mais ciência**. Rio de Janeiro, 10 ago. 2007, p. 2.

_____. **Tratamento com uma injeção mensal pode conter vírus HIV**. 24 jul. 2017a. Disponível em: <<https://glo.bo/2u2caLH>>. Acesso em 27 jul. 2017.

_____. **Anel vaginal com antirretroviral pode proteger mulheres do HIV**. 26 jul. 2017b. Disponível em: <<https://glo.bo/2v1jUCr>>. Acesso em 27 jul. 2017.

_____. [Sem título]. 2018a. Disponível em: <encurtador.com.br/eBGJL>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Desafio para novo governo, políticas de combate ao HIV preocupam especialistas**. Publicado em 25/11/2018. 2018b. Disponível em: <<https://glo.bo/2P1fLUQ>>. Acesso em 27 mai. 2019.

OKEKE, L.; ASINOBI, A.; IKUEROWO, O. Epidemiology of complications of male circumcision in Ibadan, Nigeria. **Bio Medical Central Urology**, 6, 21. 2006. Doi:10.1186/1471-2490-6-21

OLIVEIRA, C. H. HIV/aids e racismo: alta mortalidade da população negra em pauta. **Site da Agência de Notícias da Aids**. S/a. Disponível em: <<http://bit.ly/2DJkjh5>>. Acesso em 24 jan. 2018.

OLIVEIRA, S. L. M. **Ciência embargada**: estudo de caso de notícias sobre pesquisas de Science e Nature publicadas nos jornais Folha e O Globo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 156p. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Divulgação da Ciência, da Tecnologia e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://bit.ly/2zR7rT3>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

OLIVEIRA, V. C. Os sentidos de saúde nas mídias jornalísticas impressas. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Vol. 6, n. 4, suplemento, 2013.

_____. As fabulações jornalísticas e a saúde. In: LERNER, K.; SACRAMENTO, I. (org.). **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

ONU – Organização das Nações Unidas. **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.

_____. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/1Po5zlk>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

_____. UNAIDS: 1 em cada 4 jovens gays no Brasil nunca ouviu falar de remédios para prevenir HIV. **Site do Unaid**s. 21 de dezembro de 2017. 2017. Disponível em <<http://bit.ly/2BQ0UYo>>. Acesso em 22 jan. 2018.

OPAS/OMS Brasil. **Conferência Internacional de Aids em Melbourne, lançamento de diretrizes de prevenção de HIV/aids da OMS e relatório mundial do UNAIDS**. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2TtwXc3>>. Acesso em 06 mar. 2019.

ORLANDI, E. Nem escritor nem sujeito: apenas autor. In: ORLANDI, E. **Discurso e leitura**. São Paulo/Campinas: Editora Cortez/Editora da Unicamp, 1998. p. 75-82.

_____. Do sujeito na história e no simbólico. IN: Contextos epistemológicos da Análise de Discurso. N. 4. Laboratório de Estudos Urbanos – Nudecri. **Revista Escritos**. Unicamp. Campinas, SP.1999.

_____. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. Campinas: Pontes, 2001.

_____. **Língua e conhecimento lingüístico**: para uma história das idéias no Brasil. Editora Cortez: São Paulo, 2002.

_____. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas: Pontes, 2005.

_____. **Interpretação**: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. Campinas: Pontes. 2007a.

_____. **As formas do silêncio** – No movimento dos sentidos. Campinas. Ed. UNICAMP, 2007b.

OSCAR, R. C. Um remédio por dia e a “nova” forma de prevenir a aids: a profilaxia pré-exposição ao hiv (PrEP) em contexto de biomedicalização da sexualidade. **Resumo apresentado no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2vqbDXB>>. Acesso em 06 ago. 2018.

PARKER, R. 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.

_____. **O fim da Aids**. ABIA: Rio de Janeiro. 2015.

_____. A reinvenção da prevenção no século XXI: o poder do passado para reinventar o futuro. In: ABIA. **Boletim ABIA 61**. Dezembro de 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2pAilIv>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

_____. Falar em cura para Aids é criar uma cortina de fumaça, diz antropólogo. **Site da Folha de S.Paulo**. Entrevista concedida a Claudia Collucci. 7 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2rDZNtA>>. Acesso em 25 jan. 2018.

_____. Entrevista à Abrasco. Aids, é preciso assumir o fracasso da prevenção no Brasil. **Site da Abrasco**. 25/06/2018. 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2YVctrD>>. Acesso em 28 mai. 2019.

_____. Editorial. In : ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids. **Boletim ABIA 63 – Truvada Livre!** Outubro de 2018. 2018b.

PARKER, R.; EHRHARDT, A. Through an Ethnographic Lens: Ethnographic Methods, Comparative Analysis, and HIV/AIDS Research. **AIDS and Behavior**, Vol. 5, No. 2, 2001.

PARKER, R.; PEREZ-BRUMER, A.; GARCIA, J.; GAVIGAN, K.; RAMIREZ, A.; MILNOR, J.; TERTO JR, V. Prevention literacy: community-based advocacy for access and ownership of the HIV prevention toolkit. **Journal of the International AIDS Society**, 19:21092. 2016. DOI: 10.7448/IAS.19.1.21092

PAZ, J. **Aids anunciada: a publicidade e o sexo seguro**. Brasília, DF: Editora UnB, 2007.

PÊCHEUX, M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução. Eni Orlandi. 6ª edição Pontes. 1990.

_____. Ler o arquivo hoje. In: ORLANDI, E. (org.). **Gestos de Leitura: da história no discurso**. 3. ed. SP: Campinas, Editora da Unica, 1994. p. 55-66.

_____. (1969). Análise Automática do Discurso (AAD-69). In: GADET, F.; HAK, T. (orgs.). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Trad. Mariani, B. [et al.]. 3.ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 1997a.

_____. **Semântica e discurso: Uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução Eni Pulcinelli Orlandi [et al.] Campinas: Editora da Unicamp, 1997b.

PENTEADO, C. C.; FORTUNATO, I. Mídia e políticas públicas: possíveis campos exploratórios. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 30 n.87, fev. 2015.

PEREIRA JR., L. C. **Guia para a edição jornalística**. 4a. ed. (coleção Fazer Jornalismo). Petrópolis: Vozes, 2012.

PETRI, V. Por um acesso fecundo ao arquivo. In: **Revista Letras: Corpus: Análise de Dados e Cultura Acadêmica**, nº 21, jul./dez., p. 121-125, 2000.

PILKINGTON, V. et al. Meta-analysis of the risk of Grade 3/4 or serious clinical adverse events in 12 randomised trials of PrEP (n = 15,678). **International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow)**, Glasgow, 2018, resumo O143, 2018.

PINHEIRO, C. V. Q.; MEDEIROS, N. M. - Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. **Physis** [online]. vol.23, n.2, pp. 629-646. 2013 Disponível em <<http://bit.ly/1aHxLfb>>. Acesso em 30 out 2013.

PINHEIRO, T.F. **Camisinha, Homoerotismo e os discursos de prevenção de HIV/AIDS**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2015.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Farmacologia: Conceitos Básicos**. Disponível em: <<https://bit.ly/2XrBE8V>>. Acesso em 05 jul. 2019.

PRATO CARDOSO, N. O enquadramento noticioso: Enquadramentos da AIDS na revista *Veja*. **Anais do 5º Congresso de Estudantes de Pós-graduação em Comunicação – UFF | UFRJ | UERJ | PUC-RIO**. 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/2AQMfdu>>. Acesso em 11 jan 2018.

PrEP BRASIL. Conclusão do estudo PrEP Brasil. **Site do PrEP Brasil**. 5 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2DxQn8z>>. Acesso em 22 jan. 2018.

PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa** [online]. 2008-2013. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org>>

PUJOL, F. **Palestra proferida nas III Jornadas Internacionales de Comunicación y Salud**. Barcelona, Espanha. 22 de novembro de 2018. Disponível em: <https://youtu.be/_ra9FOzml_M?t=3896>. Acesso em 22 nov. 2018.

QUENQUA, D. A scientific breakthrough offers hope for an AIDS vaccine. **Site da CNBC**. 19 de outubro de 2017. Disponível em: <<http://cnb.cx/2zmPyIS>>. Acesso em 25 jan. 2017.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, 33(11). 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00112516.

RABINOW, P. Artificiality and Enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: **Essays on the anthropology of reason**. Princeton, NJ: Princeton University Press. pp. 91-110. 1996a.

_____. **Making PCR: a story of biotechnology**. Chicago: The University of Chicago Press. 1996b.

_____. **French DNA: Trouble in purgatory**. Chicago: The Chicago University Press. 1999.

RANGEL-S, M.L. et al. Narrativas de Pesquisadores sobre a Miatização das Políticas de Saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações**. Salvador, Bahia: Edufba, 2016, v. 1, p. 461-494.

RESOURCE Tracking for HIV Prevention Research & Development Working Group. **HIV Prevention Research & Development Investments 2017: Investing to end the epidemic**. Outubro de 2018.

REVISTA ÉPOCA. **O teste de HIV para fazer em casa ajuda ou atrapalha na prevenção da aids?** 29/06/2017. Disponível em: <<https://glo.bo/2ncX0lx>>. Acesso em 25 jan. 2018.

REVISTA GALILEU. **Vacina contra HIV entra em nova fase de testes em humanos**. Publicado em 22 jul. 2019. Disponível em: <<https://glo.bo/2YyybTx>>. Acesso em 25 jul. 2019.

RIBEIRO, A.P.G. Memória de jornalista: um estudo sobre o conceito de objetividade nos relatos dos homens de imprensa dos anos 50. **Anais da XI Compós**: Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2wGh0SM>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

_____. Jornalismo, literatura e política: a modernização da imprensa carioca nos anos 1950. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 147-160, 2003.

_____. A mídia e o lugar da história. In: HERSCHMANN, M.; PEREIRA, C.A. (orgs.). **Mídia, memória e celebridades**. 1ª ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005. P. 105-129.

RODGER, A. J.; CAMBIANO, V. ; BRUUN, T. et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. **JAMA**. 316(2):171-181. 12 jul. 2016. DOI:10.1001/jama.2016.5148.

RODGER, A. J. et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study, **The Lancet**. 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0.

RODRIGUES, A. D. **Experiência, modernidade e campo dos media**. Lisboa, 1999. Disponível em: <<http://bocc.ubi.pt/pag/rodrigues-adriano-expcampmedia.html>>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Delimitação, natureza e funções do discurso midiático. In: MOUILLAUD, M. **O jornal: da forma ao sentido**. Brasília: Ed. UNB, 2012.

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, Juiz de Fora, 2012.

ROMÁN, V. El rol del periodista ante la comunicación de enfermedades y su impacto. In: PETRACCI, M. ; WAISBORD, S. (org.) **Comunicación y salud en la Argentina**. Buenos Aires: La Crujía Ediciones, 2011, p. 171-184.

ROMEYER, H. La santé à la television: émergence d'une question sociale. **Questions de Communication**, n. 11, 2007, p. 51-90.

_____. (org.). **La santé dans l'espace public**. Rennes: Presses de l'EHESP, collection Communication Santé Social, 2010.

ROMEYER H. ; MOKTEFI A. Pour une approche interdisciplinaire de la prévention. **Communication et Langages**, Vol. 2013, n°176, junho 2013. P. 33-47.

ROSE, N. **The politics of life itself**. Princeton: Princeton University Press. 2007.

_____. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 20, n. 58, p. 797-808. Set. 2016. Entrevista concedida a Sergio Resende Carvalho e Elizabeth Maria Freire Araújo Lima. DOI: 10.1590/1807-57622015.0888.

ROSENBERG, C. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

RYDLEWSKI, C. Brasil sobe no ranking mundial da Ciência. **Valor Econômico** (online). 29 mar. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2K9z954>>. Acesso em 05 abr. 2019.

SANGARAMOORTHY, T. **African-American women with HIV often overlooked, under-supported**. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2tTCWZl>>. Acesso em 06 mar. 2019.

SANT'ANNA, F. **Mídia das Fontes: o difusor do jornalismo corporativo**. Lisboa: Biblioteca On-Line de Ciências da Comunicação, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2kV8p8H>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

SARLO, B. **Cenas da vida pós-moderna: intelectuais, arte e videocultura na Argentina**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2004.

SASTRY, S.; BAN, Z. Web 2.0 and Health Curation in China: A Critical Discourse Analysis of PrEP HIV prevention Discourse on WeChat (Weixin). Abstract ID: 21328. **IAMCR - International Association for Media and Communication Research**, Madrid, Espanha. 2019.

SCHECHTER, M. Em entrevista a CONTREIRAS, H. **Por que o Brasil demorou a liberar o coquetel de emergência para o HIV?** Especial para a Agência de Notícias da Aids. 27 nov. 2014 . Disponível em: <<https://bit.ly/2R8z4BE>>. Acesso em 05 jan. 2019.

SCHEFFER, M. C. Em entrevista a CONTREIRAS, H. **Por que o Brasil demorou a liberar o coquetel de emergência para o HIV?** Especial para a Agência de Notícias da Aids. 27 nov. 2014 . Disponível em: <<https://bit.ly/2R8z4BE>>. Acesso em 05 jan. 2019.

_____. **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.

SCHNEIDER, C.M. **A construção discursiva dos jornais O Globo e Folha de S.Paulo sobre a epidemia de meningite na ditadura militar brasileira (1971-1975)**. Dissertação de Comunicação. Programa de Pós-graduação em Comunicação. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2015.

SCHNEIDERS, C. M. Do retorno ao arquivo à constituição do corpus e dos gestos de interpretação. **Conexão Letras**, v. 9, p. 99-109, 2014.

SEÇÃO dedicada à sociedade. **O Globo**. Rio de Janeiro, 06 abr. 2014, p. 1.

SECOM - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. **Pesquisa Brasileira de Mídia 2016**. Disponível em:< <https://bit.ly/2oZQdNy>>. Acesso em: 08 mai. 2018.

SHUDSON, M. **Descobrimo a notícia: uma história social dos jornais nos Estados Unidos**. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. A norma da objetividade o jornalismo americano. Tradução de Simone do Vale. In: SACRAMENTO, I.; MATHEUS, L. C. (orgs.). **História da comunicação: experiências e perspectivas**. Rio de Janeiro: Mauad, 2014. P. 137-162.

SEVELIUS, J. et al. Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. **Culture, Health & Sexuality** [online]. 2018. DOI: 10.1080/13691058.2018.1496277

SILVA, T. R. N. **H1N1 e produção de sentidos na mídia**: a epidemia de 2009 nas páginas de O Globo, Extra e Expresso. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2012.

_____. **Jornalistas e fontes**: uma relação em movimento. Temas, vozes e silêncios na Saúde de O Globo (1987-2015). Tese (Doutorado). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2017.

SILVA-BRANDÃO, R. R. **Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PrEP) no contexto do processo de individualização e saúde**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2018a.

_____. A PrEP no contexto do processo de individualização social. In : ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids. **Boletim ABIA 63 – Truvada Livre!** Outubro de 2018.2018b.

SILVERSTONE, R. **Por que estudar a mídia**. São Paulo: Loyola. 2002.

SLACK, C.; LINDEGGER, G.; VARDAS, E.; RICHTER, L.; STRODE, A.; WASSENAAR, D. Ethical issues in HIV vaccine trials in South Africa. **South African Journal of Science**, n.96, p. 291-295. Julho 2000

SOARES, R. L. **Imagens veladas**: Aids, imprensa e linguagem. São Paulo: Annablume, 2001.

SODRÉ, M. Comunicação, um novo sistema de pensamento? In: NETO, A. F.; PRADO, J. L. A; PORTO, S. D. (Org.). **Campo da comunicação**: caracterização, problematizações e perspectivas. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2001.

_____. **Antropológica do espelho**: uma teoria da comunicação linear e em rede. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **A narração do fato**: notas para uma teoria do acontecimento. Petrópolis: Vozes, 2009.

SONTAG, S. **Doença como metáfora**: AIDS e suas metáforas. SP: Cia das Letras, 2007.

SOUSA, J. P. **Teorias da notícia e do jornalismo**. Chapecó: Argos, 2002.

SOUSA, P. C. C. **AIDS, mídia impressa e sexualidade**: práticas e comportamentos sexuais em tempos de HIV nos discursos de Veja e IstoÉ. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

SOUZA, L. C. D. B. **As estratégias de retextualização na "Entrevista da 2ª" do jornal Folha de S.Paulo**. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado em Língua Portuguesa) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

SPINK, M. J. P. et al. A construção da AIDS-notícia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.17, n.4, p.851-862. Ago 2001. Disponível em <<http://bit.ly/1bIjzV6>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B.; MELLO, R. P. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 151-164. 2002.

TABAKMAN, R. **A saúde na mídia: medicina para jornalistas, jornalismo para medicos**. Tradução de Lizandra Magon de Almeida. São Paulo: Summus Editorial, 2013.

TEIXEIRA, M. Pressupostos do jornalismo de ciência no Brasil. In: BRITO, F.; MASSARANI, L.; MOREIRA, I.C. (orgs.). **Ciência e público: caminhos da divulgação científica no Brasil**. Rio de Janeiro: Casa da Ciência/UFRJ, p. 133-141, 2002.

TERTO JR., V. 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.

TERTO JR., V; RAXACH, J. C. Preconceitos e estigmas no caminho para uma prevenção combinada. In : ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids. **Boletim ABIA 63 – Truvada Livre!** Outubro de 2018.

THE WORLD BANK. **AIDS-SUS (National AIDS Program - National Health Service)**. Sem data. Disponível em: <<http://bit.ly/16IYPtv>>. Acesso em 24 out 2013

THIGPEN, M. C.; KEBAABETSWE, P. M.; PAXTON, L. A. et al. Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. **The New England Journal of Medicine**, n. 367, vol. 5. Agosto de 2012. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1110711> >. Acesso em 22 jan. 2018.

THOMPSON, J. B. **A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2013.

TIMERMAN, A. Vacinação contra o HIV: o caminho está mais próximo. **Site da revista VEJA**. 13 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://abr.ai/2BsjleB>>. Acesso em 25 jan. 2018.

TITANJI, B. K. **Ethical riddles in HIV research**. Apresentação em TEDxGoodenoughCollege. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/30cchF0>>. Acesso em 06 jul. 2019.

TRAEGER, M.W.; SCHROEDER, S.E.; WRIGHT, E.J.; HELLARD, M.E.; CORNELISSE, V.J.; DOYLE, J.S.; STOOVE, M.A. Effects of Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection on Sexual Risk Behavior in Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. **Clinical Infectious Diseases**. 02 Mar. 2018. DOI: 10.1093/cid/ciy182.

TRAQUINA, N. As notícias. In: TRAQUINA, N. (or.). **Jornalismo**: questões, teorias e 'estórias'. Lisboa: Veja Editora, 1999.

_____. **Teorias do Jornalismo**: Porque as notícias são como são. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2005.

TREICHLER, P. **How to have theory in an epidemic**: Cultural chronicles of AIDS. Durham, NC: Duke University Press. 1987.

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso**: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Record, 2007.

TROIANO. **Estudo sobre o jornal O Globo**. Rio de Janeiro: Troiano, 2009. 15 slides, color.

TRONCA, I. **As máscaras do medo**: lepra e AIDS. Campinas (SP): Editora da. Unicamp; 2000.

TUCHERMAN, I.; RIBEIRO, M. S. Ciência e mídia: negociações e tensões. **Revista ECO-Pós**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 244-259, jan/jul. 2006.

TUCHMAN, G. **Making news**: a study in the construction of reality. Ann Arbor, New York: Free Press, 1978.

_____. Contando estórias. In: TRAQUINA, N. (org.). *Jornalismo*: questões, teorias e 'estórias'. Lisboa: Veja Editora, 1999.

TV GAZETA. **Remédio previne contra o vírus da Aids**. 25/06/2018. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2KGLaOk>>. Acesso em 03 jul. 2018.

UNAIDS. **Getting to zero**: 2011–2016 strategy. Geneva: Unaid. 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2F3Lhj3>>. Acesso em 11 jun. 2018.

_____. **90-90-90**: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS . 2015b. Disponível em <<http://bit.ly/2qtSKix> >. Acesso em: 02 mai 2017.

_____. UNAIDS se opõe ao Projeto de Lei 198/2015. **Site da Agência de Notícias da Aids**. 31/03/2015. 2015c. Disponível em: <<http://bit.ly/2Bu1Fo6>>. Acesso em 25 jan. 2018.

_____. **Political Declaration on HIV and AIDS**: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. 2016a.

_____. **Prevention Gap Report**. 2016b. Disponível em <<http://bit.ly/29AURHq>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

_____. **Ending Aids**: Progress Towards The 90-90-90 Targets. 2017a. Disponível em <<http://bit.ly/2tvBbDz>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

_____. **Guia de Terminologia do Unaid**. 2017b. Disponível em: <<http://bit.ly/2kKrZEd>>. Acesso em 12 jan 2018.

_____. **Aperfeiçoando os dados sobre populações-chave**. 14 mar. 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2tRgf7N>>. Acesso em 06 mar. 2019.

_____. **Indetectável = Intransmissível: Saúde Pública e Supressão da Carga Viral do HIV**. Nota Explicativa. Julho de 2018. 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/2OM4QiQ>>. Acesso em 06 ago. 2018.

_____. **Knowledge is power: Know your status, know your viral load**. 2018b. Disponível em : <<https://bit.ly/2TCUIv1>>. Acesso em 24 jan. 2019.

_____. **Estatísticas**. Site do Unaid's Brasil. 2019. Disponível em: <https://unaid's.org.br/estatisticas/>. Acesso em 06 jun. 2019.

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.

_____. Biosocial Activism, Identities and Citizenship: Making up 'people living with HIV and AIDS' in Brazil. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**; 12(2), 27-70. 2012.

_____. Doença, ativismo biosocial e cidadania terapêutica: a emergência da mobilização de pessoas com HTLV no Brasil. **Vivência - Revista de antropologia**. 41: 27-47, 2013.

VAN DAMME, L.; CORNELI, A.; AHMED, K. et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. **New England Journal of Medicine**, n. 367, p. 411-422. Agosto de 2012. DOI: 10.1056/NEJMoa1202614.

VAN LOON, J. **Risk and technological culture: towards a sociology of virulence**. London: Routledge, 2002.

VAZ, P. R. Um corpo com futuro. In: PACHECO, A.; COCCO, G.; VAZ, P. (Orgs.). **O trabalho da multidão**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002, v. 1, p. 121-146. Disponível em: <<https://bit.ly/2K8efT9>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

_____. **Risco e Justiça**. 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/1rBeo0P>>. Acesso em: 23 set. 2014.

_____. As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea. **Logos Comunicação & Universidade**. Rio de Janeiro, ano 13, n. 25, p. 85-95. 2º semestre 2006.

_____. O risco e a construção de subjetividades crônicas e punitivas na contemporaneidade. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 1, mar. 2019. DOI: 10.29397/reciis.v13i1.1761.

VAZ, P.; CARDOSO, J. M. A epidemia da dengue como questão política: risco e sofrimento no Jornal Nacional em 2008. In: **Anais do XX Encontro da Associação de Nacional de Pós-Graduação em Comunicação**. Porto Alegre: Compós, 2011.

VAZ, P.; CARDOSO, J. M.; FELIX, C.B. Risco, sofrimento e vítima virtual: a política do medo nas narrativas jornalísticas contemporâneas. **Contratempo**, Niterói, n.25, p.24-42. Dez. 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/2vJNfyQ>>. Acesso em 26 jul. 2017.

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.

VAZ, P.; PORTUGAL, D. A nova “boa-nova”: marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista brasileira Veja. **Comunicação, Mídia e Consumo**, São Paulo, ano 9, vol.9, n.26, p.37-60, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2WPYRFD>>. Acesso em 5 set. 2018.

VAZ, P. B.; TRINDADE, V.C. Capas de revistas e seus leitores: um novo texto em cartaz. In: FRANÇA, V. L. R.; CORRÊA, L. G. (Orgs.). **A revista e seu jornalismo**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012, p. 221-234.

VENAZZA, P.; HIRSCHER, B.; BERNASCONI, E.; FLEPP, M. HIV-positive people with STDS following effective antiretroviral therapy do not transmit HIV through sexual contact. **Schweiz Arzteztz**,89:165-169. 2008.

VEJA. **Ciência e jornalismo**: um exemplo de como escrever bem. Publicado em 6 maio 2016. Disponível em: <<https://abr.ai/2QGQ2G1>>. Acesso em 02 jul. 2018.

_____. **Remédio que previne a aids é aprovado para adolescentes**. Publicado em 4 jun 2018, 18h33. 2018. Disponível em: <<https://abr.ai/2tQhyV1>>. Acesso em 02 jul. 2018.

VELHO, A. P. M. **O jornalismo e a infografia dos veículos impressos como textos de cultura**. 2009. Disponível em <<https://bit.ly/2SBFtl8>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

VELOSO, V. G.; TORRES, T. S.; MOREIRA, R. I.; KALLAS, E. G.; MADRUGA, J. V.; FERNANDES, N. M.; LUZ, P. M.; HOAGLAND, B.; GRINSZTEJN, B. Retenção e Persistência a Profilaxia Pré-Exposição Ao HIV entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Travestis e Mulheres Trans: Resultados de Dois Anos do Estudo PrEP Brasil. **Resumo apresentado no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2OQhFsO>>. Acesso em 06 ago. 2018.

VERNAZZAA, P.; HIRSCHER, B.; BERNASCONI, E.; FLEPP, M. Les personnes séropositives ne souffrant d’aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. **Bulletin des médecins suisses**, n. 89, vol. 5. 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/2DZ5aIF>>. Acesso em 30 jan. 2018.

VERÓN, E. **Fragmentos de um tecido**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2004.

VILELA, J. A. O movimento social das profissionais do sexo e a luta pelo reconhecimento de seus direitos sociais. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 91, ago 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2EIH6br>>. Acesso em 07 mar. 2019.

VILLELA, C. C. **Mídia, territorialidades e subjetivações**: uma cartografia discursiva sobre as favelas. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Comunicação). Universidade Federal de Juiz de Fora. 2015.

VILLELA, P. ONGs/Aids, patentes e regulação de medicamentos. In: CORRÊA, M.; CASSIER, M. (org.). **AIDS e Saúde Pública**: Contribuições à Reflexão sobre uma Nova Economia política do Medicamento no Brasil. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2010. 242 p.

VISWANATH, K.; BLAKE, K. D.; MEISSNER, H. I.; SAIONTZ, N. G. ; MULL, C. ; FREEMAN, C S., HESSE, B. ; CROYLE, R. T. Occupational Practices and the Making of Health News: A National Survey of U.S. Health and Medical Science Journalists. **Journal of Health Communication**, 13:8, p.759-777. 2008. DOI: 10.1080/10810730802487430

VITIELLO, G.N.B. **A AIDS em cena**: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro. 2009.

WEISZ, G. From clinical counting to evidence-based medicine. In: WEISZ, G.; JORLAND, G.; OPINEL, A. (org.). **Body Counts**: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives. McGill-Queens Press, 2005.

WERNER, R.N.; GASKINS, M.; NAST, A.; DRESSLER, C. Incidence of sexually transmitted infections in men who have sex with men and who are at substantial risk of HIV infection – a meta-analysis of data from trials and observational studies of pre-exposure prophylaxis. **PLoS ONE**, 13(12):e0208107. 2018.

WHITE, D. M. The “Gate Keeper”: A Case Study in the Selection of News. **Journalism Bulletin**, 27(4), 383–390. First Published September 1, 1950. DOI: 10.1177/107769905002700403.

WHO – World Health Organization. **Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV**. Julho de 2012. Disponível em <<http://bit.ly/1oifQ1N>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

_____. **Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach - December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines**. 2014. Disponível em <<https://bit.ly/2C1Ia8Q>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

_____. **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV**. Setembro de 2015. Disponível em <<http://bit.ly/1j0saZW>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

WHO/UNAIDS. **New data on male circumcision and HIV prevention: Policy and programme implications** : Conclusion and recommendations (WHO/UNAIDS technical consultation on male circumcision and HIV prevention - Research implications for policy and programming. Montreux: WHO. 2007.

WILLIAMS, S. J. ; MARTIN, P. ; GABE, J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociol. Health Illn**, 33:710-25. 2011. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x

WOLF, M. **Teorias da comunicação**. Lisboa: Editorial Presença. 1995.

YI, S.; TUOT, S.; MWAI, G.W.; NGIN, C.; CHHIM, K.; PAL, K.; IGBINEDION, E.; HOLLAND, P.; CHOUB, S.C.; MBURU, G. Awareness and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in low- and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. **J. Int. AIDS Soc.**;20(1):21580. 26 jun. 2017. DOI: 10.7448/IAS.20.1.21580.

ZAMIN, A.; SCHWAAB, R. Relações entre lugar discursivo e efeitos de sentido no discurso jornalístico. **Estudos em Jornalismo e Mídia**, Santa Catarina, v. 4, p. 33-41. 2007.

ZAPPATERRA, Y. **Art direction+ editorial design**. [s.l.] Abrams Studio, 2007.

ZELIZER, B. **Covering the body**: the Kennedy assassination, the media, and the shaping of collective memory. Chicago & London: University of Chicago Press, 1992.

_____. Journalists as interpretative communities. **Critical Studies in Mass Communication**, v. 10, n. 3, p. 219-237, set. 1993.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v. 20. n. 4, p. 487-504, Nov. 1972. DOI: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x

ZOPPI-FONTANA, M. Arquivo jurídico e exterioridade. A construção do corpus discursivo e sua descrição/interpretação. In: GUIMARÃES, E.; BRUM-DE-PAULA, M.(orgs.). **Sentido e memória**. Campinas: Pontes Editores, p. 93-116, 2005.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface** (Botucatu); 22(66):721-31. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0194

ZUCCHI, E. M. et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00206617, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00206617.

APÊNDICE A – Tabelas contendo os textos da Folha de S.Paulo e d'O Globo publicados até 31/12/2017 sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e/ou TasP como métodos preventivos ao HIV

Pelo grande volume das tabelas, seria inviável imprimi-las nesta tese. Disponibilizamos-las em arquivo de Excel – o que inclusive também facilita ao leitor interessado a busca por filtros e palavras-chave. O arquivo Excel está disponível on-line, acessível por meio deste *link*: <<https://bit.ly/2R2pEV8>>. O nome do arquivo é “Corpus”. Nele, há uma aba para cada jornal: “OG” para O Globo e “FSP” para Folha de S.Paulo. Abaixo, mostramos um *print* da tela da aba da Folha de S.Paulo.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
Método preventivo citado	Descritor	Data	Editoria	Página	Título	Tipo	Teve chamada?	Informações	Termo foto ou integrálico?	Tamanho ocupado na página	Arquivo salvo como	Capa salva como	Repórter ou Agência de Notícia	Tipo de fonte	Qualis	Especialidade médica
circuncisão	HIV circuncisão	24/08/1935		16	Circuncisão protege contra a Aids, diz estudo	Informativo	não	<p>Moto muito pequena, no fim da página. Texto completo: "A circuncisão pode prevenir a Aids, segundo estudo francês publicado ontem pela revista 'Le Quotidien du Médicin'. 'Um prepúcio intacto favorece a contaminação pelo vírus HIV', dizem os autores do trabalho. O prepúcio é a pele que recobre o pênis, cortado na circuncisão. Segundo estudo, o vírus da Aids entra no corpo pela mucosa do prepúcio, e não pela uretra, como se imaginava."</p>	não	1/32.	FSP_24.08.1935_circu.nciso	FSP_24.08.1935_copo	"Das agências internacionais de 'ip'."	pesquisadores/pesquisas científicas	"estudo francês publicado ontem pela revista 'Le Quotidien du Médicin'"	x

APÊNDICE B – Lista de trabalhos científicos sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da aids, publicados até maio de 2017

No primeiro semestre de 2017, realizamos um levantamento bibliográfico das publicações científicas sobre a cobertura jornalística brasileira acerca da aids. Reunimo-las em uma lista, que pode ser consultada por outros estudiosos. Pelo grande volume da lista, optamos por não imprimi-la, mas sim disponibilizá-la em arquivo de Excel – o que também facilita ao leitor interessado a busca por filtros e palavras-chave. O arquivo Excel está disponível on-line sob o nome “Pesquisa bibliográfica”, acessível por meio deste *link*: <<https://bit.ly/2R2pEV8>>.

A busca foi feita nas seguintes fontes: biblioteca eletrônica Scielo²¹⁶, PubMed²¹⁷, base de dados LILACS²¹⁸, Banco de Teses da Capes²¹⁹, anais dos Encontros Nacionais da Compós (Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação)²²⁰, anais dos encontros regionais e nacionais da Intercom (Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação)²²¹, anais dos Encontros Nacionais de História da Mídia²²², Portcom (Portal de Livre Acesso à Produção em Ciências da Comunicação)²²³, Sala de Pesquisa (*online*) da SBPJor (Associação Brasileira de Pesquisadores em Jornalismo)²²⁴, e base do Currículo Lattes²²⁵. A busca realizada no Lattes foi a mais frutífera para o levantamento, apesar de ter sido a mais trabalhosa. Por meio dela, foi possível recuperar diversos trabalhos de conclusão de curso, artigos em anais de evento e em periódicos não indexados que, de outra forma, seriam difíceis de encontrar.

²¹⁶ A busca na Scielo foi realizada em duas etapas. Em 06/12/2016, buscou-se por (comunicacao) AND (risco). Dos 370 artigos encontrados, foram selecionados 16 por meio da leitura dos resumos. Em 03/05/2017, pesquisou-se por: "Jorn* AND aids" e "Jorn AND aids", ambos em "abstract" e "all indexes"; por "mídia AND aids", "o globo AND aids", "folha AND aids", "journal* AND aids", todos em "all indexes"; e por "media AND aids" em "all abstracts".

²¹⁷ A busca realizada no Pubmed ocorreu em 03/05/2017, por "aids AND jornal*", "aids AND jornalismo", "aids AND journalism" e "aids AND media". O PubMed é um motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE de citações e resumos de artigos em biomedicina.

²¹⁸ A LILACS é considerada o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. A busca na sua base de dados ocorreu em 03/05/2017, por "aids AND jornal*" e "aids AND mídia", em "título resumo e assunto".

²¹⁹ A busca no Banco de Teses da Capes foi realizada em 07/03/2017, por "aids jornalismo risco", filtrando pela área "comunicação".

²²⁰ A busca nos anais da Compós (de 2000 a 2016) foi realizada em 07/03/2017, com os descritores "aids", "sida", "HIV", "HIV/AIDS" e "risco", separadamente.

²²¹ A busca nos anais dos encontros da Intercom – regionais (de 2009 a 2016; exceto nos anais do Intercom Nordeste 2016, no qual a ferramenta de busca não funcionou) e nacionais (de 2001 a 2016; exceto nos anais de 2014 e 2016, nos quais a ferramenta de busca não funcionou) – foi realizada em 07/03/2017, nas categorias de DTs (Divisões Temáticas) e IJ (Intercom Júnior), por "aids", "HIV" e "risco", separadamente.

²²² O mecanismo de busca nos anais dos Encontros Nacionais de História da Mídia (de 2003 a 2015) foi o mesmo utilizado nos anais da Intercom. Vide nota sobre ele.

²²³ O mecanismo de busca no Portcom foi o mesmo utilizado nos anais da Intercom. Vide nota sobre ele.

²²⁴ A busca na Sala de Pesquisa (*online*) da SBPJor foi realizada em 24/03/2017, pelas palavras-chave "aids", "HIV/AIDS", "HIV" e "risco", nos campos "palavras-chave", "resumo" e "título", selecionando a base de pesquisa como "todas as conferências" (que inclui: *Journalism Conference* 2006; do I ao IX SBPJOR; V *Congreso Iberoamericano de Periodismo en Internet*; 1º Encontro do Jovens; e do 10º ao 12º Encontro Nacional de Pesquisadores em Jornalismo – categorias Livre e Coordenada).

²²⁵ A busca no Lattes foi feita em 07/03/2017, pelas palavras-chave "aids jornalismo", no campo "assunto", selecionando "doutores" e "demais pesquisadores", de todas as nacionalidades. Foram encontrados 822 currículos, vistos individualmente.

APÊNDICE C – Palavras-chave e campos de busca utilizados nos acervos digitais d'O Globo e da Folha de S.Paulo para encontrar textos relativos a circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos de prevenção ao HIV.

Legenda: OG – O Globo; FSP – Folha de S.Paulo; 1- "todas estas palavras"; 2 - "expressão ou frase exata"; 3 - "com todas as palavras"; 4 - "com a frase exata"; 5- "exatamente esta frase".

Método preventivo	Palavra-chave	Campo de busca	
		OG	FSP
circuncisão masculina	aids circuncisão	1	3
	HIV circuncisão	1	3
PEP	aids profilaxia pós-exposição	1	1
	profilaxia pós-exposição	2 e 1	4
	PEP sexual	2	4
	PEP	1	4
	Aids PEP	1	1
	efavirenz prevenção	1	1
	efavirenz prevenir	1	1
	Zidovudina prevenção	1	1
	Zidovudina prevenir	1	1
	lamivudina prevenção	1	1
	lamivudina prevenir	1	1
	tenofovir prevenção	1	1
	tenofovir prevenir	1	1
	atanazavir prevenção	1	1
	atanazavir prevenir	1	1
	ritonavir prevenção	1	1
	ritonavir prevenir	1	1
	Projeto Combina	2	5
PrEP	aids profilaxia pré-exposição	1	1
	aids PrEP	1	1
	PrEP	1	4
	profilaxia pré-exposição	2 e 1	4
	cabotegravir prevenção	1	1
	cabotegravir prevenir	1	1
	truvada prevenção	1	1
	truvada prevenir	1	1
	tenofovir prevenção	1	1
	tenofovir prevenir	1	1
	entricitabina prevenção	1	1
	entricitabina prevenir	1	1
	emtricitabina prevenção	1	1
	emtricitabina prevenir	1	1
	Caprisa004	1	1
	Caprisa 004	2	5
Ipex	1	1	




	Partners HIV	1	1
	Fem-PrEP	2	5
	FemPrEP	2	5
	Fem PrEP	2	5
	Voice HIV	1	1
	Ipergay	1	5
	Proud HIV	1	1
	Ring Study	2	5
	Aspire HIV	1	5
	Hope HIV	1	1
	Dream HIV	1	1
	Choices HIV	1	1
	TDF2	2	5
	IPM 032	2	5
	IPM032	2	5
	IPM-032	2	5
	MTN 020	2	5
	MTN-020	2	5
	MTN020	2	5
	IPM 027	2	5
	IPM-027	2	5
	IPM027	2	5
	MTN 025	2	5
	MTN-025	2	5
	MTN025	2	5
	CHAMPS PlusPills	2	5
	ATN 110	2	5
	ATN-110	2	5
	ATN110	2	5
	PrePare HIV	1	1
	ATN 113	2	5
	ATN-113	2	5
	ATN113	2	5
	PrEP Brasil	2	5
	ImPrEP	2	5
	Ifact	2	5
	Transcender HIV	1	1
	HPTN 077	2	5
	HPTN-077	2	5
	HPTN077	2	5
	HPTN 083	2	5
	HPTN083	2	5
	HPTN-083	2	5
	REACH HIV	1	1
TasP	aids TasP	1	3

	aids TcP	1	3
	TasP	1	4
	aids tratamento como prevenção	1	3
	tratamento como prevenção	2	4
	<i>treatment as prevention</i>	2	4
	tratamento previne HIV	2	4
	tratamento HIV carga viral ²²⁶	1	3
	carga viral indetectável	2	4
	HTPN052	2	4
	HTPN-052	2	4
	Comissão Federal Suíça de Aids	2	4
	tratamento previne transmissão do HIV	2	4
	PARTNER HIV	1	3
	PARTNER Aids	1	3
	Opposites Attract HIV	1	3
	Opposites Attract Aids	1	3
	Opposites Attract	2	3
	LATTE-2	1	3
	CROI Aids	1	3
	CROI HIV	1	3
	Conferência sobre Retrovírus e doenças oportunistas	2	4
	IAS Aids	1	3
	IAS HIV	1	3
	International Aids Society	2	4
	Sociedade Internacional de Aids	2	4
	Sociedade Internacional da Aids	2	4
Todos	prevenção combinada	2	4

Fonte: a autora.

²²⁶ Buscaram-se estas palavras-chave nos textos veiculados entre os dias 25/11/2013 a 31/12/2013 e entre 29/09/2015 a 03/10/2015. O primeiro período foi próximo ao Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2013, quando o Ministério da Saúde anunciou a estratégia de oferta do tratamento para todos os soropositivos independentemente da carga de células CD4. O Segundo período foi próximo à recomendação da OMS de ofertar TARV o mais cedo possível a todas as pessoas diagnosticadas com HIV, divulgada em 30/09/2015. Isso foi feito como um cuidado acadêmico porque percebemos que o TasP era referido em textos sobre outros métodos preventivos sem a utilização dessa sigla ou de sua versão em português (TcP), utilizadas anteriormente como palavras-chave.

ANEXO A – Dispensa de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz</p>		<p>Comitê de Ética em Pesquisa Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz</p>
DECLARAÇÃO		
<p>Título do Projeto: RISCO, AIDS E JORNALISMO: análise discursiva da cobertura sobre novas tecnologias preventivas ao HIV em <i>O Globo e Folha de S.Paulo</i> (1998-2017).</p>		
<p>Pesquisador(a)-responsável: Stéphanie Lyanie de Melo e Costa</p>		
<p>Data de recebimento pelo CEP: 13/09/2017</p>		
<p>Número de protocolo: 00317</p>		
<p>O protocolo de pesquisa encaminhado a este Comitê, a ser desenvolvido no âmbito do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (IcICT/Fiocruz), não propõe, em nenhuma de suas etapas, a inclusão de sujeitos de pesquisa, de modo direto ou indireto.</p> <p>Considerando-se o fato de que apenas os protocolos que envolvam direta ou indiretamente a participação de seres humanos em estudos científicos, como sujeitos da pesquisa, sejam passíveis de apreciação por um Comitê de Ética, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) compreende que não cabe a um órgão desta natureza emitir um parecer.</p>		
<p>Rio de Janeiro, 19 de setembro de 2017.</p>		
 <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Daniel Groisman (Coordenador do CEP/EPSJV)</p>		<p>Daniel Groisman Tecnologista em Saúde Pública Mat. SAPE: 1896318 EPSJV / FIOCRUZ</p>

ANEXO B – Arquivos em PDF dos textos publicados até 31/12/2017 nos jornais Folha de S.Paulo e O Globo sobre circuncisão masculina, PEP, PrEP e TasP como métodos preventivos ao HIV, bem como das capas do dia de veiculação de cada um.

Arquivos disponíveis on-line em pasta denominada “Textos em PDF”, acessível por meio deste *link*: <<https://bit.ly/2BfJwg1>>.

Os arquivos estão separados por jornal. A pasta “FSP” refere-se aos textos da Folha de S.Paulo. A pasta “OG” refere-se aos textos d’O Globo.

Ao adentrar a pasta de cada jornal, os textos estão separados por décadas (1990, 2000 e 2010). Já as capas estão salvas na pasta “Capas”.

Na tabela do Apêndice A listamos o nome do arquivo com que cada texto pode ser encontrado neste Anexo B. Ele segue esta estrutura: sigla do jornal_dia.mês.ano_método preventivo citado. Exemplo: OG_15.07.2015_PrEP.