

GRAZIELE REGINA DE AMORIM ARRAES

**ENTRE O DESEJO E A CULPA: A TRANSFORMAÇÃO
DO COMPORTAMENTO SEXUAL E AS MUDANÇAS DA
NOÇÃO DE RISCO NAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO
À AIDS NO BRASIL (1981-2013) E ESTADOS UNIDOS
DURANTE A DÉCADA DE 1980.**

Tese submetida ao Programa de
Pós-Graduação em História da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do
Grau de Doutora em História.
Orientadora: Profa. Dra.
Roselane Neckel e
Coorientação: Profa. Dra.
Sandra Noemi Cucurullo de
Caponi

Florianópolis, 2015

*Dedico este trabalho
ao meu companheiro,
amigo e grande amor
Marcos.*

AGRADECIMENTOS

Mais do que páginas de um trabalho árduo, esta jornada me ensinou a ser alguém mais sensível nas relações humanas. Afinal, não é disso que é feita a história? De gente!?! Ouvi isso de uma grande amiga e historiadora certa vez. De lá pra cá venho pensando o que significou essa longa experiência no doutorado.

Esta experiência começou quando eu e o Marcos, após o mestrado nos tornamos mais do que amigos. Juntos estudamos e batalhamos para ingressar no doutorado. O resultado foi mais uma vez a experiência de sermos colegas da mesma turma, só que dessa vez, como namorados também. Pensávamos que seria enlouquecedor compartilhar muitas coisas em comum. No entanto, o que estes quatro anos e meio nos ensinaram foi que a garra de cada um, mas a vontade de transformar este mundo nos uniria cada vez mais.

Assim, agradeço ao meu querido amor e companheiro Marcos Arraes, por ter ao meu lado conquistado tudo que temos hoje. Amor que só cresce, que engradece nossas almas e que a cada dia nos fortifica. Amo-te por você ser esse homem maravilhoso, que junto de mim, luta por um mundo mais justo.

Agradeço a minha família. Assim, também dedico este trabalho à minha querida mãe Kátia. Esta mulher que me ensina todos os dias, que para ser feliz basta querer pouco, que a felicidade está nas coisas simples. Ao meu pai Luiz, homem trabalhador, que desde criança me ensinou que a única coisa que ninguém tiraria de mim seria o conhecimento. Agradeço também aos meus queridos irmãos, Eduardo, Diego e minha cunhada Bruna.

Com nossa união ganhei mais uma família maravilhosa. Agradeço à minha sogra Regina pelo carinho, amor e mesas fartas nas visitas a Pernambuco. Ao meu sogro José Arraes, também pelo carinho e por compartilhar sensibilidades acerca deste mundo. À minha cunhada, amiga, Ana Karenina, professora e psicóloga admirável, que possui uma sensibilidade linda e amorosa para entender as pessoas. Ao seu companheiro Carlos Henrique pelos momentos de alegria e também de muito carinho. Ao cunhado Luciano e sua companheira Luciana por serem tão carinhosos e queridos conosco. Aos sobrinhos, que deixam a tia enlouquecida de tanto amor, Guilherme, Felipe e Ana Gabriela. À tias Coeli e Carminha pelo amor e apoio. Ao tio Fernando e sua família por sempre me receberem com amor e alegria. A todos desta família

que só agregaram amor na minha trajetória. Dedico e homenageio este trabalho à amada vó Regina (In memoriam) que foi uma mulher de muita força e vitalidade. Seus quase cem anos foram repletos de muita garra e uma família que sempre esteve ao seu lado.

Esta conquista se deve à minha orientadora e reitora Roselane Neckel, que desde o início acreditou que minha temática seria relevante para a história. Agradeço a ela por ter confiado em mim. Mesmo longe por conta da função de reitora aprendi muito com os desafios e garra desta incrível mulher. Agradeço também seu companheiro, professor e querido amigo Marcos Montysuma pelos ensinamentos e amizade.

Agradeço também à minha querida coorientadora Sandra Caponi, por desde o início do doutorado ter me recebido de braços abertos na sua disciplina de biopolítica. Eu sempre a vi como uma estrela da academia por todo seu trabalho. Admiro além de tudo, a simplicidade desta mulher, que recebe a todos com muita alegria e dedicação. Agradeço profundamente por aceitar me orientar durante o doutorado. Seu conhecimento me ensinou e me sensibilizou muito.

Agradeço à banca examinadora por ter aceito o convite de fazer parte deste processo. À professora Cristina Scheibe Wolff por estar desde a qualificação e me indicar caminhos. À professora Marta Verdi por aceitar e contribuir com seu olhar neste trabalho. À professora e querida amiga Marlene de Fáveri, que desde a Graduação, me acompanha. Eu a admiro muito pela luta de igualdade de direitos de gênero e por acompanhar minha pesquisa. Também agradeço profundamente ao professor Luiz Henrique Passador, admirável professor, em que aprendi muito durante minha trajetória no doutorado. Ao professor Fernando Hellmann por aceitar o convite de participar da banca e assim contribuir com sua experiência e conhecimento. Aos suplentes, professor Fernando Cândido e professor Paulo Rogério Melo de Oliveira por também aceitarem compor a banca.

Agradeço profundamente a sorte de ter tantas amigas e amigos queridos. Ao longo dos anos enriqueço não só meu conhecimento, mas também as amizades. Meu universo é generoso, por isso agradeço a todos os amigos e colegas que compartilharam este trabalho. Um especial agradecimento à querida amiga Daniela Sbravati, por desde a Graduação fazer parte da minha vida e seu companheiro Rafael. Nestes últimos anos, eu

e a Dani nos aproximamos como nunca e aprendemos a superar desafios, mas também a dar boas risadas da vida. Obrigada pelo seu carinho e amor. À Cíntia, amiga que admiro muito, presente na minha vida desde a Graduação, que mesmo longe faz parte das minhas conquistas. Ao seu companheiro Dani e ao pequeno Ben. À Francine Magalhães por também fazer parte desta longa trajetória acadêmica, por ser minha querida amiga e comadre. Ao seu companheiro Thiago e querido amigo pelos momentos de descontração e conhecimento. À Paula, que sempre me recebe como uma filha. À Vivian, por ser minha amiga de Mestrado e agora companheira das boas noitadas. Ao seu companheiro e admirável professor e amigo Paulo. Ao Flávio, querido Flavinho, pela amizade, doçura e amor. Além de tudo, o admiro por ser um dos melhores historiadores do Brasil. Agradeço ainda à Viviane, ao Daniel, à Renata, à Kátia, ao André, ao Marcelo, ao Jackson e ao Adriano pela amizade. À Marcinha, à sua querida mãe Dete, ao seu companheiro Duda e a minha pequena grande Ellis por serem meus amigos das noitadas *rock n'roll*. Aos colegas de turma do Doutorado por terem enriquecido as discussões durante as aulas e pelos encontros esporádicos em concursos públicos.

À minha psicóloga Patrícia Nicolazzi, por ajudar a me conhecer e a lidar com os desafios da vida. Agradeço também sua sensibilidade e carinho.

À escola municipal José Amaro Cordeiro por abrir espaço para aprender com alunas e alunos o que significa ensinar e educar. Aos profissionais desta escola pela troca de conhecimento e às alunas e alunos por junto a mim construírem um mundo mais justo e igualitário.

Agradeço imensamente à CAPES pela bolsa de doutorado e pelo Doutorado Sanduíche. Meu olhar neste trabalho não teria sido mais apurado e sensível sem a oportunidade de conhecer uma outra cultura. Na Califórnia, na cidade de Irvine tive a chance de por meio da Universidade da Califórnia ter como orientador professor e amigo Leo Chavez. Este grande professor me recebeu de braços abertos e me indicou significativos caminhos a percorrer neste trabalho. Agradeço também à professora Catherine Liu pelo extenso conhecimento e amizade. À amiga e professora de inglês Kendy, ao amigo Rodolfo e companheiro das noitadas e ao Shivendu que nos recebeu no início da nossa jornada na Califórnia.

A todas/os professoras/res do Programa de Pós-Graduação em História por me ensinarem a construir este trabalho por meio

das disciplinas durante este processo e me tornarem privilegiada de ter feito parte desse espaço que tantas/os jovens sonham em ingressar. Agradeço à professora Eunice pela luta e conquista de direitos.

Por fim e não menos importante, quero agradecer as/os funcionários da Secretaria da Pós-Graduação em História por possibilitar o funcionamento dos tramites acadêmicos e a todas e todos funcionários da UFSC por possibilitarem a resolução das atividades acadêmicas.

(...) Se tiver que comer nove porções de frutas e legumes por dia para viver, eu não quero viver. Odeio estas malditas frutas e legumes. E o ômega-3 e a esteira e o eletrocardiograma e a mamografia e a ultrassonografia pélvica e, oh, meu Deus, a colonoscopia. E com tudo isso, chegará o dia em que te colocarão em uma caixa, até vir a próxima geração de idiotas que também irá dizer tudo sobre a vida e definir para você o que é apropriado.
Woody Allen (APUD Castiel, 2011, p.57)

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a construção da noção de risco nas campanhas de prevenção à aids produzidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, desde 1980 e produzidas nos Estados Unidos durante a década de 1980. Um dos aspectos deste trabalho é compreender como esta noção de risco, cada vez mais presente na Saúde Pública, tenta educar a população sobre a importância do uso do preservativo. Para tanto, essa noção de risco tornou-se um investimento no autocontrole e mudança de comportamentos considerados de risco com ações centradas na prevenção, que, porém, partem do pressuposto que deve haver uma responsabilidade individual nas escolhas. Considera-se assim que, o comportamento do sujeito que contraiu o vírus da aids é resultado de “más” escolhas referentes a seu estilo de vida. Essa noção de risco, pode ser compreendida como um dos dispositivos da chamada biopolítica, que para Michel Foucault é a gestão da vida, que se desenvolveu a partir da metade do século XVIII, que fez com que a vida e seus mecanismos entrem para o domínio dos cálculos explícitos, e fez do poder-saber um agente de transformação da vida humana. No decorrer da década de 1980, a epidemia rompeu as fronteiras e chegou ao Brasil iniciando uma história de medo, pânico social e transformações no campo da saúde. Assim, é possível perceber as mudanças de perfil epidemiológico de cada década. A primeira década da epidemia da aids enfatizou muito morte. Já na década de 1990, o foco mudou não só para o cuidado com a educação priorizando o uso do preservativo, mas também com o uso do termo, “feminização da aids”, para explicar o número de mulheres infectadas pelo HIV/aids. Por fim, a partir dos anos 2000, o cenário das campanhas passou a investir em um tipo de publicidade sem a forte associação com a morte que a caracterizava sob os preceitos da chamada Promoção da Saúde, que busca que o próprio sujeito tenha autonomia para o cuidado da saúde.

Palavras-chave: HIV/AIDS, discursos, prevenção, noção de risco, promoção da saúde, biopolítica.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the construction of the 'notion of risk' in AIDS prevention campaigns produced by the Ministry of Health in Brazil since 1980 and by the United States Government during the 1980s. One goal of this work is to understand how this notion of risk, increasingly present in Public Health, tries to educate the public about the importance of condom use. Therefore, this notion of risk has become an investment in self-control and behavioral change of the subjects themselves with actions focused on prevention, based on the assumption that there must be an individual responsibility, that the individual's behavior who contracted the HIV virus is the result of "bad" lifestyle choices. This notion of risk, can be understood as one device of the so called biopolitics, that Michel Foucault defined as the management of life, which developed from the middle of the eighteenth century, put life and its mechanisms in the domain of explicit calculations and made the power-knowledge an agent of human life transformation. During the 1980s, the epidemic crossed frontiers and arrived in Brazil also as a history of fear, panic and social transformations in the health field. Thus, it is possible to notice the epidemiological profile changes in each decade: the first one emphasized the death on the AIDS epidemic. In the 1990s, the focus has shifted not only to the education for the use of condom, but also, with the use of the term "feminization of AIDS", to explain the number of women infected with HIV / AIDS. Finally, from the 2000s, the scenario of the campaigns started to invest in an advertising without the strong association with death and using the precepts of the so called Health Promotion, that focus on the individual's autonomy for health care.

Keywords: HIV/AIDS, speeches, prevention, concept of risk, health promotion, biopolitics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Boletim Epidemiológico – Aids e DST.....	51
Tabela 2: Conferências Mundiais de Promoção da Saúde	68
Tabela 3: “Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção”	71
Tabela 4: Interpretação e tradução da tabela.....	118
Tabela 5: Prevenção e desafios	257
Tabela 6: Quem está em risco para o HIV?	259
Tabela 7: Populações Vulneráveis	260

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1: Jeca Tatu.....	66
Imagem 2: Folheto de educação sanitária.....	67
Imagem 3: Cartazes contra as doenças venéreas.....	89
Imagem 4: Abordagens epistemológicas do risco nas Ciências Sociais.....	116
Imagem 5: dominó.....	143
Imagem 6: seringa.....	145
Imagem 7: seringa.....	147
Imagem 8: hospital.....	150
Imagem 9: Irene Ravache	152
Imagem 10: preconceito.....	157
Imagem 11: Noite	158
Imagem 12: Aeromoça.....	161
Imagem 13: escritor Herbert Daniel	162
Imagem 14: Pierrô	164
Imagem 15: grito de liberdade	165
Imagem 16: medo	167
Imagem 17: amor quente!.....	179
Imagem 18: Previna-se!.....	183
Imagem 19: aprender	184
Imagem 20: Quem se ama se cuida!	185
Imagem 21: Quem se ama se cuida!	186
Imagem 22: Viva com prazer!	188
Imagem 23: Viva com prazer!	189
Imagem 24: Viva com prazer.....	191
Imagem 25: Jovens	193
Imagem 26: Carnaval.....	194
Imagem 27: Mulher	196
Imagem 28: Luana Piovani e Rodrigo Santoro.....	200
Imagem 29: Além do bem e do mal.....	203
Imagem 30: Viver sem aids	205
Imagem 31: Caminhoneiro	206
Imagem 32: Bussunda.....	209

Imagem 33: Preconceito	212
Imagem 34: Respeitar as diferenças	213
Imagem 35: Aids e Sífilis	215
Imagem 36: Sem camisinha não dá!	216
Imagem 37: “ <i>Stop shooting up AIDS.</i> ”	263
Imagem 387: “ <i>None of these will give you AIDS.</i> ”	266
Imagem 39: “ <i>Some people think you can catch AIDS from a glass.</i> ”	268
Imagem 40: “ <i>You Won ’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek</i> ”	271
Imagem 41: “ <i>My boyfriend gave me AIDS.</i> ”	272
Imagem 42: “ <i>This is show AIDS victims see.</i> ”	273
Imagem 43: “ <i>AIDS is scary, but a Zit is real. Right?</i> ”	275
Imagem 44: “ <i>AIDS, get the facts.</i> ”	277
Imagem 45: “ <i>If you ’ve had two sex partners.</i> ”	278

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome
AZT – Azidotimidina
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
GAPA - Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS
HIV - Human Immunodeficiency Virus
NLM – National Library of Medicine
ONG – Organização Não-Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
BREVE CONTEXTO E ANÁLISE DO CUIDADO COM O CORPO E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS VENEREAS DO FINAL DO SÉCULO XIX AO XXI.	41
1.1. A Promoção da Saúde nas políticas de saúde pública 60	
1.2. O controle das doenças e as teorias eugênicas como forma de controle da sexualidade, da noção de futuro e progresso	78
1.3. O surgimento da aids no contexto de avanços da medicina na década de 1980.....	95
DO TEMPO DE “PAZ E AMOR” PARA A ERA DO AMOR CONTIDO.	105
2.1 Metodologia para a análise dos <i>spots</i> das campanhas de prevenção à aids	135
2.2 Análise dos vídeos de campanhas de prevenção à aids veiculadas pelo Ministério da saúde e a mudança do perfil epidemiológico da década de 1980 até o ano de 2013.....	141
2.2.1 Década de 1980: “A Aids não tem cura e mata”	142
2.2.2 Considerações sobre a construção do risco nas campanhas de prevenção à aids da década de 1980.....	165
2.2.3 Década de 1990: “Transe, transe muito, mas não esqueça... transe só de camisinha”	166
2.2.4 “Viva com prazer, viva o sexo seguro!”	208
2.2.5 Primeira década dos anos 2000: “Amor sem risco”	220
2.3. “ <i>If you go outside in this rain, you’ll risk catching a cold</i> ”: “Quem tá na chuva é para se molhar”	221
CAMPANHAS DE PREVENÇÃO A AIDS NO BRASIL E EUA.....	239
3.1 As diferenças entre a saúde no Brasil e Estados Unidos	244
3.2 “A doença como guerra”: breve história do CDC	250
3.3 A construção da noção de risco nos cartazes de campanhas de prevenção dos Estados Unidos durante a década de 1980	261
3.4 A noção de risco como um dispositivo biopolítico	280
3.4.1 Barebacking Sex	291

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	296
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	301
FONTES.....	314

INTRODUÇÃO

Atualmente existe um conjunto de doenças que amedrontam mais que a aids¹, síndrome que na década de 1980, era sinônimo de morte e suscitou discursos sobre medo e preconceito. Isso se deve também ao fato da aids ter sido uma síndrome que se apresentou no início, em 1981, com sintomas indefinidos e desconhecidos pelos médicos. Quando os primeiros casos apareceram, nos Estados Unidos, os médicos tinham um quadro clínico de alguns jovens, que apresentavam pneumonia. Naquele momento pouco se sabia sobre a aids, que no decorrer da década de 1980 seria convencionado pelos médicos como uma síndrome causada pelo vírus HIV.

Em decorrência do desconhecimento a aids esteve associada à morte, principalmente porque o tratamento, naquele momento, consistia em atacar os sintomas da infecção pelo HIV/aids. Os sujeitos que viviam com HIV/aids tinham poucas esperanças, além do que existiam poucos medicamentos para barrar a ação do vírus

¹ Atualmente, para se referir a AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), se utiliza a palavra “aids”, um substantivo comum como os empregados para se referir às doenças hepatite, sífilis, entre outras.

A sigla AIDS, no mundo, foi a primeira a ser utilizada como Síndrome. Houve mudança nos países de língua espanhola, francesa e portuguesa para SIDA (maiúscula), entretanto, o Brasil manteve como “AIDS”, pois SIDA (em maiúscula) ou sida (em minúscula) não ficaria bem no país que tem

N.S. Aparecida como padroeira. Além disso, muitas mulheres são chamadas de Cida. A decisão foi do Ministério da Saúde (1989-1990). Decidiu-se também como se deveria escrever no nome da doença: Aids (com a primeira letra maiúscula), só quando vier em títulos escritos em caixa alta e baixa (Sujeitos Vivendo com HIV e Aids) ou quando apresentando o nome no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. No uso diário deve-se utilizar aids (todas com letras minúsculas), sempre escrito em caixa baixa, pois trata-se de um substantivo comum, que já aparece nos dicionário de língua portuguesa. Isso também serve para a escrita das demais doenças: sífilis, gonorreia, hepatite etc. Referência: Dr^a Helena Brígido, infectologista. “Aids: como se escreve?”. 18/02/2010 (BRÍGIDO, 2010)

Disponível em: <https://waldircardoso.wordpress.com/2010/02/18/aids-como-se-escreve/>

no organismo, pois só alguns anos à frente, depois da descoberta do vírus, é que seria utilizado o AZT para o tratamento. Os portadores do vírus passaram a lutar por direitos e a fazer um chamamento aos governantes, seja nos Estados Unidos, seja no Brasil, para que pudessem ter um tratamento mais digno e, assim, terem esperança de viverem mais. Para tanto, houve uma pressão por parte das ONGs, em ambos os países, para pressionar o governo com a criação de programas de saúde e verbas que pudessem ser investidas no tratamento para os portadores do vírus.

Assim, os programas governamentais passaram a utilizar programas de educação de prevenção à aids, principalmente em meados da década de 1980, como forma de diminuir o número de casos, no Brasil e Estados Unidos. Inicialmente, os programas apostaram na construção do medo como prevenção, o que gerou pânico e preconceito. Havia uma visão de que os sujeitos que viviam com o HIV/aids acabavam logo ficando debilitadas. Isso ajudou na construção do medo, mas também gerou preconceito, especialmente por ser uma doença que tem no sexo umas das formas de transmissão. A sexualidade foi alvo de discursos morais; logo os homossexuais masculinos cisgênero foram alvos do preconceito, pois os primeiros casos da doença, nos Estados Unidos, surgiram entre homens que tinham relações sexuais com outros homens.

A década de 1980 pode ser caracterizada como um período em que o medo esteve presente nas propagandas de prevenção. Esse perfil da epidemia também foi caracterizado pela construção da noção de risco. A noção que está presente nas campanhas educativas tem o objetivo de gerenciar e educar a população a optar por comportamentos sexuais que representem menos riscos de contrair o HIV/aids. De forma que, principalmente a partir da década de 1980, teremos a chamada Promoção da Saúde caracterizada por construir a ideia de que as populações devem seguir estilos de vida mais saudáveis, como forma de implementar a ideia do cuidado de si, da responsabilidade do próprio sujeito em cuidar da sua saúde. Nessa nova forma política, ou biopolítica, a noção de risco esteve e está presente nessa construção dos estilos de vida considerados apropriados, que incluem: se alimentar melhor, se exercitar e buscar ter um comportamento sexual que não o coloque em risco de contrair alguma doença.

Assim, passamos a viver hoje em tempos em que tudo é patologizado, seja pela alteração nas taxas de colesterol ou

hormonal, seja pelos comportamentos que desviam da dita normalidade. Quando não seguimos as recomendações de uma alimentação saudável, de uma prática de exercícios físicos ou de comportamentos que envolvam menos riscos nas relações sexuais, somos taxados de descontrolados e irresponsáveis.

A aids não carrega mais aquele poder mortífero da década de 1980, década de sua descoberta, nos Estados Unidos, quando alguns jovens homossexuais masculinos cisgênero² apresentaram

² O termo homossexualidade é o mais utilizado para se referir aos sujeitos do mesmo sexo que se relacionam afetivamente e sexualmente. No entanto, essa categoria dividiu as opiniões de autores e militantes quanto ao seu uso. “Essa utilização de diversas nomenclaturas também ocorre no Brasil, onde os grupos de luta pelos direitos homossexuais empregam variados termos para se identificarem. Mott (1996, p. 13 apud SANTOS, 2008) defende a permanência dos termos homossexual e gay, pois acredita que evocam uma historicidade ligada ao resgate e luta de sentidos propostos pelos movimentos gays norte-americano e brasileiro a partir das décadas de 70 e 80.” (SANTOS, 2008). Por outro lado, existem autores que discordam do uso deste termo, defendendo o uso de “homoeróticos”. Costa (1992 apud SANTOS, 2008) justifica o fato de não concordar com o uso dos termos homossexualismo e homossexualidade com os seguintes argumentos: “i) os termos relacionam-se à doença, à degeneração, ao desvio, ao crime; ii) pressupõem uma “essência”, uma marca subjacente a todos os sujeitos cuja orientação sexual tende ao amor entre sujeitos do mesmo sexo biológico; iii) possuem uma forma substantiva indicativa de identidade. O sujeito homoerótico, por sua vez, não está preso a uma única identidade, mas em identidades pulverizada e fragmentadas, ou seja, podemos afirmar que o homoerótico tem vários homoerotismos. O uso dos termos homossexualismo e homossexualidade não são adequados para denominar uma série de experiências e identidades tão múltiplas. Logo, o uso homoerotismo seria mais indicado, pois corresponde às características baseadas na noção de desejo e não de sexo e objetiva afastar o senso comum das ideias equivocadas atribuídas à palavra homossexual. Em síntese, a noção de homoerotismo exclui a possibilidade de se pensar o homoerótico como desviante, anormal, doente ou pervertido e que ele tenha uma biologia diferente do heterossexual.”

Acesso em: 05/08/2011. Texto extraído da dissertação de mestrado:

SANTOS, Izaac Azevedo dos. Narrativas de um adolescente homoerótico: conflitos do ‘eu’ na rede de relações sociais da infância à adolescência. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação de Mestrado – Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Texto Disponível em:

sintomas indefinidos de uma enfermidade que mais tarde foi responsável por quebrar paradigmas no meio científico e médico. A primeira geração da aids vivenciou momentos de incertezas, medo e ainda percebeu que os tempos de “sexo, drogas e rock n’ roll”, expressão popularizada após a década de 1960, na chamada “contracultura”, estavam ameaçados, já que surgira uma doença que tinha no sexo uma de suas formas de transmissão.

Diante da mudança do perfil epidemiológico e a própria noção de prevenção à aids, tenho como objetivo principal da tese compreender a construção da noção de risco nas campanhas de prevenção à aids, principalmente no Brasil, desde a década de 1980 até os dias atuais, e nos Estados Unidos, durante a década de 1980, por meio dos diferentes discursos apresentados ao público. Esses discursos são provenientes de uma cultura visual estadunidense, presentes nos vídeos e nos cartazes que visavam educar a população sobre a necessidade do uso do preservativo. Além disso, busquei perceber essa construção da noção do risco nos textos institucionais do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Brasil, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças, o CDC, dos Estados Unidos, e nas atas das Conferências mundiais de Promoção a Saúde.

O surgimento da aids causou impacto no meio científico e na medicina, porque durante a década de 1980 as doenças encontravam-se em sua maioria erradicadas, já que vários vírus haviam sido descobertos e diversas vacinas desenvolvidas³. Neste

<http://www.gay1.com.br/2010/10/homossexual-gay-homoerotico-homoafetivo.html>.

³ No século XX ocorreram as principais descobertas para a cura de doenças provenientes de vírus, bactérias e microrganismos, por meio de remédios e vacinas. Porter (2002, p.11) apresenta em sua obra uma “tábua cronológica da medicina”, em que é possível visualizar as principais descobertas da medicina na história da humanidade. No século XX ele pontua como principais:

(1900-1910) – Descoberta dos principais grupos sanguíneos torna possível a transfusão sanguínea. Introdução dos barbitúricos.

(1910-1920) – Descoberta da arsfenamina para o tratamento da sífilis

(1920-1930) – Leon Calmette administra a vacina BCG a crianças contra a tuberculose (1924). Alexandre Fleming descobre a penicilina.

(1930-1945) – É descoberta a Atebrina, uma droga antimalárica (1932). Selman Waksman descobre a estreptomicina para o tratamento da

contexto de certezas, surgiu um novo vírus que não se enquadrava facilmente nos moldes e leis científicas. Suas variantes eram diversas e seus efeitos se projetavam para muito além da biologia, passando pela cultura, pela diversidade e particularidades de cada comunidade afetada. De acordo com Castiel:

O exemplo do HIV/aids apresentado é emblematicamente apocalíptico, pois combina a origem desconhecida do vírus, seus efeitos letais, seus vínculos com sexo e drogas e ausência de cura estabelecida. O HIV/aids atingiu o núcleo de elementos culturais ocidentais dominados por ideias individualistas de percepção de riscos. Em termos de atribuição de sentido, este retrovírus pode assumir, por seus aspectos de ininteligibilidade ainda presentes, a feição de mal radical (Van Loon, 2002) que deve ser enfrentado radicalmente, como sustenta o GVFI). (CASTIEL, 2011, p.101)⁴

Os aspectos ou efeitos da aids foram muitos ao longo de sua história. Um dos mais marcantes e persistentes, que atravessa todos os capítulos da tese, é compreender o desenvolvimento da noção

tuberculose (1943). Os antibióticos são usados no tratamento de infecções bacterianas.

(1945-1960) – É descoberta a vacina contra a poliomielite por Jonas Salk (1955). Substâncias psicotrópicas são utilizadas no tratamento da esquizofrenia e da depressão (década de 1950).

(1960-1970) – É introduzida a vacina contra o sarampo (1963).

(1980 – à atualidade) – Primeira descrição clínica da SIDA (1981). É autorizado o antidepressivo Prozac pela US Food and Drug Administration (1987).

Ver: PORTER, R. *Medicina: história da cura das antigas tradições as práticas modernas*. Versão portuguesa, Centralivros – Edição e Distribuição, Ltda, sob a chancela Livros & Livros. 2002, p.11.

⁴ Global Viral Forecasting Initiative (GVFI). Segundo (CASTIEL, 2011, p. 99): “(...) liderado por Nathan Wolfe, biólogo da Universidade de Stanford. (...) a ênfase da proposta recai na pergunta: qual é a responsabilidade das gerações atuais?. Quando futuras gerações julgarem nossas ações em importantes epidemias dos séculos XX e XXI, provavelmente indagarão como aprendemos a prever e prevenir a emergência das novas ameaças de doença.”

de risco que se criou como forma de conter o avanço da epidemia. Uma série de regras aplicadas à saúde pública, vistas como medidas criadas para diminuir o risco de contrair o vírus da aids, passou a existir no campo da epidemiologia. Dentre outras, podemos citar a diminuição do número de parceiros, o uso do preservativo (Camisa de Vênus na década de 1980) e o não compartilhar de seringas. No entanto, o que veremos ao longo desta pesquisa é como essa a noção de risco permaneceu muito distante da realidade dos sujeitos. Assim, em todos estes anos de avanços na medicina no tratamento da aids, levar em conta o contexto cultural dos sujeitos foi e é ainda um grande desafio. Um dos objetivos da tese é compreender por quais motivos ou como os sujeitos, mesmo com todas as informações e acessibilidade ao uso do preservativo, escolhem em muitos momentos da vida não utilizar e correr o risco de se infectar.

Essa questão foi levantada no projeto inicial de doutorado com o objetivo de compreender como cada um de nós percebe o risco frente à possibilidade de se infectar com o vírus da aids, em especial as mulheres, que nas duas últimas décadas vêm sendo categorizadas como um grupo de risco, em função da chamada “feminização da Aids”. Para tanto, o Ministério da Saúde trabalha há anos com propagandas voltadas às mulheres, que são vistas como as negociadoras nas relações sexuais para que ocorra o uso do preservativo. Na década de 1980, a atenção esteve muito voltada aos homossexuais masculinos cisgênero, já que a heterossexualidade era percebida como uma identidade sexual que, por ser considerada uma norma em nossa sociedade, era apresentada quase como imune ao risco de infecção. No início dos anos de 1990, com inúmeros casos de mulheres infectadas mostrados nos meios de comunicação, esta visão caiu por terra.

No cenário atual, segundo informações do site do Ministério da Saúde, a maior parte dos casos de aids decorre do comportamento de risco e não mais associada aos chamados grupos de riscos. Os grupos de risco eram geralmente os homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo. No entanto, existem particularidades, como orientação sexual, comportamentos de risco, vulnerabilidade e faixa etária, que ajudam a compreender as diferenças. Segundo o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais,

Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de aids no sexo masculino para cada

1 caso no sexo feminino. Em 2011, último dado disponível, chegou a 1,7, caso em homens para cada 1 em mulheres.⁵

De acordo com estes dados, houve um crescimento dos casos de infecção entre as mulheres e, dependendo da faixa etária, as mulheres se infectam mais. Assim, a faixa etária em que a aids é mais incidente é entre mulheres de 13 a 19 anos.

A percepção do risco é um dos efeitos que nos propomos estudar, assim como o impacto que a aids causou na medicina e na ciência. A questão do risco sempre mexeu com minha curiosidade e pareceu necessitar de uma maior atenção, já que eu mesma já tive em algum momento da vida um discurso politicamente correto em relação ao uso do preservativo, mas na prática, em minhas relações sexuais, optei por não usar. E não foi por falta de informação. Foram escolhas, que traduzem momentos em nossas vidas. Muitas vezes, o medo de contrair o vírus da aids não aparece quando se está prestes a ter uma relação sexual estimulada pela atração e pelo desejo. Em outros casos, a confiança no parceiro afasta o medo de contrair o vírus. Ou ainda por se optar em ter uma vida desregrada

⁵ “Criado em 1986, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tornou-se referência mundial no tratamento e atenção a aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o Departamento trabalha para reduzir a transmissão do HIV/aids e das hepatites virais e promove a qualidade de vida dos pacientes.” Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-departamento>

“Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, O Brasil tem 656.701 **casos registrados** de aids (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a **taxa de incidência** de aids no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Observando-se a **epidemia por região** em um período de 10 anos, 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%). Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de aids entre mulheres pode ser observado pela **razão de sexos** (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres).” Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>

sexualmente e não seguir o discurso normatizador de considerar seguro ter poucos parceiros sexuais.

Existem muitas pesquisas e trabalhos acadêmicos a respeito da epidemia da aids, mas a abordagem da noção de risco é mais encontrada em outras áreas das Ciências Humanas. O campo da História carece de estudos nesta área. Assim, entre artigos e outros trabalhos acadêmicos que ajudaram a realizar a análise sobre a noção de risco, um trabalho em especial teve um papel importante como inspiração. Recentemente, encontrei a tese de doutorado intitulada *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*⁶, escrito e apresentado por Luís Henrique Sacchi dos Santos⁷, em 2002, para a Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A tese ajudou a compreender o desenvolvimento e a mudança do perfil das campanhas de prevenção à aids, a noção de risco empregada nas mensagens, além da própria gestão governamental destas campanhas, que nos leva a perceber a noção de biopolítica na história da aids no Brasil.

Nesta busca por compreender a chamada noção de risco nas campanhas de prevenção à aids, um aspecto em especial que me chamou atenção e que de alguma forma me levou a querer esmiuçar e entender as relações subjetivas que existem entre a saúde pública e as relações sociais é a existência de estilos de vida diversos, mais especificamente estilos de vida sexual, que se confrontam ou se misturam aos estilos de vida promovidos pela saúde pública como ideais. Facilmente vivenciamos a sensação de

⁶ SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. Tese de doutorado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

⁷ “Professor Associado (I) no Departamento de Ensino e Currículo da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atua na graduação (na área de Educação e Saúde) dos cursos de Pedagogia, Enfermagem, Fisioterapia e Educação Física, bem como no Pós-Graduação em Educação (PPGEDU/UFRGS), na linha de pesquisa “Estudos Culturais em Educação”, no eixo “Políticas de Corpo e de Saúde”.” Parte do texto informado pelo autor e disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4703980Z2>

culpa, de que estamos errados ao ultrapassar a barreira do permitido, do desejado, quando, aos olhos das políticas públicas, ultrapassamos os limites do que é considerado “saudável”.

Para a realização deste trabalho utilizarei como fonte de pesquisa trinta e dois vídeos das propagandas de prevenção à aids veiculadas pelo Ministério da Saúde, na forma de imagens capturadas, sob o critério daquelas que mais me chamaram a atenção, para conduzir o leitor à análise realizada. Boa parte destes vídeos foram transmitidos pela televisão brasileira a partir de meados da década de 1980, quando começaram a circular as primeiras propagandas com o intuito de prevenir contra o HIV/aids. Até o início da década de 1990 o foco das campanhas era apresentar a aids como algo mortífero, sem cura. Mensagens como “A AIDS pode te pegar” e “a AIDS mata” eram frequentes naquele contexto de uma epidemia que se apresentava de forma incerta e indefinida.

Pelo fato do acervo de propagandas ser extenso, fiz escolhas e selecionei os vídeos com os quais trabalhei. Optei por vídeos que contemplassem várias temáticas, como a infecção por via sexual, o uso de seringas, sobre transmissão vertical, vídeos voltados para o público masculino e feminino, nas suas mais variadas constituições de sexualidade. Foram utilizados também fontes escritas, como os textos do próprio *website* do departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que fornecem dados epidemiológicos, a história do departamento, a história da aids e boletins epidemiológicos realizados desde 1987, para avaliação dos índices de infecção no Brasil. O *website* do CDC, para analisar o combate e a prevenção do HIV/aids no Estados Unidos também foi utilizado como fonte, por meio dos textos informativos sobre a história do departamento e os programas de prevenção. Além disso, foram utilizados pôsteres de campanhas de prevenção ao HIV/aids elaborados pelo CDC⁸ durante a década de 1980, como forma de compreender a construção da noção de risco na composição das imagens e mensagens. E, por fim, foram também analisados alguns pôsteres de campanhas de combate a sífilis nas primeiras décadas do século XX, dos Estados Unidos, construídos pelo departamento de saúde, que mostravam quase sempre as

⁸ Centro de Controle e Prevenção das Doenças. Disponível em: <http://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>

mulheres como as responsáveis pela transmissão da doença. Tanto os pôsteres de prevenção ao HIV/aids, quanto os da sífilis, estão disponíveis do acervo digital da NLM⁹, biblioteca que reúne cartazes do mundo do todo que abordam, principalmente campanhas de prevenção às doenças.

No acervo do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais¹⁰, é possível encontrar todas as propagandas de circulação nacional desde 1987, quando elas tinham um enfoque centrado na morte, com imagens que amedrontavam pela forte associação com a morte e trilhas sonoras que lembravam os filmes de terror. No decorrer da década de 1990 as propagandas passaram a falar mais da vida, principalmente depois de 1996, que é um marco no tratamento do HIV/aids no país, já que por meio do SUS os portadores do vírus puderam receber medicação e assistência de forma gratuita, propiciando um maior tempo de vida aos pacientes. As campanhas publicitárias passaram também a alertar as mulheres sobre o perigo do contágio, já que os índices de mulheres casadas contaminadas aumentaram. Nos anos 2000, nota-se que as propagandas passaram a fazer mais um balanço da epidemia e avaliar as políticas de prevenção. A preocupação com o comportamento sexual voltou a ser foco das autoridades públicas, pois, devido ao tratamento e a expectativa de vida ter aumentado, os sujeitos tiveram a falsa sensação que a doença já não era mais tão preocupante.

Os estudos de Michel Foucault sobre a Biopolítica proporcionam um olhar sobre o contemporâneo que ajuda a compreender a maneira como as políticas públicas impõem formas de se viver. Antes de inserir a temática aids nos domínios da biopolítica, é necessário compreender que este termo é controvertido. No nosso caso, nos apoiaremos em Michel Foucault, que desenvolveu a ideia de biopoder e, mais tarde, a noção de biopolítica, apresentados principalmente em duas obras, *História da sexualidade I*, escrita em 1976, e *Em defesa da sociedade*, que reúne as aulas do curso no *Collège de France*, onde

⁹ Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/index.html>

¹⁰ Neste acervo extenso é possível encontrar vídeos das propagandas de prevenção ao HIV/aids, reportagens, documentários, dos dias atuais, até as primeiras propagandas em 1987. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/videos>

lecionou de 1976 até 1984. A biopolítica, para Foucault (1988), é a gestão da vida, que se desenvolveu a partir da metade do século XVIII, e fez com que a vida entrasse para o domínio dos cálculos. Foucault foi ainda um pensador que se colocou como tarefa fazer uma arqueologia do tempo presente, como um problema, pois aquilo que uma sociedade exclui, joga para as margens, é o que constitui seus limites, bem como as rupturas (SOARES, 2008).

O direito de “vida e morte” até o século XVII era um poder do soberano, direito que, segundo Foucault (1988), era o de “fazer morrer e deixar viver”, de forma que o poder era um direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, por fim, da vida. A partir da época clássica, o Ocidente conheceu um novo mecanismo de poder, capaz de produzir forças e fazê-las crescer, do qual o confisco passou a não ser mais sua forma principal.

A era do biopoder é descrita por Foucault como aquela que tinha o poder soberano como central, em que o poder de vida e morte estava nas mãos desta figura. No entanto, Foucault percebe que houve uma mudança a partir do século XVIII, em que esse poder passou a ser administrado por um estado, que passou a gestar a população com o intuito de colocar a vida sob o domínio político. Biopoder e biopolítica são vistas por Foucault como técnicas sobrepostas, pois o biopoder não deixou de existir. Como exemplo, Foucault (1999) destaca o Estado nazista como experiência histórica em que as duas técnicas foram exercidas.

Tem-se, pois, na sociedade nazista, esta coisa, apesar de tudo, extraordinária: é uma sociedade que generalizou absolutamente o biopoder, mas que generalizou, ao mesmo tempo, o direito soberano de matar. Os dois mecanismos, o clássico, arcaico, que dava ao Estado direito de vida e de morte sobre seus cidadãos, e novo mecanismo organizado em torno na disciplina, da regulamentação, em suma, o novo mecanismo de biopoder, vêm, exatamente, a coincidir. De sorte que se pode dizer isto: o Estado nazista tornou absolutamente co-extensivos o campo de uma vida que ele organiza, protege, garante, cultiva biologicamente, e, ao mesmo tempo, o direito soberano de matar quem quer que

seja – não só os outros, mas seus próprios.
(FOUCAULT, 1999, p.311).

A primeira técnica, o biopoder, desenvolveu-se a partir do século XVII, centrada nos corpos, no seu adestramento e na extorsão de suas forças, para torná-los úteis, dóceis, como máquinas. Já a segunda técnica se formou por volta da metade do século XVIII e tratou-se de uma tecnologia regulamentadora centrada na vida e nos eventos da população, controlados pela probabilidade, enquanto corpo espécie e como suporte dos processos biológicos. Os nascimentos e a mortalidade, a saúde e a longevidade, vistos como problemas econômicos e políticos, passam a ser alvo de toda uma série de intervenções e controles reguladores.

Segundo Foucault (1988), este biopoder foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, garantido por conta do controle dos corpos e ajustamentos dos fenômenos de população. Interligado a isso ocorreu uma proliferação das tecnologias que se preocupam com a saúde, com as maneiras de se alimentar, de morar e as condições de existência da população. Outra mudança nesse processo foi em relação às epidemias, que deixaram de ser alvo dessa nova política, que deslocou a atenção para as endemias, por conta da duração e intensidade que atingem a população, pois essas doenças, mais do que causar mortes, perturbam e diminuem o tempo de trabalho dos sujeitos, causando baixa energia e, por fim, pesados custos econômicos.

A biopolítica vai tratar também da multiplicidade de fenômenos ligados à população: estatísticas, medições globais e noção de probabilidade. A população torna-se um problema político, científico e biológico, que exigirá mecanismos sutis de intervenção através da normalização do saber e da medicalização.

Além disso, a sexualidade, segundo o filósofo, passou a ser esmiuçada nos seus mínimos detalhes, perseguida nas condutas, nos sonhos, nas mínimas loucuras. O dispositivo da sexualidade criou o desejo do sexo, de tê-lo, de descobri-lo, liberá-lo, articulá-lo em discurso e formulá-lo em verdade. E esses mecanismos de poder que se dirigem ao corpo, à vida, reforçam a espécie e sua aptidão para ser utilizada.

Neste contexto, e nesta perspectiva, emergiu um discurso médico, regido por um conjunto de normas e pela noção de “devasso sexual”, segundo o qual a sexualidade, considerada indisciplinada e irregular, gera sobre o corpo uma série de punições

através das doenças. As doenças passaram a ser pensadas no plano da população, e veio à tona toda uma questão ligada à hereditariedade e descendência. Várias doenças assolaram a humanidade, mas foi após esse controle das populações que as enfermidades passaram a ser tratadas com políticas públicas de higienização. No início do século XX, a sífilis, a tuberculose, a varíola, entre outras, passaram a ser vistas como doenças a serem combatidas por médicos sanitaristas, seja por controle das moradias, seja pelas condutas frente à higiene pessoal e principalmente pelas condutas sexuais da população.

De muitas doenças que assolaram as populações durante o século XX, talvez a aids, durante a década de 1980, tenha sido uma das que mais intrigou a sociedade, por não ter se apresentado de uma maneira clara e definida. Na falta de explicações e definições precisas, buscou-se, em um processo de tentativa de compreensão, velhas metáforas e significações, antes concedidas a outras doenças, como a sífilis e a lepra (SONTAG, 1989).

A expectativa de vida, tão falada e tão desejada na atualidade, segundo Castiel (2011), pode ser chamada de “Produto vitalidade”, ou seja, “viver mais” tornou-se um produto de consumo. Os sujeitos buscam estilos de vida saudáveis como forma de alcançarem a longevidade, tão ditada pela norma atual das políticas de saúde pública nas sociedades ocidentais.

Luiz Castiel, em sua vasta obra sobre noção de risco, biopolítica e prevenção, analisa e questiona sobre como vivemos num ambiente que denomina de “riscofóbico” (CASTIEL, 2010, p.9). Neste ambiente, a configuração atual é capaz de produzir ansiedades e inseguranças devido ao exagero de medidas preventivas que precisamos administrar em nossos cotidianos. O autor nos ajuda a compreender como este ambiente, que impõe um único estilo de vida saudável e desejáveis comportamentos sexuais, normatiza nossas relações sexuais de modo a interferir na nossa subjetividade e na maneira como lidarmos com o risco nas relações sexuais. Nosso cotidiano é marcado por esse gerenciamento dos riscos, dos quais, em nosso julgamento, o risco de se infectar com o HIV/aids pode não ser algo que nos impeça de desfrutar momentos de prazer. Aos olhos das políticas públicas de saúde, esse tipo de comportamento, que não leva em conta o risco de infecção, pode ser percebido como algo irresponsável e

imoral, cabível de punições. Neste caso, e segundo esta ótica, o sujeito será penalizado com a própria saúde.

Nosso julgamento pode ser ainda permeado pela ideia de que a probabilidade pertence ao futuro, o que não torna visível e iminente o perigo de contágio de doenças. Essa noção de futuro é muitas vezes observada no período da adolescência, como aquele em que os jovens estão preocupados com o prazer do momento. Esta noção pode estar ainda vinculada aos sujeitos que vivem nas ruas, para as quais políticas de combate ao tabagismo, ou dietas de uma alimentação mais saudável, não fazem sentido. Elas têm o presente como tempo único, e possuem uma noção de futuro em que a longevidade não se apresenta como uma possibilidade. Assim, Castiel (2010) nos fala de uma “Resistência à ideologia de risco”, que seria uma recusa aos pressupostos da probabilidade. De acordo com esta perspectiva, os sujeitos podem passar a vida se expondo a fatores considerados de risco e no decorrer de sua existência esses fatores não alteraram sua saúde. Contudo, existe outro grupo de sujeitos, que levam em todas as situações os fatores de risco em conta nas suas relações sexuais. Neste sentido, vale destacar a reflexão de Castiel:

O conceito de risco homogeneiza as contradições no presente, estabelecendo que só pode administrar o risco (o futuro) de modo racional, ou seja, por meio da consideração criteriosa da probabilidade de ganhos e perdas, levando em consideração as decisões tomadas. O que são ganhos e perdas no terreno do viver/morrer humanos? (CASTIEL, 2010, p. 28 e 29).

Nessa busca por compreender a noção de risco nas campanhas de prevenção à aids, Sandra Caponi tem contribuído com suas obras para a análise do termo biopolítica, desde a apresentação da ideia inicial de Michel Foucault, por meio do conceito de biopoder e a biopolíticas como técnicas de regulamentação das sociedades ocidentais, até o desenvolvimento de uma análise mais apurada sobre as fronteiras entre o que é considerado normal e o que é patológico. Assim, de acordo com Caponi (2009, p.530), “As fronteiras entre o normal e o patológico parecem ter-se tornado cada vez mais ambíguas, móveis e instáveis.” E ainda:

A normalidade não é senão um fenômeno intermediário entre o médico (pois foge das

médias estatísticas e, conseqüentemente, dos valores desejáveis) e o jurídico (pois foge do modo como um comportamento ou fato deveria ser. A anomalia está associada à diferença, à variabilidade de valor negativo, num sentido ao mesmo tempo vital e social. É aquilo que uma sociedade considera como jurídica e medicamente perigoso, o nocivo, aquilo que representa, ao mesmo tempo, desvio da média e ameaça às normas. Canguilhem (Apud Caponi, 1990, p.204).

A norma, em tempos atuais, consiste em manter-se livre de riscos, e o sexo envolve o risco de infecção de DST, hepatites virais e HIV/aids. Com isso, segundo Castiel (2010), o sexo tornou-se, na década de 1980, sinônimo de risco de infecção do HIV/aids. Logo depois surgiu a necessidade de discutir temas sobre medos e preconceitos, ao mesmo tempo em que a sexualidade humana é repleta de tabus.

Os estilos de vida profetizados em nosso cotidiano foram construídos desde o final da década de 1970 com a chamada Promoção da Saúde, que foi promovida em conferências mundiais para que os países adotassem uma logística de saúde segundo a qual os sujeitos pudessem se tornar responsáveis pela sua própria saúde, adotando estilos de vida saudáveis e comportamento sexuais que envolvam pouco risco de contrair doenças. De acordo com Castiel (2010), estes “pressupostos preventivos” são carregados de ideias moralizantes, capazes de gerar intolerância e opressão.

Para compreender a proliferação de discursos sobre o risco em nossa sociedade, Castiel (2011) afirma que existe uma extensa literatura, a partir da visão de sociólogos como Zygmunt Bauman, Ulrich Beck e Robert Castel e antropólogas como Mary Douglas e Deborah Lupton, que sugerem que a partir dos anos de 1980 o discurso sobre o risco aumentou muito. Além destes autores, Anthony Giddens, outro sociólogo que trabalha com esta noção de risco, defende a tese de que vivemos em uma sociedade de risco. Desde que me deparei com o dilema de como os sujeitos se aventuram ou se arriscam em não utilizar o preservativo em suas relações sexuais, mesmo com o fácil acesso e informação, o risco passou a ser o fio condutor da pesquisa. As propagandas de

prevenção à aids e cartazes dos Estados Unidos constroem a noção de risco, que tende a despertar o medo nos sujeitos e muitas vezes a culpa. O livro “*Risk and Blame*”, de Mary Douglas de 1992, traz a ideia de risco no debate político e como a culpa é um recurso utilizado para despertar a consciência do perigo. Além disso, a autora defende a ideia de que a linguagem do risco tende a criar uma padronização de comportamentos e que o público não vê os riscos da mesma forma como os especialistas (DOUGLAS, 1992). Segundo Lupton:

(...) risco, para Douglas, é a estratégia ocidental contemporânea para lidar com o perigo e alteridade. Muitos de seus escritos sobre o risco procuram explicar porque é que alguns perigos são identificados como “riscos” e outros não (1999, p.36).

Outra obra importante para a compreensão do risco e sua relação com a cultura foi *Risk and culture: In Essay on the selection of technological and environmental dangers*, de Mary Douglas e Aaron Wildavsky, publicado em 1997. Os autores demonstram como existe um desacordo entre o conhecimento sobre o risco e ação para reduzi-los, pois os sujeitos apresentam diferentes medos sobre diferentes riscos, seja o risco da poluição, da guerra, da crise econômica, caracterizando diferentes percepções. A percepção do risco não impede muitas vezes de evitar danos, caracterizando a ideia do desacordo entre aquilo que é arriscado e o que fazer sobre isso.

Outra antropóloga essencial para a análise da noção de risco foi Deborah Lupton. Por meio de suas obras *Risk: Key ideas*, de 1999, *The imperative of Health: Public Health and the Regulated body*, de 1997, a autora lança uma pergunta inicial: “Como, então, que os sujeitos decidem quais os riscos assumir e quais ignorar?” Essa pergunta vai ao encontro do dilema sobre a relação que os sujeitos tem com o risco de se infectar com o HIV/aids.

Para Lupton (1999), as estratégias de gerenciar o risco podem ser uma forma de domesticar a incerteza, porém, esse efeito pode aumentar a ansiedade sobre o risco, na medida em que são criados medos que as paralisam. Assim, um de seus objetivos é compreender como os sujeitos nas sociedades ocidentais dão sentido ao risco. Para reconhecer o que é risco para uma dada sociedade é necessário a identificação destes riscos pelos sujeitos,

por meio da importância que estas dão no contexto sociocultural, em que estão inseridas.

Em se tratando do comportamento relacionado à aids, a saúde pública, segundo Lupton (1999), tende a construir uma literatura científica que ignora o papel do inconsciente, do desejo e do prazer no comportamento sexual. Para muitos sujeitos, o risco de ter relações sexuais sem o uso do preservativo pode caracterizar algo prazeroso, pois comporta uma noção de sexo como uma quebra do cotidiano e que dá um sentido à existência.

Diante dos pressupostos metodológicos e a noção de risco como fio condutor, este trabalho foi dividido em três capítulos, além do texto introdutório. O objetivo geral é perceber a construção da noção de risco na história da saúde pública do século XX e, principalmente, em relação à epidemia do HIV/aids. No primeiro capítulo, intitulado: *Breve contexto e análise do cuidado com o corpo e prevenção das doenças venéreas do final do século XIX ao XXI*, reconstruímos um contexto que vai além do início da história da aids. Partiremos do cenário atual do HIV/aids para compreender como é o perfil atual da doença. Além disso, busco entender como os sujeitos lidam com o risco, com o medo, com o preconceito, quais são os índices de infectados no Brasil, ao mesmo tempo em que me pergunto sobre o que dizem os números apresentados pelos boletins epidemiológicos do número de sujeitos infectadas pelo HIV/aids. Pergunto-me também sobre como as políticas de saúde pública constroem os discursos preventivos. Para dar conta destes questionamentos trago boletins epidemiológicos do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde brasileiro, que apresentam dados oficiais dos sujeitos que vivem com o HIV/aids no Brasil. É importante destacar que ao estudarmos a história da aids estamos estudando também a história das doenças e como populações se mobilizaram para erradicá-las. As doenças são acontecimentos nas sociedades que permitem compreendermos elementos culturais. Além disso, as epidemias provocam rupturas na maneira de pensar das sociedades e podem despertar comportamentos e atitudes que mobilizam autoridades ou retomam velhos medos de doenças passadas. A sífilis é uma doença provocada por uma bactéria (*Treponema Palidum*), transmitida sexualmente, que durante os séculos XIX e XX suscitou em várias sociedades, na Europa e na América (Estados Unidos e Brasil), uma série de medidas de

controle para combater a sua disseminação. Nesta luta antivenérea, médicos sanitaristas brasileiros construíram discursos eugenistas que buscavam o ideal de melhoramento das “raças”, por meio de uma educação sexual punitiva e moralista. As mulheres, de forma geral eram o alvo destas políticas de controle do corpo e da sexualidade, mas eram as prostitutas os grandes alvos dos discursos que as colocavam como o impedimento do progresso da nação e que as viam como mulheres cuja a sexualidade era irrefreável. Para visualizar estes discursos foram analisados alguns cartazes estadunidenses das primeiras décadas do século XX, que tinham como imagem a mulher, principalmente na figura da prostituta, com mensagens que tentavam alertar os homens, geralmente soldados de guerra, sobre os perigos de se relacionar com estas mulheres.

Se nas primeiras décadas do século XX tínhamos um conceito de saúde pública que buscava o melhoramento da “raça”, por meio da visão de progresso, que visava remodelar e urbanizar as cidades e que via na pobreza o grande impedimento da noção de futuro, hoje temos uma perspectiva de saúde que busca promover um “estilo de vida saudável”. Desde o final na década de 1970, países industrializados e ocidentais se envolveram em conferências mundiais em prol da chamada Promoção da Saúde, que tentou construir uma gestão de saúde pública a partir da ideia de que os sujeitos devem escolher estilos de vida mais saudáveis e que cada vez mais o Estado tenha menos gastos com a saúde. Esta ideia advém do preceito de que os sujeitos devem cuidar da própria saúde e cada vez mais serem responsabilizados por suas escolhas.

Para Lupton (1999) a noção de risco, que diz respeito à subjetividade humana, tem sido um conceito cada vez mais presente nas sociedades ocidentais, gerenciado por noções de responsabilidade e culpa. Assim, no segundo capítulo, intitulado *Do tempo de “paz e amor” para a era do amor contido*, trabalhamos as questões centrais desta tese, que dizem respeito à noção de risco empregada nas campanhas de prevenção à aids veiculadas pelo Ministério da Saúde. Assim, a grande questão é entender como gerenciamos em nosso cotidiano os riscos e por quais motivos os sujeitos deixam de utilizar o preservativo, mesmo conscientes do risco de contrair o HIV e desenvolver a aids. Para tanto, realizo uma discussão teórica com os principais autoras/es, já apresentados anteriormente, que trabalham com a noção de risco.

Dessa forma, observamos que a percepção do uso do preservativo pode ser analisada de várias maneiras, e que as pesquisas que tentam compreender as motivações do porquê dos sujeitos não utilizarem o preservativo são múltiplas e envolvem o contexto cultural em que os sujeitos estão inseridos. Porém, a grande questão que atravessa todos esses anos é que por trás das campanhas e dos discursos de prevenção subjaz a afirmação de um único estilo de vida que, independente de como e onde você vive, implica no uso preservativo. Ou ainda, como veremos ao tratar das campanhas de prevenção, a utilização de expressões imperativas como “Você deve usar o preservativo”, ou o uso de situações do cotidiano estranhas ao modo de vida dos sujeitos menos favorecidas economicamente, com as quais elas não se identificam.

Durante as décadas de 1980 e 1990, a aids foi o grande alvo de atenção da mídia impressa. No entanto, em grande parte, a doença foi tratada de forma alarmante e sensacionalista, com publicações de casos e histórias pouco usuais para chamar atenção do público, gerando medo e preconceito, principalmente pelas metáforas da síndrome, como o “câncer gay” ou a “peste gay”.

A imprensa, passou a substituir o termo “aidético” por portadores do vírus HIV/aids, ou ainda, sujeitos que vivem com o HIV/aids, além da ideia de “grupo de risco”, que passou a não ser mais utilizada, para não estigmatizar os sujeitos, de forma que esta imprensa, se tornou mais sensível às novas pesquisas e menos afeita às histórias sensacionalistas. Outro aspecto importante em relação à forma como a imprensa tratou do tema, é perceber como a publicação de uma matéria no jornal é resultado da conjugação de vários fatores. “Nesse processo, incluem-se a estrutura organizacional (operacional e administrativa) de cada veículo, a rede de inter-relações estabelecidas interna e externamente e os aspectos técnicos que são definidos pela linha editorial do jornal.” (SPINK, MEDRADO, MENEGON, LYRA, 2001, p.6).

A aids como notícia é algo que antecede a epidemiologia, pois a mídia contribuiu para a construção da síndrome e a produção de uma rede de sentidos, que não se limitou à dimensão médica, constituindo-se como algo independente, que passou a fazer parte do cotidiano dos sujeitos (Spink, Medrado, Menegon, Lyra, 2001). A mídia também realizou uma espécie de leitura e interpretação de uma produção médica, conferindo seus próprios sentidos frente a

eventos que configuravam uma doença ameaçadora. Os autores ainda salientam que,

[...] A mídia, nessa perspectiva, cumpre dois papéis importantes: por um lado, a imprensa anunciou o aparecimento de um novo fenômeno no campo da patologia; e, por outro, desenhou progressivamente seus contornos e, sobretudo, operou a passagem das informações sobre a doença do domínio médico e científico para o registro social, (SPINK, MEDRADO, MENEGON, LYRA, 2001, p.2).

A partir deste ponto, a exploração da síndrome tornou a aids uma palavra ameaçadora, constituindo-se, ao mesmo tempo, em um tema atraente para a mídia e gerador de medo para a sociedade. A construção do sentido da aids foi, de acordo com a análise de Soares (2001), composta pela oposição binária *mal x bem*, marcando mesmo certa ambiguidade. Assim, a autora expõe que, dentro desse universo ambíguo, a doença e o doente foram recobertos por imagens de “pecado” e “dano”, e a ciência, como portadora da cura e da salvação, passou a ser vista como a redentora desses males. “A estrutura básica do discurso da síndrome reveste-se, assim, de configurações imaginárias relacionadas ao domínio do religioso e do místico: o pecado e a salvação, o pecador e o salvo” (SOARES, 2001, p.18).

Se por vezes a mídia impressa não apresentou a doença de forma esclarecedora e, desta maneira, ajudou a alimentar fantasias, não é menos verdade que ela também contribuiu para nos colocar a par dos acontecimentos do mundo e, neste caso, sobre as mudanças sobre a aids. Foi por conta da mídia que pesquisadores puderam acompanhar o desenvolvimento da síndrome ao longo da sua história, atentos, é claro, à maneira como esta instituição alimentou e se retroalimentou das publicações sobre a doença. No entanto, a imprensa passou por mudanças na forma de tratamento da doença, apostando, no início, no sensacionalismo, e, posteriormente, motivada pelas intervenções do Estado, numa abordagem mais ética em relação os sujeitos com HIV/aids, abolindo denominações pejorativas.

O medo também passou a fazer parte das notícias, pois havia uma forte associação da síndrome com a morte e essas notícias eram completadas por informações de como evitar a infecção. Porém, as informações eram passadas de forma a reforçar

a homossexualidade como uma orientação sexual que deixava os homens mais suscetíveis à infecção, e aconselhavam os sujeitos a não serem “promíscuas sexuais”, característica associada aos frequentadores de saunas “*gays*”. Toda esta atenção dos jornais e mesmo dos órgãos de saúde aos homossexuais masculinos cisgênero, considerados na escala de risco os mais propensos a se infectar, deixou de lado as mulheres, nas suas mais diversas constituições de sexualidade. No decorrer da década de 1990, diferentemente dos anos de 1980, as mulheres começaram a ser foco de campanhas de prevenção e dos meios de comunicação, devido aos casos de infecção que começaram a surgir, registrados nas estatísticas do atual Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Um dos objetivos deste trabalho também é analisar a construção do perfil epidemiológico que tratou da chamada “feminização da aids”, construída como uma categoria de análise dos programas de prevenção ao HIV/aids, já que houve um aumento após a década de 1990 do índice de mulheres contaminadas. Além disso, também é importante analisar a utilização da categoria “mulheres”, que possui uma historicidade que surgiu como uma emergência intelectual no campo historiográfico. Os estudos sobre “história das mulheres” e de “gênero”, como categorias de análise, passaram a despertar interesse, já que a história, enquanto narrativa que se pretendia universal, foi escrita por muito tempo pelos homens e sobre os homens. A mobilização feminista ocorrida no século XX desmascarou essa história universal, na qual as mulheres pareciam não existir.

Motivadas pelo clima de contestação social e política nos Estados Unidos, no contexto das lutas por igualdade de direitos durante a década de 1960, mulheres foram cativadas pelo movimento feminista, que buscava lutar por igualdade de direitos de gênero. Lutava-se por mudanças que oferecessem a opção de terem relações sexuais, sem a preocupação de ter filhos. Para tanto, o uso da pílula anticoncepcional trouxe às mulheres essa liberdade. Apesar da luta destas mulheres a partir da década de 1970 pela igualdade de gênero, é importante não torná-las homogêneas, atentando para suas especificidades, no sentido de identificar quem eram aquelas mulheres e de onde elas falavam. Segundo Joana Maria Pedro (2011), o mais comum nas pesquisas é a

utilização da categoria mulher, deixando de se beneficiar das possibilidades do uso da categoria “gênero”.

Assim, nos anos 70, a categoria seria a de “mulher”, pensada como a que identificaria a unidade, a irmandade, e ligada ao feminismo radical. Os anos 80 seriam pensados como aquele da emergência da categoria “mulheres”, resultado da crítica das feministas negras e do terceiro mundo. O feminismo dos 90 seria o da categoria “relações de gênero”, resultado da virada linguística e, portanto, ligada ao pós-estruturalismo e, por fim, à própria crítica a essa categoria, encabeçada por Judith Butler. (PEDRO, 2011, p.3).

De acordo com Scott (1992), a utilização do termo mulheres deveria explicitar as diferenças: mulheres negras, judias, lésbicas, pobres. Assim, este termo deve ser acompanhado por um adjetivo para argumentar a fragmentação de uma ideia de mulher universal. Ao mostrar a diferença dentro da diferença, a história das mulheres passou a articular o gênero como categoria de análise, ao focar nas relações entre homens e mulheres.

O feminismo assumiu e criou uma identidade coletiva de mulheres, indivíduos do sexo feminino com um interesse compartilhado no fim da subordinação, da invisibilidade e da impotência, criando igualdade e ganhando um controle sobre seus corpos e sobre suas vidas. (SCOTT, 1992, p. 67 e 68).

No entanto, a história das mulheres se confronta com o “dilema da diferença”, ou seja, o questionamento do termo mulheres, pois se percebeu, com o advento da industrialização, que o termo não dava conta de contemplar as mulheres trabalhadoras. Dessa forma, foram criadas novas percepções sociais do que significava ser uma mulher. A categoria mulheres, após as lutas feministas, passou a ser uma identidade política e o gênero foi o termo usado para teorizar a questão da diferença sexual (SCOTT, 1992).

Assim, o uso da categoria generalizante mulheres se confronta com a realidade de uma diversidade, que nem sempre foi apresentada nas propagandas de prevenção à aids, pois na maioria das vezes as mulheres apresentadas eram brancas, modelos ou

atrizes, que não condiziam com a realidade brasileira. A diversidade étnica entre as mulheres aparece em alguns momentos nestas propagandas, mas associadas à categoria da “vulnerabilidade”, que é utilizada para identificar grupos de sujeitos que estão mais vulneráveis a se infectar com o HIV/aids, principalmente pela fator da pobreza e falta de acesso à informação e a saúde.

Veremos também que nas propagandas produzidas para o carnaval, na forma de vídeos promocionais, as mulheres são apresentadas como objetos, que seduzem os homens, que representados como aqueles que possuem uma sexualidade irrefreável, quase deixam de utilizar o preservativo por conta do desejo. Essa “objetificação” das mulheres as colocava como objetos de desejo. Com os passar dos anos, principalmente após, a primeira década da aids, estes vídeos passaram a ser criticados, pois tornavam as mulheres como aquelas que eram passivas no processo de negociação do uso do preservativo. Na maioria dos vídeos promocionais analisados as mulheres eram negras, o que nos remete ao estereótipo de que a mulher negra brasileira é sensual, objeto de desejo e contemplação masculina.

A análise dos vídeos destas mulheres e das mudanças do perfil epidemiológico do HIV/aids estão reunidas no segundo capítulo de forma cronológica, por décadas, em formato de breves peças ou propagandas publicitárias de 1987 até 2013. Outros trabalhos já realizaram a análise de vídeos das propagandas de prevenção à aids do Brasil, como a tese de doutorado de Santos (2002), que dividiu os vídeos não só de forma cronológica, mas também temática, num estudo muito aprofundado sobre aids e biopolítica no Brasil.

Por fim, no último capítulo, intitulado *Campanhas de prevenção à aids no Brasil e EUA: um estudo comparado*, busco compreender como foi construída a noção de saúde nos Estados Unidos, com foco na construção do risco em programas governamentais de prevenção à aids, por meio de documentos do CDC e cartazes produzidos durante a década de 1980. Este órgão institucional foi criado logo após a Segunda Guerra Mundial, em 1946, e tem como missão proteger a nação estadunidense de ataques terroristas e das doenças, por meio da prevenção. Assim, observo que o contexto que envolve este órgão é diverso do nosso Ministério da Saúde, já que na missão do nosso departamento este

tipo de preceito não existe. Compreendo que o contexto de pós guerra e a necessidade dos Estados Unidos de se impor ao mundo, e de se protegerem, contribuíram com a emergência da ideia de uma proteção em todos os níveis da sociedade, incluindo o cuidado com a saúde. Ainda no terceiro capítulo, também trago uma análise e um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos, já que os primeiros casos da aids surgiram neste país. Na primeira década da aids, os EUA foram protagonistas, juntamente com os franceses, da busca por compreender o vírus, sua origem, sintomas, classificação e a corrida dos cientistas pela primazia da descoberta do vírus.

Observamos ainda outras diferenças. Enquanto no Brasil temos uma saúde pública e gratuita, nos Estados Unidos a saúde é privada, organizada por planos de saúde pagos. Até 2010, quando o presidente Barack Obama criou o *Obamacare*, a população estadunidense sofria com os altos custos dos planos de saúde, que faziam discriminação por etnia, gênero e condições de saúde. O *Obamacare* é um novo sistema que oferece aos sujeitos a possibilidade de contratarem planos de saúde, independente das condições de saúde. Assim, foi criada uma equidade para que todos possam ter acesso à escolha da empresa que desejam contratar e ter uma cobertura maior.

A tese traz, enfim, a proposta de analisar e entender como, desde o surgimento da epidemia da aids no mundo, o comportamento sexual sofreu mudanças e como nossas subjetividades foram impregnadas por noções de risco que cotidianamente somos levados a gerenciar e a escolher entre o desejo e a nossa própria preservação.

CAPÍTULO I

BREVE CONTEXTO E ANÁLISE DO CUIDADO COM O CORPO E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS VENEREAS DO FINAL DO SÉCULO XIX AO XXI.

A epidemia da aids atualmente já não evoca tanto medo como durante a década de 1980 quando havia um pânico social e a estigmatização dos grupos de risco. Depois de 30 anos de epidemia o balanço que os programas de saúde do Brasil fazem é positivo se comparado com o contexto das primeiras décadas, seja pelos poucos recursos para o tratamento, seja pelo preconceito. No início havia pouco conhecimento, associado ao acesso restrito ao tratamento, que passou a ser gratuito pelo SUS no ano de 1996. Com o passar dos anos, o Brasil conquistou avanços no tratamento e conseguiu quebrar patentes internacionais passando a produzir boa parte dos antirretrovirais.

Os boletins epidemiológicos que todos os anos divulgam os casos de HIV/aids no país, estão disponíveis pelo *website* institucional do Ministério da Saúde, do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Os boletins são de 2001 até 2014, cada qual com reflexos das conferências internacionais, bem como deliberações da ONU e os avanços no combate a doença no país. Em 2001, houve uma grande conquista do Brasil, reconhecida pela Assembleia Geral da ONU¹¹, que, em defesa da garantia ao acesso

¹¹ “Tendo em conta as deliberações da Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU em HIV e Aids, a Coordenação Nacional de DST/Aids vem a público divulgar e esclarecer os resultados deste e de outros eventos do cenário internacional que tiveram ampla participação brasileira na defesa da garantia ao acesso universal da terapia ARV e por maior flexibilidade nos tratados internacionais sobre patentes de medicamentos essenciais. A declaração de compromissos assinada por 189 países durante a Assembleia Geral da ONU teve incorporada a principal proposta brasileira de vincular prevenção e tratamento como os pilares para um controle da epidemia de aids. Nesse sentido conseguimos que a declaração da ONU respeitasse, antes de tudo, o direito das pessoas vivendo com HIV/Aids ao acesso aos medicamentos existentes. Durante a reunião da ONU, os Estados Unidos anunciaram a retirada de um painel aberto junto à OMC contra o Brasil, para questionar a lei brasileira de propriedade intelectual, que segundo os americanos, não estaria em acordo com tratados internacionais como o de TRIPS. A decisão do governo norte-

universal da terapia aos antirretrovirais, concedeu uma maior flexibilidade nos tratados internacionais sobre patentes de medicamentos essenciais. Uma declaração de compromisso foi assinada por 189 países na Assembleia, que incorporou a proposta do Brasil de vincular prevenção e tratamento para o combate à epidemia no país. Além disso, os Estados Unidos passaram a reconhecer a legitimidade do Brasil em produzir medicamentos e garantir preços acessíveis, o que permitiu ao Brasil uma melhor distribuição aos sujeitos que vivem com aids. Segundo o boletim de 2001 do Ministério da Saúde, essa decisão dos Estados Unidos foi resultado de uma pressão da opinião pública mundial. Apenas Estados Unidos e Suíça, grandes produtores de medicamentos, mantiveram posições conservadoras por anos, mas que foram flexibilizados pela ONU neste mesmo ano de 2001. A influência da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, também contribuiu para aprovar a proposta brasileira, afirmando que o acesso aos medicamentos essenciais deve ser considerado como um dos Direitos Fundamentais dos Homens. A proposta foi

americano foi um reconhecimento da legitimidade das ações brasileiras no sentido de garantir preços acessíveis a medicamentos considerados essenciais, permitindo a continuidade do programa brasileiro de distribuição gratuita e universal de medicamentos para aids. O conteúdo do acordo fechado com os Estados Unidos encontra-se exclusivamente naquilo que foi divulgado. Apenas nos comprometemos a comunicar previamente ao governo norte-americano quando for decisão brasileira pedir o licenciamento compulsório para fabricação local de produtos americanos patenteados no Brasil. A decisão dos Estados Unidos foi fruto da pressão da opinião pública mundial, de uma série de decisões no âmbito internacional favorável ao acesso à terapia ARV e do apoio que o Brasil recebeu uma semana antes e durante a reunião da OMC para discutir possíveis obstáculos que acordos internacionais estariam trazendo às políticas nacionais de saúde.” “(...) A proposta brasileira recebeu o apoio de inúmeros países, inclusive da União Europeia, e apenas Estados Unidos e Suíça - grandes produtores de medicamentos - mantiveram suas posições conservadoras. A posição da OMC, embora não tenha caráter deliberativo abre espaço para uma negociação acerca da flexibilização das patentes de medicamentos para aids.”

Ver: Segundo Boletim Epidemiológico de janeiro a março de 2001.
Acesso em: 03/02/2015. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim_Epidemiologico_2001_I_Aids.pdf

aprovada por todos os países que compunham a Comissão, à exceção dos Estados Unidos que se abstiveram de votar.¹²

Além disso, houve uma mudança na maneira de tratar os sujeitos que vivem com o vírus HIV nas peças publicitárias em campanhas de prevenção à aids, produzidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. De forma geral, na década de 1980 as propagandas procuravam ativar o medo nos sujeitos para que utilizassem o preservativo, como por exemplo na polêmica campanha de 1992: “Se você não se cuidar a AIDS¹³ vai te pegar”. Slogans como este criavam uma ideia de terror acerca da síndrome e fornecia pouco conhecimento sobre as formas de transmissão. Em parte é possível compreender o motivo pelo qual as campanhas retratavam a síndrome desta maneira, pois principalmente nos primeiros anos da década de 1980 os cientistas se debruçaram sobre pesquisas com poucos recursos dos governos para compreender a complexidade do vírus HIV e sua variabilidade em cada região. O conhecimento que chegava ao público era intermediado geralmente pela grande mídia que, muitas vezes, se utilizava do gênero sensacionalista, com histórias extraordinárias sobre a doença. Nos hospitais havia poucos leitos para os pacientes que encontravam-se em estágio avançado da síndrome, com manifestações de doenças oportunistas, como a pneumonia, a tuberculose e o Sarcoma de Kaposi. As equipes de médicos e enfermeiros que se dedicavam as alas de infectologia também estavam lidando com o desconhecido e com o medo de contrair a doença. Além disso, a sexualidade foi alvo de políticas de controle e tabus, o que dificultava um conhecimento sobre as formas de transmissão. As doenças ligadas ao sexo possuem toda uma historicidade e, a exemplo da sífilis em décadas anteriores, é possível compreender como durante a década de 1980, a aids ativou os velhos tabus e medos do sexo.

Analisar a mudança do perfil epidemiológico da doença ajuda evitar anacronismos e compreender como a aids representou uma ruptura na história da medicina e no cotidiano dos sujeitos, bombardeado pelas notícias diárias sobre a doença. A mídia

¹² Ibid, p. 1 e 2.

¹³ Durante a década de 1980, a síndrome era escrita na maioria dos slogans das campanhas em letras maiúsculas, como designação de uma abreviação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e também como forma de dar destaque a doença.

imprensa, os programas de televisão e outros meios de comunicação, que passaram a noticiar sobre as formas de transmissão, mesmo que de maneira sensacionalista, também ajudaram a trazer à público informações e histórias da síndrome pelo mundo. Os programas ligados ao governo passaram por fortes críticas desde a década de 1980, e sofreram forte pressão por parte da sociedade civil, principalmente dos sujeitos que viviam com o vírus da aids, como no caso de Herbert José de Souza, o “Betinho¹⁴”, sociólogo brasileiro que denunciou os poucos investimentos do Ministério da Saúde em programas mais avançados para o tratamento e prevenção da síndrome. Assim, o programa que possuímos hoje também tem uma trajetória, uma historicidade, e pode ser percebido como mais um dos efeitos da ruptura que esta doença causou na sociedade.

As campanhas de prevenção que se iniciaram no final da década de 1980, veiculadas pelo Ministério da Saúde, tiveram mudanças na forma de composição das peças publicitárias e vídeos. Veremos ao longo deste trabalho como houve um deslocamento de um discurso do medo para outro da culpa, que responsabiliza o sujeito pelas escolhas. Neste sentido, segundo Santos (2002, p. 25):

(...) há um deslocamento, de um discurso amedrontador/repressivo/culpabilizante em relação ao HIV/AIDS nos anúncios das campanhas para um discurso que talvez se possa caracterizar como constitutivo.

¹⁴ “O sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, criador e presidente da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids) em 1986, ele mesmo hemofílico e portador do vírus e da síndrome da Aids, pela qual faleceu, revelou o mesmo tom de protesto, ao problematizar que o preconceito alterava a consciência dos portadores do vírus da Aids. Esses portadores acabavam internalizando essa discriminação, o que os inibia de buscar e lutar por tratamento, tornando muitas mortes clandestinas.” Ver: SOUZA, Herbert de. Direitos humanos e AIDS. Informe ABIA. São Paulo. USP, 22 out. 1987 (apud AMORIM, Grazielle Regina de. Outsiders do bairro Trindade : ‘Pacto da morte’ ou ‘Gangue da Aids’? Para além da construção de um episódio (Florianópolis 1987). x, 175 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em História, Florianópolis, 2009).

Uma análise atual da epidemia da aids se faz necessária, já que o conceito de risco e sua gestão ganharam outras nuances, que não mais aquelas das décadas de 1980 e 1990. Luiz Castiel pode nos ajudar a iniciar uma discussão mais atualizada sobre o conceito de risco e biopolítica, pois apresenta o conceito biopolítico de ‘biolegitimidade’, construído por Didier Fassin (2006) que se debruça sobre como os fenômenos biopolíticos sempre têm uma dimensão de economia moral, que vão além de Michel Foucault e Giorgio Agamben. Assim, de acordo com Castiel (2013), moralidade aqui é entendida não como a distinção entre certo e errado, mas o desenvolvimento de normas num dado contexto histórico e geográfico.

Aqueles que não se deve deixar morrer, sob o ponto de vista da biolegitimidade são tratados com a lógica humanitária – um princípio moral que faz com que a vida biológica saia da arena política e vá para o campo humanitário que assume uma autoridade decisiva. (CASTIEL, 2013, p. 131).

A partir destas reflexões sobre a noção de risco, podemos nos perguntar: que cenário de risco temos hoje em relação a aids? Dentro da lógica da biopolítica, quem merece viver? Parece uma questão central para compreender o governo dos corpos, as dimensões acerca da longevidade, da saúde e da doença, que, em cada contexto possuem dinâmicas diferentes. No entanto, ao tratar de um tema que é atualmente mais noticiado nas mídias alternativas, como sites de notícias, blogs, redes sociais, sites institucionais e de ONGs, do que pela mídia impressa, como os jornais diários e na programação da TV aberta, nos deparamos não só com aquilo que diz respeito ao presente, e por conta disso, de difícil análise, mas também com um cenário por vezes contraditório. Se olharmos pelo ponto de vista desta mídia mais popular e de visualização mais frequente, como a TV aberta, teremos uma sensação de que a HIV/aids não representa mais preocupação, gerando uma sensação de não é preocupante, por não alertar a população sobre a necessidade de prevenção. Por outro lado, se tomarmos essa mídia descrita como alternativa, teremos acesso a uma avalanche de sujeitos diagnosticadas com HIV/aids. Quero dizer com isso, que estamos inseridos em um cotidiano que nos tranquiliza, mas alerta nos ao mesmo tempo. Desta forma, a

cada ano nos deparamos com algo que nos números parecem, por um lado, anunciar apocalipticamente uma grande catástrofe, enquanto, de outro lado, vemos, muitas vezes, por parte das políticas de saúde pública, avanços anunciados que parecem nos acalmar. Entre a visão catastrófica e a otimista, emerge, sintomaticamente, uma sensação de confusão.

Em relação à profusão de números, Santos (2002) avalia que:

Qualquer matéria que fale de AIDS é motivo para se citar números... Os números tratam da população. Os números são anônimos, eles podem se referir a qualquer um... Os números são um jeito de transformar coisas e sujeitos em pontos em uma curva, em um gráfico, em um projeto... De que falam os números? (SANTOS,2002, p. 36).

Os números estão presentes nos boletins epidemiológicos¹⁵ divididos por perfis, grupos, gênero, raça/etnia, regiões do país,

¹⁵ Descrição posta no próprio boletim epidemiológico para explicar como são coletadas as informações dos números de infectados. “Este Boletim Epidemiológico apresenta as informações e análises sobre os casos de HIV/aids no Brasil, regiões, estados e capitais, bem como de municípios que apresentam cenário epidemiológico relevante, de acordo com os principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos. As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são as notificações compulsórias dos casos de HIV/aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), além de dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Para corrigir a subnotificação de casos no Sinan, e permitir um melhor conhecimento do cenário epidemiológico, são realizados, desde o ano de 2004, procedimentos de relacionamento das bases de dados entre os sistemas de informação (...).” “As pesquisas realizadas no país vêm contribuindo para a compreensão desse cenário, assim como dos determinantes da infecção/doença. Nos boletins anteriores, apresentava-se um ranking dos estados, capitais e municípios com mais de 50 mil habitantes segundo as taxas de detecção. Nesta edição, foi introduzido um ranking por Índice Composto, escore elaborado a partir de sete indicadores selecionados, a saber: taxa de detecção de aids, taxa de mortalidade por aids, taxa de detecção de aids em menores de cinco anos, variações anuais dessas taxas e primeiro exame de CD4. Com isso, busca-se uma melhor forma de classificação, englobando diferentes

organizados em uma série de categorias, que cobrem todos estes anos de epidemia. Santos (2002), nutrindo certa desconfiança em relação ao números, justifica suas motivações para não se debruçar tanto sobre eles e utilizá-los para justificar suas ideias:

Os números são, de forma geral, um modo de governar. Eles constituem uma das tecnologias de governo. Através dos números relativos ao aumento de pessoas infectadas pelo HIV, do crescimento das vendas de preservativo, das cifras investidas na compra de medicamentos anti-AIDS, das estatísticas dos boletins epidemiológicos, das pesquisas de IBOPE –que mostram, e.g., quantas pessoas gostaram ou não gostaram de um dado anúncio de uma campanha de prevenção– etc., somos também governados. Os números (gráficos, tabelas, porcentagens) constituem mais uma das tecnologias de governo envolvidas na produção e na regulação da população. Os números, embora não sejam pessoas (indivíduos), podem dizer muito delas; não só as produzindo, como também as regulando nessa produção. E, embora possamos nos colocar do lado de fora dos números, i.e., possamos não nos identificar na forma como eles estão nos representando, sempre há aqueles

parâmetros epidemiológicos e operacionais que permitam priorizar estados e municípios para o enfrentamento da epidemia. Na presente edição, as tendências de queda/aumento foram avaliadas considerando análises estatísticas, empregando o nível de significância de 5%.” Ver: Segundo Boletim Epidemiológico Aids - DST de janeiro a junho de 2014, p.5. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf

que “colam” a eles, ou mesmo se aproximam muito de seus prognósticos; isso porque esses números podem ser tanto absolutos quanto contínuos, ou seja, podem “variar entre”, se situar em um gradiente. E esse “variar entre”, essa probabilidade, esse estar na margem de risco prevista por tal ou qual predição ou estimativa, é um modo muito eficiente de inserir cada um dos indivíduos na dinâmica do governo (SANTOS, 2002, p. 38).

A compreensão que o autor tem sobre as estatísticas, índices, enfim, números, demonstra uma análise sobre a chamada biopolítica, que regula a vida dos sujeitos e constitui uma das tecnologias de governo. Esses dados determinam que toda uma lógica de consumo ocorra na sociedade, principalmente da indústria farmacêutica, com a criação de coquetéis antirretrovirais, preservativos. Isso sem falar na publicidade, que atravessa tudo isso.

Além disso, os números podem mascarar as diferenças culturais, como coloca Guimarães (2001).

(...) Como os números podem servir para várias finalidades urgentes, eles adquirem uma vida própria e tendem a reforçar a visão do HIV como um fenômeno epidemiológico sem mediação, no qual as diferenças culturais (tais como a multiplicidade de práticas sexuais e sua nomeação do senso comum) tornam-se simples elementos fatoriais de uma equação universal. (GUIMARÃES, 2001, p. 17).

Segundo Guimarães (2001), o processo de notificação¹⁶ começa pelos agentes municipais que as enviam à Prefeitura,

¹⁶ Informações retiradas: Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitas. Gui de Bolso. 8ª edição. Brasília – DF, 2010, p.57: “Sistema de Informação de agravos de Notificação – Sinan O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foi idealizado para racionalizar o processo de coleta e transferência de dados relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória, em substituição aos procedimentos

depois ao Estado e por fim à União, que realiza as estatísticas nacionais. Na composição deste processo é preciso levar em conta a falta de infraestrutura dos órgãos municipais, estaduais, além da dificuldade de diagnóstico, que está repleto de subjetividades. O problema inicial é o de diagnosticar a presença do vírus HIV através de teste em locais em que falta estrutura.

Por sua vez, há certo descaso em notificar as entidades sanitárias, além de um esforço para camuflar a notificação de Aids, com o objetivo de proteger algumas das pessoas que têm acesso ao meio clínico particular. O ocultamento deve-se sobretudo à discriminação e ao estigma desencadeado pela doença, que poderá resultar em perda de emprego e em problemas com os familiares e com o círculo das amizades (Parker et al., 1994, p. 22-24). Vale dizer que os números oficiais apresentam um grau de incerteza não apenas quantitativo, mas deixam também de incluir os casos “ocultos” ou “não reconhecidos”. (GUIMARÃES, 2001, p. 17).

Outras questões no preenchimento do protocolo clínico, dizem respeito a idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, raça/etnia, identidade sexual e identidade social, e são postas de acordo com o conhecimento técnico do profissional de saúde, que constrói uma racionalidade de acordo com a visão de mundo e com o contexto ao qual está inserido, segundo análise de Guimarães.

anteriores que consistiam em preenchimento do Boletim de Notificação Semanal de Doenças pelas unidades de saúde e envio do programa ao Ministério da Saúde. Pode ser operado a partir das unidades de saúde, considerando o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação, em todo o território nacional, desde o nível local. É alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde, importantes em sua região.”

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf

Outras categorias que são notificadas e nem sempre correspondem com a auto identificação são “homossexual” e “bissexual”. Isso se deve, segundo a autora, por conta da desarticulação entre um saber científico e outro popular. Um homem que faz sexo com outro, por exemplo, pode não se reconhecer como “homossexual” e nem pertencer a uma comunidade homossexual e gay organizada. Este dado, se não for levado em conta, pode entrar em desacordo com a forma classificatória dos agentes.

Mesmo que a intenção não seja utilizar os números para justificar esta pesquisa, utilizarei alguns dados dos Boletins Epidemiológicos publicados no site aids.gov.br do Ministério da Saúde, com o objetivo de perceber como em todos estes anos de epidemia os números de infectados, com base nestas notificações. Em certa medida, tal estratégia poderá nos dizer se existem divergências entre os números e os discursos sobre eles. Os boletins epidemiológicos, como dito anteriormente, trazem informações sobre os avanços no combate à epidemia, por meio das conferências internacionais e das notificações dos casos de aids no Brasil.

Abaixo é possível observar a avaliação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, dos números de sujeitos que vivem com HIV/aids no Brasil desde os primeiros casos na década de 1980 até 2014. Além disso, o departamento faz uma análise do números de infectados de homens em mulheres em todos estes anos e um balanço dos momentos em que aparecerem diferenças nos números em razão do sexo.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais estima aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil no ano de 2014. Foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2014, 491.747 (65,0%) casos de aids em homens e 265.251(35,0%) em mulheres. No período de 1980 até 2008, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de aids. Com isso, a razão de sexo, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, apresentou redução de até 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de

aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexo, que passou a ser de 18 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2013. (Boletim Epidemiológico, janeiro a junho de 2014, p.12)¹⁷

Apesar das críticas aos números é interessante trazer os dados oficiais, para poder compreender até mesmo, para qual público as propagandas de prevenção à aids são direcionadas. Assim, trago duas tabelas com os índices de pessoas diagnosticadas com HIV/aids, como forma de compreender os discursos de prevenção.

Observa-se no gráfico abaixo uma linha que atravessa o números de pessoas diagnosticadas com HIV/aids em razão do sexo, de 2004 até 2013. Nestes anos, segundo o gráfico houve uma leve diminuição dos casos entre as mulheres.

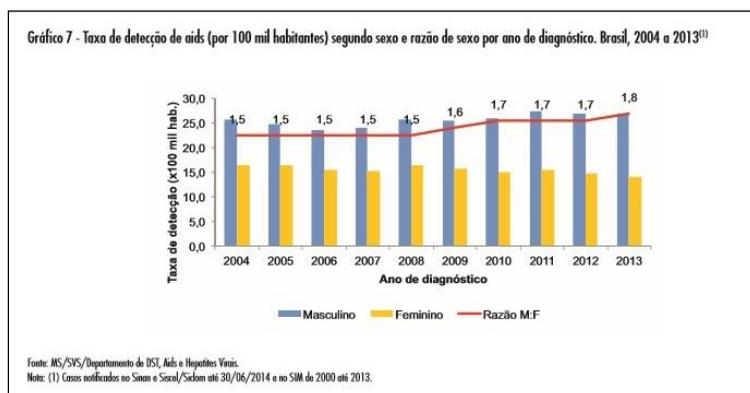


Tabela 1: Boletim Epidemiológico – Aids e DST.
 Ano III nº1 – 01 à 26 semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2014. Brasília.

Após um breve contexto da síndrome no cenário atual é necessário compreender um pouco da história do que pode ser chamado de saúde pública no Brasil, para que seja possível

¹⁷ Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf

perceber como em cada momento, desde o século XIX, se pensou na questão da saúde coletiva.

A saúde pública começou a ter maior visibilidade no século XX, quando as cidades passaram a ter uma nova organização e, paralelamente, a emergência de uma nova configuração hospitalar, diferente da dos séculos anteriores, quando estas instituições eram verdadeiros depósitos de doentes à espera da morte e um lugar de esquecimento. Com a nova configuração dos hospitais, conforme descrita por Michel Foucault em *Microfísica do Poder* (1979), e toda nova dinâmica dos estados e governos, este ambiente passa a ser um lugar de recuperação, de prolongamento a vida, de cura e de recuperação da capacidade produtiva dos sujeitos. Toda uma lógica capitalista de produtividade emerge a partir do século XVIII, identificada por Foucault como uma nova técnica, constituída por uma nova racionalidade de governo. Do poder soberano à biopolítica, estas técnicas sobrepostas marcaram as mudanças do século XVII para o XVIII e passaram a ser identificáveis nas tecnologias e técnicas de governar. Neste contexto, destacam-se as estatísticas, os sensos populacionais, as taxas de natalidade e mortalidade, o controle de filhos por famílias, a gestão familiar, a escola, como técnicas voltadas à população, enquanto corpo-espécie.

Essa gestão da vida coletiva possui uma historicidade, que poderíamos remontar para períodos como a chamada Idade Média na Europa, em que havia uma série de doenças incuráveis que dizimava muitas vidas, seja pelas condições precárias de saúde, pelas explicações místicas que quase sempre colocavam a doença como um castigo divino, seja pelos poucos recursos, entendido como a inexistência de medicamentos para curar vírus ou bactérias. A peste bubônica provocada pelo rato dizimou um terço da população da França, enquanto a lepra assombrou a imaginação de muitas populações pelos seus visíveis sintomas na pele e a fácil transmissão. O conjunto de doenças que, por um lado, atingiu dramaticamente povos em momentos diferentes na história permitiu, por outro, que populações se mobilizassem para erradicá-las, nas suas mais variadas formas: quarentenas, leprosários, hospitais ou mesmo fogueiras nas grandes cidades. Além disso, o medo e as explicações místicas também compuseram este cenário, de forma que podemos entender que as doenças são acontecimentos nas sociedades que permitem aos pesquisadores compreender um conjunto de códigos culturais e condutas que

veem a superfície nestes momentos. As respostas das sociedades às doenças e os seus efeitos possibilitam ao pesquisador diagnosticar as diferentes maneiras de uma sociedade lidar com os cuidados do corpo, seja no plano individual e/ou coletivo. As epidemias provocam rupturas na maneira de pensar das sociedades, despertam comportamentos, atitudes, mobilizam autoridades, retomam velhos medos de doenças passadas. A combinação do novo com aquilo que se repete, que volta a superfície, embora resignificado, no estudo da história das doenças, torna perceptível as rupturas e regularidades que conformam as sociedades num dado momento.

Assim, procuro compreender como na sociedade brasileira a saúde pública mudou e vem mudando ao longo dos séculos XIX, XX e XXI, dentro desta perspectiva de observar as rupturas e a emergência de novas situações. Atualmente existe um Programa de tratamento aos portadores do vírus da aids que é considerado modelo no mundo, no que se refere ao acesso aos medicamentos antirretrovirais e acompanhamento terapêutico. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, é responsável por estas conquistas que se iniciaram no ano de 1986, quando a sociedade brasileira pedia respostas aos governantes acerca de um tratamento gratuito ao HIV/aids, que pudesse aumentar o tempo de vida. O chamamento das autoridades ocorreu por parte das ONGs que pelo Brasil todo realizavam, dentro mesmo de hospitais, campanhas de prevenção e disponibilizavam pequenas alas para lidar diretamente com pacientes que se encontravam com os sintomas da aids.

Em Florianópolis, Santa Catarina, no ano de 1986, tivemos a criação do GAPA (Grupo de Apoio a Prevenção da Aids). O Grupo, através de sua militância, organizou, num primeiro momento, a luta por mais cidadania aos portadores do vírus, bem como ajudou na quebra de tabus em relação ao sexo. O segundo passo, após a organização de vários profissionais e portadores como colaboradores da entidade, foi pensar nesta como uma instituição que deveria ter mais autonomia e, para tanto, seria necessário ter seu próprio espaço. O Hospital Nereu Ramos, de acordo com o fundador do GAPA, o médico Rui Iwersen (2006)¹⁸,

¹⁸ Rui Iwersen foi o médico fundador do GAPA de Florianópolis, que em 2006 concedeu uma entrevista sobre a história da ONG, que foi utilizada

foi extremamente cordial ao liberar uma sala para as reuniões do grupo, mas era preciso ter um espaço para a entidade atender a demanda das necessidades dos portadores.

Hoje possuímos instituições e uma ideia de saúde coletiva, que abrange populações, e leis que educam e garantem que normas sejam seguidas. Como exemplo, temos a proibição de fumar em locais fechados, vigente no Brasil e em muitos países e a proibição de veiculação de propagandas de cigarros na TV. Até a década de 1990, estas práticas eram permitidas, pois a educação em saúde não era normatizadora como hoje. Nesta lógica, somos educados para um excessivo controle dos nossos corpos, ao mesmo tempo que nos é ofertado um mundo de possibilidades de consumo. Essa lógica esquizofrênica de cautela, mas ao mesmo tempo de consumo, é apontada por Castiel (2010) como uma nova forma de biopolítica, segundo a qual, a todo momento, somos educados para correr o menor risco possível. Em relação à alimentação, por exemplo, somos bombardeados por discursos que nos alertam sobre a necessidade de torná-la o mais saudável possível enquanto, na outra ponta, a lógica do mercado nos diz para comprar aquilo que desejamos. A vida passou a ser um gestão de todo e qualquer risco, num misto de ponderação e exacerbação.

Em meio a isso, mais uma vez, a lógica biopolítica nos faz pensar, seguindo as reflexões de Fassin (Apud CASTIEL, 2013), sobre quem merece viver? Quem merece reconhecimento e atenção neste mundo globalizado e gestor de uma economia de cuidado com os corpos? O que chama mais atenção, a morte de centenas de milhares de crianças de países africanos em região de conflito, como Serra Leoa e Nigéria, ou a morte de uma dúzia de europeus ou estadunidenses? Os exemplos generalizantes dizem respeito à realidade dos noticiários. Os telegornais e a mídia impressa constroem reportagens que claramente demonstram uma atenção maior a certos grupos de sujeitos em detrimento de outros,

em meu Trabalho de Conclusão de Curso. Na página 38, ele descreve a importância do Hospital Nereu Ramos ter cedido espaço para que pudesse dar início aos primeiros trabalhos do GAPA. Assim, para maiores informações sobre a História desta instituição visualizar:

AMORIM, Grazielle Regina de; Universidade do Estado de Santa Catarina. Gapa: história e as construções e metáforas da AIDS (1987-1991). 2006. 94 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade do Estado de Santa Catarina.

de acordo com Castiel (2013). Diante disso, o termo biopolítico pode ser aplicado ao presente e problematizado a partir do que Foucault expôs em suas obras, *História da Sexualidade* e *Em defesa da sociedade*, sobre um estado que possui uma lógica do “fazer viver e deixar morrer”, um novo mecanismo de poder.

Se, por um lado, o estudo das doenças torna-se um maneira de compreender a sociedade, por outro, temos a lógica do Estado que passou a exercer um controle sobre os corpos, com a criação de instituições disciplinares, que geraram um saber-poder que perpassa toda a sociedade, em diferentes níveis. Desta forma é possível analisar outros momentos da história do Brasil sob estes dois viés, um, do ponto de vista da história das doenças, outro, sob o olhar da biopolítica.

Algumas problemáticas levantadas hoje podem ser aplicadas no final do século XIX e durante o século XX, tendo em vista que a percepção de saúde pelo Estado era diferente. Assim, no Brasil quem merecia viver? Qual a lógica dos cuidados naquele momento?

Segundo Bertolli Filho (2006) mudanças na área da saúde no Brasil começaram a ocorrer com a vinda da família real em 1808, com atenção para ações sanitárias, que D.João VI procurou construir uma imagem nova e melhor para os europeus que definiam nosso território sob a ótica etnocêntrica, como um território da barbárie e marcado pela escravidão. Havia muita dificuldade por parte dos médicos em lidar com as doenças, por desconhecerem uma forma de tratamento. Inspetorias e estudos na Europa foram criados como forma de combater doenças, como a cólera, febre amarela entre outras.

Foi com o período republicano em 1889 no Brasil, que nasceu uma política de saúde brasileira e a ideia de que a população constituía capital humano, como aponta Bertolli Filho (2006, p. 14), com a incorporação de conhecimentos clínicos e de proteção a saúde coletiva: “Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área de saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.”. Aqui percebe-se uma preocupação com uma população sadia e produtiva, que seria necessário políticas que pensassem no coletivo e um conhecimento demográfico da população.

Durante a República Velha (1889-1930) quando o Brasil foi governado pelas oligarquias lideradas por cafeicultores de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, o Brasil viveu um momento de industrialização e urbanização nas grandes capitais. No início do século XX, Rio de Janeiro e São Paulo vivenciaram transformações no espaço urbano baseadas no projeto modernizador de Hausmann em Paris. (Chalhoub, 2006). Essa reorganização das cidades criou uma forma de ordenar e gerenciar uma população. As instituições ligadas ao Estado começaram a ter mais legitimidade para arbitrar as questões relacionadas ao cidadão.

A ideia de progresso, que embalava a modernização, alimentava um clima de que o país deveria esconder e esquecer o passado escravocrata dos séculos anteriores e entrar numa lógica de organização social e reformulação dos espaços urbanos. Com isso, os centros urbanos ganharam praças, monumentos, largas avenidas e passaram a expulsar as populações mais pobres, que antes viviam neste espaços, e forçá-las a viver em lugares insalubres, com acomodações sem estrutura e saneamento básico adequados. Estas moradias eram chamadas de cortiços e representavam a perturbação da ordem para as autoridades, pois eram percebidas como locais onde a sexualidade era considerada imoral, de acordo com o modelo burguês de estrutura familiar.

Médicos sanitaristas influenciados por teorias eugênicas advindas da Europa, tentavam solucionar o problema das doenças nas grandes cidades, que não tinham saneamento básico, onde os dejetos eram jogados nas ruas. Além disso, havia o problema das habitações serem insalubres, o que proporcionava a infecção pelo bacilo de Koch, levando muitos sujeitos à morte por tuberculose. A lógica sanitária estava apoiada neste cenário de modernização e seu intuito não era o bem da população no sentido de cuidar dos sujeitos independente do papel que representassem na sociedade. A lógica passava pela ideia de melhorar as condições de vida de uma parcela da população, ou pelo menos aquelas que representassem o símbolo de progresso e se enquadrassem neste novo modo de remodelação das cidades.

A institucionalização da saúde pública ocorreu no governo de Getúlio Vargas, na década de 1930, com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, de acordo com Bertolli Filho (2006). Durante seu governo, houve um movimento de educação na área de saúde, com o objetivo de convencer a população a mudar

hábitos considerados anti-higiênicos, que eram responsáveis por disseminar as doenças. Um dos recursos utilizados segundo Bertolli Filho (2006), eram os cartazes e panfletos elaborados pelo tal Ministério da Educação e da Saúde, com o intuito de combater o atraso, característica atribuída ao Brasil e seguir medidas sanitaristas e eugenistas. Em 1938, durante o Estado Novo, mensagens higienistas passaram a ser divulgadas pelas rádios de vários estados, reforçados durante o Estado Novo. Como boa parte da população tinha pouca instrução, os cartazes traziam imagens coloridas e mensagens mais pedagógicas com o intuito de propagar mensagens de higiene ou de cuidados com a saúde.

A diversidade étnica do Brasil, vista sob o prisma das teorias raciais europeias, neste folhetos e campanhas de saúde também eram frequentes. Tal diversidade era também apontada como responsável pelas doenças do país. Com inspirações nos preceitos fascistas e nazistas os folhetos eram um misto destas teorias que ainda tinha a Alemanha como modelo, como uma nação desenvolvida. Nesta crítica a diversidade étnica, vista como um conjunto de raças, os imigrantes vindos do Oriente, também eram postos como indesejados e biologicamente inferiores.

O autor Bertolli Filho (2006) afirma que este posicionamento ideológico foi mantido por muitos profissionais da saúde até 1942. Posteriormente aos acordos firmados com Estados Unidos em 1942, o Brasil juntou-se aos aliados na Segunda Guerra Mundial, declarando guerra à Alemanha.¹⁹ Decorrente desta tomada de posição do Brasil em favor dos aliados, houve uma alteração no teor dos aconselhamento em saúde e a cultura estadunidense passou a ser modelo, inclusive nas propagandas de alimentação, segundo o autor.

Já em 1953, no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde. Segundo Bertolli Filho (2006), o Ministério visava erradicar as doenças consideradas “velhas”, como: a febre amarela, a tuberculose, a doença de Chagas e a malária, vistas inclusive por médicos estadunidenses, como sinônimo de atraso no Brasil. As verbas destinadas ao Ministério,

¹⁹ O presidente Getúlio Vargas, até 1942, mantinha simpatia pela Alemanha. Após este período, devido ao ataque a navios brasileiros por alemães, o Brasil declarou guerra ao eixo e marcou sua entrada na Segunda Guerra Mundial, que havia iniciado em 1939.

no entanto, foram reduzidas, o que prejudicou as medidas de combate a estes males. O foco passou a ser o meio rural, por meio de campanhas educativas para erradicar a malária. Entre 1958 e 1965, foram organizadas campanhas nesta direção, porém houve pouco resultado na redução do número de sujeitos doentes. (BERTOLLI FILHO, 2006).

Com a ditadura militar, o cenário da Saúde no Brasil não melhorou, pois as verbas passaram a ser direcionadas para questões de segurança nacional e aos Ministérios correspondentes. Neste período, mesmo com um discurso que pregava uma saúde coletiva para que ocorresse um desenvolvimento econômico e com mais produtividade, o Ministério da Saúde optou pela saúde como questão individual, pois os poucos recursos financeiros que existiam foram destinados ao pagamento a serviços prestados em hospitais particulares. Com isso, pouco foi investido na saúde pública e em campanhas de vacinação. Além disso, pouco se investiu em saneamento básico. O resultado foi o aumento de casos de dengue, meningite e malária (FILHO, 2006).

Durante a década de 1980, durante a redemocratização, movimentos sociais oriundos da periferia, com a participação de padres e médicos sanitaristas, criaram Conselhos Populares de Saúde, com a proposta de melhorar o saneamento básico e criar centros de saúde. Esse período, até a promulgação da Constituição em 1988, foi de grande importância para algumas conquistas no campo da saúde, principalmente em um momento em que o Estado parecia decretar a falência do sistema de saúde no país. Algumas associações foram criadas e ocorreu o chamamento da sociedade civil, o que contribuiu para a criação do SUS, encarregado de organizar no plano regional as ações do Ministério da Saúde.

Acontecimento importante foi a divulgação da Carta de Ottawa em 1986, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida no Canadá, que teve como discurso principal fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e grupos sociais e diminuir a responsabilidade do Estado, além de incentivar a tarefa do cuidado de si aos sujeitos. Czeresnia retomou as cartas de conferências internacionais sobre a Promoção da Saúde e todo o contexto que possibilitou que estas ideias passassem a conduzir a uma nova racionalidade na área de saúde, principalmente de países capitalistas, entre eles, o Brasil, que a partir de 1986 passou a seguir os preceitos desta conferência (CZERESNIA, 2006). A autora toma como base o documento traduzido pelo Ministério da

Saúde e disponível no *website*, bem como desbrava conceitos trabalhados por autoras como Deborah Lupton, acerca da responsabilidade cada vez maior do indivíduo de cuidar da própria saúde através da institucionalização da educação em saúde, que prega estilos de vida saudáveis a serem seguidos, o que inclui alimentação, exercícios e comportamentos como ideias.

O conceito e a prática da Promoção da Saúde passaram a influenciar também as políticas de prevenção à aids no mundo. Veremos nos vídeos de campanhas do Brasil, que serão analisados no segundo capítulo, por exemplo, que durante a década de 1990, a questão do amor próprio passou a ser um slogan. “Quem se ama se cuida”, é uma das campanhas desta nessa nova tendência de pensar a saúde. Promove-se um despertar nos sujeitos para o cuidado com sua sexualidade, com uma carga de moralismo ainda dos anos 1980, quando uma das recomendações era diminuir o número de parceiros sexuais.

Neste mesmo ano de 1986, surgiu este novo olhar sobre a saúde, depois de anos de epidemia da aids, foi criado o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais no Brasil. Mais à frente, em 1988 a Organização Mundial de Saúde instituiu o 1º de dezembro como dia internacional de luta contra a aids no mundo, como uma estratégia de mobilização. Paralelo a estas conquistas, as ONGs já estavam prontas para prestarem assistência médica, jurídica e social, bem como promover um processo de prevenção nos meios sociais. Herbert de Souza, o “Betinho”, que faleceu em 1997, em decorrência da aids, criticava as políticas de saúde pública voltadas aos sujeitos que viviam com o HIV/aids, por avaliar como tardias, já que somente após 1996, o Brasil através da liberação dos coquetéis antivirais tornou gratuito à prevenção e tratamento da doença.

Assim, segundo o *website* do Ministério da Saúde, um dos principais objetivos do programa é:

- Reduzir a transmissão do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis e das hepatites virais
- Melhorar a qualidade de vida das pessoas com DST, HIV, Aids e hepatites virais
- Prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, pelas hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade
- Aprimoramento da governança e da gestão
- Acesso universal aos medicamentos,

preservativos e outros insumos estratégicos.

Como tática de enfrentamento da síndrome o programa trabalha com o conceito de vulnerabilidade, por acreditar que seja um caminho para acessar um conjunto de fatores individuais e sociais, que tornam a prevenção possível por parte dos programas desenvolvidos, principalmente em relação às mulheres.

1.1. A Promoção da Saúde nas políticas de saúde pública

Uma perspectiva que faz parte do nosso cotidiano e que está presente em boa parte dos discursos sobre como ter um “estilo de vida saudável” parece ser a chamada Promoção da Saúde, ideia discutida por muitas/os autoras/res no Brasil e em outros países, que nos coloca no centro de uma discussão atual, necessária para compreender os parâmetros do pensamento que norteiam as políticas de saúde coletiva em nosso país. De acordo com Czeresnia e Freitas:

A ideia de promoção da saúde traduz-se em expressões próprias à realidade atual, como ‘políticas públicas saudáveis’, ‘colaboração intersetorial’, ‘desenvolvimento sustentável’. Resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, e ressalta-se o quanto múltiplos elementos – físicos, psicológicos e sociais – estão vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância tanto do desenvolvimento da participação coletiva quanto de habilidades individuais. (2009, p. 11).

Este termo, segundo os autores, veem sendo discutido há mais de três décadas, principalmente em países industrializados. Uma série de necessidades da gestão da saúde coletiva, como: o controle dos custos médicos e uma menor interferência do Estado na saúde, marcam as estratégias desta nova forma de pensar a saúde, que busca ainda uma interação do local com o global. Além disso, existe uma perspectiva de ‘individualização’ que passa a ideia de que o sujeito é autônomo e livre para decidir sobre as escolhas mais saudáveis, como a tarefa do cuidado de si.

O marco fundador deste movimento no mundo foi a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa, Canadá. Posteriormente, segundo os estudos de Paulo Buss sobre as cartas produzidas nas Conferências, outras Conferências também foram de grande importância, como as ocorridas em Adelaide, em 1988, e Sundsvall, em 1991, que estabeleceram as bases do pensamento atual sobre o desenvolvimento deste novo conceito (BUSS, 2009). As cartas, referidas acima, foram traduzidas por Paulo Buss e José Roberto Ferreira, que em uma nova edição em 2014, produzida pelo Ministério da Saúde, desenvolveram uma introdução com as principais ideias internacionais que originaram os parâmetros da Promoção da Saúde. De acordo com as cartas:

A proposta de Promoção da Saúde concebe a saúde como produção social e, desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor da saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal. (BRASIL, 2014, p. 01)

Acredito que a partir da Promoção da Saúde, houve forte influência nas campanhas de prevenção da aids a partir da década de 1980. Um conjunto de valores desta ação do Estado estão ligados com a construção da noção de risco, foco desta pesquisa, que busca entender as diferentes maneiras de perceber o risco diante da aids.

Dentro desta lógica de cuidado com a população a noção de saúde pública no Brasil, por exemplo, teve várias influências europeias e estadunidenses, como visto anteriormente, quando nas primeiras décadas do século XX havia um caráter mais sanitarista e higienista. No final da década de 1980, quando começou se se perceber as influências dos preceitos da Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorrida no Canadá, o Brasil iniciava com seu Sistema de Saúde, o SUS, e lidava com a epidemia da aids, que despertou medo e pânico social, além de ter retomado velhas metáforas das doenças ligadas ao sexo, como veremos adiante com a sífilis. Nas propagandas de prevenção da aids, é possível observar a influência da nova saúde, agora globalizada, na medida que na década de 1990, o Ministério da Saúde começou a promover junto ao público campanhas que despertavam um cuidado com a própria

sexualidade, além da ênfase na autoestima e de empoderamento do sujeito. Segundo Buss (2009):

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social de cuidados de saúde; suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empowerment²⁰). (BUSS, 2009, p. 23).

Assim, a noção de saúde passa a compreender também o meio em que vivem os sujeitos, com uma série de determinantes que passam a ser referência para um “estado de bem-estar”. “A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o sujeito melhore sua saúde pessoal (...)” (Buss, 2009, p. 21).

²⁰ “*Empowerment*” é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.’

Ver: CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.4, pp. 1088-1095.p. 1090.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>

Os autores Buss e Ferreira (2014) trazem os principais pontos das cartas das Conferências Internacionais da Promoção da Saúde, que compreende saúde como produção social e nesse sentido, procura ser referência para outros setores da gestão municipal brasileira.

Desde a década de 1960, buscou-se uma abordagem positiva na saúde, que até então tinha um enfoque somente no controle da enfermidade. Essa abordagem positiva, pode ser traduzida pelos estilos de vida saudáveis, em que existem normas de como se alimentar bem, de como como se exercitar e como evitar comportamentos sexuais que possam apresentar riscos de contrair alguma doença. Os autores Buss e Ferreira (2014) destacam a importância da declaração de Alma-Ata. Seguem alguns pontos:

I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;

III. A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial;

IV. A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e na aplicação das ações de saúde;

VII-1. A atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades;

VII-3. Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da exportação de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra

enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;

VII-4. Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;

VII-5. Exige e fomenta, em grau máximo, a auto responsabilidade e a participação da comunidade e do sujeito na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde. (BUSS e FERREIRA, 2014, p.3).

É possível observar que houve uma ampliação do cuidado com a saúde, no sentido de que a saúde é algo que vai além do cuidado e prevenção com as doenças, tendo neste princípio uma visão de contexto social. O despertar do “cuidado de si” é outra característica marcante desta política, que inclusive no início no Canadá teve uma grande concentração deste pensamento, que priorizava os estilos de vida e culpava a própria vítima por sua possível enfermidade.

Nesse contexto, foi então realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, com as seguintes propostas:

- A responsabilidade internacional que prevê que os países mais desenvolvidos assegurem que suas próprias políticas resultem em impactos positivos sobre a saúde das nações em desenvolvimento;
- A ênfase em políticas relativas à saúde da mulher, à alimentação e nutrição, ao controle do tabaco e do álcool e à criação de ambientes favoráveis;
- A procura de equidade, visando superar a pobreza e lograr um desenvolvimento sustentável, com o pagamento da dívida humana e ambiental acumulada pelos países industrializados;

- O respeito à biodiversidade, tendo em vista a interdependência entre os seres vivos e as necessidades de futuras gerações, com especial referência aos povos indígenas e sua possível contribuição ambiental;
- A ampliação dos determinantes da saúde, com a consideração de fatores transnacionais, a integração da economia global, os mercados financeiros e o acesso aos meios de comunicação;
- A promoção da responsabilidade social com o “empoderamento” da população e aumento da capacidade da comunidade para atuar nesse campo;
- A definição de espaços/ambientes para a atuação no processo de promoção da saúde (escolas, ambientes de trabalho, etc.) e o intercâmbio de informações sobre a efetividade de estratégias nos diferentes ambientes/territórios;
- O impulso à cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam a produção e utilização de ambientes saudáveis;
- A convocação e mobilização de um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade;
- A construção de alianças e coordenação, especialmente com os meios de comunicação que desempenham importante papel por seu considerável poder e prestígio na formulação de políticas e programas que influem na saúde da população. (BUSS e FERREIRA, 2014, p.6).

Nota-se um investimento em alianças nacionais e internacionais na responsabilidade do processo de Promoção da Saúde, com a mobilização de escolas e ambientes de trabalho. Há também uma preocupação com o desenvolvimento social dos países considerados emergentes, bem como um esforço para o combate à pobreza, que talvez nesse sentido se assemelhe a ideia, nas primeiras décadas do século XX, de que a pobreza seria a

origem dos males de todas as doenças. É certo que naquele momento, orientado pela ideia de progresso e pelo preceito higienista, existia uma visão moralista de que a pobreza era sinônimo de atraso ao desenvolvimento econômico e social. A imagem do Jeca Tatu como uma caricatura do brasileiro pobre, preguiçoso e doente, neste caso, representando Os sujeitos do interior, se encaixam neste discurso (FILHO, 2006).



Imagem 1: Jeca Tatu.

Imagem permanente do caipira ignorante e doente do interior brasileiro.

Capa da 17ª edição (1950) do livro do Monteiro Lobato. Distribuído como propaganda do laboratório Fontoura.

(BERTOLLI FILHO, 2006, p. 12).

Dentre os panfletos utilizados nas primeiras campanhas pelo Ministério da Educação e Saúde está o folheto abaixo, datado do início da década de 1940, durante o Estado Novo, que tinha como objetivo combater o alcoolismo, visto como responsável por condutas que desviavam das normas, além de ser considerado uma das causas das doenças nas cidades, conforme aponta Bertolli Filho (2006). Estes cartazes traziam mais imagens do que textos, pois boa parte da população não era alfabetizada, o que dificultava as medidas de educação.



Imagem 2: Folheto de educação sanitária
 Departamento de Saúde do Estado de São Paulo.
 Década de 40. (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 18).

Nos parâmetros da Nova Saúde também existe uma preocupação em modificar a cultura e valores que possam favorecer um ambiente saudável para os sujeitos. De alguma forma, os sujeitos portadores de crenças e comportamentos considerados “não saudáveis” são vistos como imorais, prontos para serem diagnosticados com algum problema, e ainda ferem os preceitos da chamada Promoção da Saúde. Talvez nesse sentido, se assemelhe a caricatura do Jeca Tatu, visto como símbolo do atraso da higiene e produtividade. Hoje, alguém que não se alimenta bem, que fuma, bebe e possui vários parceiros sexuais é ser de alguma forma um Jeca Tatu, só que, diferentemente, daquele momento, esse alguém é dotado de educação, porém imoral, irresponsável e culpado de sua própria condição. Para Lupton (1995, p. 51),

Na sua forma mais politicamente conservadora, a promoção de saúde é apresentada como um meio de direcionar os indivíduos a assumir a responsabilidade por ser próprio estado de saúde, reduzindo a carga financeira dos serviços de saúde. (LUPTON, 1995, p. 51).

Abaixo, tabela de alguns eventos e conferências sobre Promoção da Saúde, segundo a que foi apresentada por Buss (2009, p. 24 e 25):

1974	Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses/ A New Perspective on the Health of Canadians
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata
1986	Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para a promoção da saúde/Achieving Health for all: a framework for health promotion – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp
1986	Carta de Ottawa sobre promoção da saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
1986	Promoção da Saúde: estratégias para a ação – 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública
1988	De Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS)
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)
2005	VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Bangkok)

Tabela 2: Conferências Mundiais de Promoção da Saúde

Buss (2009) compreende que este novo movimento da saúde surgiu no Canadá em 1974, a partir de um documento chamado “*A new perspective on the health of Canadians*”, conhecido como *Informe Lalonde* (1976). Este foi o primeiro documento oficial que utilizou o termo ‘promoção da saúde’, que se tornou referência. Uma das motivações deste movimento foi a questão econômica, já que os custos com assistência médica eram altos (BUSS, 2009). Para Lupton (1997), o “novo” movimento de saúde pública surgiu na década de 1970, com atenção sobre as condições sociais e ambientais dos padrões de saúde, com interesse em uma mudança radical.

Já em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em parceria com o United Nations Children's Fund (Unicef), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. Este evento foi considerado um dos mais representativos sobre saúde pública, pois teve o objetivo de abranger quase todos os sistemas de saúde do mundo. De acordo com Buss (2009), foi posta uma meta de “Saúde para Todos no ano 2000”, e a incorporação de “oito elementos essenciais”. Desta forma, o autor expõe os principais preceitos desta meta.

(...) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados, atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (WHO/Unicef, 1978). (BUSS, 2006, p. 28).

Destes elementos essenciais, a preocupação com a prevenção as doenças é notável, mas principalmente uma medida que deve ser a partir de mudanças de comportamentos do próprio sujeito. É um contexto social que o tornará alguém capaz de escolher hábitos saudáveis e um estilo de vida adequado. É também a ideia de que o acesso as necessidades básicas + informação tornará o sujeito certo de seguir os parâmetros dessa Promoção da Saúde. Analisa Buss (2006), que depois de dez anos desde o primeiro documento da conferência que se realizou em Alma-Ata, os objetivos da promoção da saúde apresentavam um série de mecanismos e estratégias para serem seguidos.

- o autocuidado, ou seja, decisões e ações que o sujeito toma em benefício de sua própria saúde;
- ajuda mútua, ou seja, ações que as pessoas realizam para ajudarem-se umas às outras;
- ambientes saudáveis, ou seja, a criação das condições e entornos que favoreçam à saúde.

E as estratégias são:

- favorecer a participação da população;
 - fortalecer os serviços de saúde comunitários;
 - coordenar políticas públicas saudáveis.
- (BUSS, 2006, p. 28 e 29)

O “autocuidado” é uma peça-chave dessa Promoção da Saúde, pois é um preceito base para a prevenção de doenças e para que os sujeitos escolham o que é ditado pela saúde pública como correto. Já a, I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde e a Carta de Ottawa, contou com 38 países, a maioria destes, segundo o autor, foram países industrializados e representou uma referência para o mundo todo.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002:19). Assume o conceito de saúde da OMS, e insiste, ainda, que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (2002:20). (BUSS, 2009, p. 29).

Todo contexto que envolve o sujeito e seu bem estar, como apresentado até o momento, por meio de estratégias decididas nas Conferências, tem um ponto importante que diz respeito ao objetivo deste trabalho de compreender como é abordada a prevenção das doenças dentro dessa lógica.

É importante destacar que existe algumas diferenças entre o conceito de Promoção da Saúde e Prevenção das doenças, segundo Buss (2009), que ressalta que apesar disso, eles são tidos como complementares. Ainda de acordo com o autor, o enfoque da promoção da saúde é mais amplo, pois busca transformar o contexto em que vivem os sujeitos, com atenção às condições de vida, mas também buscam uma transformação dos processos individuais, enquanto a prevenção das doenças seria uma instância específica, pois tem como objetivo evitar que os sujeitos fiquem doentes, de forma que as ações sejam no sentido de diminuir os fatores de risco de determinados grupos.

Para registrar a diferenças entre os dois termos, Buss (2006) salienta que,

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um sujeito sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias. Gutierrez et al.,1997 (Apud BUSS, 2006, p. 37).

É importante destacar também que as medidas apresentadas pela Promoção da Saúde são mais recentes, e por isso ainda parte de uma prática atual, diferente da ideia de prevenção das doenças que já existe há mais tempo. No quadro a seguir é possível observar como a prevenção das doenças é mais localizada, destinada a grupos específicos e possui ainda um modelo de intervenção médico, enquanto na promoção da saúde toda a sociedade é mobilizada de alguma forma a se adequar as recomendações, do âmbito municipal ao internacional.

Seguem alguns pontos do quadro “Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção”, apresentado por Buss (2009, p. 39),

Tabela 3: “Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção”

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais,	Profissionais da saúde

	governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc.	
--	----------------------------------------------------------------	--

Com esta divisão de categorias exposta pelo autor, como podemos pensar as campanhas de prevenção da aids? O Ministério da Saúde, por meio do Programa DST, Aids e Hepatites Virais, possui uma lógica na sua missão que vai ao encontro das medidas da Promoção da Saúde?

A prevenção das doenças se diferencia da Promoção da Saúde, justamente por ser um dos objetivos da promoção. No entanto, ao analisar o website institucional do Ministério da Saúde é possível perceber que existe uma preocupação e interação com a sociedade, trazendo à tona alguns dos princípios apresentados como missão das atas das conferências da nova abordagem. Assim, existe uma maior responsabilização do sujeito em se proteger das DST e aids, que engloba muitos dos preceitos da Promoção da Saúde. Lupton (1997) sustenta que o vírus HIV/aids no início da década de 1980, teve um efeito particularmente estimulante sobre a escrita de histórias de saúde, já que os cuidados com a prevenção e as sexualidade passaram a ser mais frequentes.

O quadro acima ajuda também a perceber as diferenças entre categorias. Contudo, acredito que as características de cada conceito se misturem. No caso das políticas de prevenção voltadas à aids, poderíamos dizer que os preceitos podem se aplicar tanto ao conceito de Promoção da Saúde como de Prevenção de doenças. O que parece ser relevante na apresentação do quadro comparativo é muito mais como estes preceitos da Promoção da Saúde e da prevenção tentam ditar estilos de vida saudáveis, bem como metas que não se aplicam a muitos países, mesmo os mais industrializados. Seja uma articulação local destinada a grupos específicos, quanto uma articulação internacional, ambas buscam uma homogeneização de comportamentos e enquadramento da população em uma gestão que proporcione menores gastos ao Estado. O grande lema é o autocuidado, que torna o sujeito responsável pela sua boa saúde ou pela má saúde.

Para pensar mais sobre as diferenças entre Promoção e Prevenção, Santos (2002), nos ajuda a refletir mais sobre os dois conceitos. Assim segue:

Uma dessas práticas, englobadas pela promoção da saúde, é a prevenção. Mais do

que estratégias ou tecnologias opostas, prevenção e promoção da saúde são complementares, apresentando características distintas (concepções de saúde e filosofias de ação diferentes) e pontos de convergência (Zamudio, 1998). Para esse autor, enquanto os objetivos da prevenção se relacionam com os problemas de saúde e são essencialmente corretivos, enfatizando a redução de fatores de risco e a proteção contra os agentes agressivos, os objetivos da promoção da saúde se inserem no interior de uma dinâmica positiva, enfatizando sobretudo os determinantes da saúde e o desenvolvimento das condições favoráveis à saúde. De acordo com Zamudio (op. cit.), a prevenção atua no nível mais individual procurando eliminar os fatores de risco, mas faz isso somente na direção de controlar os indivíduos ou a população ‘marcada’ como “em risco”. Já a promoção da saúde atua no nível populacional, procurando atingi-la como um todo, promovendo dessa forma não só a eliminação de seus fatores de risco mas atuando também na direção de que ela fique mais saudável com um todo. (SANTOS, 2002, p. 68 e 69).

E para Czeresnia (2006, p. 49),

O termo ‘prevenir’ tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano mal); impedir que se realize” (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (Leavell & Clark, 1976: 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da

transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Em relação ao significado de Promoção de Saúde:

‘Promover’ tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”. (CZERESNIA, 2006, p. 49).

Concordo que os dois conceitos são complementares na contemporaneidade, apenas cabendo algumas especificidades, como apresentado pelas autores e Santos (2002). Embora, haja uma diferença na etimologia das palavras, como posto acima, tanto a prevenção, como a promoção trabalham no nível da educação para gerenciar as medidas recomendáveis para que a população tenha uma boa saúde. Além disso, junto de uma medida de promoção, onde se educa para promover o bem-estar, é comum que medidas de proteção que envolvam recomendações preventivas estejam aliadas em um mesmo discurso na saúde. De maneira crítica também, temos o autor Castiel (2006), que analisa a etimologia da própria palavra ‘promoção’ e ‘promover’, que podem trazer muitos sentidos e ser fonte de contradições. Segundo o autor,

Por uma via, os vocábulos podem referir-se a avanço, elevação à situação superior, ascensão e, por extensão, ascese; incluem noções causais, originárias e mesmo de ‘instância viabilizadora’. Por outra, vinculam-se a imagens recorrentes de *marketing*, de propaganda, como estímulo publicitário, com vistas à divulgação e ao consumo de determinados produtos, ideias, pontos de vista. (CASTIEL, 2006, p. 91)

Essa relação paradoxal observada em nosso cotidiano, nos coloca diante do mundo que nos oferta consumo, mas que ao mesmo tempo pede ponderação. Ademais, comportamentos que

não sejam transgressores, uma boa alimentação, um bom cuidado com o corpo, o incentivo aos exercícios físicos e um bom comportamento sexual, na medida em que prega menos parceiros nas relações sexuais. Nesse sentido, a epidemiologia se utiliza da promoção da saúde para a construção de uma noção de risco. Porém, essa noção de risco, não é tão clara aos sujeitos, pois envolve um contexto social repleto de oferta de prazeres e ao mesmo tempo de oferta de como se ter uma boa saúde.

Esse autocuidado pode ser ainda compreendido como uma falsa maneira de liberdade. Para Castiel (2006, p. 96), somos:

(...) destituídos da capacidade de articulação e expressão de verdades profundas. Os discursos da promoção da saúde e da evitação de riscos parecem implicitamente refletir a ótica das formações neoliberais, individualistas, que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais quanto a recursos e capacidade de incorporar semimitos que sustentem uma identidade frágil, povoada cada vez mais por um imaginário composto por elementos vinculados a 'questões de saúde'.

A saúde hoje é cada vez mais tratada como parte do desenvolvimento econômico. O sujeito possui um valor de mercado, e ter uma boa saúde faz dele um componente importante da sociedade, pois coloca a saúde como um recurso pessoal a ser utilizado inclusive como *marketing pessoal*. Nesse sentido, o papel da vigilância sobre a saúde dos sujeitos e da população passa a ser um elemento estratégico para a reprodução econômica e nas esferas culturais.

De acordo com Freitas (2006), a vigilância não funciona mais pela coerção ou com sistemas de quarentena como em outros momentos da história,

Não mais o controle centralizado da informação para a vigilância como no panóptico de Foucault, que, pela coerção, imobilizava os súditos e posições em que podiam ser vigiados. Mas, o sinóptico que, por natureza, é global e transforma o vigiar

em um ato desprendido de sua localidade, que seduz as pessoas à vigilância, convertendo os vigiados em vigilantes (Bauman, 1998). Vigilantes de si mesmo. (FREITAS, 2006, p. 157).

Esse fenômeno posto por Freitas (2006) é interessante, em que “vigiados se convertem em vigilantes”, pois se encaixa no caso da prevenção à aids. Os sujeitos são cada vez mais, orientadas por um único discurso preventivo a expor aos outros, que sempre utilizam o preservativo nas suas relações sexuais, pois do contrário podem ser duramente recriminadas e taxadas como irresponsáveis e imorais. Esse discurso “politicamente correto”, posto por meio de uma vigília constante, em que todos são vigiados e vigilantes ao mesmo tempo, é caracterizado como um discurso que mascara as subjetividades e cria a falsa imagem de uniformidade. Esse novo conceito na saúde pública é analisado também por Lupton (1997), a partir de uma historicidade sobre os movimentos de saúde e higiene que surgiram a partir do século XVIII, com atenção aos países que estavam se industrializando na Europa, chamados por ela como: “locais de nascimento do movimento sanitário de saúde pública.” (LUPTON, 1997, p. 18). Este conceito de “medicina social”, também surgiu aliado a uma forte tendência a intervenção do Estado na vida dos cidadãos, de forma que instituições passaram a regular a vida população.

De acordo com Lupton (1997), que analisou contextos de países industrializados, o que compreendemos por moderna saúde pública surgiu no início do século XIX, por reformadores britânicos para conter o crescimento desenfreado nas cidades que estavam no centro do processo de industrialização, urbanização, sob a falta de saneamento básico e as doenças que decorriam das péssimas condições de higiene. Ainda segundo a autora, nos Estados Unidos a partir da década de 1930, houve uma exaltação por parte da publicidade sobre higiene e a ideia de limpeza. Nesse sentido, a vigilância criou um “estado social”, em que os sujeitos deveriam estar sob a vigilância médica. Ela considera dois aspectos da cultura estadunidense que são uma obsessão e geram pânico moral: o comunismo e a imigração. A obsessão pela limpeza, em lavar as mãos e utilizar antissépticos, por exemplo, pode explicar o medo da imigração. Segundo a autora, “Ambas as ansiedades causam ameaça de invasores alienígenas no corpo, abrigando o potencial de destruição silenciosa.” (LUPTON, 1997, p. 38).

Um das primeiras reflexões sobre a compreensão de termos e conceitos em saúde é entender como a chamada Promoção da Saúde pode apresentar discursos de liberdade e de “empoderamento” dos sujeitos, ao mesmo tempo que prega comportamentos desejáveis, como a alimentação saudável e vícios condenáveis, com imposição de estilos de vida. Além disso, o combate à pobreza é algo muito controverso, pois ao mesmo tempo em que os sujeitos pelo mundo são todos os dias privadas de recursos financeiros e pouco tem à mesa para se alimentar, elas ainda precisam se preocupar com aquilo que é mais saudável aos olhos das políticas públicas de saúde. Essa crítica foi formulada por Santos (2002, p. 26), quando analisou as ‘sutilezas’ das relações de poder entre sociedade e instituições da saúde:

Nessa direção, de um sujeito que gerencia a sua própria vida (o tal entrepreneurial self, de que fala, e.g., Nettleton, 1997a, b; Petersen, 1997), ele também é responsável por suas escolhas e, em alguma medida, deve responder por elas. Trata-se, assim, de um sutil deslocamento de práticas de governo, do coercitivo para o participativo, em que o especialista (no caso da epidemia de HIV/AIDS, tratam-se de médicos, epidemiologistas, cientistas sociais, educadores, profissionais do marketing, entre outros) continua a ter uma função crucial no governo, mas em que sua autoridade é crescentemente separada do aparato das regras políticas e cada vez mais localizada em uma lógica de mercado, governada pelas racionalidades de competição e demanda de consumo (Petersen, op. cit., p. 194). O principal efeito desse deslocamento talvez seja nos fazer acreditar que somos sujeitos livres e que aquilo que escolhemos fazer representa nossa decisão em direção a uma maior liberdade pessoal, completamente apartada daquilo que o Ministério da Saúde quer, e.g., que façamos em relação à nossa saúde e sexualidade.

Em relação à sexualidade, o comportamento é ainda mais salientado e trabalhado em campanhas. “Se amar”, como pregou o

slogan da campanha de prevenção veiculada pelo Ministério da Saúde durante a década de 1990, impõe uma ideia de que ter os cuidados nas relações sexuais utilizando o preservativo é sinônimo de autoestima, de ser alguém que cuida de si, da vida e age de acordo com o que é esperado como correto pela sociedade e acima de tudo é livre. A sutileza desta tecnologia está justamente em fazer os sujeitos sentirem que suas escolhas são livres. Estas escolhas envolvem a ideia de que se não seguirem as recomendações, serão culpabilizados e sofrerão as consequências de ficarem doentes.

Em suma, a promoção individualista da saúde apresenta aspectos religiosos, quase como uma seita no interior da religião capitalista na qual está subsumida, sob a égide de seus cânones liberal-eclesiásticos: liberdade de decidir com prudência, responsabilidade ao atuar com fortaleza, direito de escolher e consumir com temperança os objetos e deleites da vida mundana, com o propósito de não comprometer os ideais de vitalidade e longevidade. A grande meta não disfarça sua feição paradoxal: uma vida terrena e mais eterna possível. (CASTIEL, 2011, p. 138).

Esta tecnologia está presente principalmente nas campanhas de prevenção de doenças e na gestão dos riscos cotidianos. Analisa Castiel (2011), que nessa lógica capitalista, inteirada por um preceito quase religioso, a liberdade é algo a ser exercido com prudência e a temperança tem a força de mediar o contraditório mundo da oferta do consumo e a prudência.

1.2. O controle das doenças e as teorias eugênicas como forma de controle da sexualidade, da noção de futuro e progresso

As doenças transmitidas pelas relações sexuais representam mais do que uma série de sintomas, elas trazem também a ideia de impureza, sujeira, imoralidade e uma sexualidade desregrada. A sífilis, durante os séculos XIX e XX suscitou em várias sociedades, seja nos modelos de civilização e etnocentrismo europeu, seja na América, nos Estados Unidos e Brasil, políticas de controle e combate a disseminação das doenças, na luta antivenérea. Médicos

higienistas e sanitaristas brasileiros, influenciados pelas teorias europeias e estadunidenses em conferências internacionais, tentaram construir formas de combater a sífilis por meio de medidas educativas. Tais medidas consistiam em vistorias às casas de prostituição, já que o corpo da prostituta era visto como o local onde habitavam todos os males. Além disso, havia a representação de que estas mulheres tinham uma sexualidade irrefreável, como também possuíam comportamentos que expressavam uma liberdade além da sexual, que iam do uso de roupas sensuais, do hábito de fumar cigarro, do uso de outras substâncias consideradas ilícitas, das bebidas alcoólicas (considerada ilícita durante a lei seca nos Estados Unidos, nos anos de 1920) até a participação destas nos círculos de conversas entre homens, quando estes se reuniam nas chamadas casas de tolerância. Era o corpo da prostituta que habitava toda ordem de doenças, segundo a visão dos higienistas.

O controle da sexualidade fora assim, como Foucault (1988) analisou, o alvo das tecnologias de poder e esteve na encruzilhada entre corpo e sociedade. A sexualidade está intimamente ligada ao início do capitalismo, que necessitava de corpos saudáveis e produtivos para o trabalho. O sujeito passou a ter o investimento de instituições de aprisionamento, que se iniciam com a escola, com a função de disciplinar o corpo e regram além de tudo, a sexualidade.

Busco compreender além da história da aids, que é parte da história do tempo presente, a história da sífilis, no período do final do século XIX até início do século XX, já que neste momento na América e na Europa houve um grande investimento em teorias eugênicas e uma ideia de progresso. Estas teorias tinham a preocupação com as futuras gerações, e para isso, construíram a ideia de o controle da sexualidade, por meio dos casamentos e controle da natalidade, como forma de garantir o progresso. Para tanto, os estados nacionalistas europeus dentro desta lógica, constituíram formas de governamentalidade, segundo Foucault (1988). Procuo também realizar uma história comparada entre estas duas doenças, já que ambas mobilizaram sociedades em diferentes tempos, para que seja possível analisar semelhanças e também as diferenças, já que estas enfermidades tem o sexo como alvo das políticas de controle, além das rupturas que elas causaram.

Um outro aspecto importante desta análise é perceber como a ideia de futuro e progresso, principalmente no Brasil, foi um motivador na condução destas políticas de combate as doenças venéreas. Isso pode ser explicado em parte, pelo contexto social do final do século XIX no Brasil, em que havia ocorrido o fim do período escravocrata, onde o Brasil fora um dos últimos países a largar este tipo de regime. Assim, pensar nesta perspectiva de futuro correspondia esquecer o período da escravidão.

No Brasil, como vimos anteriormente, temos desde 1986 o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que passou a criar políticas de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, além da aids. Um dos dispositivos de investimento desta nova perspectiva de saúde, por meio da Promoção da Saúde é a prevenção através de medidas educativas, que incentivem o uso do preservativo e eduquem a população sobre o comportamento sexual, como medida de combate a estas doenças.

A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, que se manifesta geralmente por três estágios, alguns períodos podem ser assintomáticos, que ocasionam uma série de sintomas e doenças que podem levar a morte se não houver o tratamento com penicilina, um dos medicamentos mais revolucionários da história da medicina do século XX, justamente pela eficácia no combate as bactérias. A chamada sífilis congênita, quando a gestante passa a doença para a criança, sempre foi alvo de políticas de controle tanto na Europa quanto na América, já desde do início do século XX, havia a preocupação com a saúde das próximas gerações e a ideia de progresso. Atualmente a preocupação se deve a saúde da mãe, que pode ter um aborto e a criança nascer com má formação ou ter sequelas.²¹ Já em outros períodos, como no início do século XX,

²¹ Informações sobre a sífilis estão disponíveis no *website* do Ministério da Saúde, aids.gov.br. “Sífilis - O que é? É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença. Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto

as preocupações iam além, pois havia a teoria de que toda ordem de imoralidade, sexualidade eram decorrentes da sífilis.

O estigma à sífilis foi direcionado para outra enfermidade durante a década de 1980, a aids, principalmente quando casos de homens, cuja a homossexualidade era apontada como causa dos números de infectados pelo vírus HIV. Assim, houve um deslocamento inicial, quando surgiu a aids, do controle do corpo das mulheres para o controle da sexualidade dos homens. Essa sexualidade deveria estar de acordo com a heteronormatividade, ou seja, apenas relações heterossexuais constituíam o “natural” ou a “norma” nas sociedades. Devido ao contexto de dificuldades em lidar com uma nova doença, o Brasil e diferentes sociedades, manifestaram reações de preconceito com os sujeitos que tinham se infectado. Nesse sentido, a aids roubou a cena do medo das doenças venéreas mais antigas e passou a reacender velhos tabus do sexo, bem como a forte associação com a sífilis.

No entanto, a sífilis atualmente tornou-se uma doença que não possui mais a mesma carga estigmatizante dos séculos anteriores. Tão pouco falamos dela em nosso cotidiano e nas relações sexuais, pois o risco hoje de contrair alguma doença está mais associado ao HIV/aids.

Por vezes surgem notícias na mídia que podem nos ajudar a iniciar uma discussão sobre a temática e contextualizar a ruptura que esta doença, a sífilis, também causou em diferentes sociedades. Assim, em 2012, vários *websites* de notícias e telejornais noticiaram um caso de sífilis de um ator pornô estadunidense e levantaram a polêmica do não uso do preservativo em filmes pornográficos. O investimento em campanhas educativas que incentivem o uso do preservativo, acontecem desde a década de 1980. No entanto, foi depois de muitos anos que o preservativo se tornou algo “natural”, vendido nas prateleiras de supermercados, farmácias e até disponíveis em máquinas em casas noturnas. Preciso ter uma série de investimentos em educação sexual para que o público introduzisse um dispositivo de segurança, como o preservativo em suas relações sexuais. Mesmo assim, hoje com

(independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.”

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>

todo o conhecimento sobre os riscos de contrair o vírus da aids e as DST, os sujeitos escolhem não utilizá-lo por vários motivos, entre eles, a ideia de um prazer maior, por não haver nenhuma interferência no contato, e nesse sentido me recordo do ditado popular: “Transar com camisinha é o mesmo que chupar bala com papel”, muito comum na sabedoria popular, que representa esta ideia de prazer intenso. Além disso, não utilizar o preservativo pode significar um sinal de intimidade e no caso da indústria pornográfica pode significar lucro aos produtores, que diante dessa lógica produzem filmes, cuja as atrizes e atores têm relações sexuais sem o uso do preservativo. O que na lógica do prazer, pode fazer do risco, sinônimo de prazer intenso, sem limites, que oferta a sensação de aventura.

A notícia sobre o caso de sífilis trazia a seguinte chamada: “Indústria pornô dos EUA pode sofrer paralisação após caso de sífilis em ator.”²²

A indústria pornográfica dos Estados Unidos, a maior do mundo, pode parar momentaneamente após um possível surto de sífilis entre atores ser diagnosticado em Los Angeles (Califórnia), segundo reportagem publicada no “Huffington Post”. A sífilis é transmitida pela relação sexual e, nos EUA, os filmes são gravados em sua maioria sem a utilização de preservativos. O departamento de saúde da cidade de Los Angeles disse, na última sexta-feira (17), que existe um caso confirmado e outros cinco casos suspeitos da doença na cidade. Uma entidade ligada ao setor está propondo uma interrupção nas gravações até que “todos os artistas sejam examinados”. Como a doença é difícil de ser detectada, já há mobilização para que os atores recebam doses preventivas de antibióticos. Após as primeiras doses, os atores podem voltar para o trabalho em até

²² DO UOL, Em São Paulo. 21/08/2012. Indústria pornô dos EUA pode sofrer paralisação após caso de sífilis em ator. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2012/08/21/industria-porno-dos-eua-pode-sofrer-paralisacao-apos-caso-de-sifilis-em-ator.htm>

dez dias, informou um representante. Em 2011, a indústria pornográfica parou as filmagens por quase uma semana depois de um ator ser detectado com o vírus HIV.

É interessante pensar que, dentro de uma lógica de gestão dos riscos, como existe na sociedade estadunidense, que constrói medidas de prevenção das doenças venéreas, com o discurso de responsabilização dos sujeitos, possa existir também uma indústria pornográfica que profana estas ideias. São contradições e universos conflitantes, este que tem um órgão regulamentador, como a saúde pública e de outro uma indústria pornográfica, que tem um valor cultural forte na sociedade estadunidense, mesmo que seja de maneira velada. É intrigante pensar na coexistência de propagandas de prevenção à aids que pregam o amor próprio, o amor na relação à dois e a recomendação de poucos parceiros sexuais, ao mesmo tempo ter um cenário que foge a estes padrões, que profana as recomendações do uso do preservativo, em que a norma é ter muitas relações sexuais, sem amor, com o objetivo de suscitar no público o desejo pelo sexo e vender filmes.

Em tempos atuais a chamada indústria pornográfica é tolerada, porém se pensarmos em outros períodos, como nas primeiras décadas do século XX, em meio ao cenário de remodelação das cidades e a ideia de progresso associado a higiene, os chamados prostíbulo, meretrícios, casas de tolerância eram alvos de políticas de repressão, ao mesmo tempo que eram principalmente um refúgio para homens, que procuravam ter relações sexuais fora do casamento. A questão é que em ambos os períodos, as políticas de saúde pública precisam lidar com o sexo, visto dentro de uma categoria que foge à normalidade, do pressuposto da família, da produtividade. O desejo não se enquadra na ideia de disciplina do corpo e nem na lógica da produtividade.

Dentro desta lógica regulamentadora do cuidado com a sociedade tivemos o desenvolvimento da medicina e seus avanços acompanhados, na maioria das vezes, por pesquisas em laboratórios com o uso de cobaias. Atualmente existe uma larga discussão bioética do que é permitido nos estudos com seres humanos e animais. Há também muita discordância, principalmente quanto a utilização de animais.

A história possui vários episódios de casos de abuso de poder por parte das instituições de saúde, como por exemplo as vistorias realizadas em casas de prostituição para a verificação de

mulheres com sífilis ou como a tentativa de obrigar sujeitos a realizarem testes de HIV e quebrarem o sigilo do resultado para terem acesso, caso que ocorreu em 1987, na cidade de Florianópolis, através do episódio chamado de “Gangue da Aids”, pesquisa que originou minha dissertação de mestrado em História.²³

De forma similar, casos de abusos do saber médico ocorreram nos Estados Unidos também, como no Alabama, conhecido como o: “*O Estudo Tuskegee: O Estudo da sífilis não tratada em homens negros*” que envolveu 600 pessoas, dos quais 300 estavam com sífilis e outros 201 homens que não estavam com a doença. O nome *Tuskegee* se deve por conta do centro de saúde onde o estudo aconteceu de 1932 a 1972. Segundo Bonfim (2010) o objetivo do estudo era observar a evolução da sífilis sem tratamento. Quando a pesquisa começou, as pessoas estavam com a doença já em um grau avançado. Ressalta a autora, que a pesquisa não teve um objetivo terapêutico, e sim a intenção de observar os efeitos da doença em homens negros. Os relatórios ainda apontaram a morte de centenas de pessoas em decorrência desta pesquisa, já que estas encontravam-se no último estágio da doença, outras ainda ficaram com sequelas e de acordo com documentos sobre o caso, não foi encontrado um documento legal por parte do Sistema Público de Saúde Americano, que realizou a pesquisa.

Segundo ainda Bonfim (2010), exames de sangues periódicos eram realizados e autópsias dos sujeitos que faleceram com a sífilis. O caso veio a público somente em 1972 e aos conhecimentos do Centro de Controle de Doenças (CDC). As pessoas envolvidas não sabiam do que se tratava a pesquisa e além disso, desconheciam seu estado de saúde. O contexto onde o estudo

²³ “Corria o ano de 1987, mais precisamente o dia 21 de outubro, quando o jornal O Estado trouxe estampada na capa a matéria intitulada “Pacto da morte”, divulgando um fato que ocorria no bairro Trindade, cidade de Florianópolis.1 No dia seguinte, outro jornal, agora o Diário Catarinense, anunciou em tom alarmista sobre um grupo que estaria envolvido neste pacto, denominando-o de “Gangue da Aids”.2 Deu-se início assim, a construção de um “episódio” exaustivamente noticiado nos jornais locais da cidade de Florianópolis, e que se desenrolaria por três meses, envolvendo moradores do bairro; indiciados inquiridos pela polícia; saber médico e muita polêmica; sustos, medo e a produção de imaginários sobre a Aids com fortes tons de preconceito.”

Ver: AMORIM, 2009, p.01.

foi realizado revela também que se tratava de um ambiente em que os sujeitos tinham pouco acesso ao sistema de saúde e educação. Essa condição de vulnerabilidade dos moradores locais foi utilizada pelos pesquisadores, dentro de uma lógica da biopolítica, em nome de um racismo de estado, que busca o melhoramento do corpo, enquanto espécie a partir da ideia de que certas vidas valem mais que outras, expondo sujeitos ao perigo. Para tanto, Foucault (2005) analisa que,

(...) o racismo terá sua segunda função: terá como papel permitir uma relação positiva, se vocês quiserem, do tipo: “quanto mais você matar, mais você fará morrer”, ou “quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá”. Eu diria que essa relação (“se você quer viver, é preciso que você faça morrer, é preciso que você possa matar”) afinal não foi o racismo, nem o Estado moderno, que inventou. É a relação guerreira: “para viver, é preciso que você massacre seus inimigos”. Mas o racismo faz justamente funcionar, faz atuar essa relação de tipo guerreiro – “se você quer viver, é preciso que o outro morra” – de uma maneira que é inteiramente nova e que, precisamente, é compatível com o exercício do biopoder. De uma parte, de fato, o racismo vai permitir estabelecer, entre a minha vida e a morte do outro, uma relação que não é uma relação militar e guerreira de enfrentamento, mas uma relação do tipo biológico: “quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mas eu – não enquanto sujeito mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar”. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais

sadia; mais sadia e mais pura.
(FOUCAULT, p. 305).

Poderíamos dizer a “relação guerreira” nas sociedades, descrita por Foucault, tem o propósito de utilizar o poder assassínio, como forma de preservação do corpo enquanto espécie. Nesse sentido, o *Estudo Tuskegee*, demonstrou que os sujeitos que estavam com a sífilis foram vistas como degeneradas e por isso poderiam ser eliminadas. Ter as tornado cobaias neste estudo, as impossibilitou de tratar da doença e conseqüentemente as levou a morte nesta lógica racista de Estado. O caso voltou a ter uma repercussão na década de 1990, segundo Bonfim (2010), quando houve um comitê para discutir a questão da ética. “Em 1994, surgiu o debate em um simpósio intitulado: Fazendo o mal em nome do bem: o estudo da sífilis em Tuskegee e seus legados.” (BONFIM, 2010, p.8). O caso foi comparado aos experimentos nazistas da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que realizou experimentos em judeus que foram expostos a doenças para observar os sintomas. O caso, talvez pouco lembrado pelas autoridades de saúde dos Estados Unidos virou filme. No Brasil “*Cobaias*”, tradução de “*Miss Evers Boys*” traz toda polêmica que envolveu o caso.

Mesmo com a descoberta da penicilina em 1928²⁴, a sífilis era uma doença que preocupava as autoridades de saúde e dentro da lógica racista. A enfermidade era atribuída aos negros por serem considerados biologicamente inferiores. Havia um interesse muito maior em provar que a doença estava relacionada aos negros do que curar os sujeitos doentes. No início do filme *Cobaia*²⁵, a ideologia racista é exposta pelo seguinte trecho:

Em 1932, acreditava-se que a alta mortalidade e incidência de doenças entre os afro-americanos eram prova de que eles eram “biologicamente inferiores” aos brancos. Também se dizia que os médicos e enfermeiros negros eram menos capazes que os brancos. O governo, temendo que as doenças dos negros passassem para os brancos decidiu criar vários programas ‘para negros’. O mais ambicioso deles foi o

²⁴ Ver: PORTER, 2002, p.11.

²⁵ Miss Evers Boys (1997). Filme disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JKIdIUrBXNY>

de Macon County, Alabama. Ele ficou conhecido como ‘O Estudo Tuskegee’.

A sífilis, uma doença que tinha um forte estigma, associado as sexualidades desviantes, fez parte além de tudo, da ideia de racismo de estado, em que o caso “*Tuskegee*” ilustra muito bem, que também esteve associado às mulheres. À mulher era a própria personificação da doença venérea, nos Estados Unidos.²⁶

Os médicos sanitaristas estadunidenses no final do século XIX e início do XX identificavam as doenças venéreas como resultado de transformações sociais, como o fim da Guerra Civil, o rápido crescimento das cidades e o aumento da imigração, tema tão caro aos Estados Unidos, que eram um meio de explicar os momentos de rupturas e rápidas mudanças na cultura, segundo os estudos de Carrara (1996).

No século XX com as duas grandes guerras que trouxeram mudanças aos países envolvidos, entre eles, os Estados Unidos, a figura do soldado americano sempre foi um tema de segurança do país, que de forma expansionista investiu em tecnologias de guerra e na educação para a guerra. Durante a Primeira Guerra foram utilizados cartazes como forma de educar os soldados dos males da doenças venéreas e para tanto, o uso da publicidade esteve muito presente. Em geral os cartazes utilizavam mulheres, prostitutas em cores vermelha (forte associação com o comunismo) para reforçar a ideia de que os soldados deveriam ficar longe de casas de

²⁶ Segundo Carrara (1996) Os médicos não tinham dúvidas quanto ao fato de as prostitutas serem as grandes disseminadoras do mal. Efetivamente, até meados do século XX, apesar das enormes divergências quanto às melhores armas para o combate às doenças venéreas, uma verdade parecia indiscutível no meio médico brasileiro e internacional: a propagação da sífilis é variável diretamente dependente da dimensão que a prostituição, pública ou clandestina, assumia nos diferentes países. Em seu trabalho sobre a França, o historiador Claude Quézel afirma a respeito que “à época, não vinha a ninguém a ideia de se perguntar até que ponto, enfim, sífilis e prostituição não eram senão uma mesma coisa. Desde antes da Revolução, porém ainda mais durante o século XIX e a primeira metade do século XX, a prostituição é considerada com a grande sementeira da sífilis, sobretudo quando emerge no horizonte da Belle Époque a obsessão pelo perigo venéreo” (Quézel, 1986:271). Para Brandt, nos E.U.A., igualmente, “médicos e reformadores sociais associavam as doenças venéreas quase exclusivamente com a vasta população de prostitutas das cidades americanas” (Brandt, 1985:31).” (CARRARA, 1996, p.140).

prostituição. As propagandas criaram a representação da mulher como fonte da doença e reforçaram os papéis sexistas naquela sociedade, segundo informações da, *National Library of Medicine (NLM)*²⁷.

Assim, houve uma forte relação entre patriotismo e moralidade nas campanhas de saúde para prevenir a sífilis. Os cartazes tentavam passar a imagem de decadência moral para os soldados que se infectassem com a doença.

Logo abaixo é possível ver uma série destes cartazes produzidos pelos Estados Unidos.

²⁷ U.S. National Library of Medicine. Visual Culture and Public Health Posters. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/venereal.html>



Imagem 3: Cartazes contra as doenças venéreas.
 Fonte: U.S. National Library of Medicine.²⁸

Os quatro cartazes acima ilustram a associação das mulheres com as doenças venéreas. Em todos eles, as mulheres são representadas com um comportamento que remete atitude e uma associação com uma liberdade não permitida. Seja pela forte expressão do rosto como no primeiro cartaz, seja pelo cigarro, pela

²⁸

Disponível em:
<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/venereal.html>

maquiagem ou mesmo pelas roupas, a ideia é de que as mulheres prostitutas poderiam ser uma fonte de doenças.

De acordo a análise do banco de dados em que constam estes e outros cartazes, o primeiro é compreendido por uma mulher do lado de fora de um bar. A mulher de cabelos loiros usa um vestido azul e segura um cigarro que pendurado em sua boca demonstra características atraentes, que são endurecidas por suas sobrancelhas que se unem. O título possui um aviso de que esta não é qualquer mulher, ela é uma ameaça perigosa, indicada pelo expressão militar “*Juke Joint Sniper*”²⁹.

O segundo cartaz traz a imagem de uma mulher que olha por cima do ombro enquanto fuma um cigarro. Ela está muito maquiada, o que passa a ideia de ser atraente, além do cigarro que fuma. O título adverte: “*A bag of trouble*”³⁰. O aviso associado a imagem é um alerta de que uma mulher atraente pode ser uma ameaça.

Da mesma forma, o terceiro cartaz traz a ilustração de uma mulher prostituta encostada na parede de um edifício que mais uma vez fuma um cigarro. O cartaz corresponde a década de 1940 e traz o vermelho para contrastar com as letras e fazer uma alusão ao comunismo. O título: “*Easy to get Siphilis and Gonorrhoea*”³¹, que refere-se tanto à mulher quanto à doença.

Por fim, uma mulher vestida de vermelho, está com uma mão na cabeça e uma mão na cintura. Neste cartaz, também da década de 1940, o aviso são para os soldados. As doenças venéreas são associadas com a mulher *glamourosa* da ilustração, que posa com o vestido vermelho decotado. A composição da imagem da mulher e do globo ao fundo pode também remeter a linguagem do anticomunismo associado ao vestido vermelho, segundo as informações da NLM. A manchete adverte: “*Veneral disease covers the earth. Learn to protect yourself NOW*”³².

Já no Brasil parte das campanhas sanitaristas também estava contra a sífilis, que nos anos de 1920, era fortemente associada com

²⁹ Uma expressão de inspiração militar utilizada para se referir a um local de péssimos hábitos e má fama. (Tradução minha).

³⁰ Ela pode ser um saco do problema. (Tradução minha)

³¹ Fácil de chegar. (Tradução minha)

³² As doenças venéreas que envolvem a terra. A responsabilidade do soldado para proteger a si mesmo. (Tradução minha)

as chamadas meretrizes e os jovens que eram alertados por meio de uma educação sexual dos perigos da doença, associada a transgressão dos bons costumes. Além disso, havia um esforço em tornar “delito de contaminação intersexual” para aqueles que transmitissem a sífilis com conhecimento de causa (RAGO, 1991).

A criminalização da transmissão de doenças venéreas na década de 1940, tornou-se parte de um artigo do código penal, que mesmo sendo desatualizado fora revisitado durante a década de 1980, na tentativa de aplicação a um caso que surgiu em Florianópolis, Santa Catarina. Tratava-se do chamado “Pacto da morte” ou “Gangue da AIDS”, uma história construída por jornais locais (Diário Catarinense e jornal O Estado) de um grupo de jovens moradores do bairro Trindade que foram acusados de terem disseminado o vírus da aids por meio de seringas contaminadas. Esse artigo 131 foi uma espécie de reação contra a disseminação das moléstias, que passaria assim a ser feita por meio punitivo. O artigo foi definido como: “Perigo do contágio de moléstia grave”: Praticar, com o fim de transmitir moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio: Pena – reclusão, de um a quatro anos, e multa, de dois mil a dez mil cruzeiros”. (Inquérito Policial, 19 out. de 1987, folha nº 28.)³³

Interessante perceber uma tentativa em regular os desejos para que os homens procurassem pouco as prostitutas e da parte das mulheres também deveria ter uma moralização dos costumes. Para as “defloradas” e “prostituídas” médicos apostavam em uma espécie de regeneração, com a criação de escolas profissionais gratuitas em forma de oficinas e o incentivo dos casamentos precoces, para afastar os homens solteiros das prostitutas, segundo Rago (1991).

De acordo com Carrara (1996) os médicos durante o século XIX acreditavam que a sífilis não era apenas uma doença sexualmente transmissível, mas principalmente construída de acordo com as atitudes nas relações sexuais. Tais medidas na visão do autor podem ser explicadas pela tradição dos médicos oitocentistas que acreditavam que as doenças poderiam ser consequência do mau uso da sexualidade ou da função sexual.

A causalidade sexual é para Foucault (Apud CARRARA 1996) uma rede tecida a partir de uma etiologia sexual. Além disso,

³³ Ver: AMORIM, 2009, p. 88.

o pensamento médico do século XIX considerava que o ato sexual deveria acontecer pouco e que o excesso de relações sexuais ou masturbação poderia oferecer perigos a saúde.

Segundo pensavam, a repetição do espasmo nervoso que se seguia à ejaculação, levando ao esgotamento, repercutia sobre todo o organismo. Ainda mais: a perda contínua do precioso líquido seminal. (CARRARA, 1996, p.9).

Isto causaria uma perda na produtividade dos sujeitos. Segundo Foucault (Apud CARRARA 1996, p.9):

(...) desde Hipócrates acredita-se que o “ato sexual arranca do corpo uma substância que é capaz de transmitir a vida, mas que só a transmite porque ela própria está ligada a existência do sujeito e carrega em si uma parte dessa existência. O ser vivo, ao expulsar seu sêmen, não se limita a evacuar um humor em excesso: ele se priva de elementos que são de grande valia para sua própria existência.

Uma sexualidade sem moderação era um sinal de imoralidade e como consequência, a sífilis possuía uma fundamentação científica através dos fenômenos de irritação e de inflamação, que eram metaforizados pela ideia de ardor sexual, segundo Carrara (1996).

Da mesma forma como apresentado nos cartazes de campanhas contra a sífilis nos Estados Unidos, o Brasil nos anos de 1930, também produziu uma série de campanhas na corrida antivenérea, influenciada pelos estadunidenses, principalmente depois do apoio do Brasil aos aliados durante a segunda Guerra Mundial. Essa semelhança podia ser caracterizada pelo intenso cuidado e como expõe Carrara (1996) por um “clima de suspeição generalizada” que os sanitaristas buscavam divulgar. Assim:

(...) uma campanha em prol do exame médico pré-nupcial fazia circular um cartaz no qual, superposto à clássica figura dos noivos enlaçados, aparecem duas caveiras e os dizeres: “Muita vez, debaixo de um véu de noiva ou de uma casaca de noivo, traiçoeiros se encontram de mãos dadas, tramando um pacto sinistro, germens de doenças terríveis que se transmitirão à prole

desgraçando-a” (Boletim de Educação Sexual, ano III, no 3, 1935). (CARRARA, 1996, p.48).

Havia uma noção de progresso em que o futuro deveria conter pessoas saudáveis nessa lógica de saúde pública e para tanto a sífilis representava uma ameaça não só aos bons costumes, como também ao futuro da nação, já que tratava-se de uma doença que deixava não só marcas no corpo, como trazia sequelas. Assim, Carrara (1996) explica que um sífilógrafo Eduardo Rabelo falava sobre os problemas que a sífilis poderia trazer ao futuro da nação, devido “os efeitos de uma herança mórbida” (CARRARA, 1996, p.49). Analisa ainda Carrara (1996) que a sífilis corporificava o tempo, já que o sujeito se tornava marcado pelo seu passado e o peso do futuro contaminado. Essa teoria da degeneração buscava explicar a predisposição dos sujeitos para desenvolver certas doenças, e nesse sentido, é válido lembrar do “*Estudo Tuskegee*”, que partia da ideia de que a sífilis era uma doença que atingia homens negros. Seja pela ideia de um sangue ruim, devido a teoria de que haveria várias raças ou pela cultura amparada por um caráter científico, que colocava a mulher em um papel de fonte de imoralidade e fonte da sífilis que poderia colocar em risco a saúde dos soldados, que deveriam gastar sua energia com a guerra, ambas constituíam em uma sexualidade desenfreada.

Para Carrara (1996) a teoria da degeneração buscava aplicar explicações aos sujeitos que fugiam a norma biológica, social e moral dadas naquele período do século XIX e até meados do XX que deveriam ser parâmetros. Essa degeneração poderia ser algo determinista, desde o nascimento por comportamentos tidos como imorais ou singular, ou mesmo pelas feições físicas. Além disso, haviam as características comportamentais, compreendidas como debilidade mental ou mesmo os vícios, por isso o sexo, o alcoolismo era tão condenados.

O racismo de estado, analisado por Foucault, 2005 (Apud CARRARA 1996) é percebido, como posto anteriormente com a sífilis, pois:

Durante várias décadas, a esterilização de anormais, o racismo de Estado, a luta contra o alcoolismo e outras drogas, o combate à prostituição e certas formas especiais de controle para algumas categorias de delinqüentes apresentaram-se como os

meios mais seguros para implementar a urgente tarefa de salvar a humanidade (ou algumas de suas raças) de um colapso que se acreditava iminente. Também a luta antivênerea deve ser considerada fundamentalmente como uma das dimensões da luta mais ampla contra a degeneração, pois, a partir da passagem do século, a sífilis será uma de suas mais importantes causas. É como causa da degeneração que a sífilis deixaria de ser uma doença de indivíduos para ser uma doença da raça ou espécie, adquirindo um valor propriamente social e se oferecendo como importante ponto de articulação de discursos nacionalistas. (CARRARA, 1996, p. 61)

Carrara (1996) chama atenção para o pós-Segunda Guerra, quando o uso da penicilina passou a ser uma eficaz medicação e que essa transformação alterou a ideia da sífilis como uma doença imortal e incurável. Essa nova perspectiva diminuiu a influência de sífilógrafos na explicação e combate à doença. A sífilis tornou-se mais uma doença venérea e não mais a doença que simbolizava a impureza sexual e toda carga negativa.

Ainda segundo Carrara (1996) a sífilis e outras doenças venéreas perderam a carga simbólica de degeneração após a década de 1960, até a chegada da aids, cujo os males passaram a ser associados com a sífilis, mesmo com suas especificidades biológicas. A aids por ser uma síndrome em decorrência do vírus HIV e a sífilis pela bactéria *Treponema Pallidum*, além da busca pela cura no caso da aids. Seja esta última enfermidade incurável ou as doenças venéreas com tratamento, não possuem a mesma carga moral que havia em séculos anteriores e apresentadas nas histórias deste texto. Outro fato importante, é como hoje, mesmo em meio a uma nova perspectiva de saúde pública amparada nos conceitos da Promoção da Saúde, não existe uma mesma perspectiva de noção de futuro, como havia antes, em que o grande desafio dos médicos eugenistas era garantir que as próximas gerações não carregassem os males da degenerescência advindas de relações sexuais consideradas imorais, como no caso da prostituição. Talvez tenhamos hoje uma noção de futuro mais fugaz, com perspectivas de cuidar de um futuro que nos traga uma

esperança de prazer e de uma boa saúde. As bases desta ideia são alimentadas pela intensa politização da vida, que desde o século XVIII passou a fazer parte dos cálculos populacionais, demográficos e dirigido por instituições.

1.3. O surgimento da aids no contexto de avanços da medicina na década de 1980

O objetivo é compreender como o surgimento da aids ressignificou a ciência e a medicina no início da década de 1980, com o advento de um retrovírus que não havia sido descoberto ainda pelos cientistas e que alarmou a comunidade científica que tinha um cenário de infecções controladas. Ademais, procuro entender como surgiu um discurso preventivo que passou a ser parâmetro para o comportamento sexual. Os efeitos de uma nova epidemia, não só quebraram paradigmas científicos, como também tornaram necessários que a mídia passasse a relatar casos e histórias. Além disso, a mídia passou também a publicar informações sobre a doença, levando as pessoas questões sobre a saúde, que até então, estava restrita ao meio científico. Acompanhar as rupturas da história da aids, ainda será uma oportunidade de entender como se desenvolveu o conceito de risco, tão difundido atualmente na saúde pública para alertar as pessoas e promover a promoção da saúde.

Cada década da epidemia possui um perfil, na década de 1980, a doença era associada a homossexualidade masculina e logo aos grupos de risco. Em meados da década de 1990, a doença passou a ser vinculada às mulheres, em especial as que se infectaram durante o casamento, o que hoje é denominado, a “feminização da aids”.

A noção de grupo de risco foi uma forma de enquadrar supostos perfis que fossem mais propensos a se infectarem e a infectarem outros indivíduos. Essa categoria classificatória foi uma forma da epidemiologia fazer uma leitura da epidemia, que no início atingiu jovens homossexuais. Assim segundo Castiel (2010),

A tentativa de apreender a epidemia através da inclusão do social no campo epidemiológico deu continuidade a uma trajetória peculiar da Aids em relação às categorias classificatórias da população

atingida pela epidemia desde o início dos anos 1980. O primeiro conceito utilizado, “grupo de risco”, derivado de “fatores de risco” (elementos probabilísticos de associações regulares das causas epidemiológicas), seguiu as normas da epidemiologia tradicional. Aplicado à epidemia da Aids, então incipiente (de 1981 a 1984), o enquadramento epidemiológico de indivíduos identificados como homo e bissexuais em um “grupo de risco” aparentemente fazia sentido pelo perfil inicial do doente. Por sua vez, o vínculo entre homo e bissexual e Aids fez com que esses casos chegassem rapidamente ao conhecimento comum, por meio da informação midiática, em detrimento de outros, menos “notícia”, mas de pessoas também acometidas pela doença Moraes e Carrara, 1995 (Apud Castiel, 2010, p.47).

De acordo com o autor, após críticas sobre o uso do termo grupo de risco para enquadrar pessoas com maior risco de infecção, houve uma mudança para o termo “comportamento de risco”, como forma de resolver o problema, mas sem, contudo, perder o controle classificatório dos casos de aids.

A ideia de que casais heterossexuais estavam a salvo gerou uma falsa sensação de proteção, o que na década de 1990, mostrou ter sido um grande problema na saúde pública, pois casos de mulheres casadas infectadas pelo vírus HIV começaram a aumentar, de forma que se percebeu que tratar de grupos de risco mascarava o perigo do contágio do HIV/aids. Após 1996, com o tratamento oferecido pelo SUS, o Brasil passou a ter um marco na história da aids, pois o tempo de vida dos indivíduos infectados passou a aumentar devido aos coquetéis de medicamentos. Assim, nos anos 2000, o cenário da epidemia ainda preocupava pelos números de casos, porém, demonstrou que o perfil mortífero como existia na década de 1980, passou a não mais fazer parte do cotidiano dos sujeitos. Por outro lado, com o passar dos anos, outro efeito desse novo perfil preocupou os médicos, a negligência do preservativo e a ideia de que a aids não mata mais. Essa associação passou a ser um problema de saúde pública também, que criou uma série de novos parâmetros de noções de risco para informar a

população sobre o comportamento sexual a ser seguido para não contrair o vírus da aids.

Compreender a história da aids pode ser um caminho para entender as rupturas na ciência e como a sociedade se reagiu diante de uma doença que se apresentou de forma indefinida. Desta forma, utilizo também como parte desta pesquisa o filme: *And The Band Played On (1993)*, (E a Vida Continua), por acreditar que a narrativa deste filme possa contribuir com este trabalho e ser um caminho para perceber o processo de rupturas da epidemia.

E a vida continua foi um filme lançado em 1993 nos Estados Unidos, com direção de *Roger Spottiswoode*, que conta a história da aids e a disputa política da comunidade científica pela descoberta do vírus, que dificultou o início da luta contra a síndrome. A narrativa do filme mostra os primeiros casos nos Estados Unidos, em que surgiram em 1981, quando jovens homossexuais masculinos cisgênero apresentaram sintomas similares, porém que não se enquadravam dentro das definições de doenças até então existentes.

O enredo do filme tem um enfoque nos homens que encontravam manchas rosadas no corpo, o Sacorma de Kaposi. A comunidade médica seguia intrigada, já que seus pacientes apresentavam sintomas que não eram claros dentro do que se conhecia na literatura médica. Aos poucos mais casos apareceram nos Estados Unidos e na tentativa de enquadrar estes sintomas, a comunidade científica começou a se interessar, já que até então a medicina encontrava-se num patamar avançado em termos de descobertas de doenças, pois haviam erradicado doenças com a produção de vacinas.

A maior parte dos casos apareceu entre homens homossexuais, o que deixou a comunidade gay intrigada, pois esta vibrava com a conquista de direitos conquistados durante a década de 1970. Por conta desta característica, dos sintomas estarem relacionados aos “gays” os cientistas começaram a descartar a ideia de uma transmissão por ar ou contato, e passaram a suspeitar de uma ligação dos sintomas com o sexo, em especial entre os homossexuais.

O termo *gay* foi criado para apagar a carga psiquiátrica por trás da palavra homossexual. Assim, *gay* é um termo politizado, e menos estigmatizante que remete a militância. Segundo Guimarães (2009)

Desde 1973, a homossexualidade já havia deixado de ser classificada como tal pela Associação Americana de Psiquiatria e, na mesma época, foi retirada do Código Internacional de Doenças (CID-10). A Assembleia-Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), no dia 17 de maio de 1990, retirou a homossexualidade da sua lista de doenças mentais, declarando que “a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão” e que os psicólogos não colaborariam com eventos e serviços que proponham tratamento e cura da homossexualidade (Cronologia dos Direitos Homossexuais, n.d.). Apesar disso, e mesmo contra as recomendações do Conselho Federal de Psicologia do Brasil (CFP), existem psicólogos e técnicos da saúde que vêem a homossexualidade como uma doença, perturbação ou desvio do desejo sexual - algo que pode necessitar de tratamento ou reabilitação -, aos quais está associado o movimento ex-gay, dedicado à “conversa” de indivíduos homossexuais para a heterossexualidade. (GUIMARÃES, 2009, p. 559)

Percebe-se que houve um processo de discussão em torno da homossexualidade, que em décadas anteriores a 1970, a tinham como uma patologia. No filme, aparece manifestações do movimento *gay* contra o fechamento das saunas. Outros motivos também fizeram parte de suas reivindicações, como a questão da privacidade que estes grupos podiam ter nas saunas, já que poderiam exercer suas relações afetivo-sexuais sem a recriminação da sociedade.

O desenrolar da película gira em torno do esforço dos médicos que relatavam os sintomas aos cientistas na tentativa de compreenderem que doença estavam lidando. Assim, foram desenvolvidos questionários para entrevistar homens, que estavam internados ou vinham se consultar com regularidade por conta das manchas rosadas pelo corpo. Outro sintoma que aparecia eram tosses intensas, que acabavam sendo diagnosticadas como pneumonia, o que debilitava muito a saúde dos doentes.

As questões relacionadas ao preconceito e discursos moralizantes começaram a surgir à medida que mais homens que tinham relacionamento afetivo-sexual com outros homens apresentaram sintomas semelhantes, até que, a OMS decidiu fechar as saunas gays, o que gerou revolta entre a comunidade por vários motivos, dos quais os mais frequentes era a ideia de retrocesso das conquistas da liberdade de se relacionarem com outros homens.

Neste momento de muita discussão no filme, em que as opiniões dividiam-se entre ferir a liberdade do outro e gerar medidas para controlar o avanço desta nova doença, o número de homens com os sintomas característicos da síndrome em estágio avançado cresceu e no ano de 1982 as mortes por estes sintomas ocorreram, deixando assim a comunidade médica e científica mais intrigada. Em meio a isso os homossexuais masculinos cisgênero dividiam-se entre o medo de serem contagiados, que inclusive a síndrome, começou a ser chamada de “câncer rosa”, “câncer gay” ou GRID (*Gay Related Immuno Deficiency*) - imunodeficiência ligada à homossexualidade e a ideia de que se tratava de tentativa de moralizar os comportamentos sexuais.

Muitos homens ignoraram esse fato e continuaram a ter relações sexuais com muitos parceiros, como forma de protesto ou mesmo por não se preocuparem. As manchas rosadas pelo corpo que variavam de tamanho, foram diagnosticadas pelos os cientistas como: Sarcoma de Kaposi, um tipo de câncer raro comum em pessoas idosas. E por serem rosadas foram logo atribuídas aos *gays*, já que a existe uma construção social da cor rosa ser associado as mulheres.³⁴

Nesse contexto, o filme mostra também o processo de descoberta dos cientistas, que aplicavam regras, premissas ou mesmo fórmulas, que poderia dar-lhes um resultado sobre a doença. No entanto, essa comunidade científica dos Estados Unidos se viu voltando à estaca zero, porque percebeu que o resultado não seria obtido tão facilmente através de aplicação de teorias, que associavam a doença a homossexualidade masculina, pois casos entre mulheres apareceram também. Estes cientistas,

³⁴ “Na cultura ocidental, supõe-se que o masculino seja dotado de maior agressividade e o feminino, de maior suavidade e delicadeza.”

Ver: Gênero e Diversidade na Escola: Formação de professores/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009, p. 45.

estavam em contato com o *Instituto Pauster*³⁵, França, o que tornou a visão desta nova enfermidade mais ampla, mas ao mesmo tempo gerou dúvidas se eles estariam mesmo prestes a descobrir um novo retrovírus.

A comunidade gay passou a militar na defesa e pedir mais atenção, que fazia pouco caso neste momento da doença. O filme retrata o momento político que vivia os Estados Unidos, de forma que em 1980, Ronald Reagan tornou-se presidente dos Estados Unidos e mais tarde, em 1985 foi reeleito, ele republicano, fazia questão de não falar sobre a nova doença que atingia principalmente os homossexuais. Isso se deve também ao apoio da direita religiosa que tinha durante seu governo. Apenas no final do seu segundo mandato em 1987, é que o presidente quebrou o seu silêncio para uma doença que já havia sido diagnosticada neste período e que necessitava de financiamentos para pesquisa e desenvolvimento de tratamento. Financiamento este, que foi requerido desde o início da doença por pesquisadores, que sofriam com a falta de equipamentos e recursos para progredir em suas pesquisas sobre a aids. Isso é também retratado no filme, que claramente mostra o quanto os recursos financeiros demoraram para aparecer, enquanto milhares de sujeitos não só nos Estados Unidos, como em outros países morriam em decorrência da síndrome.

No decorrer dos anos durante a década de 1980, desde o processo da descoberta, até o início do tratamento, muitas pessoas morreram no mundo por falta de tratamento. Essa morte civil, que era caracterizada pelo forte estigma que viviam os sujeitos com HIV/aids, impedia que estas fossem diagnosticadas e tratadas. Esse “silenciamento” tornou-se parte do cotidiano de pacientes, que sofriam com os discursos moralizantes. Seja nos Estados Unidos ou mesmo no Brasil, a aids foi percebida como uma doença que era percebida por muitos, como um castigo divino. Essa ideia dificultou os avanços e a busca por tratamento, e os gays que haviam conquistados direitos e lutado contra o preconceito vivenciaram um momento de retrocesso, por conta desse discurso.

³⁵ Instituição francesa, dedicada ao estudo de vacinas. O nome é em homenagem a Louis Pasteur, fundador da instituição, que em 1885, produziu a vacina da raiva. Foi a primeira instituição a isolar o HIV, vírus que provoca a aids em 1983.
Ver: PORTER, 2002, p.45.

Além desse chamamento da sociedade, que aos poucos prestou atenção nesta doença, na comunidade científica, dois grandes núcleos de estudo disputaram a primazia pela descoberta do vírus em 1983. Os pesquisadores dos Estados Unidos que se aliaram ao cientista Robert Gallo e disputaram o reconhecimento pela descoberta do vírus com outro cientista do *Instituto Pauster*, Luc Montagnier, que em meio às controvérsias resolveram dividir o crédito da descoberta entre as duas equipes.

Em 1984, tinha então a nomenclatura do que hoje chamamos de AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida por debilitar o sistema imunológico, em que doenças oportunistas atingem a sujeito contaminada. Após esse período, mesmo em meio ao descaso do presidente Reagan, os cientistas puderam realizar mais pesquisas no campo da saúde para avançar nos tratamentos.

A narrativa do filme termina com uma mobilização da sociedade estadunidense frente à epidemia, por meio de passeatas dos gays que passaram novamente a lutar por direitos e principalmente mostrar a repulsa ao preconceito que sofreram por conta da associação destes com a aids e as ideias moralizantes de que se tratava de uma doença que vinha para condenar sujeitos com a sexualidade considerada desregrada. E acima de tudo, a luta por melhorias no tratamento da síndrome.

Quanto à origem da epidemia existem muitas teorias a respeito, mas quase todas aceitam que o HIV era um vírus que infectava primatas como chimpanzés na África. Estes viviam com um tipo de vírus, o SIV (vírus da imunodeficiência símia), semelhante ao HIV (vírus da imunodeficiência humana), mas sem apresentarem problemas. Em algum momento, o homem teve contato com estes animais, provavelmente com o sangue do animal, o que acabou ocasionando na infecção pelo vírus HIV. De acordo com Montagnier (1985), esta hipótese não está provada, o que nos leva a supor outras. O vírus pode existir há muito tempo em diferentes partes do mundo, sem gerar uma epidemia. Ainda segundo o autor e cientista, a origem da aids pode estar associada às grandes transformações de nossa sociedade. O vírus pode ser o mesmo durante décadas, mas a população pode ter se tornado mais sensível. Isto pode estar ligado ao fato da medicina se preocupar com o desenvolvimento das vacinas e dos antibióticos, deixando margem às outras epidemias.

Além do mais, durante o século XX, as cidades sofreram grandes transformações, com o processo de modernização e urbanização, que implicou no aumento da população, bem como na melhoria das condições de vida. Dessa forma, muitas pessoas passaram a transitar por cidades e países. E com isso, várias doenças também passaram a circular de forma mais rápida entre os sujeitos. A própria medicina pode ter ajudado a espalhar as doenças, com as transfusões sanguíneas, segundo Axt (2006).

Muitos cientistas afirmam que o vírus é anterior à epidemia atual, pois através de testes descobriram que alguns indivíduos foram infectados bem antes da década de 1980 pelo vírus HIV, porém em casos isolados que não chegaram a gerar uma epidemia. Sobre as hipóteses da origem da aids,

A mais polêmica foi publicada em 1999, no livro *The River* (“O Rio”, sem tradução em português), de Edward Hooper). Ele defende que o vírus teria pulado para o homem por meio de vacinas contra a pólio, aplicadas em massa nos anos 50 na República Democrática do Congo, Burundi e Ruanda. (AXT, 2006: 68).

De todas as hipóteses, a mais aceita é a que considera que o vírus SIV, um tipo de HIV presente em alguns chimpanzés, teria infectado o homem em algum momento. Entre as espécies infectadas está o *mangabey*, dos macacos, o mandril. Esta espécie se localiza no oeste-africano e vive em estado selvagem, e com isso a infecção poderia ter ocorrido através de mordidas, por ocasião de brincadeiras. Este contágio pode ter acontecido quando estes símios foram capturados após a morte de suas mães e, depois, criados em cativeiro, segundo o cientista Montagnier (1995). No entanto, o cientista atenta para o fato, de que se a infecção ocorreu através dos símios, estes poderiam ser de outras regiões, pois para os ocidentais parece ser tentador atribuir a origem do HIV à África.

Outra polêmica a respeito do vírus da aids refere-se a uma teoria que dizia que o vírus teria sido enviado para a África pelos Estados Unidos, como forma de diminuir a taxa de natalidade africana, quase um ato de guerra. Esta teoria deve-se ao fato dos índices altíssimos de casos de pessoas com HIV/aids em países africanos, que foram alvo de muito preconceito e estigmatização. Esta teoria, embora não esteja provada, pode ser compreensível

pelo fato de outros países inferiorizam a cultura e a população dos países africanos.

Roy Porter (2004) classificou esse período de pânico, marcado pela culpabilização das vítimas, que chegou a ser chamada no início de “câncer gay”, pelo jogo político de transferência de responsabilidade e, por intensiva pesquisa pela biomedicina. Ele ainda problematizou que os países da África subsaariana devastados pela epidemia, estão longe de desfrutar os recursos e avanços médicos.

Até então a medicina tinha a hegemonia de quem havia descoberto a cura das enfermidades, postergado as piores doenças, como aquelas causadas pelas bactérias, que as vacinas haviam curado. A biomedicina durante o século XX havia descoberto a cura de muitas doenças de forma a erradicá-las, mas durante a década de 1980, surgiu uma doença que intrigou toda a comunidade médica.

Como aponta Porter (2002, p.63),

Houve mais descobertas e avanços na ciência médica no século XX que em todos os séculos anteriores juntos, tendo-se a medicina tornado infinitamente mais poderosa do que nunca. O tratamento médico em muitos campos tornou-se muitíssimo mais eficaz. Ganhamos conhecimentos sobre as doenças e os seus processos que, no início do século, eram desconhecidos ou misteriosos. Conseguimos salvar vidas, muito mais facilmente, quando antes só podíamos ficar a ver as vítimas morrer.

O século XX foi considerado como o período dos medicamentos, pela quantidade de descobertas neste ramo e bem aproveitadas pela indústria farmacêutica que obteve muitos lucros. Após a Segunda Guerra Mundial, o uso de antibióticos foi muito utilizado, evitando muitas doenças, que antes não apresentavam cura. Assim, o surgimento da aids abalou o *status* da medicina, mostrando que as doenças infecciosas não tinham sido derrotadas, segundo Sontag (1989).

Assim, é possível perceber que o século XX foi um período de muitas transformações sociais, dos quais a saúde e a doença também geraram rupturas. Avanços e descobertas das doenças, das

vacinas e tantos outros, foram responsáveis por melhorais no cotidiano dos sujeitos. A medicina desta forma, obteve um status de ciência, que além de ter descoberto as piores doenças, passou a dominar processos de cura. Porém, a aids abalou essa medicina, porque apareceu de uma maneira em que os sintomas não eram claros, porque além de tudo, era necessário reconhecer que o papel da cultura e da subjetividade, vão além de um método objetivo e científico. Talvez, o grande desafio seja o de compreender como as sociedades se resignificam diante de uma doença, de como cada um de nós lida com a saúde e a doença e assim como nós construímos nossas maneiras de prolongar a vida. Vimos que, desde o início do século XX as doenças passaram a ser alvo das políticas públicas de higienização por meio dos médicos sanitaristas que buscavam a profilaxia das doenças urbanas. Veremos então, como durante a década de 1980, com o a aids, a prevenção no Brasil se desenvolveu e como foram construídas campanhas de prevenção à aids através de vídeos.

CAPÍTULO II DO TEMPO DE “PAZ E AMOR” PARA A ERA DO AMOR CONTIDO.

“Somos potencialmente descontrolados” (Luiz Castiel)³⁶

Cercados por recomendações de como viver sem correr riscos, somos levados a visualizar que seguir os modelos de estilos de vida saudável é o mais correto. Caso se resolva sair pela tangente ou seguir pelas margens, podemos ser taxados de irresponsáveis e descontrolados. Correr riscos tornou-se algo perigoso na contemporaneidade. Nosso cotidiano está impregnado pelas noções de risco. Assim, é o risco de ser assaltado ao sair de casa, mas se ficarmos em casa, também corremos o risco de sermos diagnosticados como antissociais. São e podem ser múltiplos, ou mesmo infinitos, os riscos cotidianos que fazem parte da vida dos sujeitos nas sociedades ocidentais, além de nos colocarem em plena contradição. O tempo de “paz e amor” é uma referência, talvez até romantizada, de um período que foi a década de 1960, a chamada contracultura, em que os jovens se lançaram a rebeldia e ao amor livre. Já o que chamo de “era do amor contido” não é um lugar comum, como o período da contracultura, mas envolve as mudanças no comportamento sexual dos sujeitos a partir do surgimento da aids durante a década de 1980.

Para compreender o que significa risco para uma sociedade, iremos utilizar a análise de Deborah Lupton na sua obra: *Risk* (1999) que analisa:

(...) as formas pelas quais as pessoas nas sociedades ocidentais dão sentido ao risco. A premissa principal do livro é que a identificação dos “riscos” ocorre nos contextos sócio-culturais e históricos específicos em que estão localizados. Para chamar algo de “risco” é necessário reconhecer a sua importância para a nossa subjetividade e bem-estar. Em algumas sociedades, em alguns momentos, certos

³⁶ Palestra de Luiz Castiel, proferida no dia 22/03/2013, com o tema: Riscos, autocontrole e promoção da saúde alimentar no prédio CCS (Centro de Ciências da Saúde) da Universidade Federal de Santa Catarina.

fenômenos são selecionados como o foco de ansiedades. Em outras sociedades e épocas, outros fenômenos tornam-se proeminentes como de risco. (LUPTON, 1999, p.13)

Em relação ao HIV/aids o risco é reconhecido pelas políticas de saúde pública, por meio das relações sexuais sem o uso do preservativo. Esse risco é construído para alertar os sujeitos em campanhas de prevenção. No entanto, essa construção do risco também pode ser gerador de uma ansiedade, pois mesmo quando você é bem informado, tem acesso a preservativos e mesmo assim escolhe não usá-lo em uma relação, é logo taxado de irresponsável, de perigoso, e mesmo que você não se importe, o sentimento passa a persegui-lo.

Para Marinho (2000, p.3) somos fruto da “geração camisinha”, pois somos:

(...) aquela que desenvolveu sua sexualidade sob a ameaça da Aids. A camisinha é o centro de atenções de sexólogos e psicólogos que, nas colunas de jornais, pregam insistentemente seu uso, principalmente pelos adolescentes, que, aliás, já têm camisinha sob medida. Ela é tema de música, objeto apropriado por designer para suas criações, vendida como coca-cola ou chiclete nas máquinas conhecidas como vending machine, e já pode ser comprada em diversos sabores e cores. Informações sobre ela podem ser encontradas em descontraídos sites na internet. Já virou até selo. Enfim, ela está abundantemente presente nos meios de comunicação, gerando as mais variadas discussões. Mas, por trás dessa aparente visibilidade, permanecem atribuições contraditórias de sentido e valor a esse objeto. Apesar de ter sua capacidade preventiva reconhecida, não há uma correspondência direta entre esse reconhecimento e a prática efetiva de seu uso.

O que é um preservativo numa relação sexual? Aos olhos das políticas de prevenção à aids pode ser o divisor entre a vida e a morte, pode ser uma questão de amor próprio, de se preservar, de se cuidar, de cuidar do outro, enfim, de se proteger do HIV/aids. Aos olhos dos sujeitos, nas suas mais variadas formas de se

relacionar sexualmente, o preservativo pode significar muito ou simplesmente nada. Quando se trata do desejo, da vontade, como mediar/controlar essa sensação e pensar nos riscos, em algo que foge ao presente. O presente é prazer, aventura, vontade e desejo. Há outras relações em que o preservativo é considerado um estranho, um intrometido que deve ser evitado por acabar com o clima dos/as parceiros/as. Há ainda sujeitos que observam o uso do preservativo como falta de confiança, como expressão do desejo de trair. E ainda existem dogmas religiosos que não permitem o uso do preservativo por considerá-lo oposto ao ideal da procriação, quase um assassinato daqueles que poderiam vir ao mundo. São e podem ser múltiplas as definições do uso do preservativo, que não se limita à proteção contra o HIV/aids.

Uma representação muito forte do preservativo é ainda a ideia de que está ligado as relações fora do casamento ou tidas como promíscuas. Nesse sentido, Marinho (2000) analisa:

Em relação à “imagem pública da camisinha”, ela permanece associada a comportamentos sexuais percebidos como promíscuos, irregulares ou desviantes. Já as razões alegadas para seu não uso aparecem como “ter confiança no parceiro”; “ter parceiro fixo”; “não sentir-se à vontade para usá-la”; “não sentir vontade de usá-la”; “estar usando outro método anticoncepcional”; “esquecer de comprá-la ou não tê-la no momento em que ocorre a relação”. Schiavo, 1997, p.32 (Apud MARINHO, 2000, p.3).

Esta temática segue uma linha muito tênue entre o desconstruir conceitos e o compromisso social de perceber a importância também das políticas de prevenção à aids. A intenção não é realizar um estudo que seja contra o preservativo, mas de perceber como existe um discurso único que mascara as relações entre Os sujeitos e as subjetividades que envolvem as trajetórias afetivas. E talvez esse estudo não deixe de contribuir com o papel social de prevenção, já que busca compreender como e por quais motivos As pessoas deixam de usar o preservativo nas relações sexuais.

O Ministério da Saúde e muitos estudos mostram como as mulheres são apontadas como aquelas que aceitam deixar de usar o preservativo por pedidos dos seus parceiros, por colocarem a

confiança acima do risco. Há estudos que utilizam a categoria vulnerabilidade para explicar o porquê das mulheres não negociarem o uso do preservativo numa relação, pois ainda existe o medo da violência doméstica praticada por homens, que ao se sentirem traídos em terem as esposas e/ou companheiras propondo algo que pra eles suscita a possibilidade de ter relações com outros homens.

Assim, a culpabilização é uma das características desta chamada Promoção da Saúde na contemporaneidade, em que Os sujeitos são cotidianamente responsabilizadas pela sua saúde. Além disso, existe todo um discurso de que o sujeito possui autonomia e responsabilidade sobre sua própria saúde. Logo, Os sujeitos precisam se alimentar bem (o contexto social nestas horas não é levado em conta), se exercitar, fazer sexo seguro, etc. Programas na TV, afinados com a noção de culpabilidade, produzem discursos aterrorizantes, e mostram que, do contrário, você poderá morrer de problemas de coração ou se ver limitado pela obesidade. Para simplificar, existem maneiras politicamente corretas para tudo. Luiz Castiel em suas obras trabalha com os efeitos na contemporaneidade desses mecanismos de controle que homogeneizam comportamentos, com o intuito cada vez mais de tornar o sujeito responsável pela sua má ou boa saúde.

O risco tornou-se um conceito cada vez mais difundido nas sociedades ocidentais, pois é um aspecto central da subjetividade humana, visto como algo que pode ser gerenciado por meio de intervenção humana, que está associado com noções de escolha, responsabilidade e culpa, de acordo com Lupton (1999).

Procurou entender como surgiu um discurso preventivo que passou a ser parâmetro para o comportamento sexual. Os efeitos de uma nova epidemia, não só quebraram paradigmas científicos, como também tornaram necessários que a mídia passasse a relatar casos e histórias, como também, publicar informações sobre a doença, que levou as pessoas uma mídia voltada para as questões da saúde, que até então, estavam restritas ao meio científico.

A noção de grupo de risco foi uma forma de enquadrar supostos perfis que fossem mais propensos a infectar outros sujeitos. Essa categoria classificatória foi uma forma da epidemiologia fazer uma leitura da epidemia, que no início atingiu jovens homossexuais.

Após críticas sobre o uso do termo grupo de risco para enquadrar sujeitos com maior risco de infecção, houve uma

mudança para o termo “comportamento de risco”, como forma de resolver o problema, mas sem, contudo, perder o controle classificatório dos casos de aids. Para Lupton (1997) a categorização “grupos de risco” e “comportamento de risco” implica em enquadrar práticas sexuais de um sujeito em algo fixo, ao invés de fluído. À exemplo disso, são os modelos de família que existem hoje, que não seguem mais padrões normativos. As trajetórias sexuais na vida de um sujeito podem ser intensas, como Bonzon (2011) exemplificou quando refletiu que alguém que passou por muito tempo casado, com apenas um parceiro pode após uma separação ter vários parceiros. Categorizar este ou outras situações, implica em mascarar as subjetividades e fluxo de relações que são muito complexas. É o caso que Lupton (1997), também nos mostra ao colocar que tal taxonomia teve dificuldade de lidar com usuários de drogas, pois este sujeito pode também fazer sexo com outros homens e nem por isso se identificar como homossexual, de forma que as diferenças são ignoradas no contexto de vida de uma sujeito.

Dessa forma, conduzida por este olhar historiográfico vejo a necessidade de compreendermos um período anterior à epidemia, marcado por movimentos sociais. Assim, conhecemos as histórias de uma geração nos anos de 1960, influenciada pelo movimento *Hippie* nos Estados Unidos, em meio a um contexto de jovens que realizavam passeatas contra a Guerra do Vietnã, principalmente em 1969 durante a presidência de Richard Nixon. Jovens estes, que se lançaram a experimentar drogas como o LSD e fizeram parte da chamada “contracultura”, movimento de contestação de caráter social e cultural, que buscavam romper com puritanismo e costumes do chamado “*American Way of Life*” (Modo americano de viver). Além disso, foram despertados para uma sexualidade que divergia dos costumes tradicionais, principalmente para as mulheres com a invenção da pílula anticoncepcional. As mulheres passaram a ter a opção de terem relações sexuais sem a preocupação de engravidarem. Nesse contexto, tivemos os movimentos feministas, que buscavam igualdade de direitos entre homens e mulheres pelo mundo, fortificados principalmente a partir da década de 1960, que ainda, mostravam como a hierarquização dos sexos é uma construção social e não biológica e determinista.

Esse modelo *hippie* tornou-se símbolo de liberdade dos anos de 1960, influenciando gerações, que mitificaram aqueles jovens que ousaram, até porque a cultura estadunidense esteve muito presente como modelo de vida. Para marcar mais esta década, temos como referência o Festival de música *Woodstock*, ocorrido em 1969, nos Estados Unidos, onde ocorreram três dias de música com grandes sucessos do rock, que lançaram palavras de “paz e amor” e ideais de um mundo sem guerra onde prevaleceria a paz e o amor. As gerações depois deste festival construíram a ideia de liberdade sexual e o jargão utilizado até hoje para fazer referência a esse tempo de, “*Sexo, Drogas e Rock n`Roll*”, sempre retomado quando queremos transmitir a ideia de liberdade.

Já durante a década de 1970, a luta passou a ser pelo direito e liberdade de escolha da orientação sexual, liderada pelo movimento *gay* em torno do debate da ciência, que considerava a homossexualidade uma patologia, inclusive parte dos manuais de psiquiatria, que apenas em 1976, a homossexualidade deixou de ser uma doença, no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Após a conquista de direitos do movimento *gay* nos Estados Unidos, surgiu no início dos anos de 1980, uma nova doença que gerou medo e incertezas.

A aids trouxe a incerteza da liberdade sexual, retomando a ideia dos velhos comportamentos sexuais repressores, que passaram a fazer parte do cotidiano dos sujeitos, orientado inclusive, por profissionais da saúde e posto em muitas falas, como ter relações sexuais apenas com um parceiro; para as jovens mulheres, perder a virgindade apenas quando houver “amor de verdade” e conhecer bem o parceiro, além é claro, da recomendação do uso do preservativo. De acordo com Castiel (2013), esse período das décadas de 1980 e 1990 poderia ser chamado de “contra-revolução”, produto da moralidade tradicional do “neomoralismo” da correção política, uma espécie de retomada de velhos valores.

A palavra risco possui vários significados dependendo do contexto cultural. Castiel (2010) por meio de uma visão crítica, trabalha com perspectivas socioculturais da chamada noção de risco. Assim, ele inicia sua discussão perguntando “o que é risco”?

[...] ‘risco’ é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia. Segundo o *Dicionário Aurélio*, no ‘senso comum’, há controvérsias quanto

suas origens: tanto pode provir do baixo-latim *risicu*, *riscu*, provavelmente do verbo ‘*resecare*’ - cortar – quanto do espanhol *risco* – penhasco escarpado. Na segunda acepção, excluindo os termos relacionados ao verbo ‘riscar’, indica, por um lado, a própria ideia de perigo e, por outro, sua possibilidade de ocorrência. (CASTIEL, 2010, p. 15).

Cotidianamente somos bombardeados pela “possibilidade do risco”. É o risco de ser assaltado, de contrair algum vírus, entre outros, que em menor ou maior gravidade, preenchem nosso cotidiano de forma a tornar-se banal. Giddens (1991) pontuou uma lista de riscos que a humanidade tem a probabilidade de enfrentar, quando analisou o risco de guerra nuclear e muitos outros riscos que estão disseminados entre a maioria da população.

Segundo Castiel (2010) o sentido do risco para a epidemiologia remete a probabilidade da ocorrência de algum evento que pode estar baseado em um conjunto de crenças,

Se, por um lado, a retórica do risco pode servir de veículo para reforçar conteúdos morais e conservadores (Lupton, 2004), por outro, redimensiona o papel da relação entre espaço e tempo na compreensão do adoecer: a biomedicina incorpora, sem sua tarefa, a localização e identificação, nos sadios, de seus possíveis riscos (oriundos de modalidades de exposição ambiental e/ou de suscetibilidades biológicas, mediante técnicas diagnósticas cada vez mais refinadas); surge uma infundável rede de riscos em que comportamentos, sinais, sintomas e doenças podem se tornar fatores de risco para outras afecções (por exemplo, hipertensão arterial como risco para doenças cardíacas); a dimensão cronológica assume maior importância nos modelos explicativos dos processos de adoecimento. (CASTIEL, 2010, p.26)

O conceito de risco homogeneiza, segundo o autor as contradições do presente, utilizando critérios racionais, no caso da aids, por exemplo, apostando na equação: informação + prevenção = cuidado. Além disso, não correr riscos ainda se tornou sinônimo

de estilo de vida saudável e o caminho para a felicidade, com medidas que fogem a realidade dos sujeitos. Analisa Castiel (2010), que o ideal de vida saudável propõe que, o ato de comer e saborear uma boa refeição, seja um processo de vigília constante aos nutrientes, das calorias, da forma que se come, da balança, do colesterol, do IMC (Índice de Massa Corporal) ideal. Esse exemplo é só a ponta do *iceberg*, já que neste trabalho, a proposta é analisar com a noção de risco utilizada nas campanhas de prevenção à aids propõem mudanças comportamentais, muitas vezes, exageradas ou que não levam em conta o contexto social dos sujeitos.

De acordo com Lupton (1999), na sociedade ocidental contemporânea, em que o controle da vida é o mais importante, o conceito de risco é usado para explicar desvios da norma. Enquanto na Idade Média a preocupação era a falta de comida e as grandes epidemias. A noção de risco hoje está associada a tudo que foge da norma, como por exemplo: estar com o IMC acima do considerado normal, beber demais, ter uma sexualidade desprendida das regras, entre outros fatores que sugerem temperança.

Segundo ainda a autora, sensações de insegurança são comuns, mas são diferentes da época pré-moderna, em que existiam diferentes medos, diferentes alvos e outras causas da ansiedade. Enquanto em outros períodos históricos os medos eram das epidemias, a alta mortalidade infantil, a falta de expectativa de vida, nossos medos correspondem ao medo de ser vítima de algum crime, sofrer por algum câncer, ter algum acidente de carro ou perder o emprego. No entanto, uma característica comum posta por Lupton (1999), que sempre esteve presente e pode ser a base simbólica de nossas incertezas é a ansiedade, criada pela desordem, pela perda de controle sobre nossos corpos, pelas nossas relações com os outros ou pelos nossos meios de subsistência.

Para Lupton (1999), a primeira noção de risco apareceu na Idade Média, onde existiam relatos da insegurança marítima que poderiam comprometer a viagem. O risco era designado como a possibilidade objetiva do perigo da ação de Deus, uma força maior ou uma tempestade. Esse conceito de risco exclui a ideia da culpa e responsabilidade humana. A autora ainda explica, que do século XVIII ao XIX, no início da modernidade europeia a população passou a produzir e acompanhar o processo de urbanização e industrialização como parte da Revolução Industrial. A ciência da probabilidade e as estatísticas desenvolveram tanto o significado de calcular a norma e identificar desvios dessa norma, como a

crença racional da ordem em querer trazer a desordem para poder controlar. A autora acredita que avaliação de risco não é livre de valores, pois os cálculos que são produzidos tendem a ser tratados como se fossem “fatos objetivos”, ou “verdades absolutas”.

Lupton (1999) localiza e compara as diferentes perspectivas teóricas sobre o risco apresentadas ou inspiradas por autoras/es das Ciências Sociais. Assim, ela descreve que a antropóloga Mary Douglas segue uma perspectiva “cultural/simbólica”. A segunda perspectiva denominada como: “sociedade do risco”, é representada por dois autores: Ulrich Beck e Anthony Giddens. Por fim, a terceira perspectiva seria pensada por parte de pesquisadores a partir do termo: “governamentalidade” criado por Michel Foucault. De acordo com a autora, a partir deste termo poderia ser explorado a noção de risco no contexto abordado por Foucault sobre a disciplina e a gestão das sociedades, na medida que, os conceitos de risco fazem parte da construção da norma e comportamentos.

Para tanto, o conceito de risco vem sendo cada vez mais difundido nas sociedades ocidentais, como um aspecto central da subjetividade, visto como algo que pode ser gerenciado por meio de intervenção e associado as noções de escolha, responsabilidade e culpa, como analisa Lupton (1999).

Dentro da análise sobre as diferentes abordagens Lupton (1999) destaca a importância dos estudos da antropóloga Mary Douglas, pois,

(...) tem sido uma figura central nas análises socioculturais de risco, e ela é o expoente principal da influência das perspectivas “culturais/simbólicos” sobre o risco. A abordagem de Douglas sobre o risco é melhor entendido como parte de uma trajetória teórica sobre o corpo, sobre a individualidade e sobre a regulação da infecção e do perigo que ela começou a estudar há três décadas, em que foram identificados os aspectos simbólicos dos julgamentos sobre o perigo, poluição e alteridade. Risco, para Douglas, é a estratégia ocidental contemporânea para lidar com o perigo e a alteridade. Muitos de seus escritos sobre o risco procuram explicar porque alguns perigos são

identificados como “risco” e outros não.
(LUPTON, 1999, p.36).³⁷

Dentro dessa lógica da estratégia ocidental de lidar com a “alteridade”, Mary Douglas ainda identifica como os julgamentos sobre “o que é risco” são compreendidos de diferentes formas por sujeitos “leigos” e por estudiosos. Para este último grupo, a noção de risco é fundada em termos de probabilidade e isoladas. Já para a população, uma construção do risco pode não ser isolada de outros fatos da vida e nem tampouco isolada em termos de probabilidade, já que é formada a partir de uma visão de mundo de cada sujeito.

Essa preocupação com o risco para Mary Douglas, segundo Lupton (1999) é fruto da globalização, “(...) o que resultou em um novo nível de discurso entre comunidade e uma sensação de vulnerabilidade em fazer parte de um sistema mundial. Como consequência da globalização, a nação oferece novos tipos de proteção.” (LUPTON, 1999, p.48).

Para Ulrich Beck, os sujeitos das sociedades ocidentais contemporâneas estão vivendo em um período de transição, de uma sociedade industrial para uma sociedade de risco. Se para Mary Douglas, os riscos são fruto da globalização, para Ulrich Beck a proliferação dos riscos é resultado da modernização. Além disso, existe um investimento na prevenção com a minimização destes riscos, com uma maior consciência dos sujeitos em evitá-los. Ademais, existe uma questão levantada pelo sociólogo que nos faz pensar sobre essa sociedade do risco, quando ele coloca: “Não está claro se é o risco que se intensificou, ou o nosso ponto de vista sobre eles.” (LUPTON, 1999, p.60).

A partir desse questionamento, podemos pensar se os riscos em nossa sociedade aumentaram ou se somos nós que o intensificamos. É claro, que se pensarmos em termos climáticos, veremos discursos de cientistas que afirmam que nossos recursos naturais estão mais perto da iminência de uma escassez, ou de que os vírus sofram mutações genéticas capazes de matar muitas pessoas, como ocorreu ainda neste ano de 2015, com o vírus Ebola em países do continente africano, que matou centenas de pessoas e foi alarmado pela mídia nacional e internacional como um risco de disseminação entre os continentes. Embora que neste caso, podemos nos questionar se a mídia tornou o risco de infecção mais

³⁷ Tradução livre.

grave do que de fato ele foi. Com isso, podemos refletir sobre o que torna relevante a percepção do risco. É a visão feita por especialistas com cálculos probabilísticos? Ou a visão dos sujeitos, que possuem percepções variadas sobre a noção de risco? Para Lupton (1999) as duas visões são importantes e o que as torna relevante é a forma que são construídas e colocadas em ação nas sociedades. Assim:

Se um “risco” é entendido como um produto da percepção e compreensão cultural, fazer uma distinção entre os riscos “reais” (como medidos e identificados por “especialistas”) e riscos “falsos” (como percebido pelo público) é irrelevante. Ambas as perspectivas estão descrevendo formas de risco, e ambas levam a determinadas ações. As formas em que estas concepções são construídas e postas em prática é que são consideradas importante. Não a medida em que uma das perspectivas pode ser considerada mais ‘precisa’ ou menos “tendenciosa” do que a outra, para ser considerada, já que esta distinção é irrelevante. As perguntas que podem ser feitas sobre o risco a partir da perspectiva construcionista, portanto, são muito diferentes daquelas perguntas a partir da perspectiva técnico-científica. Eles incluem o seguinte: O que se usa para construir certos tipos de saberes sobre o risco em um determinado momento histórico e cenário sociocultural?; Que regras prescrever certos modos de falar sobre o risco e excluir outras formas?; Quais os tipos de assuntos são construídos por meio dos discursos de risco?; Como o conhecimento sobre a autoridade e aquisição de riscos, demonstra uma sensação de encarnar a ‘verdade’ sobre isso?; Que práticas são utilizadas em instituições e pelos sujeitos para lidar com os assuntos de discursos de risco?; E como é que novos discursos sobre o risco suplantam outros discursos, e quais são os

efeitos destes saberes sobre o risco e quais sujeitos estão em risco? (LUPTON, 1999, p. 33).³⁸

Para poder visualizar melhor as construções teóricas sobre o risco, segue uma imagem de uma tabela construída pela autora, que classifica as diferentes abordagens teóricas nas Ciências Sociais sobre o risco. E em seguida a tradução desta tabela.

Table 2.1 The continuum of epistemological approaches to risk in the social sciences

<i>Epistemological position</i>	<i>Associated perspectives and theories</i>	<i>Key questions</i>
<i>Realist:</i> Risk is an objective hazard, threat or danger that exists and can be measured independently of social and cultural processes, but may be distorted or biased through social and cultural frameworks of interpretation.	Technico-scientific perspectives/most cognitive science theories.	What risks exist? How should we manage them? How do people respond cognitively to risks?
<i>Weak constructionist:</i> Risk is an objective hazard, threat or danger that is inevitably mediated through social and cultural processes and can never be known in isolation from these processes.	'Risk society' perspectives/critical structuralism/some psychological approaches.	What is the relationship of risk to the structures and processes of late modernity? How is risk understood in different sociocultural contexts?
	'Cultural/symbolic' perspectives/functional structuralism, psychoanalysis, phenomenology.	Why are some dangers selected as risks and others not? How does risk operate as a symbolic boundary measure? What are the psychodynamics of our risk responses? What is the situated context of risk?
<i>Strong constructionist:</i> Nothing is a risk in itself – what we understand to be a 'risk' (or a hazard, threat or danger) is a product of historically, socially and politically contingent 'ways of seeing'.	'Governmentality' perspectives/post-structuralism.	How do the discourses and practices around risk operate in the construction of subjectivity and social life?

Imagem 4: Abordagens epistemológicas do risco nas Ciências Sociais
LUPTON (1999, p.35)

³⁸ Tradução livre

Interpretação e tradução tabela:

Título: Abordagens epistemológicas do risco nas Ciências Sociais		
Posição Epistemológica	Associadas perspectivas e teorias:	Questões-chave
Realista: Risco é um objeto perigoso, que ameaça ou que existe e pode ser medido independente do processo social e cultural, mas não pode ser distorcido ou interpretado através de enquadramentos sociais ou culturais.	Técnico-científica perspectivas/maioria das teorias das ciências cognitivas.	Quais riscos existentes? Como nós deveríamos lidar com eles? Como Os sujeitos respondem cognitivamente e aos riscos?
Construcionista fraca: Risco é um objetivo aventureiro, ameaça ou perigo, que é inevitável através do processo social e cultural e pode nunca ser conhecido isolado desses processos.	Perspectiva da sociedade do risco/Estruturalismo crítico/algumas aproximações psicológicas.	Qual é a relação do risco para as estruturas e processos da modernidade tardia? Como o risco é entendido em diferentes contextos sócio culturais?
	Perspectiva cultural/simbólica/estruturalismo funcional, psicanálise, fenomenologia.	Por que alguns perigos são selecionados e outros não? Como o risco é

		operado como uma medida de limite? O que a nossa psicologia dinâmica responde? O que é situado no contexto do risco?
Construcionista forte: Nada é um risco em si – o que entendemos ser um risco ou perigo, ameaça é um produto histórico, social e político e contingente: “modos de ver/olhar”.	Perspectiva da Governamentalidade/ pós-estruturalismo.	Como os discursos e práticas em volta do risco operam na construção da subjetividade e social da vida?

Tabela 4: Interpretação e tradução da tabela
Abordagens epistemológicas do risco nas Ciências Sociais³⁹

A tabela apresentada possui diferentes perspectivas sobre a abordagem do risco, nas Ciências Sociais. Das abordagens apresentadas, a “Construcionista Forte”, pode ser compreendida como a mais utilizada pelas autoras e autores mencionados. A ideia é de que o contexto social constrói um ambiente de riscos, que em outra sociedade talvez não faça tanto sentido.

Segundo Douglas (1994), acerca da historicidade da noção de risco, a autora coloca, que esta noção surgiu durante o século XIX, quando a teoria do risco se tornou importante no mundo da economia, com foco na probabilidade de ganhos e perdas. “Como, então, é que Os sujeitos decidem quais os riscos devem tomar e quais ignorar? Com base em que estão certos sobre os perigos e protegidos contra outros?” Douglas (1994, p. 21). Ainda para a autora, é possível ainda categorizá-los.

³⁹ Tradução livre.

Ao nível da política pública dos principais perigos podem ser agrupados em quatro tipos:

1. Relações Exteriores: o risco de ataque ou invasão estrangeira; guerra, perda de influência, prestígio e poder;
2. crime: colapso interno: falha da lei e da ordem, a violência contra o crime de colarinho branco;
3. poluição: o abuso da tecnologia; medos relacionados ao meio ambiente, e;
4. fracasso econômico: a perda de prosperidade.” (DOUGLAS, 1982, p. 29).⁴⁰

Para Lupton (1997) desde o surgimento da epidemia do HIV/aids, o comportamento sexual foi explicado pelo discurso do risco, que tem tentado construir novas formas de expressar o desejo sexual. O entendimento dominante do comportamento sexual na literatura de promoção da saúde é racional.

Essa compreensão dos riscos de forma racional também pode ser observada na construção das campanhas de prevenção à aids desde 1987, no Brasil e nos Estados Unidos. Seguem alguns *slogans* destas campanhas do Brasil e em seguida Estados Unidos, em que é possível visualizar o quanto as mensagens são imperativas, como forma de surtir efeitos de prevenção.

Campanhas do Brasil elaboradas pelo Ministério da Saúde:

1987: Aids você precisa saber evitar!

1988: Não permita que essa seja a última viagem de sua vida – Aids, pare com isso!

1991 – Se você não se cuidar a Aids vai te pegar

1993: Isso é amor, amor quente!

1993 – Previna-se do vírus e não das pessoas!

Amor sem risco

1994 – Quem se ama se cuida – Mulheres

1995 – Viva com prazer, viva o sexo seguro!

⁴⁰ Tradução livre

1997 – TV – Carnaval do peru, é carnaval com camisinha!

2011: “Curta o carnaval. Sexo só se for com camisinha. Senão não dá”.⁴¹

Campanhas elaboradas pelo CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças):

“*You Won’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek*” (Você não pega Aids brincando de esconde-esconde) - Part of the CDC’s tireless campaign against AIDS misinformation. (Parte da campanha incansável do CDC contra a desinformação AIDS). (Centers for Disease Control, 1980s).

“*None of These Will Give You AIDS*” There is no evidence that a person can get AIDS from handshakes, dishes, toilet seats, door knobs or from daily contact with a person who has AIDS. (Nada disso lhe dará AIDS. Não há evidências de que uma sujeito pode pegar AIDS com apertos de mão, pratos, assentos sanitários, maçanetas das portas ou do contato diário com uma sujeito que tem AIDS.) (1987)

“*Lifesaver. Condoms Can Protect You from AIDS and other sexuality transmitted diseases. They can be a lifesaver.*” (1990). (Salva-vidas. Os preservativos podem protegê-lo da AIDS e de outras doenças transmitidas sexualmente. Eles podem ser um salva-vidas, 1990).

“*AIDS is a fact. When you teach her the facts of life, remember the most important one today. Condoms make, sex... safer.*” (AIDS é um fato. Quando você ensinar a ela os fatos da vida, lembre-se o mais importante hoje. Preservativos fazem o sexo mais seguro, 1990).

“*In 1984, We Discovered the AIDS Virus. In 1850, We Discovered away to stopIt.*”

⁴¹ Campanhas disponíveis no website do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais de forma cronológica. Estas campanhas serão trabalhadas de forma mais detalhada neste segundo capítulo.

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/videos?page=22>

(Em 1984, nós descobrimos o vírus da AIDS. Em 1850 nós descobrimos um caminho para para-la) Abaixo da mensagem a imagem de vários preservativos.⁴²

O comportamento racional, que envolve o uso do preservativo ou escolhas corretas de uma sexualidade mais regrada são utilizados como algo desejado pelas campanhas de prevenção à aids. Segundo Lupton (1997), as campanhas dirigidas a prevenir a propagação do HIV estão impregnadas de noções de “punição” as pessoas, seja por serem vistas como ignorantes ou apáticas. A maneira como sujeitos conceituam o risco é diferente de como a epidemiologia faz, pois probabilidade é algo que pode acontecer no futuro, logo, invisível aos nossos olhos que vivenciamos o presente como algo vivido ou experimentado. Para Lupton (1997) a racionalidade que envolve a literatura médica descarta o papel influente que possui o prazer nas escolhas e comportamento sexual. Assim,

O privilégio da racionalidade em boa parte da literatura científica e de saúde pública sobre o comportamento relacionado à AIDS, ignora o papel do inconsciente, desejo e prazer na expressão sexual. Ele não reconhece que, para alguns, a própria assunção de riscos é prazeroso, aumentando a noção de sexo como um escape da monotonia da existência cotidiana e do perigo do proibido (Bolton, 1992: 199). O discurso do sexo seguro faz a suposição de que o prazer e o desejo podem ser reorganizados em resposta a imperativos com base no risco para a saúde. Ele também assume a capacidade de procedimentos

⁴² Tradução Livre. Estes são alguns dos slogans de cartazes de campanhas de prevenção à aids dos Estados Unidos elaborados pelo CDC. Estas campanhas serão retomadas no terceiro capítulo e analisadas de forma mais aprofundada. Elas ainda fazem parte do acervo da Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) dos Estados Unidos que abrange um grande acervo de cartazes produzidos pelo CDC.

para construir um corpo capaz de tomar pressuposto de que a sexualidade é 'contida' (Singer, 1993: 122). A hipótese é que a sexualidade pode ser 'contida' dentro do sujeito, e que o sexo seguro deve, portanto, ser imposta a esta sexualidade inerente. (...) Se as formas dominantes em que os sujeitos entendem o desejo sexual enfatizarem a natureza 'incontrolável' da paixão, sua irresistibilidade, então elas podem parar de usar a camisinha como uma autoconsciência. Preservativos podem significar falta de confiança, por exemplo. (Gamson, 1990; 1993:501; Lupton, 1994b: 137-8). O preservativo também pode atuar como algo simbólico, como uma barreira literal entre os parceiros sexuais, reduzindo o nível desejado de intimidade. É como um desenho de linha invisível entre 'chegar perto' do parceiro e fundir-se com ele, tanto no físico como emocional (Wilton e Aggleton, 1999, p.155 (Apud LUPTON, 1997, p. 87 e 88)).⁴³

Esta análise de Lupton (1997) vai no cerne da questão sobre a noção de risco, pois coloca questionamentos acerca de como esta literatura médica desconhece ou não leva em conta as subjetividades relacionadas ao desejo sexual, que são múltiplas, por acreditarem em que aquilo que é da natureza é algo que pode ser dominado pela ciência, pela racionalidade. Não que necessariamente nossa sexualidade e desejos sejam frutos de algo 'natural' inerente a cultura, mas que mesmo mediados pelas nossas crenças e códigos de condutas, possuímos e construímos desejos, que fogem ao domínio racional da medicina. Como bem descrito acima, por vezes o fato de não utilizar o preservativo pode ser sinônimo de prazer, Não se trata de desconhecer as práticas de prevenção e nem de ignorância, mas sim de uma série de desejos, que tornam o momento de prevenir algo secundário. O fato do futuro ser incerto, e de não visualizarmos o perigo de contrair o vírus da aids pode tornar o momento do sexo libertador, como algo que quebra a monotonia diária, que nos coloca preocupados em realizar nossos desejos e ter prazer.

⁴³ Tradução livre.

Segundo ainda Lupton (1997) existe um discurso da punição que apela, muitas vezes, para o medo e geram ansiedades na tentativa de construir sexualidades desviantes. Ainda de acordo com a autora, nos Estados Unidos por muito tempo houve um apelo pela publicidade em valorizar a fidelidade conjugal, para que se diminuísse o número de parceiros.

A noção de risco perpassa toda a sociedade em diferentes níveis, já que existem várias formas de viver. Se utilizarmos o exemplo de moradores de rua, muito provável que as recomendações de não comer comidas gordurosas, de cuidar do colesterol, de fazer sexo seguro ou de não fumar não façam o mínimo efeito, pois a elas não existem opções para escolherem estilos de vida. Acerca disto, Castiel (2010) conta o caso de um morador de rua, que responde a política de prevenção ao tabagismo.

“Se a gente fumar, morre. Se não fumar, morre também” (frase dita por um morador de rua, sob a marquise do n. 33-C da Rua Senador Corrêa, Flamengo, Rio de Janeiro, em 24 de novembro de 2006). O risco epidemiológico certamente não orienta as ações do autor dessa frase que, aparentemente, apoia na inexorabilidade da morte para justificar seu comportamento tabagístico. Para ele, a corporificação do prazer é mais significativa que a intangibilidade da morte ou de doenças que possam advir do hábito de fumar. A forte associação entre tabagismo e câncer de pulmão, exaustivamente apontada por estudos epidemiológicos, parece pouco ou nada significar para essa sujeito. Embora sua precária condição social – e a respectiva antevisão de um futuro nada promissor – possa potencializar a busca por pequenos e efêmeros prazeres do cotidiano, a resistência em seguir preceitos epidemiológicos parece atravessar classes e grupos sociais e desafiar a noção de racionalidade humana como musa inspiradora de comportamentos. (CASTIEL, 2010, p.43).

Pensar e almejar algo no futuro não faz parte da vida deste morador de rua, pois o que importa é o presente, devido sua condição de vulnerabilidade, que o coloca como um sujeito que precisa pensar no momento para poder sobreviver. O comportamento dos sujeitos, principalmente frente à questão da prevenção da aids parece mesmo desafiar a racionalidade humana, já que mesmo com opções de escolha de estilos de vida, muitos sujeitos, escolhem não usar o preservativo nas suas relações sexuais. Neste aspecto, podemos dizer que a noção de vulnerabilidade atribuída aos grupos sociais menos favorecidos explica em parte, porque as pessoas não se previnem nas mais variadas situações, porém, não consegue dar conta da grande subjetividade que envolve a racionalidade humana frente aos riscos.

No entanto, caímos no seguinte paradoxo, se por um lado existe a percepção de que existem grupos sociais menos favorecidos que, por exemplo, não usam o preservativo, podemos avaliar a situação a partir do contexto sociocultural destes sujeitos, que possuem pouco grau de instrução e que não detém de opções de estilos de vida para terem a ‘real’ consciência de que não querem utilizar o preservativo nas suas relações sexuais, E por outro, podemos ter a percepção, de que o pensamento de prevenção, parte do princípio de que o outro deve seguir o ideal proposto pela saúde pública ou por instituições de saber/poder, que dizem que o estilo de vida ideal é aquele dotado de sujeitos instruídos e autônomos. O argumento para demonstrar que o uso destes termos é necessário para a saúde pública é mostrar que as pessoas de grupos sociais ‘vulneráveis’ não utilizam o preservativo devido à falta de alternativas, como se ao se depararem com outras opções de estilos de vida, elas fossem escolher a melhor forma de viver. Esses conceitos, possuem seu valor na questão das políticas de prevenção, isso é um fato, porém, esbarram nestas questões mais complexas que parece ser aquilo que escapa aos pesquisadores e profissionais da saúde pública.

A vulnerabilidade é discutida e apontada por várias/os autoras/es como um fator que explica como grupos sociais deixam de usar o preservativo, principalmente mulheres categorizadas como de populações mais pobres e tidas como submissas aos companheiros. Além disso, com base na questão da autonomia são explicados ainda que, estas mulheres não usam o preservativo por terem autoestima baixa e não se valorizarem. Há desta forma,

estruturas que se propõem a trabalhar com as particularidades das mulheres de baixa renda, mas que ao mesmo tempo, acabam por generalizar esta categoria a todas as mulheres de um determinado grupo. Se a intenção é perceber as subjetividades para trabalhar a questão da prevenção, acredito que ao se colocar categorias generalizantes previamente aos estudos de um grupo, diminui a chance de perceber as motivações que são inúmeras, que levam estas mulheres a não utilizarem o preservativo. Entendo que seja uma noção que ajuda a acessar os comportamentos de determinados grupos sociais, porém ao generalizar, é possível também que se possa categorizá-los, impedindo a percepção das subjetividades.

O conceito de vulnerabilidade foi criado a partir da observação de pesquisadoras/es por meio de estudos e pesquisas, como forma de classificar e demonstrar como mulheres de baixa renda deixam de usar o preservativo. As motivações para isso, decorrem da prática de não negociarem o uso com seus companheiros ou mesmo como posto anteriormente, pela autoestima baixa. Diante disso, levanto algumas questões para pensarmos, como de um lado existe um saber que tenta acessar o comportamento sexual destas mulheres e de outro um universo diverso de mulheres, que não sigam as recomendações ditadas pela saúde pública. Assim podemos refletir: “Quais as explicações destas mulheres para não utilizarem o preservativo nas suas relações sexuais?” Será que elas conseguem se perceber categorizadas desta maneira descrita por pesquisadoras/es? Faz sentido a elas essa explicação?” Algumas podem revelar que sentem medo de seus parceiros ao proporem o uso do preservativo ou que não querem gerar desconfiança, ou ainda que por vontade dos homens acharem mais prazeroso o sexo sem o preservativo elas permitam que eles não o utilizem. Essa análise se deve a construção forte que existe em nossa sociedade do machismo. Essa construção da inferioridade feminina, decorre de uma ideia de que o feminino é visto como frágil, devido a maternidade, que nos coloca como próximas da natureza e por conta disso, passível de ser domada. Assim, a consciência da prevenção pode não ser uma preocupação destas mulheres, pois envolve uma noção de futuro diversa das impostas pelos modelos de estilo de vida, que envolve sempre a noção de temperança e resignação no presente para se ter uma boa saúde e conseqüentemente uma longevidade maior.

Realizar uma análise que critique estes modelos de estilo saudáveis, pode aos olhos das políticas públicas, parecer uma afronta, já que o politicamente correto é quase como uma lei a ser seguida, além de parecer um desfavor ao discurso de intensa prevenção. Acerca disto, Castiel (2010) mostra como existem outras lógicas, que são diferentes pelas impostas pela epidemiologia.

Sedentarismo mata? Ou, quem não pratica atividade física tem maior risco de morrer? Para a epidemiologia, certamente sim. Para o dito sedentário, talvez não. Por que não? Porque suas percepções de risco podem diferir da dos epidemiologistas, já que, como vimos anteriormente, as decisões humanas podem pautar-se em outra lógica que não a epidemiologia [...]. (CASTIEL, 2010, p.59).

Para aprofundar mais esta percepção, Castiel (2010) analisa, Há, sem dúvida, diferenças entre a noção de risco epidemiológico e a noção de risco para as pessoas leigas. No primeiro caso, o risco descreve relações objetivas, impessoais e quantitativas, que reduzem a causa da doença a um único fator ou a uma combinação de fatores, cujos efeitos podem ser descritos numa relação de causalidade semelhante ao modelo biomédico (Lupton, 1995). A interpretação que as pessoas leigas fazem do risco epidemiológico, por sua vez, é fortemente condicionada pelo contexto sociocultural. Elas não vêem o risco como probabilidades estatísticas objetivas, mas o percebem subjetivamente como base em suposições ontológicas e cosmológicas Lupton, 1995 (Apud CASTIEL, 2010, p.43).

De acordo ainda com o autor, existe uma crítica ao conceito de estilo de vida e logo à noção de autonomia, porque são aplicados aos contextos de miséria, em que opções de estilo de vida inexistem, pois o que existe são estratégias de sobrevivência.

Em resumo, a intenção de todo estudo epidemiológico é verificar, a rigor, se determinada exposição está associada a

uma determinada doença (ou desfecho de interesse), evitando-se vieses e controlando-se ‘confundimentos’. A epidemiologia permite a quantificação da magnitude da relação exposição-doença nos seres humanos e, por conseguinte, a possibilidade de se alterar o risco por meio da intervenção. O conceito de risco é, portanto, usado em epidemiologia como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde. (CASTIEL, 2010, p.38).

Essas quantificações de perigos, conhecidos como risco, devem ser analisadas também sob as medidas socioculturais, de forma que um dado estatístico não valha por si só, para que não se culpabilizem pessoas que não conseguem alcançar recomendações impossíveis de serem seguidas, de acordo com Castiel (2010).

O conceito de vulnerabilidade já está em uso desde 1990, apesar de profissionais da saúde não estarem totalmente familiarizados. No entanto, as poucas décadas de existência desse conceito foram avaliadas como positiva pelo poder de alcance que vai além da ação patogênica. Esta análise é expressa pelos autores: Ayres, França Júnior, Calazans e Saletti Filho (2009), que trazem no livro organizado por Czeresnia e Freitas (2009) as origens e os fundamentos epistemológicos e práticos da vulnerabilidade, como quadro conceitual. Além disso, sustentam a tese de que o conceito da vulnerabilidade possui grande relevância para o campo da saúde pública.

O conceito foi originário, segundo os/a autores/a, da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, “[...] o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou sujeitos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.” (AYRES, FRANÇA JUNIOR, CALAZANS e SALETTI FILHO, 2009, p. 120). O conceito passa a circular no campo da saúde, a partir da publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro, *Aids in the World*, reeditado no Brasil em 1993. Avaliam que tal aplicação foi resultado do ativismo por melhorias diante da epidemia da aids e o movimento dos Direitos Humanos.

Os primeiros efeitos da prevenção, na fase inicial da epidemia, entre 1981 a 1984, foram à difusão da ideia de grupos

de risco, que a princípio foi criado pela epidemiologia como uma categoria analítica abstrata para uma melhor análise, mas que acabou sendo difundida pela grande mídia, que passou a ver o termo como identidade concreta, gerando as múltiplas interpretações e com ela o estigma e preconceito, de acordo com os/a autores/a. “Os chamados quatro Hs (*homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroínadictos*)⁴⁴ passaram a ser, nos Estados Unidos, os primeiros alvos das estratégias de prevenção e a sofrer seus ‘efeitos adversos’.” (AYRES, FRANÇA JUNIOR, CALAZANS e SALETTI FILHO, 2009, p. 124).

De 1995 a 1998, período que começaram as primeiras respostas preventivas, já que a aids ganhava ares de uma pandemia e além disso, infectava todas/os, independentemente de suas orientações sexuais, o conceito de grupo de risco passou a sofrer duras críticas, pelo estigma e efeito que causou na sociedade. Isso, porque levava os sujeitos a pensarem que apenas os pertencentes aos chamados “grupos de risco” estivessem mais propensos a se infectar, enquanto aquelas/es que não se enquadravam as características estariam a salvo.

Para diminuir o peso que grupos foram estigmatizados, outro conceito passou a ser operado, o de “comportamento de risco”, que culpabilizava o sujeito. No entanto, esse conceito também apresentou resultados negativos, como a ideia de que a informação por si só geraria a proteção necessária, não se levando em conta categorias transversais, como classe, gênero, raça/etnia e geração para contextualizar as diversas situações que se encontram os sujeitos. Um termo para designar esta equação é conhecido, como “*empowerment*”, que segundo os/a autores/a não tem uma tradução específica, mas pode ser entendido como “empoderamento.”

Para muitas/os autoras/es, o termo vulnerabilidade torna-se um conceito chave para acessar as subjetividades de grupos sociais menos favorecidos, como posto anteriormente, pois considera os aspectos individuais, coletivos e contextuais, como fatores que juntos, acarretam uma maior exposição a infecção. Os estudos da epidemia por este viés, ainda ampliam o diálogo do estudo da aids, porque promove a interdisciplinaridade que ajuda a saúde coletiva a compreender melhor o sujeito.

⁴⁴ Homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína injetável.

A seguir um depoimento que compõem o artigo discutido, de uma jovem adolescente, de 14 anos, de nome fictício Joyce, paciente de um Programa de Pré-Natal do Centro de Saúde da Universidade de São Paulo. Os autores/a utilizam este exemplo para demonstrar como nem sempre as categorias de uso da epidemiologia operam de maneira a compreender as motivações que levam os sujeitos a se infectarem. As categorias, “grupo de risco”, “comportamento de risco” e “vulnerabilidade”, não parecem explicar porque ‘Joyce’ se infectou com o vírus da aids. Além disso, ao reproduzir o depoimento da jovem interpreto que no processo de transcrição houve julgamento por parte do profissional que analisou o caso. Parece existir uma crítica a vida de Joyce e um olhar a partir da visão de mundo deste profissional, que se incomoda com aspectos, que talvez, não sejam notados pela Joyce. As denominações destes termos são de caráter abstrato, de conhecimento da epidemiologia e de estudiosos, que denominam comportamentos e contextos como forma de poder analisar o avanço da epidemia. Porém, fica a grande pergunta, O que significa para a Joyce, o conceito de “vulnerabilidade”, por exemplo? Ele explica algo a esta jovem sobre o vírus que contraiu? De que maneira este termo faz sentido diante de sua visão de mundo? Temos assim, de um lado um saber científico social que o utiliza para poder aplicar análises a estes grupos “vulneráveis” e obter respostas preventivas, de outro, temos pessoas, carregadas de subjetividades, desejos, visões de mundo diversas, que desconhecem e/ou não se percebem dentro destas categorias abstratas. Presas em identidades dessas instituições de saber/poder, mesmo com a sensibilidade dos estudos sociais de levarem em conta o contexto social, acredito que existe uma tentativa de controlar o comportamento sexual dos sujeitos, que ainda devem estar sempre em vigília.

Assim, segue o depoimento de Joyce, que grávida e com o vírus da aids, segundo os autores/a encontrava-se vivendo em situação semelhante a de muitos outros adolescentes.

Fim de tarde de um dia quente de início de dezembro numa favela da periferia oeste da cidade de São Paulo. Joyce, 14 anos, está debruçada na divisória de madeira que separa o barraco onde mora da ruela de barro que desce até a movimentada avenida de asfalto. No barraco de um

cômodo, **dentre os poucos móveis velhos**, destaca-se a imagem sorridente de seu irmão mais novo, Pedro, fatalmente atropelado na avenida vizinha. Do lado contrário do cômodo, **a presença (triste? frágil? ameaçadora?)** do padrasto, bêbado, deitado no chão feito do mesmo barro da rua, entretido em dizer-se coisas sem sentido.

Joyce está de costas para sua casa, de frente para a rua, separada dela pelo muro improvisado com tábuas. De um lado, meio de longe, vê o prédio pichado da escola pública que chegou a freqüentar por algum tempo. De outro, mais distante, o horizonte recortado de prédios, onde, em algum lugar, estará sua mãe cuidando de outra casa, **certamente maior e mais cheias de móveis**. Entre os passantes, o olhar de Joyce encontra o de João, que desce para a avenida com a urgência alegre dos que querem aproveitar o resto de dia que é seu. João corresponde ao olhar sem diminuir os passos. Sorri. É retribuído. O olhar insistente de Joyce o persegue. Desacelera o passo, resolve parar, e vai ao encontro.

Os dois conversam. Encontram muitas afinidades. O tempo parece parar. E logo já se tocam. Os lábios e o corpo de João fazem-na perceber o seu próprio como poucas vezes antes, até que Joyce é 'despertada' por gritos e insultos na voz trôpega e embrulhada do padrasto. Aquela 'pouca vergonha' ali devia parar. João quer reagir, mas **Joyce teme a conhecida violência do padrasto**. Os dois, então, saem dali apressados. Já no escuro da noite, procuram a escola vizinha, o pátio atrás de suas paredes pichadas. Escola de pobre, qualquer um entra, diz. Entram. Ali permanecerão até quase o amanhecer. Transam quase a noite toda. **Joyce acha que nem chegou a pensar em Aids ou em camisinha**. (AYRES, FRANÇA JUNIOR,

CALAZANS e SALETTI FILHO, 2009, p. 128 e 129).

As palavras e frases destacadas no depoimento de Joyce têm o objetivo de mostrar uma crítica a estes profissionais da saúde, que imbuídos de uma visão de mundo, colocadas como superiores e melhores do que outros grupos sociais julgam o modo destas pessoas viverem, como se para elas fosse algo tão ruim quanto percebido pelo narrador. Uma questão colocada pelos autores é interessante para pensarmos o contexto que envolve adolescentes como Joyce: “Quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a maioria de nós escolheria?”. Uma pergunta, que demonstra intensidade e o poder de atravessar as camadas de discursos da saúde pública, que adotam o politicamente correto apenas como proteção, no entanto, cai novamente na questão de que os sujeitos escolhem medidas não preventivas por não terem o ideal de estilo de vida pensando de antemão pelos pesquisadores como sendo os únicos a trazerem felicidade.

A narrativa dos/a autores/a se apresenta de uma maneira bem detalhada, envolvente, sensível também, porém parece que existe uma fragilidade nos modelos de redução de riscos da saúde pública, pois como dito anteriormente, Joyce é enquadrada como alguém vulnerável, mas a visão dela não aparece. É um discurso sobre ela, a partir de uma visão de mundo em que a sujeito que narra, acredita que o mundo de Joyce é deficiente. Embora a interpretação dos autores/a tenha sido significativa no sentido de exporem as fragilidades das categorias relacionadas ao risco e muito bem detalhada, ainda assim, se utilizam do saber/poder para julgar o universo alheio, sem perceberem que imprimem uma visão de mundo diferente daqueles jovens, que talvez, não tenham a mesma consciência de que seja algo ruim viver daquela maneira. É claro, que a intenção não é minimizar os problemas sociais, mas que o uso que fazemos destas categorias para interpretar a vida destes sujeitos, se coloca como um saber hierarquizado que tem como ideal um mundo que só consideramos adequado a partir dos nossos valores, impregnados de ideias de consumo.

A questão da vulnerabilidade e as subjetividades acerca dos dados estatísticos, pode ser observada também na pesquisa de Guimarães (2001), em pesquisa sociológica realizada na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 1998, sobre a chamada

“feminização da aids”, em que ela observou um descaso das entidades sanitárias em notificar os casos de aids para entidades sanitárias. Um dos objetivos, aponta a autora, era o de proteger a identidade de alguns sujeitos que possuem acesso ao meio clínico particular.

A percepção oficial dos programas de saúde de prevenção à aids para explicar a ocorrência de infecção da população, segundo a autora que trabalha com a análise de dados anteriores aos anos 2000, de “baixo status econômico e social” refere-se à “baixa percepção de risco” destas populações que são percebidas como carentes e de extrema “vulnerabilidade”, além de serem representadas como uma população passiva”, sem autocontrole sobre suas emoções e impulsos. Em resposta, os programas desenvolvem estratégias preventivas, como a distribuição de camisinhas, material informativo (vídeos e impressos) e medicamentos antivirais. Além é claro do carnaval, onde são lançadas campanhas com mensagens imperativas sobre a necessidade do uso do preservativo.

Segundo Guimarães (2001), houve mudanças, como apontadas anteriormente, nas classificações da epidemia. Assim, o primeiro conceito utilizado foi “grupo de risco”, derivado de elementos probabilísticos. A autora explica ainda que, na fase inicial da epidemia o enquadramento epidemiológico de indivíduos identificados como homossexuais masculinos cisgênero fez sentido para cientistas, porém, o problema foi a leitura pelos meios midiáticos. Após críticas, o conceito foi substituído por “comportamento de risco”, individualizante, mas que diferia da ideia estigmatizante de identidades sexuais e socialmente desviantes. Ainda segundo a autora, parece existir uma redução da “condição feminina” da vulnerabilidade. Assim,

Quanto às mulheres, a “linhagem negativa” salienta que sua maior vulnerabilidade deve-se a fatores sociais e sujeitos, tais como “menor acesso à assistência”, “baixa auto-estima”, “elevada emotividade” (em oposição à “racionalidade objetiva”) e outras carências que lhes são “próprias”. Quando essas “faltas” são preenchidas – pela revitalização da assistência pública à saúde e pela implementação de projetos de educação para a cidadania, segundo os ditames propostos pelo alto escalão

acadêmico anglo-saxão, como seria o caso do grupo de Harvard -, torna-se possível inverter a “condição feminina” e reduzir sua vulnerabilidade em face do HIV/Aids. (GUIMARÃES, 2001, p. 52).

A ideia de que as mulheres são mais vulneráveis ao HIV/aids decorre da noção de que possuem características determinantes a condição feminina. São utilizadas categorias que estigmatizam e encarceram as mulheres em identidades construídas a partir de uma visão de mundo de hierarquia dos sexos, como forma de dizer que somos frágeis. E essa fragilidade seria um caminho para explicar o porquê de muitas não utilizarem o preservativo.

Essa ausência sugere duas vias explicativas não excludentes: primeiro, que o ideário da vulnerabilidade não é (re)conhecido como tal pela população pobre; segundo, que o conjunto de conceitos e valores morais vinculado aos termos “risco”, “vulnerabilidade” e “prevenção” é rejeitado, ignorado ou reinterpretado por essa parcela da população sob outro prisma, justamente porque não lhe serve como ferramenta para organizar sua vida nem para definir uma identidade social digna, em desafio à dura experiência da pobreza. Cabe pensar, por exemplo, nas alternativas religiosas e nas possibilidades terapêuticas não oficiais que garantem a essas camadas uma solução ou um alívio na obtenção da cura, e que se situam mais próximas de suas representações do corpo e de como este se relaciona com o mundo (Loyola, 1984, p. 194-195). Essas escolhas não implicam necessariamente o desconhecimento de que seus recursos próprios por vezes guardam maior valor simbólico e sentido prático mais eficaz no tratamento de determinadas doenças ou problemas de saúde. (GUIMARÃES, 2001, p. 53)

Assim, tanto essa autora quanto Castiel (2010), mesmo escrevendo sobre períodos diferentes da epidemia, parecem concordar que a visão da epidemiologia é ilusória e ingênuas, por

acreditarem que possuem o controle dos riscos e que podem explicar as motivações que levam os sujeitos a não utilizarem o preservativo. Como analisado antes, as decisões humanas não são pautadas em critérios racionais, além disso, o termo ‘risco’ foi socialmente construído, principalmente com o advento da epidemia da aids, que variará com o passar do tempo.

Segue uma grande questão apresentada por Castiel (2010) a partir do pensamento de Michel Foucault,

Cabe aqui perguntar: será que cada vez mais se irá conceber a ideia de saúde com base na noção de segurança? E que esta será mediada por exercícios de autovigilância? Um dos encaminhamentos analíticos para lidar com esta ordem conceitual é proposto por seguidores de Michel Foucault. (CASTIEL, 2010, p. 122).

A governamentalidade diz respeito a capacidade do sujeito ser autônomo e de autorregular-se. Os discursos da chamada “promoção da saúde” decorrem da ideia individualista e neoliberal, em que cada um é responsável por si, de forma que a vigilância começa em sim mesmo. O autocuidado é uma destas estratégias para tornar sujeitos capazes de gerir riscos. Para Castiel (2010),

Em síntese, a promoção de saúde hegemônica atual pode ser interpretada como uma política de neo-higiene, de forte conteúdo moral com vistas à longevidade ou, no limite, como denegação da morte. Estamos sob a perspectiva de que nos mantenhamos o máximo de tempo possível sob a égide globalizada do mundo racional da produtividade e da geração de riquezas. E ainda procuramos 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, 2010, p.124).

É perceptível como em tempos atuais a questão da longevidade, aspecto biopolítico, tornou-se foco das políticas de saúde, que diante da lógica do ‘fazer viver’ coloca a morte como algo vergonhoso que deve ser evitado o máximo possível.

2.1 Metodologia para a análise dos *spots* das campanhas de prevenção à aids

Nesta análise reúno um conjunto de campanhas de prevenção à aids em formato de breves peças ou propagandas publicitárias de 1987 até 2013, que totalizam quarenta e duas campanhas escolhidas durante toda a pesquisa. O critério de escolha se deu de forma a contemplar uma ordem cronológica e as que apresentassem discursos, que ou falassem diretamente do risco ou assuntos relacionados ao mesmo. No entanto, essa escolha, muitas vezes, levou em conta outras características que me chamaram a atenção, como o uso das mulheres, geralmente representadas de acordo com hererossexismo, como por exemplo, o uso da sensualidade como uma marca “natural” feminina, a própria imagem de mulheres com padrões de beleza de acordo com a representação do esperado pela sociedade. Assim, a escolha de um critério de análise dos vídeos não foi uma tarefa fácil, pois além de tudo, foi necessário recorrer a outras áreas, como a publicidade e análise fílmica para que o projeto de criação e construção da análise, pudesse ter algum tipo de amparo metodológico.

Desta forma, escolhi a melhor forma de análise dentro do que eu proponho neste trabalho, que busca compreender como o discurso da noção de risco foi construído nas campanhas de prevenção à aids desde 1987, já que esse foi o ano em que os primeiros vídeos circularam na TV e atualmente estão disponíveis no *website* aids.gov do Ministério da Saúde. Os vídeos estão divididos por décadas como forma de identificar mudança no perfil epidemiológico da doença, bem como, o uso da noção de risco.

Um dos primeiros desafios foi trazer minha maneira de ver e entender os vídeos para este trabalho, pois como possibilitar que outros sujeitos olhassem da mesma forma que eu aqueles vídeos? Já que meu olhar estava impregnado das teorias sobre noção de risco, sobre um entendimento crítico acerca da prevenção? Com isso quero dizer que minha análise sobre os vídeos está marcada por uma subjetividade, que procurou atenta todos os detalhes sobre a noção de risco. Da mesma forma, que também busquei perceber as medidas preventivas sobre o controle da sexualidade, por meio de recomendações como a redução do números de parceiros sexuais, para responder ao dilema inicial deste estudo: “Como cada

um de nós possui uma noção de risco diante da possibilidade de contrair o vírus da aids. O que nós faz escolher correr certos riscos e outros não?”

Entendi que dividir os vídeos em imagens como fotos seria a melhor forma de mostrar ao público o que se destacou mais na análise e até uma forma de poder visualizar e captar algo que originalmente está em movimento. Em uma análise de vídeo um conjunto sensorial é mobilizado: existem falas, sons, enquadramentos, cenas, textos e toda uma produção técnica. Por uma questão estética e mesmo de restringir meu recorte, optei por selecionar, captar ou mesmo tornar em formato de foto três momentos ou seis momentos do vídeo, de acordo com aquilo que me despertou interesse. Além disso, realizei a transcrição dos enredos e histórias dos vídeos, que são por vezes, história interpretadas por atores e atrizes, ou ainda, comentadas por narradores, na tentativa de passar ao máximo a produção da campanha. Podemos pensar diante disso que, a televisão estimula uma série de sentidos, com o poder da imagem bem articulado de acordo com Santos (2002),

Há, também, que se destacar o “poder das imagens” veiculadas na televisão, precisamente pela articulação que esta é capaz de fazer entre a visão e a audição, a reprodução do movimento, o uso das cores, o uso de câmeras que “funcionam” como se fossem nossos olhos. Em especial, destacam-se as especificidades técnicas da câmera, como o enquadramento (plano geral, primeiro plano, close-up, super close etc.), a angulação (ângulo baixo, ângulo alto, ângulo plano etc.), o movimento (panorâmica, travelling, trajetória) etc. (Hidelbrand, 1995 (Apud SANTOS, 2002, p.76),

Além disso, existem:

(...) as diferentes significações que tais movimentos, através de uma multiplicidade de técnicas (mas também de tradições que os construíram assim), pretendem passar ao telespectador: intimidade, distância, tensão, revelações dramáticas, intensidade de sentimentos etc. De forma geral, pode-se

dizer que essas são as dimensões mais técnicas da comunicação (...). (SANTOS, 2002, p.76).

Para Joly (2012) somos “consumidores de imagens” e por conta disso, o autor se debruça para compreender como as imagens comunicam ou transmitem mensagens. Neste caso, especialmente as utilizadas pela publicidade, já que as campanhas se enquadram nesta categoria, mesmo que diferentes da publicidade que tem o intuito de seduzir públicos alvos para a venda de um produto.

Para Sturken e Cartwright (2001) as imagens estão presentes em nosso cotidiano e são objetos de contemplação, muito utilizadas pela mídia. Talvez poderíamos classificar a publicidade realizada pelo Ministério da Saúde, como uma publicidade mais “educativa”, porque seu objetivo é conscientizar ou alertar os sujeitos para a necessidade do uso do preservativo nas relações sexuais. Para além disso, as campanhas carregam mensagens normatizadoras dos comportamentos sexuais de cada sociedade. A sexualidade, alvo de uma produção publicitária, esteve nos discursos de prevenção à aids das campanhas, que buscavam gerenciar formas “corretas” de ter uma vida sexual.

As imagens analisadas são da categoria publicitária, que atualmente são as mais recorrentes quando falamos de “civilização da imagem”. Segundo Joly (2012) o sentido mais comum quando utilizamos o termo imagem é se referir a mídia. Assim:

(...) O emprego contemporâneo do termo “imagem” remete, na maioria das vezes, à imagem da mídia. A imagem invasora, a imagem onipresente, aquela que se critica e que, ao mesmo tempo, faz parte da vida cotidiana de todos é a imagem da mídia. Anunciada, comentada, adulada ou vilipendiada pela própria mídia, a “imagem” torna-se então sinônimo de televisão e de publicidade. (JOLY, 2012, p.14).

No entanto, o autor alerta que embora a publicidade e a televisão sejam sinônimas, o conceito de publicidade abarca também a mídia impressa, por meio dos jornais, revistas, cartazes pelas cidades e também o rádio, que não é só visual. Além disso, há certa confusão entre televisão e publicidade, pois “(...) o amálgama (imagem = televisão = publicidade) mantém um certo

número de confusões prejudiciais à própria imagem, à sua utilização e à sua compreensão.” (JOLY, 2012, p.15). Assim,

A primeira confusão é incorporar suporte a conteúdo. A televisão é um meio, a publicidade é um conteúdo. A televisão é um meio particular que pode transmitir a publicidade, entre outras coisas. A publicidade é uma mensagem particular capaz de se materializar tanto na televisão quanto no cinema, tanto na imprensa escrita quanto no rádio. (JOLY, 2012, p.15).

Assim, a imagem é compreendida por um universo diverso de materializações, mas que na contemporaneidade está fortemente associada ao imediatismo da sua visualização através das imagens da televisão. Nesse sentido, irei trabalhar com as campanhas de prevenção dentro da perspectiva da publicidade, mas também ao mesmo tempo em uma breve análise fílmica, já que o conteúdo desta publicidade possui movimento, por serem vídeos. Porém, para que a/o leitor/a pudesse visualizar a descrição e análise das peças publicitárias, as transformei em foto imagens ou de acordo com Penafria (2009), “fotogramas”, que consiste em fixar algo movente, como as imagens de um filme. Nesse sentido, segundo o autor,

Analisar um filme é sinónimo de decompor esse mesmo filme. E embora não exista uma metodologia universalmente aceita para se proceder à análise de um filme (Cf. Aumont, 1999) é comum aceitar que analisar implica duas etapas importantes: em primeiro lugar decompor, ou seja, descrever e, em seguida, estabelecer e compreender as relações entre esses elementos decompostos, ou seja, interpretar (Cf. Vanoye, 1994). A decomposição recorre pois a conceitos relativos à imagem (fazer uma descrição plástica dos planos no que diz respeito ao enquadramento, composição, ângulo,...) ao som (por exemplo, off e in) e à estrutura do filme (planos, cenas, sequências). (PENAFRIA, 2009, p.1 e 2).

Parece existir entre os autores um consenso de que não existe uma metodologia fixa a ser seguida como uma regra para

analisar filmes, mas o que existe são objetos que levam em comum algumas características, como as descritas acima, em que a primeira se trata de decompor, em um processo chamado de “decupagem”⁴⁵ e a segunda exige uma interpretação que também possui uma metodologia diversa com perspectivas teóricas. Para o autor: “O objectivo da análise é, então, o de explicar/esclarecer o funcionamento de um determinado filme e propor-lhe uma interpretação.” (PENAFRIA, 2009, p.2).

Um dos principais obstáculos de uma análise fílmica é o fato do filme não ser citável, segundo Penafria (2009), pois as palavras interpretadas se referem a imagens e sons. Da mesma forma analisa Vanoye e Goliot-lété (2002):

Raymond Bellour afirmava que o texto fílmico é “impossível de se encontrar” no sentido de que não é citável. Enquanto a análise literária explica o escrito pelo escrito, a homogeneidade de significantes permitindo a citação, em suas formas escritas, a análise fílmica só consegue transpor, transcodificar o que pertence ao visual (descrição dos objetos filmados, cores, movimentos, luz etc.) do fílmico (montagem das imagens), do sonoro (músicas, ruídos, grãos, tons, tonalidades das vozes) e audiovisual (relações entre imagens e sons). (VANOYE E GOLIOT-LÉTÉ, 2002, p. 10).

Dentre as mais variadas formas de análise, acredito que a que proponho trabalhar nos vídeos das campanhas de prevenção venha ao encontro da descrita por Penafria (2009), chamada de análise de conteúdo. Assim:

⁴⁵ De acordo com Jorge Monclar (diretor de fotografia): “(...)A decupagem é uma das principais etapas na confecção de um filme. É quando transferimos da escritura literária que é o roteiro, para um discurso audiovisual constituído por planos, movimentos e posições de câmera. E, cada plano tem uma intenção narrativa, cada posição de câmera dá um significado do ao que se filma e os movimentos vão pontuar, tencionar ou esvaziar o impacto dramático desejado. Quando decupamos uma cena em planos, posições e determinamos movimentos de câmera, optamos pela sujeito narrativa. Disponível em: <http://www.aictv.com.br/noticia/a-decupagem-310.html>

b) análise de conteúdo. Este tipo de análise considera o filme como um relato e tem apenas em conta o tema do filme. A aplicação deste tipo de análise implica, em primeiro lugar, identificar-se o tema do filme (o melhor modo para identificar o tema de um filme é completar a frase: Este filme é sobre ...). Em seguida, faz-se um resumo da história e a decomposição do filme tendo em conta o que o filme diz a respeito do tema. (PENAFRIA, 2009, p.6).

A análise fílmica é compreendida pelas mais diversas formas, entre elas estão: os filmes ou longas metragens e as formas curtas, conhecidas pelos: *spots*, clips, curtas-metragens e documentários. As campanhas de prevenção se encaixam dentro desta categoria das formas curtas, especificamente dos *spots*, caracterizados por serem de curta duração, a maioria não passa de dois minutos. Geralmente os spots pertencem à estratégia de argumentação publicitária para vender produtos. Segundo Vanoye e Goliot-lété (2002):

(...) São em geral muito curtos - e exploram ao máximo a possibilidade de combinar as cinco matérias da expressão do cinema (e do vídeo): sons (palavras, ruídos, músicas), imagens (fixas, animadas, fotográficas ou gráficas), escrita (legendas de vários tipos, quaisquer menções escritas). Disso resulta um bombardeio de imagens e sons, impressões, sensações e significações (...). (VANOYE E GOLIOT-LÉTÉ, 2002, p. 108).

Esse “bombardeio” de expressões observados nos *spots* das campanhas foi um grande desafio para organizar uma maneira lógica de estudá-los e compreender as mudanças de narrativa, linguagem, temas comuns de cada década e as mudanças da maneira de se fazer prevenção. Além de tudo, busquei um olhar atento para o uso do termo “noção de risco” ou sinônimos nas campanhas de todos estes anos.

2.2 Análise dos vídeos de campanhas de prevenção à aids veiculadas pelo Ministério da saúde e a mudança do perfil epidemiológico da década de 1980 até o ano de 2013.

Os vídeos das campanhas de prevenção à aids no Brasil foram criados a partir de 1987, segundo o acervo do *website* institucional aids.gov.br do Ministério da Saúde, que como dito no primeiro capítulo foi criado em 1986 e se tornou referência mundial no tratamento da aids e doenças sexualmente transmissíveis. A história da aids na década de 1980, no Brasil, se inseriu no chamado período de redemocratização do país, que reconquistou sua liberdade política, após o regime da ditadura militar de 1964 à 1985. Mesmo com a visão otimista do departamento, as políticas de saúde pública do governo voltadas aos sujeitos que vivem com o HIV/aids foram tardias no Brasil, segundo alguns militantes, entre eles, Herbert de Souza, o “Betinho”. Dentre os motivos, a representação de que a aids era uma doença que atingia somente homossexuais masculinos cisgênero de classe média, tendo em vista, que algumas figuras públicas do Brasil e do mundo, como Cazuza, alimentaram essa imagem de que artistas com uma vida “promíscua” eram os alvos, segundo Amorim (2009).

A proposta desta análise dos vídeos é a de acompanhar, além da forma cronológica as propagandas, as mudanças que ocorreram ao longo destas décadas e quais noções de risco podem ser visualizadas, seja nas imagens dos vídeos ou seja pela própria narrativa dos *spots*. Utilizarei para dialogar com as fontes a tese de doutorado de Santos (2002), pois neste trabalho foi realizado um estudo sobre os anúncios televisivos das campanhas. O autor concluiu que houve uma mudança do uso da noção de risco a partir de 1994, quando até então o uso da categoria “grupo de risco”: “(...) estava circunscrito a determinados grupos considerados como “de risco” (homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, receptores de hemoderivados).” (SANTOS, 2002, p.24)

Outra mudança na trajetória das campanhas é observada por Santos (2002), que entende que:

(...) as campanhas passaram de um discurso publicitário (mais) biomédico para um discurso publicitário (mais) comercial. Entendo que essa mudança se deu pela

substituição (com algumas recorrências) de um modelo de campanha que via os telespectadores como sujeitos racionais capazes de fazer escolhas acertadas (e de assim mudar seu comportamento na direção esperada) a partir das informações biomédicas “corretas” que lhes eram apresentadas nos anúncios televisivos das campanhas, por outro modelo que, ao invés de informações biomédicas, do tipo “assim pega e assim não pega”, promovia conceitualmente, aos moldes de anúncios comerciais, a adoção de determinadas práticas (e.g., o uso de preservativos) ou de estilos de vida, baseadas nos princípios do marketing social. (SANTOS, 2002, p.24).

Concordo com esta mudança nas propagandas, principalmente pela composição de atrizes, atores, cenários, o tom mais teatral e a correspondência com as papeis de gênero e diálogos com um viés mais voltado a uma ideia de consumo de estilos de vida, em um movimento de consumismo que vende um produto, neste caso a ideia de que os sujeitos precisam usar o preservativo.

Portanto, seguem as campanhas de prevenção, todas com os slogans apresentados no site institucional e seus respectivos textos de apresentação. Logo após, as foto imagens dos vídeos, com a transcrição das falas e narrações e por fim a análise.

2.2.1 Década de 1980: “A Aids não tem cura e mata”

Slogan: 1987 – Aids, você precisa saber evitar-dominó⁴⁶

Governo José Sarney

Ministério da Saúde

Mensagem da campanha:

A aids é uma doença que passa de sujeito para sujeito, através do esperma e do sangue contaminado. A Aids não tem cura e mata e só tem uma maneira de evitar que esta epidemia continue, a prevenção. Nas suas relações sexuais, use a camisa de

⁴⁶ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/videos?page=21>

Vênus. A camisinha pode afastar você da Aids, mas não afasta você de quem gosta.

Slogan: Aids você precisa saber evitar!

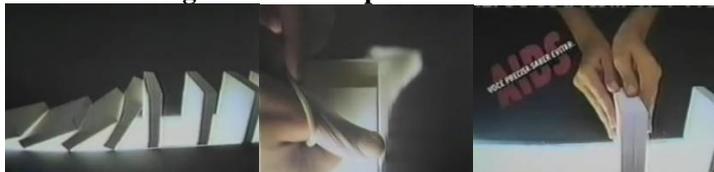


Imagem 5: dominó.

O spot publicitário possui um tempo curto de 31 segundos e é um dos primeiros vídeos que inauguram as campanhas de prevenção à aids do Ministério da Saúde. Uma das primeiras observações é em relação ao *slogan* que possui uma mensagem imperativa: “Aids você precisa evitar!”. Claramente uma ordem ser seguida. As fotos foram selecionadas de acordo com a mudança de plano do vídeo e os objetivos da campanha. A primeira imagem traz literalmente um efeito dominó, que é seguida da imagem que traz uma mão, ao que tudo indica, de um homem, que ensina a colocar o preservativo no dedo em alusão ao pênis. Nesse sentido é interessante se perguntar o motivo pelo qual a campanha optou por mostrar o dedo e não um “consolo” para melhorar a mensagem de prevenção.

A educação para o uso do preservativo passou a ser mais frequente a partir do início da epidemia da aids. Mesmo assim, houve muita resistência por parte das campanhas em falarem sobre isso. O preservativo com o advento do HIV/aids passou a ter seu uso recomendado não só para esta síndrome, mas para todas as outras doenças transmitidas pelo sexo. Por fim, a última imagem mostra o homem evitando que o efeito dominó ocorra novamente e o slogan da campanha aparece. Existe apenas uma pessoa que narra e a música tem uma melodia que cresce e possui um tom de terror e suspense. O efeito dominó é uma metáfora da cadeia de transmissão do vírus da aids.

Já na mensagem fornecida pela campanha há uma forte associação com a morte: “A Aids não tem cura e mata (...)”. Além do tom de desesperança existe a carga do medo fortemente utilizada nas campanhas da década de 1980, compreensível em certa medida para o momento, já que havia poucos recursos para o

tratamento. Com isso, o medo foi utilizado como forma de prevenção. Na última parte da mensagem: “A camisinha pode afastar você da Aids, mas não afasta você de quem gosta”, chama atenção a ideia do sexo como algo feito apenas com a ideia de amor, como se a própria ideia de amor pudesse ser uma forma de prevenção. Não leva em conta as relações casuais, em que sujeitos poderiam estar juntas por motivações sexuais e não por questões afetivas.

Para Santos (2002) a primeira década de aids foi marcada por campanhas pautadas em uma tradição da Saúde Pública, com características, como: medo do contágio da doença e da morte. Além disso, existia um forte apelo e culpabilização do sujeito, além da ideia de responsabilização dos chamados “grupos de risco”.

Embora a palavra risco não apareça na campanha é possível perceber como a noção de risco está embutida neste termo “grupo de risco”. Esta categoria era utilizada pela epidemiologia para calcular quais sujeitos tinham mais probabilidade de serem contaminados. No caso da campanha em questão, existe a metáfora de que o efeito dominó é um risco, porque os sujeitos que possuem vários parceiros sexuais tem mais chances de contrair a doença e transmitir a outras, como uma cadeia de transmissão. Talvez o uso da metáfora do dominó tenha dificultado o entendimento do público que visualizou a campanha apenas como algo aterrorizante carregado de culpa. A propaganda ainda pode gerar o que Jeolás (2007) analisou em sua larga pesquisa com adolescentes sobre prazer e risco, como a ideia de que a aids é percebida como uma doença do outro, pois as campanhas tendem a atingir um grande público de maneira a não levar em conta as subjetividades de cada um. “O perigo de tal generalização reside no fato de que, se o risco é para todos, ele não é de ninguém (...)”, o que leva o pensamento de que o risco é algo “diluído” para todos igualmente. (JEOLÁS, 2007, p.152).

Existe um cenário “apocalíptico” descrito por Castiel (2011), que talvez esteja presente desde o aparecimento da aids, que intensificados pelos dilemas da Guerra Fria, dizem respeito ao medo e a insegurança, que se manifestam por soluções racionais para enfrentar as contradições das quais vivemos.

Slogan: 1987 – Aids, você precisa saber evitar-seringas⁴⁷

Produção: PNDST/Aids

O vício da droga é uma agressão para a saúde e agulha e a seringa que passa de mão em mão pode estar contaminada com o vírus da Aids. Se você não está conseguindo largar o vício, procure ajuda. Evite seringas usadas, assim pelo menos de Aids você não morre.

Aids, você precisa saber evitar-seringas



Imagem 6: seringa.

Mensagem imperativa: “você precisa” e “pelo menos de Aids você não morre”. Novamente a ideia que a Aids mata! Sugere também aos usuários de que se não morrerem de Aids morrerão ao utilizar as seringas.

O vídeo possui um narrador, pois neste primeiro momento era muito frequente a fala de atrizes e atores da emissora Rede Globo, como a de Paulo José. Já as imagens, mesmo com recursos visuais rudimentares, parecem aterrorizantes. Neste caso são representadas por um banheiro velho e sujo, onde um usuário de drogas se prepara para injetar a droga e logo seguida passa a seringa para outro. O usuário é representado através de uma sombra e a música é em tom de suspense. Uma outra pessoa entra e começa o preparo da droga para utilizar de forma injetável. Abre o armário. Enquanto isso, uma música, como de um filme de terror e o destaque para algumas falas do ator narrador, como: “agressão”, “contaminada” e “evite” foram utilizadas com mais frequência. Além disso, tanto na mensagem inicial do slogan quanto na narração do vídeo existe a forte associação com a morte, na frase: “Assim de AIDS você não morre”, como se de alguma

⁴⁷ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987aids-voce-precisa-saber-evitarseringas>

forma o usuário de drogas estivesse condenado à morte pelo vício. A mensagem tenta passar a ideia de que morrer de aids é pior do que pelo uso de drogas, na tentativa de ser algo confortante. Além de tudo, determina que uma hora ou outra o usuário irá morrer pelo uso da droga. Existe a utilização também das palavras: “medo” e “infecção”, em uma investida na ideia de terror como controle de comportamentos desviantes.

Das formas de transmissão do vírus da aids, a que também implica na culpabilização do sujeito é a por meio do uso de seringas compartilhadas para o uso de drogas, pois como Sontag (1989) muito bem colocou, os sujeitos que contraem o HIV/aids desta maneira são encaradas como pessoas que cometem uma espécie de “suicídio inadvertido”. (SONTAG, 1989, p.32).

Além do que, existe a representação da doença como punição, que para Castiel (2011) seria ocasionada por ações transgressoras das regras e normas desejadas nas sociedades ocidentais cristãs, por conta de um modelo sanitário institucional ocidental. Está associada ainda, há uma explicação de caráter religioso juntamente da ética médica. Assim, (...) A doença resultaria dessa transgressão, enfim, do pecado, tanto coletivo como individual. Em síntese, teria sido a cultura cristã que interferiu sobre os preceitos médicos, mesmo depois do aparente afastamento formal destes da religião. (CASTIEL, 2011, p.132).

Surge assim uma moral comportamental para o autor que vai além dos domínios biológicos, pois carrega essa moral cristã que culpabiliza o sujeito caso ele transgrida as condutas preventivas.

1987 – Aids você precisa saber evitar. Transfusão de sangue⁴⁸

Paulo José dá um recado para quem quer doar sangue e a preocupação com a Aids, os cuidados que se deve ter com as seringas e exames que devem fazer antes de doar. Não deixe que o medo da Aids esvazie a vida de muita gente. Doe sangue. Doe sangue. Doe sangue é um ato de amor.

Aids, você precisa evitar. Transfusão de sangue

⁴⁸ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitartransfusao-de-sangue>



Imagem 7: seringa.

Quem doa sangue não corre risco de contaminação. Desde que a agulha utilizada na coleta seja do tipo descartável e nova. As agulhas comuns precisam ser esterilizadas. Antes de fazer doação, certifique-se, que você está em condições. Faça exame de sangue. Assim você estará se ajudando e ajudando a combater a Aids. Quem recebe sangue, deve fazer sob orientação médica. E é bom exigir, se possível, o exame de sangue que você está recebendo. Os hemofílicos e todas as pessoas que precisam de produtos de sangue, de vários doadores, correm maior risco de contaminação. Por isso, quem trabalha em banco de sangue tem papel fundamental na luta contra a Aids, como profissionais da saúde eles devem ajudar na seleção de doadores. Agora... Não deixe que o medo da Aids esvazie a vida de muita gente, doe sangue. Doar sangue é um ato de amor. (Transcrição vídeo).

Ministério da Saúde
José Sarney

Aqui a palavra risco é inicialmente utilizada de forma positiva, pois incentiva as pessoas a doarem sangue, pois tal ato não representa risco para quem doa. Contudo, existe uma ênfase na recomendação da esterilização das agulhas, quando seria importante a recomendação do uso de seringas descartáveis. É possível que durante a década de 1980, não tivesse a cultura de descartar este material. Já para quem recebe o sangue possui mais risco de infecção segundo a fala do ator Paulo José, que sentado, encena momentos de comoção, principalmente quando pede que o medo não seja um impeditivo para que os sujeitos não doem sangue. Interessante que em outros momentos é conveniente

despertar o medo, porém quando existe a necessidade de gerar empatia ou solidariedade, o uso de comoção e palavras de amor eram exploradas, principalmente na frase final: “Doar sangue é um ato de amor.”

Este tipo de transmissão era categorizado dentro dos grupos de risco, principalmente com a pejorativa classificação durante a década de 1980, pelo CDC de doença dos “4H”: Hemofílicos, Homossexuais Haitianos e usuários de Heroína. A categoria denominada “Hemofílicos” era a mais “inocentada” de carga moral de condenação do que em relação aos outros considerados também “grupos de risco”.

1987 – Aids você precisa saber evitar Aids e as Drogas injetáveis⁴⁹

“Paulo José explica como as drogas injetáveis podem levar os usuários a se infectarem com Aids e essa viagem não tem volta.” PNDST/Aids.

Já esta propaganda, tinha a recomendação para a utilização de seringas descartáveis. Destaque para o uso da palavra: “viciados” e “grupo de alto risco”.

Os viciados em drogas injetáveis, além da agressão a saúde, correm um grave risco. Toda vez que uma seringa passa de uma pessoa para outra, existe troca de sangue, que pode transmitir várias doenças, inclusive a Aids, se alguém do grupo estiver contaminado, a melhor coisa que o consumidor de drogas tem a fazer é largar o vício. Enquanto isso não acontece é muito importante usar somente agulhas e seringas descartáveis e novas, ou então esterilizadas. Essa recomendação é válida para qualquer tipo de injeção, inclusive medicamento. As agulhas e seringas do tipo descartável devem ser usadas uma só vez. As de tipo comum, esterilizadas a cada uso. E os viciados precisam ter a consciência que fazem parte de um grupo de alto risco de

⁴⁹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-aids-e-drogas-injetaveis>

contaminação, além dos problemas trazidos pelo uso da droga, existe a possibilidade da Aids. E essa... é uma viagem da qual ninguém volta!

Ministério da Saúde. Governo José Sarney.
(Transcrição vídeo).

A palavra risco é mais de uma vez falada, mas é acrescida de adjetivos que intensificam o seu sentido, primeiro com “grave risco” ao explicar que o uso de seringas aumenta as chances de infecção quando usada por vários indivíduos sem esterilização ou sem ser descartável. Já a segunda denominação, “grupo de alto risco” e o uso da palavra pejorativa “viciados” para se referir aos usuários de drogas injetáveis. Além da forte carga de responsabilização aos que utilizavam seringas, existe a associação da aids com a morte, principalmente na frase final: “E essa... é uma viagem da qual ninguém volta!” para dizer que, mesmo com todos os danos à saúde a “viagem” das drogas permite que o sujeito volte a realidade, já a “viagem” em decorrência da infecção do vírus da aids não existe volta, apenas uma sentença de morte.

O vídeo contribui para minha pesquisa sobre noção de risco, pois existe vários usos da palavra risco e gradações como forma de enquadrar determinados grupos, que por apresentarem comportamentos fora da norma foram postos como aqueles com maior probabilidade de risco de contágio.

O ator é mais uma vez Paulo José, que demonstra uma imagem serena, porém a música de fundo é em tom aterrorizante, como mais um instrumento de efeito na ideia de prevenção. Existe também uma atenção para o uso de drogas e a advertência de que isso prejudica a saúde. Nesse sentido, uma estratégia de biopolítica, na medida que tenta condenar formas desviantes de conduta, com o discurso de vida saudável.

1987 – Aids, você precisa saber evitar – cama⁵⁰

1987 – O Brasil está enfrentando uma das maiores doenças do nosso século, Aids. A Aids não tem cura. Aids ataca homens, mulheres e crianças e a única coisa que você pode fazer para não ter Aids e tomar cuidado reduzindo parceiros, usando

⁵⁰ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-cama>

camisa de Vênus, a camisinha, usando somente agulhas e seringas descartáveis. Cuide-se. A Aids leva qualquer um pra cama.

Ator: Paulo José

Ministério da Saúde. José Sarney

Aids você precisa saber evitar!

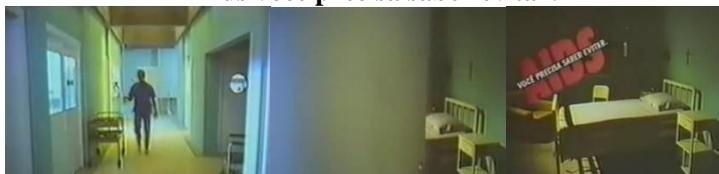


Imagem 8: hospital.

Vídeo de 30 segundos, que mostra um hospital, um corredor e ao mesmo tempo o ator Paulo José, que fala sobre como a aids “ataca” homens e mulheres, que aparecem caminhando pelo corredor, em que há um homem e uma enfermeira. Ao final, uma porta que se abre e logo uma cama de hospital utilizando esse jogo de palavras:

A Aids leva qualquer um pra cama. A Aids não tem cura. Aids ataca homens, mulheres e crianças e a única coisa que você pode fazer para não ter Aids e tomar cuidado reduzindo parceiros (...). (Transcrição vídeo).

Este trecho do slogan da campanha apresenta frases imperativas de conotação negativa. Na primeira parte, “A Aids não tem cura”, emite o sentido de que para os sujeitos que viviam com o HIV/aids não teria chance de viverem mais, pois a lembrança é a de que se trata de uma doença mortal. Logo em seguida, “Aids ataca homens, mulheres e crianças”, com a destaque para palavra ataca, como uma metáfora da guerra, em que existe um inimigo, estrangeiro, que está de fora. Como coloca Sontag (1989, p.13): “A doença é encarada como invasão de organismos alienígenas.” (SONTAG, 1989, p.13), Além das metáforas militares que segundo a autora:

(...) ganharam destaque no início de nosso século, nas campanhas de esclarecimento a respeito da sífilis realizadas durante a Primeira Guerra Mundial, e na campanhas

contra a tuberculose do pós-guerra.”
(SONTAG, 1989, 14).

Por fim, a última frase de destaque, “(...) e a única coisa que você pode fazer para não ter Aids e tomar cuidado reduzindo parceiros”, com a ideia de que uma relação monogâmica seria uma forma de proteção. Essa afirmação também desconsidera a trajetória afetiva das pessoas, que pode mudar ao longo da vida. A frase ainda impõe uma moral de que se uma pessoa tiver mais de um parceiro terá mais riscos de contrair o vírus da aids e ainda será responsabilizada pela falta de cuidado. A música, como nas outras propagandas possui uma melodia em tom de ameaça, como um som que anuncia uma guerra.

Enquanto o ator fala, uma câmera percorre uma ala do hospital. Enfermeiros, visitantes, médicos se cruzam nos corredores, até que uma porta se abre e a câmera se depara com uma cama de hospital. O quarto é escuro e não há ninguém, o que passa a ideia de solidão, como um aviso novamente para quem for contaminado com o vírus.

No final, um trocadilho com a cama: “Cuide-se, a Aids leva qualquer um para a cama.” Uma mensagem que leva o telespectador a pensar que a mesma cama onde acontecem as relações sexuais, é também o local onde se encontra a possibilidade de infecção pelo vírus da aids.

Outra observação importante é o uso indiscriminado da sigla AIDS, sem a distinção HIV/aids, causando certa confusão. Ao telespectador gera a ideia que ao ter relações sexuais você pegaria a aids e morreria. Há um problema em esclarecer os estágios da síndrome.

A noção de que naquele momento as campanhas de prevenção detinham um caráter discriminatório, pode alterar nossa análise, tornando anacrônica, pois hoje desfrutamos de uma condição de tratamento ao HIV/aids com mais recursos do que aquele primeiro momento. O discurso moralizante se deve também naquele período da década de 1980, aos poucos investimentos dos governos no tratamento do HIV/aids e a insegurança sobre os métodos de proteção. Além disso, a comunidade médica recomendava que os sujeitos reduzissem seus parceiros, não só por questões de uma moral, mas também por desconhecerem sobre a síndrome. É claro, que este discurso veio arraigado de muito preconceito e velhos tabus sobre o sexo, principalmente porque os

primeiros contaminados foram homossexuais masculinos cisgênero. Em se tratando dos discursos normativos, compartilhados pela ciência, medicina e Estado, a ideia é de que, “O comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mãos do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência – doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente.” (SONTAG, 1989, p.31)

É possível visualizar um pouco desse discurso médico no filme: “*The Normal Heart*” do diretor *Ryan Murphy*, que trata sobre a medicina e os cientistas, no início da epidemia, quando tentavam descobrir como o vírus HIV agia no organismo e como eles poderiam combater os sintomas. Assim, a película retrata um grupo de ativistas *gays* nos Estados Unidos, que lutavam para convencer o governo a investir em estudos e tratamentos para a aids. A personagem, médica e recomenda a um líder da comunidade *gay*, que parem de ter relações sexuais com outros homens. O que para ele e toda comunidade representou um discurso não só moralizante, mais também um retrocesso na revolução sexual e conquistas de direitos civis na década de 70.

1987 – Aids, você precisa saber evitar – Irene Ravache⁵¹

1987 – Irene Ravache fala sobre como acontece a transmissão da Aids e como se proteger usando a camisinha. A camisinha afasta você do vírus da Aids, mas não afasta você de quem você gosta.
Produção PNDST. Aids.

Aids, você precisa sabe evitar!



Imagem 9: Irene Ravache

⁵¹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-irene-ravache>

O vídeo mostra a atriz informando sobre as várias formas de transmissão:

A Aids é uma doença sexualmente transmissível. Ela passa de homem para homem, de homem para mulher e de mulher para homem. O vírus no esperma contaminado pode invadir a corrente sanguínea mais facilmente pela mucosa do reto do que pela mucosa da vagina. Porém, a secreção vaginal contaminada em contato com qualquer ferimento no órgão genital do homem também possibilita a infecção. E se houver um ferimento na boca, o esperma contaminado na boca pode transmitir o vírus. Por isso, a forma mais segura que se conhece para evitar o contágio é o uso do preservativo de borracha, a camisinha. Com ela o vírus não entra em contato com o órgão genital do parceiro. E claro, o risco de transmissão é menor quanto mais você reduzir o número de parceiros. Converse com seu parceiro, é um ato de respeito mútuo. A camisinha afasta o vírus da Aids, mas não afasta você de quem você gosta. Ministério da Saúde. José Sarney. (Transcrição vídeo).

Vários pontos chamam atenção neste vídeo, um primeiro ponto é a atriz como protagonista, que fala sentada em uma mesa e em tom sério passa a representação de uma médica, o que vai ao encontro da ideia apresentada por Santos (2002), de que durante esse período havia um tipo de publicidade nas campanhas de modelo biomédico. A fala é uma descrição de como a pessoa pode contrair o vírus da aids e a atriz estabelece uma escala de infecção ao dizer que a pessoa poderia ser mais facilmente contaminada pela mucosa do reto, do que pela vagina. Esse pensamento estava pautado na ideia de que o HIV/aids atingia tanto sujeitos que não tinham relações heterossexuais quanto homens que tinham relações afetivo-sexuais com outros homens. Parte desta ideia estava pautada em uma dita normalidade, já que a homossexualidade representava tema tabu, de que era algo anormal e nem natural, além do estigma da promiscuidade que havia impressa nos casais do mesmo sexo.

Há vários pontos que merecem destaque na fala da atriz sobre a prevenção: “Ela passa de homem para homem, de homem para mulher e de mulher para homem.” Na recomendação acima não foi apresentada a possibilidade de contágio do HIV/aids de uma mulher para outra. As razões podem ser explicadas, primeiro pelo fato das relações homossexuais femininas não serem vistas como relações de alto risco como de homossexuais masculinos. Como não existe a penetração pelo pênis e o contato com o esperma, existe um mito de que relações sexuais entre mulheres não representa risco de infecção. No entanto, existe o risco de contrair não só o HIV, como também DST. Outro motivo para a invisibilidade das políticas de prevenção naquele momento e ainda hoje é o preconceito. Segundo Moraes e Esteves (2011) mulheres lésbicas e bissexuais aparecem pouco nos estudos e dados epidemiológicos. Para as autoras, existe ainda uma construção do paradigma da heterossexualidade. Para as autoras existe ainda pouco estudo no Brasil sobre mulheres lésbicas e a vulnerabilidade nas relações sexuais desprotegidas. Assim,

Quando se fala em homossexuais, DST e Aids, novamente as lésbicas são “esquecidas”: a grande maioria dos artigos, campanhas e estudos no Brasil estão relacionados ao universo homossexual masculino, sendo raríssimo encontrar algo a respeito de lésbicas e bissexuais. Talvez por isso, ainda sejam poucas as mulheres que ao realizarem sexo com mulheres utilizam-se de barreira/ proteção e/ou sinalizem a prevenção às DST como algo central em suas práticas afetivas. (MORAES E ESTEVES, 2011, p.2).

As autoras ainda apontam que os estudos sobre lésbicas e informações sobre os riscos de infecção por DST e HIV estão mais presentes nos Estados Unidos. Os discursos médicos, tido como científicos e comprovados, por vezes, eram postos em jornais de circulação nacional para o grande público, o que fomentava a ideia de grupo de risco. Esses grupos de risco, tinham os homossexuais masculinos cisgênero quase como alvos destes discursos. Segundo Nascimento (2005) médicos apresentavam dados sobre a escala de infecção, como a de um professor da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em 1985, que apresentou uma explicação biológica para justificar o porquê dos homens serem mais

propensos a se infectar com o vírus da aids nas relações homossexuais. Assim:

Nas mulheres, o sêmen não provoca deficiência imunológica, pois a mucosa vaginal está naturalmente preparada para recebê-lo. Biologicamente, a mulher foi preparada para receber o esperma. O homem não. [...] há evidências de que os homens são mais propensos a terem deficiência imunológica do que as mulheres. Nascimento, 2005, p.89 (Apud AMORIM, 2009, p. 56 e 57).

Para Santos (2002, p.32),

(...) Isso porque, não se trata(va) de uma epidemia biológica, passível de ser enfrentada pelos saberes e tecnologias conhecidos, antes, estavam em jogo vários pressupostos/crenças inerentes aos modelos (tecno)biomédicos vigentes. Uma dessas crenças referia-se à improbabilidade de as mulheres transmitirem o vírus, já que as narrativas médicas se valiam de várias noções que (hoje) chamaríamos de “senso-comum”, como a do “ânus vulnerável” e da “uretra frágil” em oposição à “vagina rústica” (como reservatório de esperma, e acostumada a coisas como pênis e bebês) que funcionava como uma barreira à entrada do vírus.

Outra recomendação da narração do vídeo é interessante, pois indica que a redução do número de parceiros é uma forma de proteção. Assim, “(...) E claro, o risco de transmissão é menor quanto mais você reduzir o número de parceiros. Converse com seu parceiro, é um ato de respeito mútuo (...)”. A ênfase não é a recomendação do uso do preservativo somente, mas também a de reduzir parceiros, o que parte da ideia de ideal de relação monogâmica. Desta forma, existe uma questão moral, em que ajudou a construir a ideia de “promíscuo”, do sujeito que segundo o Dicionário *Aurélio*:

1- Misturado sem ordem (notando-se na confusão mais de mau que de bom). 2 – Que viola o que é considerado moral. 3 – Que tem vários parceiros sexuais. 4 – Que tem

apenas um gênero e designa animais cujo o sexo masculino e feminino pode ser determinado através das palavras macho e fêmea.

Pelos sentidos se percebe uma conotação negativa, porque remete o sentido de ser algo misturado que é ruim, imoral e ligado a sexualidade. Esse termo “promiscuidade” era utilizado durante a década de 1980, para se referir aos sujeitos com HIV/aids, principalmente aqueles que tinham relações com outras do mesmo sexo. Um dos casos representativos disso está no Inquérito Policial de 1987 presente em minha dissertação de mestrado, em que jovens de um bairro de Florianópolis, foi acusado de transmitir o vírus da aids de maneira intencional através de seringas contaminadas pelo uso de drogas injetáveis. Em várias fases do processo foi comum encontrar a palavra “promiscuidade” para se referir ao grupo e a insistência desse termo utilizado pelo delegado que abriu o inquérito, como forma de construir um estereótipo que aquele grupo era imoral. No depoimento de uma das participantes da chamada “Gangue da AIDS” como foi denominado pelos jornais locais, o delegado utilizou a expressão: “promiscuidade reinante” para interpretar a fala da mesma, e nesse sentido emite seu julgamento moral sobre os fatos que deveria estar apenas relatando.

A propaganda em questão não utiliza este termo, mas o slogan e narrativa do vídeo possibilitam a construção não só de uma noção do risco e sua respectiva escala, como sugere que determinadas práticas sexuais são fonte de doença.

Por fim, o trecho: “A camisinha afasta o vírus da Aids, mas não afasta você de quem você gosta”, que parece ter o objetivo de minimizar o preconceito, no entanto, coloca a ideia de prevenção em um objeto: a camisinha, como se este dispositivo constituísse em si mesmo toda a proteção. Falta uma ligação, um elo entre os sujeitos e o preservativo, pois ele por si mesmo não caracteriza proteção. Para muitos, é como se o preservativo fosse um intruso em uma relação. Essa ideia de imprimir a proteção na camisinha sem levar em conta as relações afetivas ou contexto cultural dos sujeitos a tornou algo que pertence ao outro, pois não se encaixa em todas formas de relacionamento. Além disso, há sempre a carga da relação de sexo com amor, como se não fosse possível apresentar que relações sexuais acontecem por apenas desejo. O

apelo do amor no sexo é uma das características das campanhas de prevenção à aids em todos estes anos.

1987 – Aids, você precisa saber evitar-carinho⁵²

1987 – De todos os sintomas da Aids o que causa mais dor e a solidão. Na maioria dos casos a família, os amigos se afastam do doente da Aids por medo e preconceito. Aids não se pega convivendo com o doente, com abraço, com afago. Enquanto a cura não vem o carinho é o melhor remédio.

AIDS, você precisa evitar.

Ministério da Saúde. Produção: PNDST

Aids

José Sarney

Aids, você precisa saber evitar!



Imagem 10: preconceito

O vídeo possui uma música com um tom mais comovente, porém triste. A imagem é de uma pessoa ao fundo em um sofá, como estivesse abandonado por ter o HIV/aids.

A cena inicial é de uma pessoa não identificada, sozinha em um quarto, sentada no sofá que olha para a janela. Enquanto isso, a câmera se desloca com a imagem da porta, depois entra no quarto, onde existe uma cama. A entrada é lenta, enquanto o ator Paulo José faz a narração. No momento final, um apelo de que o carinho não faz as pessoas correrem o risco de se infectar. Nesse momento, a mão de outro sujeito pousa sobre o ombro do que supostamente parece ser a pessoa que vivia com HIV/aids. O uso do termo “doente de aids” ocorre em dois momentos. Não existe

⁵² Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987aids-voce-precisa-saber-evitar-carinho>

naquele momento, a menção do uso da palavra portador. Imaginava-se que a aids constituía a própria doença.

1988 – Aids, pare com isso!⁵³

“1988 – Traz informações sobre a noite e seus perigos. E os cuidados com a transmissão e prevenção da Aids. Não dá para saber quem é e quem não é.”

Não permita que essa seja a última viagem de sua vida – Aids, pare com isso. Essa campanha ganhou Prêmio colunistas Brasília 88/89. Ela faz parte da campanha de carnaval desse ano.

Duração (01'04') PNDST/Aids

Aids, pare com isso



Imagem 11: Noite

A noite tem alegria, diversão, tem amor, mas tem também muitos perigos. O maior deles chama-se Aids. É uma doença que mata sem piedade. Ela é transmitida pelo sexo, pelas seringas e agulhas contaminadas e pelas transfusões clandestinas de sangue. Não dá para saber quem é ou que não é portador da doença. Quem vê cara, não vê Aids. Use sempre

⁵³ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1988-aids-pare-com-isso>

camisa de Vênus, qualquer que seja seu parceiro sexual. E se por alguma razão, tiver que tomar uma injeção, nunca use seringas e agulhas de outras pessoas. Lembre-se que a Aids é uma doença mortal, que está se alastrando cada vez mais. Depende de você, de todos nós, interromper esta triste ameaça. Não permita que esta seja a última viagem da sua vida. Aids, pare com isso.

Saúde/Direito de todos/Dever do Estado
Ministério da Saúde

Governo José Sarney

Tudo pelo social. (Transcrição vídeo)

Trata-se de um vídeo que mostra os perigos da noite, ou seja, os riscos por conta das festas e bebidas, mas também há uma associação com a imagem da mulher como fonte de perigo de contágio de doenças, especialmente as profissionais do sexo. A mensagem diz que não dá para saber quem é ou e quem não é portador da doença. No entanto, coloca a noite e a imagens de mulheres com poucas roupas, que por meio do jogo de imagens, associa a pouca vestimenta a ideia de que estas mulheres podem ser um perigo, uma ameaça de contrair o vírus da aids. Outra observação são as mensagens fortes sobre a aids, postas como uma sentença de morte, “(...) uma doença que mata sem piedade”, “(...) uma doença mortal que está se alastrando.”

O vídeo começa com a ideia de que existem perigos. Já no início é apresentada a figura de uma mulher negra com trajes de carnaval, caracterizando um estereótipo. Isso deve ao fato de que existe a ideia de que o carnaval é uma festividade, conhecida no imaginário popular como o momento em que se pode “pegar aids”, e que surgem a maior parte das campanhas do governo para seu combate. Em seguida a câmera focaliza uma casa noturna, “*Night Club*”, que é posta como um local de prostituição e que foi representava como um perigo mais direto.

Ainda no vídeo, aparecem dois casais em momentos de troca de carícias em local público no período noturno. O enquadramento da cena sobre o local e sobre a situação, faz uma referência à prostituição. Na parte em que o narrador fala: “Não dá para saber “quem é ou quem não é portador da doença”, há um jogo de câmera que mostra casais. No momento em que a narração diz “quem é”, duas mulheres com roupas curtas, que brigam entre si,

enquanto um homem sai do carro, como se estivesse buscando sexo, são mostradas como aquelas mulheres que tem aids. Já no momento seguinte, em que é dito “quem não é portador da doença”, a imagem volta para o homem, como aquele que não tem aids. Por mais que exista a tentativa de quebrar a ideia de que a aids contamina qualquer um, o vídeo se utiliza da categoria mulheres como um objeto dessa publicidade que acaba reforçando o estereótipo de que a prostituição é a marca da doença, por conta do conjunto de características visuais que misturam a noite, a rua, as casas noturnas, as roupas curtas das mulheres, a sensualidade e o homem que vai a procura destes prazeres noturnos.

Os *slogans* e frases com grande teor de medo eram grandes marcas daquele período, como a frase: “É uma doença que mata sem piedade”, como se a doença em si constituísse um sujeito que busca sem piedade vítimas. É como se tivesse uma “monstruosidade” na aids, que a colocasse como a mais mortal das doenças. Assim fica claro, na mensagem, parte da narração:

Lembre-se que a Aids é uma doença mortal, que está se alastrando cada vez mais. Depende de você, de todos nós, interromper esta triste ameaça. Não permita que esta seja a última viagem da sua vida. Aids, pare com isso.

1988 – Aids, pare com isso!⁵⁴

1988 – Aids, não deixe que seja sua última viagem. A aeromoça explica no avião para os passageiros sobre os meios de transmissão da Aids e como se prevenir, e usar a camisinha.

Prêmio colunista de Brasília 88/89. Fez parte da campanha de carnaval desse ano. Duração (01'02') PNDST/Aids

⁵⁴ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1988-aids-pare-com-isso-0>

Aids, pare com isso!



Imagem 12: Aeromoça

O vídeo faz uma metáfora da aids com a viagem de avião e muitos passageiros, em que há uma associação com a morte. Assim,

“Senhores passageiros, bem vindos a bordo. Atenção as instruções que podem salvar suas vidas nesta viagem. Em suas relações sexuais, qualquer que seja o parceiro, use sempre camisa de Vênus, ou faça seu parceiro usar. E se por alguma razão você tiver que tomar uma injeção, nunca use seringas ou agulhas de outra pessoa. Tenha certeza de que a seringa saiu diretamente de uma embalagem original e esterilizada, descartada. Se precisar de uma transfusão de sangue por qualquer motivo, exija o teste anti-aids no sangue que você vai receber. Lembre-se a Aids mata, sem piedade! Não deixe que essa seja a última viagem de sua vida.

Aids, pare com isso!

Governo José Sarney.

Tudo pelo social. (Transcrição vídeo).

Como características predominantes nestas propagandas, aqui também existe uma música com melodia em tom de suspense. O vídeo apresenta no o avião, em que a aeromoça realiza os procedimentos de segurança da viagem e faz o uso da figura de linguagem para dizer que a aids não pode ser a última viagem. Ao

iniciar os procedimentos, a aeromoça sob a narração de uma mulher mostra um cartão aos passageiros, em que um dos lados tem em letras garrafais a palavra AIDS. A câmera mostra tanto os procedimentos da aeromoça como os passageiros, representados por uma fisionomia preocupante, séria e as vezes se olham diante das recomendações. Mais uma vez, como na propaganda: “Aids, você precisa evitar- efeito dominó”, o preservativo é colocada apenas no dedão, sem ser colocada passo-a-passo como usualmente vemos hoje.

Outra observação é o uso neste momento da palavra camisa de Vênus e a outra característica é o uso frequente da frase: “A Aids mata!”, nesse caso existe a complementação da palavra “sem piedade”. Outro termo característico do momento é também: “A Aids não tem cura”. Ao final: “Não deixe que essa seja sua última viagem”. Uma ideia de que se as pessoas não se prevenissem iriam morrer.

1988 – Brasil x Aids Herbert⁵⁵

“1988 – Procure saber tudo sobre a Aids – Divida seus conhecimentos, fale de Aids. Herbert Daniel fala sobre a erotização da camisinha. Se tiver dúvidas escreva para o MS-DST/Aids.”
Produção PNDST/AIDS

Brasil x Aids Herbert



Imagem 13: escritor Herbert Daniel

“Nós temos que erotizar a camisinha.” (Herbert Daniel, escritor)

Nós temos que aprender, que há todo um erotismo para se despir para o ato sexual. Há também um novo erotismo, que a gente tem que estimular, para se vestir, que se

⁵⁵ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1988brasil-x-aids-herbert>

preparar para o ato sexual. (Herbert Daniel).

Se tiver dúvidas, escreva para Ministério da Saúde

Informações sobre AIDS.

Ministério da Saúde

DST-AIDS-Brasília-DF

Ministério da Saúde

Governo Federal

Tudo pelo social. (Transcrição vídeo).

O escritor Herbert Daniel, passa o conselho que se deve “erotizar” à camisinha, ou seja, torna-la como um atrativo na relação sexual. O vídeo possui a imagem de uma multidão na rua e logo em seguida o escritor Herbert Daniel fala da importância de erotizar o preservativo. Ao final, o vídeo termina com informações sobre o Ministério da Saúde e a imagem novamente da multidão.

Uma das poucas propagandas em que se fala abertamente da camisinha e o reconhecimento de que se trata de um dispositivo estranho a relação, que necessita de uma erotização. Nesse período, ainda havia muito a imagem da camisinha associada a comportamentos promíscuos ou desviantes e a ideia de trazer ela para a relação, muitas vezes, significava a possibilidade de relacionamentos extraconjugais, o que de certa forma, abalava a ideia de confiança entre os casais. Nesse sentido, pode se compreender porque muitas mulheres casadas contraíram o vírus da aids em relacionamentos estáveis, pois por medo de que seus parceiros se rebelassem contra elas por proporem a camisinha, elas sediam a vontade dos companheiros. A camisinha encarnava assim, um sentido marginal, por toda simbologia construída, que vai além da funcionalidade recomendada pelo governo, segundo Marinho (2000).

1988 – TV – aids, pare com isso!

“1988 – A fantasia de arlequim vai desaparecendo dando lugar à doença. Enquanto isso, o locutor vai dizendo as maneiras de como se pega e como se protege da Aids. Não permita que esse seja o último carnaval de sua vida.” Produção PNDST/Aids

Aids, pare com isso!



Imagem 14: Pierrô

Segue a narração: “Face trágica de uma doença mortal chamada Aids – Camisa de Vênus. A Aids mata sem piedade e está se espalhando por aí. Depende de você interromper esse triste cordão. Não permita que seja o último carnaval de sua vida.” (Transcrição vídeo).

O jogo de imagens nesta campanha faz o telespectador visualizar a transformação do personagem que alegre sede espaço para uma tristeza que o conduz a uma cama de hospital, em que se encontra sozinho e abandonado. Palavras como “doença mortal”, “mata sem piedade” emitem uma forte associação com a morte. E neste caso, o ator que interpreta é de fato magro, característica física atribuída aos pacientes com HIV/aids.

1989 – TV – Meu grito de liberdade, a camisinha!⁵⁶

“1989 era o começo da democracia e todos estavam reivindicando alguma coisa, e para a proteção da Aids, camisinha.” (Chamada do vídeo).

O vídeo associa os vários movimentos sociais do período de redemocratização com a ideia de sujeitos gritando pela camisinha.

1989, Meu grito de liberdade, camisinha
 Mais uma vez a gente vai ter que resolver
 as coisas no grito

⁵⁶ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1989-tv-meu-grito-de-liberdade-camisinha>

Legenda: 1º dezembro – Dia mundial da luta contra a AIDS

Este grito de alerta, pode ser seu grito de liberdade

Legenda ao meio: camisinha. (Transcrição vídeo).

Meu grito de liberdade, a camisinha!



Imagem 15: grito de liberdade

O vídeo começa mostrando o momento de redemocratização do Brasil, em que vários grupos saíram às ruas para pedir por liberdade. Várias imagens de passeatas pelo mundo são mostradas, principalmente dos países da América do Sul, que passaram por ditaduras militares. As imagens seguem com manifestantes na Praça de Maio na Argentina e depois no Brasil grupos indígenas. Em outro momento, a frase: “Mais uma vez a gente vai ter que resolver as coisas no grito” e uma multidão segue segurando camisinha e grita em nome da mesma.

2.2.2 Considerações sobre a construção do risco nas campanhas de prevenção à aids da década de 1980

Nestes anúncios analisados da década de 1980, foi possível perceber o uso de uma publicidade que se utilizava do medo para “provocar” uma “consciência de prevenção na população. Além disso, existe, elementos, como o uso imperativo nas frases de *slogans*, como: “Pare com isso!”, “AIDS mata!” “AIDS, você precisa evitar!”, “Cuide-se”, entre outras, que seguem um perfil de

que a população é tida como passiva diante da epidemia. Nesse sentido expressa Santos (2002) que, nas propagandas do governo nesse primeiro momento, “(...) os sujeitos são basicamente passivos e não têm muitas escolhas a não ser se confrontar com o rol de recomendações que lhes são apresentadas.” (SANTOS, 2002, p.26).

A noção de risco foi construída a partir da ideia de que determinadas práticas sexuais, como o sexo anal, representavam mais risco de infecção do que o sexo vaginal. Nesse sentido, homens que faziam sexo com homens foram enquadrados como um grupo de risco, que estaria mais propenso a se infectar do que sujeitos com práticas tidas como de acordo com a normalidade, descritas por relações monogâmicas e poucos parceiros sexuais. Além de tudo, existia uma dificuldade em falar da homossexualidade e trazer a temática nas campanhas, inclusive sobre as mulheres lésbicas. Outras práticas, como transfusão de sangue e uso de seringas compartilhadas, compunham outra categoria de risco, com uma escala de maior propensão a infecção com os usuários de drogas injetáveis. Neste caso, o risco foi apresentado como maior devido a carga moral, pela qual são julgados os sujeitos que utilizam drogas, pois fazem uso de substâncias ilícitas, infringindo as leis e as normas da sociedade. Já os sujeitos que dependiam de transfusão de sangue, como os hemofílicos eram vistos como passivos neste processo, pois ao dependerem do sangue, estavam propensos a ser infectar. Assim, é existia um foco na ideia de prazer atrelada ao perigo de contrair o HIV/aids. A ideia de um cuidado com o corpo aqui parte do princípio quase que de uma castidade, intensificada pelo uso da camisinha.

2.2.3 Década de 1990: “Transe, transe muito, mas não esqueça... transe só de camisinha”

1991 – Se você não se cuidar a Aids vai te pegar⁵⁷

1991 – No governo Collor, Eduardo Cortes diretor do Programa de conscientização da Aids criou a campanha a ser veiculada em

⁵⁷ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1991-se-voce-nao-se-cuidar-aids-vai-te-pegar>

três fases durante o ano de 1991 com o **Slogan: “Se você não se cuidar a Aids vai te pegar**: No carnaval a mensagem foi contextualizada, surgindo sob uma máscara de fantasia. A outra peça, essa, das pessoas fazendo depoimentos foi veiculada nessa mesma época e causou muitos protestos principalmente das ONGs Aids que vinham combatendo o preconceito e a discriminação. Por esse motivo, ficou pouco tempo no ar.

Duração: (00'46') Produção: PCAids/MS
Cleber Ricardo Pinheiro Cotrim – ASIP

Se você não se cuidar a Aids vai te pegar



Imagem 16: medo

Eu tive tuberculose... eu tive cura!
 Eu tive sífilis... eu tive cura!
 Eu tive câncer... eu tive cura!
 Eu tenho AIDS... eu não tenho cura!
 Nos próximos dias, nos próximos meses, no próximo ano, milhares de pessoas vão pegar AIDS e vão morrer! Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar!
 Eu tive tuberculose... Eu tive cura!
 Eu tive Sífilis... eu tive cura!
 Eu tive câncer... eu tive cura! (Transcrição vídeo).

Esse vídeo foi considerado um dos mais polêmicos da história da campanhas de prevenção à aids no Brasil, pela forte mensagem de associação com a morte e maneira preconceituosa de lidar com a doença. Tanto que, como indica a própria mensagem inicial, o vídeo foi veiculado por pouco tempo na televisão, pois as ONGs manifestaram repúdio a este tipo de prevenção que se utilizou do medo, principalmente depois de terem considerado a década de 1980, como a década marcada pelo uso do medo e muito preconceito.

Existe uma significação da aids como algo anormal, monstruoso, muito além de uma doença, o que alimentava mais ainda o imaginário de uma doença extremamente mortal. Assim o *slogan*: “Se você não se cuidar a Aids vai te pegar”, causava a sensação de que a doença iria atingir as pessoas caso elas não agissem de acordo com as recomendações, pois do contrário, não teria escapatória, de forma que, a aids foi posta como um sentença de morte.

O vídeo mostra vários sujeitos dizendo que se curaram da tuberculose, do câncer e até da sífilis, que nas primeiras décadas do século XX, tinha uma péssima reputação entres as doenças, pela ligação com o sexo, mas no momento em que o personagem fala sobre a aids, ao dizer: “Eu tenho Aids e não me curei”, sua face entristece e ele baixa a cabeça, como se a ele não tivesse mais esperança. E o narrador diz que nos próximos dias, meses e anos, milhares de pessoas irão morrer de aids, em uma fala que amedronta a todas as pessoas, inclusive coloca como determinante a morte para as pessoas que viviam com o HIV/aids.

Isso significou um retrocesso, já que as ONGs estavam buscando humanizar mais o tratamento dos portadores. Além disso, a propaganda causava desânimo para as pessoas que viviam com o HIV/aids, que tinham esperança em viver por anos, mesmo sob a face de um vírus, uma síndrome que neste momento não tinha ainda todo o tratamento necessário.

1992 – TV – Vamos juntos contra a Aids de mãos dadas pela vida⁵⁸

Neste campanhas são presentes depoimentos de sujeitos vivendo ou convivendo com aids e em seguida um ator ou atriz. A partir de 1992 depoimentos de portadores do vírus da aids começaram a se fazer presente. Interessante que a aids já não é tão apresentada como uma sentença de morte e parece haver uma mudança e cuidado na maneira de falar. À começar pela campanha: “pessoas vivendo ou convivendo com Aids.” Em seguida, um depoimento de “Betinho”,

“A AIDS é uma epidemia grave e a principal atitude é a prevenção. Para que toda a população não se contamine e para todas as pessoas que estejam com o vírus ou doentes evitem ou retardem a doença. Até hoje a ação governamental em todos os níveis tem se mostrado incapaz de deter a epidemia, assim como de evitar o sofrimento das pessoas. Essa omissão precisa terminar. O combate à epidemia só será eficaz se for uma luta de todos, governo e sociedade. Pelos caminhos da solidariedade e da cidadania contra a discriminação e o preconceito. Como uma pessoa vivendo com o vírus há mais de 10 anos estou convencido de que se a AIDS ainda não tem cura, terá! O momento é de prevenir, informar e lutar pela vida.”

1º de dezembro – Dia Mundial de luta contra a AIDS

Vamos juntos contra a AIDS de mãos dadas com a vida

Produção: PNDST/Aids

Governo do Brasil

Ministério da Saúde. (Transcrição vídeo).

Neste vídeo não existe o forte apelo ao medo e outros recursos linguísticos, como recorrente em outras propagandas. Apenas um pedido a sociedade civil por “Betinho”, que de maneira direta e clara explica a importância da prevenção. Chama atenção,

⁵⁸ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1992-tv-vamos-juntos-contr-aids-de-maos-dadas-pela-vida-2>

a diferenciação que Betinho fez na sua fala sobre os sujeitos que viviam com o vírus e aquelas que já estavam doentes em decorrência da síndrome. Dificilmente as propagandas na década de 1980, faziam esse trabalho de explicar o que era estar com o vírus e o que era já estar com a saúde debilitada por conta da síndrome. Algumas explicações poderiam ser compreensíveis nesse sentido, talvez o fato do pouco tratamento que existia, os sujeitos que contraíam o vírus HIV desenvolviam os sintomas rapidamente e acabam debilitadas. A ideia é que a aids era o próprio vírus.

Interessante também, o desabafo de Betinho, de que as ações governamentais haviam feito muito pouco nestes 10 anos de doença. O apelo vai no sentido de garantir direitos, mais cidadania e menos preconceito aos sujeitos que viviam com o vírus ou estavam doentes.

1992 – TV – Vamos juntos contra a Aids de mãos dadas pela vida!

Este depoimento traz sujeitos que viviam com o vírus HIV/aids ou conviviam com pessoas que estavam com o vírus e/ou a aids. Em seguida, um ator ou atriz fecha o *spot* com o *slogan*: “Vamos juntos contra Aids de mãos dadas pela vida.” O vídeo tem início com o depoimento de sujeito com o vírus, que conta sua experiência do momento da descoberta. No início, por todos os sintomas amedrontadores, ele achou que morreria logo, principalmente quando tivesse a primeira diarreia. Porém, mesmo sob a terrível face de uma doença associada a morte, o entrevistado relatou que vivia há cinco anos com HIV/aids, mostrando que era possível conviver com a doença. Em seguida, outros sujeitos relatam sua experiência.

Infelizmente muitos de nós fomos contaminados com o vírus da Aids, porém continuamos lutando por uma qualidade de sangue boa para não só ser utilizada na comunidade de pacientes hemofílicos, mas também em toda comunidade brasileira, garantindo uma sobrevida e um futuro melhor para todos.

Dayse Agra
Dona de casa

Perdi meu filho há seis anos com Aids. Na época não havia esperança. Hoje existe mais solidariedade e isso é muito importante. Se você está com o vírus procure um grupo de apoio. Não fique sozinho!

Maria da Salete Artilheiro
Psicólogo

Era casada há 16 anos quando meu marido adoeceu. Eu não fui infectada, mas, por favor, não tome meu exemplo pra sua própria vida! Use camisinha! (Transcrição vídeo)

Neste vídeo, não existe mais o apelo a ideia de que a aids era uma sentença de morte, além disso, depoimentos de pessoas que viviam com HIV/aids, tornaram-se mais frequentes, com casos que quebravam inclusive a imagem de que a síndrome acometia somente os chamados grupos de risco, de forma que o risco passou a ser atribuído a todas as pessoas.

1992 – DST Aids na Mira – documentário⁵⁹

É um vídeo realizado que foi produzido para ser trabalhado com a Forças Armadas no Brasil, seja como capacitação ou como vídeo educativo. O conteúdo diz respeito sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/aids.

O vídeo é uma encenação que envolve uma conversa com três rapazes, em que um deles revela que saiu com uma garota e não utilizou preservativo. Ele demonstra preocupação, porque descobriu que o ex-namorado da garota utilizava drogas injetáveis. Os dois amigos logo lhe culpam, mostrando que a atitude de risco foi errada, que além de tudo, ele corre o risco de “pegar uma DST”. Logo em seguida entra outro quadro em que sujeitos na rua são entrevistadas e questionadas se elas sabem o que é DST. Existe certa confusão em meio ao tom de humor que é dado nas entrevistas, de forma que muitos/as não sabem e outros ainda colocam a aids como uma DST.

⁵⁹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1992-dstaids-na-mira-documentario>

Assim, o documentário inicia com imagens de homens no exército. Um diálogo começa entre dois rapazes com uniforme militar: “cadê ele? O outro responde: “deve tá chegando.” “Ele te falou alguma coisa?” “Não, só queria conversar... saber de umas coisas.”

Quando chega o terceiro rapaz o diálogo prossegue:

E aí, o que você andou aprontando? Cara, acho que me meti numa encrenca danada.

Vamos sentar ali e cê conta isso pra gente.

O que foi dessa vez?

Cara tô com a cabeça cheia!

Abre o jogo rapax!

Pô! Saí com uma garota e transei com ela sem camisinha. Depois eu vim descobrir que ela tinha um namorado que usava drogas.

Você tá brincando?

Drogas injetáveis? Cara, como que você me dá uma dessa?

Pô... bebi umas e outras! Perdi o controle!

Você pode ter pego AIDS... Uma DST.

DS... o quê? (Transcrição vídeo).

A noção de risco aparece neste diálogo. Perder o controle representa um perigo, significa beber mais e ter uma sexualidade desregrada. Aqui surge a ideia de sujeitos que precisam controlar a sexualidade. O sexo passa ser o foco das políticas públicas, como aquele que diante de um contexto de epidemia deveria ser controlado.

Interessante que neste vídeo é explorado outras doenças sexualmente transmissíveis, mas ao que parece é que não existia uma noção clara do que eram as DST antes do surgimento da aids. Após, a pergunta do rapaz, o amigo esclarece o que significa a sigla. “DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis” “Aquele que você pega transando sem camisinha rapaz! Gonorreia, sífilis.” (Transcrição vídeo).

Narrador do vídeo: “Você sabe o que é DST?” Vários pessoas, na maioria, adolescentes, jovens e homens das mais variadas etnias, respondem ao questionário.

Quê?

Mais ou menos!

Não! Não sei não!

Não estou informado a respeito disso.
 DST? DST não sei não!
 Algo da Justiça.
 Movimento Sem Terra.
 Doenças Sexualmente Transmissíveis.
 Não faço a mínima ideia!
 Ah tudo imposto pra gente pagar!
 Partido Político.
 Eu não sei explicar!
 Tribunal Superior do Trabalho?
 Ah isso aí... estudei e esqueci! (Transcrição vídeo).

O jogo de perguntas e respostas nos mostra como havia um distanciamento ainda entre a medicina e a população, pois siglas eram usualmente utilizadas pela epidemiologia como forma de informar a população, mesmo assim, as pessoas pareciam desconhecer os seus significados.

Neste documentário existe uma preocupação em trazer conhecimento e criar alguma noção de risco para que os sujeitos passassem a conviver com a ideia de que a partir daquele momento existia algo a mais para se preocuparem em seus cotidianos.

Logo em seguida o narrador com a sigla DST explica: “Doenças Sexualmente Transmissíveis, ou seja, doenças que são contraídas em relações sexuais, sem o uso da camisinha.”

Volta para o diálogo dos três rapazes do exército:

Como que você faz uma dessa, cara?
 Não me imagino com uma doença dessa cara! Deus me livre!
 Não é só isso... Quando você transa com camisinha, você também tá se protegendo da AIDS, que também é uma DST.
 AIDS é uma DST? (Transcrição vídeo).

As conversas giram em torno da construção de que a camisinha deveria ser utilizada nas relações sexuais. A frase é narrada e escrita: “Quais as doenças Sexualmente transmissíveis que você conhece?”. Pessoas respondem na rua:

Têm várias!
 Gonorreia
 Herpes genital
 Sífilis
 Cancro mole
 Condiloma acuminado (HPV)
 Entre as mais conhecidas, a AIDS

AIDS
 AIDS
 AIDS
 AIDS
 AIDS

Essas são as mais conhecidas, que eu já ouvi falar! (Transcrição vídeo).

Aqui todas as doenças ligadas ao sexo passam a serem focos e motivos de esclarecimento. Um arsenal de doenças historicamente conhecidas de séculos passados passam a compor este cenário da aids. Interessante que DST passa a ser mais facilmente associada a aids e isso é possível ver na quantidade de vezes que aparece nas respostas a sigla AIDS. A aids personifica todas as doenças que pelo sexo se poderia contrair, no entanto, o tom dela é muito mais mortífero do que qualquer outra doença sexual que surgira.

Narrador novamente:

Estas são as DST, ou seja, doenças que são contraídas em relações sexuais, sem o uso da camisinha. Elas podem aparecer nos órgãos genitais na forma de: verrugas, feridas ou corrimentos. (Transcrição vídeo).

Volta para o diálogo dos três rapazes, que conversam sobre as consequências de não utilizar o preservativo. Assim, um deles pergunta se pode se infectar se não utilizar a camisinha:

Claro, você pode pegar transando sem camisinha, como qualquer outra doença.

E tem mais, quando você tá com uma doença dessas, fica mais fácil você pegar qualquer uma das outras DST, inclusive o vírus da AIDS. **Tem que transar de camisinha! Não tem essa de esquecer, não tem essa de ter bebido! Não tem essa de não querer usar! Saiu, vai transar, leva a camisinha!** (Transcrição vídeo).

A camisinha é posta como um dever, que segundo o relato deveria estar acima de qualquer vontade ou desejo. Logo depois, a conversa volta para o narrador e a pergunta realizada com homens nas ruas.

Você usa camisinha?

Uso, de vez em quando.

Quando eu tô com parceiro fixo não.

Tem que ser com camisinha!
 É mais seguro.
 Sempre! Hoje em dia não pode dar mole
 não, tem sempre que usar camisinha
 mesmo.
 Às vezes sim, às vezes não!
 Sempre! Tem até uma aqui na minha
 carteira!
 Não! Quem tá acostumado não incomoda!
 Uso camisinha!
 Toda vez que eu vou transar, eu uso
 camisinha!
 Num dá pra esquecer. (Transcrição vídeo).

Em seguida aparece um personagem que ensina a utilizar o preservativo.

Antes de usar a camisinha eu verifico a data
 de validade dela.
 Pego ela pela ponta (demonstração de um
 homem) pressiono, tiro todo ar que ela tem
 dentro. Você bota perto da cabeça do pênis
 e você vai desenrolando, desenrolando até
 o final!
 Cuidado para não furar a camisinha! Num
 pode colocar ela pela metade!
 Pênis fica bem protegido!
 Uma só! É uma só! Uma vez e joga fora!
 Assim que acaba a relação, retiro ela, ainda
 com o pênis ereto, enrolo e joga no lixo!
 Se colocar água pode estourar!
 (Transcrição vídeo).

Primeira coisa que chama atenção são que apenas homens respondem se usam ou não a camisinha. Muitos respondem que tem que usar, mas não como algo que parece fazer parte do cotidiano deles. A prática é tida como uma obrigação árdua, que é necessária, mas que mesmo assim, cada um nas mais diversas relações escolhe correr determinados riscos. Às vezes, usam e às vezes não. Novamente um indício de que dependendo da situação se escolhe correr riscos ou não. Na mensagem do narrador, uma das primeiras vezes que se ensina a utilizar o preservativo em um objeto parecido com o pênis e com detalhes. Até então se mostrava como colocar a camisinha utilizando o dedão como modelo do pênis. Logo depois a mensagem do narrador e a imagem da camisinha:

Mensagem:

Verifique a validade do preservativo. Retire a camisinha da embalagem e somente na hora que for usá-la aperte a ponta da camisinha, evitando que o ar fique dentro dela, ocupando o espaço reservado para o esperma. Coloque a camisinha no pênis duro. Vá desenrolando até que o pênis esteja todo coberto. Após a relação, tire a camisinha, com o pênis ainda duro para evitar vazamento. Jogue a camisinha no lixo e lembre-se: a cada relação sexual, use uma nova camisinha lubrificada de fábrica.

Volta ao diálogo dos três rapazes

Pior que essa história dela ter namorado um cara que usou drogas não sai da minha cabeça.

É você realmente tem razão pra ficar preocupado cara!

Não é à toa que dividir a mesma seringa e o uso de drogas injetáveis é uma das formas mais arriscadas de infecção da AIDS!

Para com isso, tu vai matar o cara do coração!

É cara, vocês estão bem informados!

Como é que vocês sabem de tudo isso hein? Quando você chega na comissão de seleção, eles te dão um jornal, DST – AIDS na mira, com informações necessárias, incluindo a AIDS. Depois, já lá dentro você aprende, tira as suas dúvidas sobre esse assunto com os próprios médicos militares, que te ensinam a se prevenir das DST. E aí... você fica informado dessas doenças e muito mais.

E a AIDS, como se pega? (Transcrição vídeo).

Neste diálogo existem duas preocupações: uma com os usuários de drogas injetáveis, colocando inclusive como uma das formas mais arriscadas de contrair o vírus da aids e a outra se refere a questão do medo de ser infectado e a advertência do amigo que os assusta. Em seguida, as entrevistas encenadas são feitas na rua

para ver se as pessoas que sabem como se transmite o vírus da aids, são seguidas das respostas: **PEGA** ou **NÃO PEGA**.

Narrador e mensagem

Você sabe como se pega aids?

(Entrevista na rua)

Mulher: Transfusão de sangue? **PEGA**

Homem: Através do beijo? **NÃO PEGA**

Homem: Através de relações sexuais desprotegidas, não utilizando a camisinha?

PEGA

Homem: Picada de mosquito? **NÃO PEGA**

Mulher: Sexo oral? **PEGA**

Homem: Sexo pela vagina? **PEGA**

Homem: O contato da pele? **NÃO PEGA**

Homem: Mãe com a AIDS passar para o filho? **PEGA**

Homem: Sexo anal? **PEGA**

Homem: Dividindo seringa com outras pessoas? **PEGA**

Mulher jovem: Mais eu não sei se tá escrito na pessoa se ela tá com AIDS ou não, com alguma doença ou não!

Homem: Tanto homem como mulher podem passar AIDS. (Transcrição vídeo).

Nas ruas, novamente poucas mulheres respondem aos questionamentos. A ideia é esclarecer as formas de contágio para desmistificar mitos acerca do contato com outra pessoa que tivesse o vírus ou transmissão por picada de mosquito. Uma das jovens mulheres lança um grande mito: “Mais eu não sei se tá escrito na pessoa se ela tá com AIDS ou não, com alguma doença ou não!” a ideia de que se o sujeito estivesse infectado teria sinais de magreza. Existe uma preocupação de desconstruir a imagem de que as pessoas com HIV/aids teriam os sintomas claros e visíveis. Em seguida, volta o narrador esclarecendo as formas de contágio:

Beijo na boca

No rosto

Abraços:

Não pega

Masturbação a dois:

Não pega

Suor, Saliva e lágrimas: **Não pega**

Sabonete, banheiro e piscina: **Não pega**

Picada de inseto: **Não pega**

Doação de sangue: **Não pega**
 Seringas agulhas descartáveis: **Não pega**
 Sexo oral, sexo anal e vaginal sem
 camisinha: **Pega**
 Uso da mesma seringa e agulhas por mais
 de uma pessoa: **Pega**
 Ferimentos causados por Instrumentos
 Cortantes não esterilizados: **Pega**
 (Transcrição vídeo).

Volta o diálogo rapazes:

E agora o que eu faço? Fico com isso na
 cabeça? Não faz isso! Procura um serviço
 de saúde como CTA, que é um Centro de
 Testagem e Aconselhamento DST-AIDS –
 Ministério da Saúde – Ministério da
 Defesa.
 Governo Federal
 Wanderson Gontijo (Transcrição vídeo).

Narrador:

CTA, Centro de Testagem e
 Aconselhamento. É um serviço disponível
 a qualquer pessoa, que é seguro, sigiloso e
 gratuito. Se você quiser saber mais alguma
 coisa, Disque saúde. Pergunte aids
 0800611997 (Transcrição vídeo).

Diálogo rapazes: “Uh cara, valeu as dicas! Agora vê se não
 esquece e usa camisinha! Tamo te esperando lá hein! Direção e
 produção executiva. Sergio Miranda. Produção Mana Pontes.
 Roteiro: Paula Dias. Edição: Daniele Pimentel.”

Assim, o documentário teve a intenção de ser informativo,
 interativo e bem produzido, com a intenção de desconstruir
 estereótipos e o medo, mesmo que tenha demonstrado a
 preocupação a questão comportamental, por meio da construção do
 risco nas relações sexuais.

1993 – Isso é amor, amor quente!⁶⁰

Nelson Gonçalves: Amigo ouça a voz da
 experiência, transe, transe muito, mas não
 esqueça transe só de camisinha. Só de
 camisinha.

⁶⁰ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1993-isso-e-amor-amor-quente-2>

Slogan: Isso é amor! – Ângela Rô Rô – Não discrimine o doente infectado pelo vírus da Aids, ele precisa de amor e solidariedade. Ele não é ameaça alguma pra ninguém, no convívio social ou no trabalho.

Produção: Sociedade Viva Cazuza.

Produção: G1EC – SP

Cliente: SOS. Viva Cazuza

Diretora: Ana Arantes

Som livre.

Isso é amor, amor quente!



Imagem 17: amor quente!

“Amigo, ouça a voz da experiência... transe, transe muito! Mas não esqueça: Transe só com camisinha! Valorize a vida... transe só com camisinha! Só com camisinha tá!” (Transcrição vídeo).

Música de fundo: Isso é amor! Interpretado por Humberto Gessinger da banda de rock, Engenheiros do Havai. Diferente das músicas em tom de suspense e de terror, esta canção traz uma leveza na mensagem de prevenção.

Uma série de artistas brasileiros compõe a propaganda, como Angela Rô Rô⁶¹, na mensagem de texto: “Valorize a vida. Não discrimine o doente infectado pelo vírus da AIDS. Ele precisa de amor e solidariedade. Ele não é ameaça alguma pra ninguém no convívio social ou no trabalho. Isso é amor!”

A mensagem desta campanha que marca a série de *spots* publicitários da década de 1990, inicia com uma produção da Sociedade Viva Cazuza⁶², que fundada em 1990, surgiu após o falecimento do cantor, poeta e compositor brasileiro Cazuza

⁶¹ Ângela Maria Diniz Gonçalves, cantora, compositora e pianista brasileira

⁶² Ver Histórico da fundação Cazuza site disponível em: http://www.vivacazuza.org.br/sec_quem_somos.php?sec=1

(Agenor de Miranda Araújo Neto), que morreu em decorrência das complicações do HIV/aids, pois contraiu o vírus durante a década de 1980, período como já posto anteriormente, em que o tratamento para os doentes de aids era restrito, com poucos medicamentos, como o AZT (azidotimidina), uma das primeiras drogas a barrar a ação do vírus HIV, que por apresentar muitos efeitos colaterais deixava os pacientes com uma saúde debilitada.

Cazuza em 1989, passou a se pronunciar publicamente que era homossexual em entrevistas, o que por um lado reforçava o imaginário de que a aids atingia os chamados grupos de risco. No entanto, por outro lado, Cazuza trouxe ao público o sofrimento de milhares de pessoas que haviam contraído o vírus e não tinham acesso ao tratamento. Por ter sido uma figura pública adorada por brasileiros, seu chamamento civil de denúncia e descaso das autoridades públicas levantou a discussão na sociedade de mais atenção as pessoas que viviam com a síndrome e talvez tenha contribuído para que a década de 1990, iniciasse uma nova forma de trabalhar prevenção, sem mais aquele apelo à morte, como fora percebido nas campanhas da década de 1980.

Assim, esta campanha quebrou o perfil amedrontador das anteriores, pois não faz a associação da aids com a morte e fala mais abertamente de sexo, a começar pelo *slogan*: “Isso é amor, amor quente!” e depois com a fala de Nelson Rodrigues, que foi compositor e cantor brasileiro, que passou a mensagem: “Amigo, ouça a voz da experiência... transe, transe muito!”. Outro detalhe, é que existe o uso de uma linguagem mais “descolada”, popular e coloquial para falar de prevenção. A repetição é também um dos recursos para selar ou educar a população para a necessidade do uso do preservativo, principalmente na frase imperativa: “Transe com camisinha”.

1993 – Isso é amor, amor quente!

Cássia Eller⁶³: “você pode usar o mesmo banheiro, toalha, piscina de quem tem o vírus da Aids, o vírus não é transmitido assim.”

⁶³ Cássia Rejane Eller foi uma cantora e violonista do rock brasileiro dos anos 1990. Faleceu em 2001.

Slogan: Isso é amor! Alcione⁶⁴:

Olha gente boa, vamos se ligar, beijar, abraçar, acariciar, isso aí não tem risco nenhum. É o seguinte vamos fazer sexo seguro, usando a camisinha. Isso sim é malandragem.

Produção: Sociedade Viva Cazuza

Cliente: SOS. Viva Cazuza

Diretora: Ana Arantes (Transcrição vídeo).

Novamente a Sociedade Viva Cazuza utilizou figuras de popularidade, seja no cenário artístico como musical para educar o público para a necessidade do uso do preservativo, de uma maneira descontraída, em uma linguagem como posta antes, mais coloquial, que falava de amor, ao invés de morte, que falava de carinho e sexo de maneira mais aberta. Nesta campanha, também houve o esclarecimento e desconstrução de mitos, que envolviam as formas de transmissão do vírus HIV, para que a solidariedade fosse despertada nos sujeitos, que ainda viviam sob a onda do medo da doença e suas formas de transmissão.

Eram frequentes os jornais de circulação nacional durante as décadas de 1980 e 1990, publicarem reportagens sobre formas de transmissão do vírus HIV, colocando de maneira didática quais formas representavam risco e quais eram apenas mitos. Isso, porque havia um imaginário de que a pessoa portadora do vírus era a própria representação da doença, caracterizada no início por sintomas que eram visíveis, como o emagrecimento, as manchas rosadas pelo corpo, as constantes tosses em decorrência da tuberculose ou pneumonia. As marcas da síndrome imprimiam o estigma da doença, aliados as representações das doenças ligadas ao sexo e os velhos tabus. A sífilis foi uma das doenças associadas a aids, principalmente por ser sexualmente transmissível e ter sido alimentada por décadas, principalmente no início do século XX, por teorias eugenistas, que caracterizavam a enfermidade como imoral, decorrente de uma sexualidade desenfreada.

Nesse sentido Sontag (1989) analisa o peso que é atribuído às doenças contraídas por via sexual: “As doenças infecciosas associadas à culpa sexual sempre dão origem ao medo do contágio

⁶⁴ Alcione Dias Nazareth é uma cantora, instrumentista e compositora brasileira.

sexual fácil e a as fantasias absurdas sobre a transmissão por meios não venéreos em lugares públicos.” (SONTAG, 1989, p. 33).

Para demonstrar como havia esse imaginário do medo de contrair a doença pelo simples contato com outra pessoa, segue uma reportagem do jornal *Diário Catarinense*, de 1987, de circulação estadual em Santa Catarina, que fez parte da minha dissertação de mestrado, já referenciada neste trabalho, onde em um dos capítulos, trago uma análise discursiva sobre como eram noticiadas as reportagens sobre a aids. Nesta reportagem, uma tentativa de esclarecimento sobre as formas de transmissão do vírus da aids, como forma de desmistificar as fantasias em torno da síndrome, principalmente em um contexto naquele momento da cidade envolvendo o grupo de jovens acusados de transmitir o vírus da aids através de seringas contaminadas de maneira intencional. Assim segue a reportagem sob o título: “Estas respostas vão ajudá-lo a entender e a evitar a doença”, com uma lista de 36 questões levantadas com perguntas e respostas sobre a aids.” Entre as dúvidas, o medo do contágio através de insetos.

O que é Aids?; [...] 8. Usar drogas aumenta a possibilidade de contágio?; 9. Qual o risco para quem vai a dentistas, médicos, manicures e barbeiros? [...] 13. Quais as possíveis formas de contágio sobre as quais há dúvida? 14. O beijo longo na boca é perigoso? 15. Animais domésticos podem ser transmissores? As picadas de inseto são perigosas? Algumas medidas de prevenção estão interligadas a higiene?: 16. Piscinas, saunas e banheiras podem ser meios de transmissão? [...] 18. Privadas, copos, talheres, lençóis podem ser meios de transmissão?; 19. É necessário tomar precauções para conviver com amigos ou familiares doentes?; [...] 21. Há risco no caso de alguém contaminado cortar-se ao preparar alimento que será ingerido por outras pessoas?⁶⁵ *Diário Catarinense*, 1987 (Apud AMORIM, 2009, p.49).

⁶⁵ *Jornal Diário Catarinense*, 30 mar. 1987. Edição especial.

As questões levantadas representavam as questões cotidianas que amedrontavam as pessoas, principalmente neste contexto da chamada “Gangue da AIDS”.

1993 - Previna-se do vírus e não das pessoas!⁶⁶

O vírus da AIDS pode ser transmitido em qualquer relação sexual. Se sabe que a camisinha é a melhor maneira de se prevenir. Sexo seguro é mais gostoso!
Previna-se do vírus, não dos pessoas.
Ministério da Saúde
Brasil – União de todos (Transcrição vídeo).

Previna-se do vírus e não das pessoas!



Imagem 18: Previna-se!

O vídeo é composto por mais imagens e músicas sensuais. Existe um uso maior da visualidade para transmitir a mensagem do que propriamente a narração da voz.

No início do vídeo a câmera dá mais atenção ao homem que toma banho, através de um enquadramento. A imagem traz o homem de perfil através de um *box* de banheiro. No próximo plano, uma mulher se aproxima da porta do banheiro e logo em seguida o homem começa a narrar a mensagem transcrita. À medida que ocorre a narração, uma espécie de interpretação desta fala ocorre

⁶⁶ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1993-previnase-do-virus-e-nao-das-sujeitos>

por meio do vídeo de um casal heterossexual de atores e a imagem da camisinha. Uma trilha de camisinhas leva o homem à parceira sexual e assim o vídeo é finalizado.

Aqui a visualidade das foto imagens são diferentes da década de 1980, porque se utilizam de recursos da publicidade e propaganda, pois expõe corpos bonitos, muitas vezes de modelos e parecem vender um produto, neste caso: o uso do preservativo, no entanto aqui apenas é mostrado um casal heterossexual.

1994 – Você precisa aprender⁶⁷

“1994 – O rapaz contando que estava com a menina e lembrou que estava sem camisinha, aí não vai dar. Produção: PNDST/Aids.”

Você precisa aprender

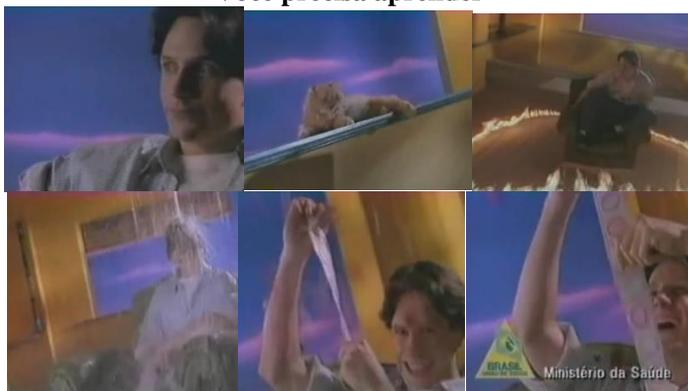


Imagem 19: aprender

Vídeo que mostra um jovem que se recusa a transar com uma “gata”, uma referência a mulher (aparece o animal) por não ter preservativo. “Nem te conto... quase perdi uma gata (imagem de uma gata). A gente tava sozinho lá me casa. O clima foi esquentando... esquentando... Aí eu lembrei que tava sem camisinha!” (Transcrição vídeo).

As foto imagens são do ator sentado em uma poltrona rodeado por um círculo de fogo. E logo em seguida, um balde de

⁶⁷ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1994-voce-precisa-aprender-3>

água cai na cabeça dele: “Não vai dar... e mostrei pra ela que não era vacilo meu.” Imagem da palavra AIDS e logo em seguida o narrador: “Legal numa relação é saber transar a realidade. Sem camisinha diga não ou use a imaginação!” Rapaz: “Se a gente tá junto, mas do que nunca!” e ele segura uma cartela de camisinha. Narrador: “Você precisa transar com a existência da Aids”. Ministério da Saúde.

Uso das imagens como forma de prevenção. Elementos como o círculo de fogo representam o risco e a água fria como a percepção de que se não existe camisinha a relação esfria. O risco é construído na ideia de que o fogo é um elemento que representa o perigo. É também uma metáfora de que na relação houve uma forte atração, mas que tudo foi “esfriado” porque o homem não tinha o preservativo.

1994 – Quem se ama se cuida – Mulheres⁶⁸

“1994 – O Spot mostra mulheres em suas atividades diárias se cuidando, enfatizando a necessidade de se usar a camisinha. Quem se ama se cuida. Mulheres. Produção PNDST/Aids.”

Quem se ama se cuida – Mulheres



Imagem 20: Quem se ama se cuida!

O primeiro vídeo voltado às mulheres associa cuidado ao preservativo. São foto imagens de várias mulheres em alguma atividade que demonstra cuidado, seja se maquiando, no banho ou em uma academia. Ao fundo a mensagem: “Milhares de mulheres estão pegando o vírus da Aids por transfusão de sangue, agulhas contaminadas e principalmente por sexo não seguro.”

De forma geral o vídeo inova no ano de 1994, com a forma de abordar as pessoas. Os vídeos passam a associar prazer ao

⁶⁸ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1994-quem-se-ama-se-cuidamulheres>

preservativo e livram-se bastante da carga negativa e pejorativa da forte associação da aids com a morte com na década anterior.

As imagens e vídeos passam a serem mais exploradas, com poucas explicações faladas e mais imagens, que possuem esse papel de dizer comportamentos desejados. Uma melhora na qualidade dos vídeos também pode ser observada.

1994 – Quem se ama se cuida!

1994 – Um casal nas preliminares e ela oferece a camisinha na hora de transar. Uma mulher sem vergonha de levar consigo a camisinha.

Slogan: Quem se ama se cuida!

Produção PNDST/Aids

Neste vídeo começa a ser despertado nas mulheres a ideia de que devem portar o preservativo e terem a iniciativa de usar.

Quem se ama se cuida!



Imagem 21: Quem se ama se cuida!

“Ah... ousa vai! Assim eu vou embora... não vai dar!

Pensa bem... a gente se cuidando... juntinhos... super relaxados!

Ousa vai!” (Voz de uma mulher em tom sensual)

Narrador:

“Tem horas que uma moça bem comportada tem que virar uma mulher sem vergonha! De se cuidar e até de dizer não.”

“Evite a Aids, preserve a vida”

Voz feminina sensual:

“Põe a camisinha, põe!”

Mensagem escrita:

Quem se ama se cuida.

Ministério da Saúde

Governo Federal. (Transcrição vídeo).

Enquanto a mulher com tom de voz sensual faz a narração da sequência de um vídeo, que mostra um casal heterossexual prestes a ter uma relação sexual, a moça demonstra desejo em ter a relação sexual com o homem. A cada fala, a ideia é como se cada um dos personagens estivesse pensando alto, de forma que a narradora transmite isso. A imagem da cama e o preservativo também aparecem.

Outro detalhe, é que o casal é mais uma vez heterossexual, ambos brancos e a mulher não parece representar a variedade étnica que existe no Brasil, pois ela é loira e possui características de modelo.

É importante destacar, como a homossexualidade não é abordada até o momento nas campanhas. Uma contradição, pois se na década de 1980, a maior parte dos casos de HIV/aids eram atribuídos aos *gays*, como não mostrar propagandas de prevenção voltadas para homens e mulheres homossexuais. Ainda que estas propagandas poderiam aumentar a forte associação que havia entre os *gays* e aids. No entanto, a ausência de propagandas direcionadas parece estar muito mais ligada a ideia do tabu do sexo anal entre homens.

Em relação ao vídeo, há um momento em que a voz da mulher que narra em tom sensual e substituída pela do homem para transmitir a mensagem: “Tem horas que uma moça bem comportada tem que virar uma mulher sem vergonha! De se cuidar e até de dizer não.”

Esta mensagem parte de uma ideia do heterossexismo da sociedade, na medida em que se esperar que uma mulher tenha um comportamento diferente do homem. Enquanto o homem é posto

como aquele que pertence ao ativo, a mulher é colocada como aquele que possui um comportamento mais passivo. A propaganda tenta mexer com essa naturalização, mas sem deixar de imprimir uma atitude sexista, ao dizer que existem momentos que uma mulher comportada tem que virar uma mulher sem vergonha, como se fosse esperado uma sexualidade mais regrada das mulheres.

O trocadilho com a ideia de que uma mulher sem vergonha é alguém que tem coragem de dizer não, é também ao mesmo tempo uma mulher que na ideia popular possui uma sexualidade transgressora, pois o “sem vergonha” significa uma mulher desprovida de condutas morais relacionadas ao sexo. Assim, a mensagem é a de que até as mulheres comportadas neste momento devem ser um pouco “ousadas”, para que possam se proteger da sexualidade masculina. Uma sexualidade naturalizada como instintiva, animalesca, irrefreável, que cabe a mulher contê-la. A visão de uma masculinidade também é construída de uma maneira a colocar os homens como aqueles que são responsáveis por transmitir o vírus da aids as mulheres.

1995 – Viva com prazer, viva o sexo seguro!⁶⁹

“1995 – Uma conversa entre o Bráulio e seu dono enquanto espera a moça para sair. Lá vem você com esse papo de Aids. Sei você é que está com medo de usar a camisinha. PNDST/Aids.”

Viva com prazer. Viva o sexo seguro!



Imagem 22: Viva com prazer!

Homem: Já volto!

Bráulio: Oba hoje a noite promete!

Homem: Que isso cara?

Bráulio: Oh chefia, eu tô louco pra dar umazinha!”

⁶⁹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro>

Homem: Tudo bem... Tudo bem... mas antes a gente tem que levar uma conversa, né! Tem que impressionar a moça, né!
 Bráulio: Oba, já vai logo me apresentando!
 Homem: Ah sócio, você ainda vai colocar a gente numa fria hein!
 Bráulio: Lá vem você de novo com esse papo de AIDS!
 Homem: Você é que tá com medo de afinar na hora da camisinha oh!
 Bráulio: Qual é chefia, tá me estranhando? Compra logo umas 10!
 Viva com prazer, viva o sexo seguro!
 (Transcrição vídeo).

Vídeo que se utiliza do humor para passar a imagem de prevenção. Um homem sentado no sofá que conversa com seu pênis (Bráulio) dizendo que ele deve vestir a camisinha. A primeira propaganda que tentou de forma humorada para alertar para a necessidade do uso do preservativo. Aqui a ideia já é de que o prazer está atrelado ao seu uso.

1995 – Viva com prazer, viva o sexo seguro!⁷⁰

“1995 – Conversa entre o Bráulio com seu dono no bar, na paquera. Viva com prazer. Viva o sexo seguro! Produção PNDST Aids.”

Viva com prazer, viva o sexo seguro!



Imagem 23: Viva com prazer!

Bráulio: Olha... tá cheio de mulher interessante aqui!
 Homem: Oh meu... você não tem jeito mesmo né?

⁷⁰ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro-2>

Bráulio: E você acha que dá pra aguentar com tanta gatinha dando sopa?

Homem: Tudo bem... Tudo bem... Se você que sair hoje com uma... amanhã com outra... vai ter que usar camisinha hein!

Bráulio: Chantagem hein chefia!

Homem: Chantagem homem? Só assim pra gente fazer sexo e não se preocupar!

Bráulio: Ok... você venceu! Agora pega logo essa toquinha, porque tem uma moreninha me dando uma sopa!
(Transcrição vídeo).

Enquanto o narrador fala: “Viva com prazer, viva sexo seguro!” o ator lança um beijo para alguma mulher. O homem segura o pênis, como se quisesse contê-lo. O Bráulio (pênis) começa a conversar com o homem e diz que ele deve pegar as mulheres do bar. A ideia é de uma sexualidade descontrolada. Isso é reforçado em todos os momentos da propaganda, como se o homem tivesse uma natureza mais ativa e mais sexual. Esta peça publicitária é a segunda da série, “Viva com prazer, viva o sexo seguro”, que mostra um homem que fala com o pênis para mostrar a importância do uso do preservativo.

No vídeo, que explora o cômico para falar de algo sério que é a aids, o homem durante a conversa com o pênis tenta o contê-lo a todo momento, como se existisse um instinto masculino e as mulheres fossem presas fáceis, que estão a todo momento esperando essa sexualidade irrefreável.

Interessante que se prega a todo momento, como posto nas análises anteriores, a diminuição de parceiros sexuais, como medida de redução de riscos. No entanto, o vídeo cai em uma contradição, pois o homem na conversa com o pênis diz que ele pode pegar uma, duas... na ideia de que o homem pode conter muitas parceiras sexuais. Parece existir um conflito entre uma recomendação que deveria valer para todas as pessoas e entre o reforço de uma figura de homem heterossexual, que transa com várias mulheres. Mais uma vez existe o heterossexismo no conteúdo sobre prevenção. A ideia de que mulheres são presas fáceis e objeto fica mais clara ainda, quando o pênis diz ao homem: “pega aquela” como se coubesse ao homem apenas o direito de ter alguém ou de paquerar.

Um vídeo é produzido a partir de várias mãos, que escolhem a temática, que editam, que criam mesmo a forma que melhor

poderia ser passada a propaganda. Assim, se existe toda uma temática que aos olhos de uma pesquisadora é problemática, por ser sexista, a de se convir que ela também possa ser o reflexo de como homens e mulheres nas suas mais variadas identidades de gênero se relacionavam naquele momento.

1995 – viva com prazer, viva o sexo seguro!⁷¹

“1995 – Explicação de como vestir a camisinha. Viva com prazer. Viva o sexo seguro. Produção PNDST Aids.”

Viva com prazer, viva o sexo seguro!



Imagem 24: Viva com prazer

Homem: Hoje eu vou mostrar pra vocês como se usa a camisinha!

Bráulio: Oba! É hoje que eu vou aparecer na TV!

Homem: Não cara, você é muito feio! Eu vou usar um *double*”

Bráulio: Ah modéstia parte... eu sou mais eu!

Homem: Você quer prestar atenção?

Homem: Olha gente... com esses dois dedos a gente aperta a ponta da camisinha pra tirar o ar. Depois vai desenrolando até o moço ficar todo vestido. Agora dá pra fazer isso de um jeito mais gostoso.

Bráulio: Ah tô fora!

Homem: Pedindo pra ela colocar pra você, por exemplo

Bráulio: Tô dentro! (Transcrição vídeo).

⁷¹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro-1>

O homem ensina como se deve usar o preservativo, o que mais uma vez caracteriza um avanço nas propagandas que passaram a mostrar de uma maneira mais realista. Nessa série do “Bráulio” o ator que interpreta um homem heterossexual, que reforça a imagem de que transa com várias mulheres conversa com seu pênis, que pede para ser mostrado, mas o homem diz que ele (pênis) é feio e por isso vai usar uma prótese pra realizar a representação.

A tentativa desta série é fazer do preservativo um aliado no prazer, mas ao mesmo tempo caracterizar o sexo como algo seguro para que os sujeitos não se contaminem com o vírus da aids. No entanto, o sexo é abordado de uma maneira patriarcal, sexista e só possibilita que casais heterossexuais se identifiquem, colocando inclusive a mulher em um lugar de passividade. Além disso, a propaganda foi motivo de polêmica porque pessoas com o nome de Bráulio não se sentiram confortáveis em terem seus nomes utilizados desta maneira, o que acabou sendo um problema judicial e o que tu indica é que a campanha parou de fazer esta associação entre pênis e o nome Bráulio.

Acerca deste fato, Santos (2002) em análise dos vídeos das campanhas de prevenção, cita como o nome Bráulio passou a ser assunto judicial, de acordo com uma revista de circulação nacional. Assim,

O pênis falante da nova campanha do Ministério da Saúde contra a Aids está sendo chamado de ‘sócio’, ‘xará’, ‘sujeito’, ‘home’, ‘moço’, ‘cara’ e ‘meu’. As reclamações e ameaças de processo dos Bráulios ofendidos fizeram o ministro Adib Jatene capitular no sábado 16. Ele mandou suspender a campanha na televisão e no rádio, até que fosse escolhido outro nome para a distinta figura que trava diálogos picantes com o ator Emílio Mello e cujas virtudes são cantadas por Genival Lacerda. / (...) Durante a semana passada, o ministério recebeu cerca de 450 sugestões. O nome mais citado foi ‘Bilau’. Jatene não gostou. / (...) A polêmica fica menos divertida quando se lembra que o objetivo – o estímulo ao uso da camisinha como forma de prevenção da Aids – é vital. É de esperar

que tanta conversa mole sobre um assunto sério não desvie irremediavelmente a atenção do público para o conteúdo dos filmes e do jingle (...). “O levante dos Bráulios”. Veja 27/09/1995, p.99 (Apud SANTOS, 2002, p.53).

Existe um exercício de sedução que faz pensar que a camisinha é quase um dispositivo de prazer. Esta propaganda que trouxe de forma mais realista como usar o preservativo, pois utilizou um vibrador e a sequência de como colocá-lo no pênis. Contudo, o sexo passou a ser regulado pelo uso de dois dispositivos de controle: o preservativo e a ideia de segurança construída a partir da noção de risco.

1998 – TV – Entre na luta contra Aids. Use camisinha!⁷²

“1998 – Vários jovens caminhando sob a música: prefiro ser uma metamorfose ambulante. Há várias gerações os jovens defendem suas ideias. Agora chegou sua vez, entre na luta contra a Aids. PNDST/Aids.”

TV – Entre na luta contra Aids. Use Camisinha!



Imagem 25: Jovens

“Há várias gerações os jovens se vestem para defender suas ideias e fazer um mundo melhor. Agora chegou a sua vez! Entre na luta contra a Aids. Use sempre!”

⁷² Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-tv-entre-na-luta-contr-aids-use-camisinha>

Um jovem se aproxima e mostra o preservativo. Vários jovens caminham, dos mais variados estilos ao som da música de Raul Seixas, *Metamorfose Ambulante* e ao final a mensagem de prevenção: “1998 -TV- Entre na luta contra aids. Use camisinha!”

Enquanto a música toca, vários jovens, um de cada vez caminham em direção à câmera, em uma referência a letra da música. Uma campanha publicitária voltada aos jovens e que faz uma menção ao poder dos jovens de mudar o mundo e de desprenderem de preconceitos.

1998 – TV – Sem camisinha não tem carnaval⁷³

Esta campanha é bem animada ao som da antiga banda Eva na voz de Ivete Sangalo. A cena acontece perto de um trio elétrico. O casal heterossexual, possui um homem branco e uma mulher negra. Ambos jovens se beijam intensamente, até que o homem faz o pedido de ir para outro lugar. A mulher pergunta a ele se possui camisinha e neste momento há um silêncio, em que todos olham para o homem na espera que ele tenha um preservativo. Quando ele tira a mão do bolso, a camisinha cai e a câmera lentamente acompanha lentamente na ideia de focar a prevenção. Depois disso é retomada a música e o casal volta se beijar.

TV – Sem camisinha não tem carnaval



Imagem 26: Carnaval

⁷³ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-tv-sem-camisinha-nao-tem-carnaval>

O casal se beija e aparece a mensagem: “Sem camisinha não tem carnaval! Ministério da Saúde. Brasil em ação.”

A propaganda foi voltada para o carnaval, época em que se espera que os sujeitos tenham uma sexualidade mais desregrada, que inclusive podem ter vários parceiros sexuais, aumentando o risco de infecção pelo vírus da aids. Além disso, existe a construção da ideia de empoderamento das mulheres para dizerem não ao sexo sem o preservativo. A situação retratada mostra um casal em um alto grau de intimidade com demonstrações de desejo um pelo outro, no entanto, a campanha tenta construir uma noção de risco para educar as pessoas sobre a importância de mediar situações como esta. Além disso, é mais uma propaganda que mostra o homem como aquele que possui uma sexualidade mais imponente que a da mulher, pois é ela que precisa conter o desejo para recomendar o uso da camisinha.

1998 – Mulher – Seja viva evite a Aids!⁷⁴

“1998 – São quatro *spots* dirigidos às mulheres informando quais as vias de transmissão e como se prevenir da Aids. Produção: PNDST/Aids.”

⁷⁴ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-mulherseja-viva-evite-aids>

Mulher – Seja viva evite a Aids



Imagem 27: Mulher

O vídeo inicia com a mensagem: “Saiba como se pega AIDS.” E logo em seguida a transcrição das formas de transmissão.

Num aperto de mão ou no abraço será que eu pego AIDS?

NÃO PEGA

Alicate de unha, sem esterilizar, pega?

PEGA

Durante a gravidez o neném pega da mãe contaminada?

PEGA

Usando toalha e sabonete, pega?

NÃO PEGA

Por sexo oral a gente pega?

PEGA

Só de sentar em ônibus pega?

NÃO PEGA

Mensagem:

Seja viva. Evite a AIDS

Ministério da Saúde

Governo Federal

Sabe o que eu queria saber... se através de picada de inseto a gente pega AIDS?

NÃO PEGA

AIDS pega na piscina?

NÃO PEGA

AIDS pega com suor?

NÃO PEGA

Pega se fizer sexo pela vagina?

PEGA

Beijando no rosto, a gente pega?

NÃO PEGA

De sangue contaminado pega AIDS?

PEGA

Usando a seringa dos outros a gente pega?

PEGA

E doando sangue, pega?

NÃO PEGA

E no banheiro dos outros pega AIDS?

NÃO PEGA

Será que eu peço AIDS se meu parceiro usar drogas injetáveis?

PEGA

Fazendo sexo anal pega AIDS?

PEGA

Usando um copo, talher que um doente usou pega AIDS?

NÃO PEGA

Você usa camisinha?

Mas eu sou casada, preciso?

Ele diz que sou a única!

Ele diz que é besteira usar camisinha!

Nos últimos anos as mulheres tornaram-se um dos grupos mais atingidos pelo vírus da AIDS

Eu acredito que seja sim a única mulher da vida dele!

Imagina... eu confio!

O que eu faria se ele tivesse outras namoradas?

Converse com o seu parceiro

Seja viva. Evite a AIDS.

O vídeo mostra várias mulheres que perguntam se determinadas práticas do cotidiano são perigosas para “pegar”

aids. Ex: “Sentar no ônibus pega?” E em seguida aparece a mensagem: “Pega”, em verde. E depois: “Sexo anal pega?” em seguida: “Pega” em vermelho.

As últimas cenas mostram várias mulheres casadas que dizem confiar em seus maridos e por isso justificam o não uso de preservativo. A propaganda começa com a pergunta: “Você usa camisinha?” Logo em seguida uma mulher negra responde: “Mas eu sou casada”, preciso? Outra, uma mulher branca, “Ele diz que sou a única”, Outra: “Ele diz que é besteira usar camisinha”. E por fim a mensagem e informação de que nos últimos anos, as mulheres tornaram-se um dos grupos mais atingidos pela aids. Outras mulheres falam: “Eu acredito ser a única!” outra também concorda: “Imagina, confio!”. E segue a recomendação do Ministério da Saúde para que as mulheres conversem com seus parceiros.

Durante os anos de 1990, houve uma série de programas e campanhas de prevenção com o objetivo de desconstruir a ideia de que o casamento por si só constituía uma proteção às mulheres. O fato de não utilizarem o preservativo nas relações sexuais as colocava em risco de se infectarem com o vírus da aids, pois as relações extraconjugais, principalmente dos companheiros era mantida em segredo. Havia ainda o mito de que o risco de se infectar com o vírus da aids através do sexo vaginal era baixo, pois para muitos homens, é como se relações com mulheres constituíssem algo “natural”. Este pensamento foi alimentado pela construção de que apenas os grupos de risco poderiam se infectar, principalmente os homens que tinham relações sexuais com outros homens. Assim, nestas campanhas voltadas às mulheres casadas, a noção de risco despertada pelos programas governamentais criou a cultura do uso do preservativo nas relações sexuais entres os casais. De todo modo, essa noção de risco esbarrou nas diferentes relações com o risco que se encontravam estas pessoas. Como posto anteriormente, para muitas mulheres, o risco de se infectar com o HIV/aids através dos companheiros era percebido como algo inferior ao risco de sugerir um intruso, o preservativo nas relações sexuais.

Nessa parte final várias mulheres, principalmente mulheres negras estão sentadas em cadeiras com uma expressão séria. O vídeo está dividido em três. Na primeira parte é interessante que mesmo em 1996, mais de uma década desde a descoberta da aids o vídeo tenta responder formas de contágio e desmistificar formas

de contágio, como o medo de contrair o vírus através de picadas de insetos.

1998 – Documentário – Mulher – criança e adesão⁷⁵

“Documentário: Mulher, criança e adesão. Criado pela Secretaria de Projetos. Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Produção PNDST/Aids.”

O documentário mostra a história de mulheres e suas trajetórias amorosas. Uma das mulheres casadas diz que acredita e confia no marido. Outra também reforça isso a dizer: “Eu confio no meu namorado!”, “Boto a mão no fogo!”

Logo em seguida ocorre uma mudança de cena para o tema: “Cuidando de mim mesma”. Aqui as mulheres reclamam dos homens que não querem usar o preservativo e falam que eles argumentam que é como: “chupar bala com papel.”

Depois o tema passa a ser: “Apostar na fidelidade.”

Uma das entrevistadas diz que as mulheres de baixa renda ganham identidade de mulher ao estarem com um homem. Existe uma abordagem e uso da categoria vulnerabilidade para acessar a cultura de mulheres das comunidades mais pobres. Várias casadas acham um absurdo usar o preservativo: “Sou casada, confio no meu marido!”

Há um depoimento de uma das mulheres: “seis meses de casados. Ele era portador do vírus da aids. Ele morreu! Sempre fui uma mulher do lar com profissão. Só precisei ser mulher desavisada pra pegar o vírus da Aids.” Reflexão a partir da ideia de que nem a confiança nos companheiros e nem estar de acordo com as normas de comportamento que se espera de uma mulher no casamento, representam proteção contra a aids.

Também são abordadas informações e dados sobre infecção. Assim segue: “Brasil 1985: 1 mulher para 25 infectados homens. 1998: 1 mulher para cada 2 infectados homens. A maioria das mulheres vem de relações estáveis.”

Existe uma preocupação também com as transmissões do vírus de mãe para filho nos casamentos.

⁷⁵ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-documentario-mulher-crianca-e-adesao>

1999 – TV – DST – Luana Piovani e Rodrigo Santoro⁷⁶

1999 – DST – Luana Piovani e Rodrigo Santoro. Você sabia que muita gente tem DST e não sabe. DST são doenças sexualmente transmissíveis. Aparecem como uma feridinha ou verruga ou corrimento. E aumentam muito o risco da Aids. Fique esperta. Nas mulheres é mais difícil perceber. Se você notar qualquer sinal procure assistência médica. Use camisinha sempre!

Produção: PNDST/Aids

1999 – TV – DST – Luana Piovani e Rodrigo Santoro



Imagem 28: Luana Piovani e Rodrigo Santoro

Luana Piovani: Você sabia que muita gente tem DST e não sabe!

Rodrigo Santoro: DST são doenças sexualmente transmissíveis. Aparecem como uma feridinha ou como uma verruga ou corrimento. E aumentam muito o risco da AIDS.

Luana Piovani: Fique esperta! Nas mulheres é mais difícil perceber! Se você notar qualquer sinal procure assistência médica.

Rodrigo: Você e seu parceiro ou parceira. Procure assistência médica. **E pra evitar o problema reduza o número de parceiros sexuais e use camisinha!**

Rodrigo: Sempre

⁷⁶ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1999-tv-dst-luana-piovani-e-rodrigo-santoro>

DST. Disque Saúde. 0800 611997.
Ministério da Saúde. Governo Federal.
(Transcrição vídeo).

Na década de 1990, estes dois atores eram uma referência de beleza para as/os adolescentes. Na fala, ambos explicam o que é DST e a importância do uso da camisinha. No entanto, mesmo em 1999, quando já havia um tratamento para o HIV/aids, a recomendação de diminuir o número de parceiros continuou. Por que não enfatizar apenas o uso do preservativo? Talvez, porque se tratava de dois jovens, o que indica que a questão da virgindade era ainda um comportamento esperado das mulheres naquele momento. Outra contradição é que nas campanhas do “Bráulio” existiu uma brincadeira que incentivava o homem a conquistar várias mulheres, enquanto nesta campanha em que aparece uma atriz, símbolo de uma geração de adolescentes da década de 1990, a recomendação é mais uma vez a de reduzir parceiros.

Já atualmente, estimula-se a ousadia das “mulheres” para tomarem a iniciativa de usarem o preservativo tratando de sexo de maneira mais aberta, sem o discurso moralista apresentado durante a década de 1990, quando as revistas femininas voltadas para o público adolescente, como a revista *Capricho*⁷⁷, que estimulava o

⁷⁷ Segundo Gruszynski e Chassot (2006, p.41), A *Capricho* surgiu em 1952 (SCALZO, 2004) e foi a segunda revista lançada pela Editora Abril – a primeira foi O Pato Donald, em 1950 – e a primeira destinada ao público feminino no Brasil. Seu formato era pequeno, e a publicação era quinzenal. A revista da época, contudo, tinha em comum com a atual apenas o nome, pois então publicava fotonovelas – chamadas cinenovelas – para jovens donas de casa. Segundo Scalzo (2004), as fotonovelas surgiram na Itália, nos gigantes estúdios de cinema de Cinecittà, que aproveitava os intervalos entre as filmagens para produzir histórias românticas em fotos. O sucesso foi enorme e copiado no mundo todo, especialmente em países latinos. De acordo com a Editora Abril, as regras de edição consistiam em tirar as cenas de sexo e cortar assassinatos, de modo a evitar tudo que ofendesse a moral conservadora da época. Ver: GRUSZYNSKI, Ana Cláudia; CHASSOT, Sophia Seibel, 2006. Projeto gráfico de revistas – uma análise dos dez anos da revista *Capricho*. In: *Conexão: Comunicação e Cultura*. Revista de Comunicação da Universidade de Caxias do Sul, v.5, n.10, jul-dez. 2006, p. 41.

Disponível

em:

<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conexao/article/viewFile/215/206>

uso do preservativo, mas com a recomendação da virgindade para as jovens mulheres.

Um das capas da revista, segundo a autora Buitoni (2009) foi polêmica, porque trouxe na capa do ano de 1993, a foto da atriz Luana Piovani, que aparentava ter 14 ou 15 anos, segurando uma camisinha na mão. Era a primeira vez que uma adolescente aparecia na capa da revista segurando um preservativo. A reportagem trazia informações sobre os cuidados para não contrair o vírus HIV, sempre com uma linguagem coloquial regada de gírias, como forma de se aproximar do público de adolescentes, em especial às jovens mulheres. De acordo com Buitoni (2009), há uma postura editorial que reforça a necessidade imperativa da camisinha. Mensagens como: “Camisinha, tem que usar!” e o uso do “você” tenta gerar uma cumplicidade com o público. Como exposto anteriormente, a virgindade era um tabu naquele momento em que uma revista para adolescentes se lançava a falar de uma “doença” considerada mortal e mais ainda, porque teria que falar de forma mais aberta sobre sexo. Durante a década de 1990, a síndrome suscitava a imagem de uma “doença” mortífera e que amedrontava os sujeitos, o que se tornava um grande atrativo para a mídia impressa em geral, e nesse sentido, a revista *Capricho*, que segundo a autora, durante a década de 1990, ganhou uma nova roupagem direcionando suas matérias para o público feminino adolescente. Assim, um dos trechos que tem como imagem de fundo uma varal de camisinhas coloridas, segue com a mensagem:

Mas espera aí um pouquinho... essa campanha é pelo uso da camisinha e **não pelo fim da virgindade já**. A gente não está mandando você transar, dizendo que está tudo bem, contanto que for de camisinha. Continua valendo todo aquele papo de esperar o momento certo, a pessoa certa. Mas, quando finalmente você sentir que o grande dia chegou, não esqueça a camisinha. Não é porque é a sua primeira vez que não se pega Aids ou engravida. E, se esse grande dia para você já foi, tomara que tenha sido de camisinha. (BUITONI, 2009, p. 149).

Assim, a publicidade em torno da aids e do sexo era colocada lado a lado com a ideia de preservar a virgindade, em que se adotava uma postura editorial de cautela para falar de prevenção.

A linguagem marcada por uma aproximação com as adolescentes seguia, segundo a autora, com um discurso que falava de sexo de maneira romântica, como se as jovens tivessem que esperar o homem certo, de uma maneira um tanto passiva. Já as campanhas atuais dialogam partindo do pressuposto que o sexo é algo que pode acontecer a qualquer momento, sem mais a esse apelo do “romantismo”.

1999 – TV – Além do bem e do mal⁷⁸

A campanha de carnaval de 1999, com o *slogan*: “Além do bem e do mal.” Trouxe um cenário de festa no carnaval, onde o rapaz encontra uma mulher jovem, mas o lado do mal da sua consciência, representado pela figura de um diabinho, diz: “vai lá ela gostou de você.” Enquanto o lado bom, representado pela figura de um anjinho, diz: “e você esqueceu a camisinha?” O homem desapontando pelo seu esquecimento vai embora sozinho.

1999 – TV – Além do bem e do mal



Imagem 29: Além do bem e do mal

Transcrição do vídeo. Enquanto o homem paquera a jovem mulher, de um lado há um diabinho, que diz:

Olha lá aquela princesinha! E tá olhando pra você!

Anjinho: Nada disso! É impressão sua

⁷⁸ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1999-tv-alem-do-bem-e-do-mal>

Diabinho: Vai...Vai...

Anjinho: Além do que você nem trouxe camisinha!

Diabinho: (Em tom bravo) O que? você não trouxe camisinha! Ah... sua anta!

Narrador: Não importa de que lado você está! (Aparece a cena do homem indo embora)

Use camisinha!

Neste vídeo de carnaval dois personagens encenam um envolvimento, uma mulher que encostada na parede olha para um homem. Ela lança olhares de desejo ao homem, que percebe e corresponde a paquera. O lado mal da consciência (diabinho) lhe fala que a mulher é uma “gatinha” e que ele deve ir até ela, no entanto o lado bom (anjinho) logo fala que ele esqueceu a camisinha. Ao final ambos os lados da consciência concordam que ele não deve transar sem o preservativo.

Interessante que os vídeos passam a serem voltados a época de carnaval e o uso de mensagens imperativas, como: Use camisinha! passam a ser frequentes. A ideia é de que se deve conter desejo até em última instância, mesmo que não possua o preservativo. Uma campanha interessante, porque leva em conta o desejo, no entanto, esquece que o momento de prazer é algo que não se enquadra facilmente na lógica racional de controle.

Além disso, é perceptível como as propagandas que envolvem o processo de conquista sempre partem do homem em busca de uma mulher. Isso ficou claro em várias propagandas, como a do “Bráulio”, em que o homem possui um sexualidade mais extrovertida e a brincadeira gira em torno do poder de conquistar mulheres. Da mesma forma, está última que trata especificamente do carnaval, pois mostra a mulher como objeto de desejo, cuja a sua sexualidade, a torna desejável pelos homens, que diante de uma natureza considerada “instintiva” necessita conquistar a mulher.

1999 – TV – Viver sem Aids só depende de você.⁷⁹

“Use sempre camisinha! Viver sem Aids só depende de você.” Regina Casé explica por meio de marchinhas de carnaval que em qualquer situação se deve usar o preservativo.

TV - Viver sem aids só depende de você.



Imagem 30: Viver sem aids

Vídeo com a atriz e apresentadora Regina Casé:

Carnaval é sempre assim né! Mais de mil palhaços no salão... (Música) Você começa a dançar e o cara já chega junto! O balance... balance... quero dançar com você! (Música) Aí você pula um pouquinho e o cara já se anima. Mamãe eu quero... Mamãe eu quero! (Música) sabe o que você faz? Você mostra uma camisinha pra ele! Se ele disser que não quer... que não usa! E continuar com aquele papo: Vai ter que dá... vai ter que dá (música) sabe o que você faz? Vira as costas e sai cantando... não vai dar! Não vai dar não!
Use camisinha!

Ministério da Saúde. (Transcrição vídeo).

A atriz Regina Casé pula e brinca com as marchinhas de carnaval utilizando a própria letra para passar a mensagem de prevenção. Interessante que ela coloca a mulher como aquela que deve se proteger do homem. De acordo com a interpretação da marchinha, o homem ao ver a mulher dançando chega com segundas intenções, como se fosse aquele que quer sempre sexo e por isso cabe a mulher se proteger.

Campanhas com foco no carnaval e mais uma vez tentam o instigar um posicionamento das mulheres pra que façam os

⁷⁹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1999-tv-viver-sem-aids-so-depends-de-voce>

homens usar o preservativo. A ideia é que o homem possui uma sexualidade mais ativa. A publicidade reforça esses papéis de gênero ao retratar campanhas em que a mulher deve se proteger do homem e demonstra ambiguidade nas mesmas, pois, com o intuito de vender os produtos, que neste caso é a prevenção, o conteúdo é formulado, na maioria das vezes, “conservando” e/ou “reforçando” o gênero, mostrando o lugar de homens e mulheres na sociedade.

Segundo a autora Beleli (2007) alusões à sexualidade são estímulos que prendem a atenção do consumidor e além do mais, as propagandas fazem a associação dos produtos com a liberdade. Já a “[...] masculinidade é acionada através do despertar do desejo e, ao sugerir a relação de coerência entre sexo, gênero e desejo, (re)afirma a heterossexualidade como modelo” (BELELI, 2007, p.9).

Programa Saúde Caminhoneiro⁸⁰

Barbante, Barretão e Chico Sem Medro, três simpáticos caminhoneiros, apresentam os perigos das estradas e os cuidados para viver com saúde. Esse é o tema central do Programa Saúde Caminhoneiro, uma série com oito episódios abordando temas diversos como Aids, DST, álcool, sono e alimentação. Nossos personagens mostram como os profissionais do asfalto devem se prevenir em suas viagens pelas estradas brasileiras.

Produção PNDST Aids.

Programa Saúde Caminhoneiro



Imagem 31: Caminhoneiro

⁸⁰ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2000-campanha-para-caminhoneiros>

Na estrada não dá pra se descuidar, antes de viajar a carga tem que tá muito firme e coberta pela lona, senão é aquela dor de cabeça. Com a Aids é a mesma coisa. Antes de enfrentar uma curva (o homem desenha com as mãos as curvas das mulheres) pelo caminho, o caminhoneiro esperto tem que tá com a camisinha em cima do bruto (imagem de uma mulher que passa batom e olha para um pequeno espelho). Você pode ter namorada estar apaixonado, mas não pode bobear. Na estrada lona é proteção pro caminhão e camisinha pro caminhoneiro (homem mostra uma camisinha) Ministério da Saúde. (Transcrição vídeo).

Novamente aparece um reforço de papéis de gênero, pois a mulher é posta como um objeto de tentação ao homem e um perigo na estrada. As mulheres sempre sensuais, são mostradas como sedutoras e insinuas. Já os homens, são representados como aqueles que são insaciáveis, que muitos dias na estrada, precisam ter relações sexuais com outras mulheres. Nas palavras dos caminhoneiros: a “carne é fraca”, e “a camisinha é coisa de macho”. A linguagem coloquial, com gírias e frases populares é uma forma de aproximação com os caminhoneiros para que a mensagem de prevenção seja compreendida e aceita. Contudo, a utilização das frases citadas acima, mais uma vez reforça uma heteronormatividade, principalmente a exigência de que o homem corresponda o papel de “macho”, e tenha relações sexuais com mulheres.

É feito também um trocadilho da lona com a camisinha. Interessante que na campanha, os caminhoneiros são postos como homens, mais uma vez, cujo a sexualidade é mais ativa do que das mulheres. A campanha parte não só de uma hegemonia machista, mas também da realidade de homens que viajavam e possuem relações extraconjugais. No entanto, essa sexualidade é vista apenas como de direito ao homem. E as mulheres dos caminhoneiros?

A propaganda reforça assim um universo em que homens possuem uma sexualidade que deve ser freada e as mulheres assumem um papel passivo nas relações sexuais.

2.2.4 “Viva com prazer, viva o sexo seguro!”

A década de 1990 foi marcada por campanhas de prevenção com mais publicidade e uma mudança no tom de terror para o uso das frases imperativas de incentivo ao uso do preservativo. Essa publicidade utilizada teve o intuito de vender não um produto, mas sim a prevenção, com a utilização de recursos que tentavam uma aproximação com a população, de forma que para Santos (2002, p.25), “(...) houve um deslocamento de um discurso publicitário (mais) biomédico para outro (mais) comercial (...)”.

A noção de risco foi construída sem utilizar os chamados “grupos de risco”, comumente mencionados nas campanhas da década de 1980, para se referir a determinados grupos de pessoas que seriam enquadradas como mais propensas a se infectar com o vírus da aids. Essa nova noção de risco foi atribuída mais aos comportamentos de risco e os preceitos da Promoção da Saúde, de cuidados com a saúde, de amor próprio. Além disso, nas campanhas foi observado abordagens mais voltadas às mulheres, já que durante a década de 1990, os casos de mulheres contaminadas aumentou, o que fez o Ministério da Saúde mudar a forma de fazer estas campanhas.

Para Santos (2002):

Se no princípio, o risco estava circunscrito a determinados grupos considerados como “de risco” (homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, receptores de hemoderivados), posteriormente, em especial a partir de 1994, não é mais possível localizar o risco: ele praticamente se dissipa na população de forma geral. Essa passagem inicia-se quando os próprios anúncios, incorporando as críticas de diversos setores (incluindo o biomédico) começam a enfatizar que não existem “grupos de risco”, mas sim “práticas” ou “comportamentos de risco”, e que todos podem estar em risco. A noção de vulnerabilidade social, embora não apresentada de forma direta nos anúncios, também é um dos modos de se falar sobre o risco, especialmente de um tipo de risco que tem públicos diferenciados, segundo níveis

socioeconômico, instrucional e de gênero.
(SANTOS, 2002, p.25).

Com isso, a década de 1990 foi marcada pelo uso da categoria comportamento de risco, pois todas as pessoas passaram a ser percebidas como propensas a correrem o risco nas relações sexuais de contraírem o vírus HIV/aids. No entanto, a publicidade utilizada nas campanhas esbarrou nos discursos hegemônicos e normatizadores, seja pela imagem da mulher que se protege do homem e da adolescente que mantém sua virgindade ou seja pela figura do homem com a sexualidade mais ativa e irrefreável. Além disso, dentro dessa heteronormatividade proposta nas campanhas, outras formas de relações afetivas ou sexuais não são contempladas.

2001 – DST – Pra se prevenir use camisinha – Bussunda⁸¹

2001 – DST – Bussunda faz perguntas indiscretas para as pessoas, tipo povo fala sobre DST e só uma delas dá exemplo. Ela tem razão, DST são doenças sexualmente transmissíveis, esse assunto não é brincadeira, se você sente dor ao urinar ou tem verrugas no pênis, vá ao médico. Pra se prevenir use camisinha. Ministério da Saúde, Governo Federal. Produção: PNDST Aids.

DST – Pra se prevenir use camisinha – Bussunda



Imagem 32: Bussunda

O personagem Bussunda⁸² saiu as ruas e perguntou as pessoas:

⁸¹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2001-dst-pra-se-prevenir-use-camisinha-bussunda>

⁸² Bussunda foi o nome artístico de Cláudio Besserman Viana, jornalista, cronista esportivo, editor de revista, ator, escritor, humorista,

Se acha que num homem o tamanho da DST faz diferença?

Mulheres: Ah faz! Com certeza!

Mas a senhora, é a favor da DST antes do casamento?

Sempre! Totalmente, com tanto que não atrapalhe a cerimônia!

DST é gonorreia, sífilis, aids... (expressão de nojo)

Ela tem razão!

DST são Doenças Sexualmente Transmissíveis. Esse assunto não é brincadeira! Se você sente dor ao urinar, tem verrugas no pênis, vá ao médico pra se prevenir, use camisinha! Ministério da Saúde. (Transcrição vídeo).

O personagem brincou com a sigla DST, por meio do humor, cuja característica era muito conhecida deste ator, como forma de informar as pessoas sobre mais uma vez a necessidade de utilizar o preservativo nas relações sexuais. O spot é breve e trouxe rápidos questionamentos em tom de brincadeira para tratar de prevenção. Os indivíduos entrevistados encenam como se não soubessem o que é DST e respondem de maneiras absurdas, coo forma de fazer o telespectador compreender as doenças sexualmente transmissíveis. Nos anos 2000, a publicidade nas campanhas de prevenção à aids, como apontado durante a década de 1990, mudou o forte tom de medo que havia durante a década de 1980, para um tom mais leve, que envolveu o uso de estratégias publicitárias, como o uso do humor, das figuras públicas de atrizes, atores e modelos. Além disso, questões como o amor próprio e o cuidado de si, tonaram-se frequentes a partir dos anos 2000.

Amor sem risco⁸³

Apresenta como cuidar da saúde do corpo focando a prevenção da saúde sexual DST e aids entre o pessoal do campo. Entrevistas com a população-prioritária. Ensina como usar a camisinha para jovens e informa os locais onde buscar ajuda – Posto de Saúde.

comediante e dublador brasileiro, membro do grupo Casseta & Planeta. Faleceu em 2006. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Bussunda>

⁸³ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/amor-sem-risco>

É uma espécie de documentário, com cerca de 15 minutos, que apresenta formas de prevenção à aids para os sujeitos que viviam no campo. É uma campanha dos anos 2000, não está específico a data da produção, porém se insere na lógica de prevenção, que foca mais nos cuidados do que na utilização do medo para conscientizar os sujeitos. Usa a racionalidade da noção de risco, na crença de que um bom comportamento (relações sexuais com poucos parceiros e o uso do preservativo) faria os sujeitos viverem sem o risco de contrair o vírus da aids.

Aids 20 anos⁸⁴

Na praia o filho pergunta para a mãe o que é aids e a mãe explica. O vídeo faz uma retrospectiva da história e finaliza dizendo que aids é aquela doença que a mamãe tem e você não. Existe uma abordagem da transmissão perinatal. *Slogan*: “Aids 20 anos tentando entender, há 20 anos tentando explicar há 20 anos lutando.” Produção: PNDST Aids.

O vídeo assim conta, a história da aids desde o início da década de 1980, quando a síndrome estava associada aos grupos de risco e era tida como uma sentença de morte. No documentário é interessante, porque fala-se em viver com aids a partir dos medicamentos antirretrovirais, uma espécie de aceitação e foco no tratamento. Existe na fala da mãe um julgamento moral, quando se refere ao medo e aos grupos de risco de quem contraíram o vírus da aids nos primeiros anos da doença. O cenário é uma praia, e aparece a questão da vulnerabilidade das mulheres. A mãe pergunta ao filho depois de explicar o que era aids: “Entendeu filho?”. A criança: “Não”. Ela responde: aids é a doença que a mamãe tem e você não, como forma de esclarecer da necessidade do diagnóstico precoce durante o pré-Natal para as mães que tinham o HIV/aids poderem fazer o tratamento e impedir que a criança também tivesse o vírus.

2002 – TV – Aids, o preconceito tem cura!⁸⁵

⁸⁴ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/aids-20-anos>

⁸⁵ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2002-tv-aids-o-preconceito-tem-cura>

“Com preconceito é assim, você não enxerga as coisas como realmente são! Aids: o preconceito tem cura.”

TV – Aids, o preconceito tem cura!



Imagem 33: Preconceito

As foto imagens são de uma mulher deitada no chão com flores, eu pelo jogo de imagens faz parecer sangue. Quando a câmera se aproxima, a mulher levanta e pega o buquê nas mãos e sorri. Esse jogo com as imagens leva o expectador a acreditar que está vendo sangue, símbolo da aids e quando a câmera se aproxima trata-se de um buquê de rosas. Uma forma de despertar o interesse dos sujeitos para o preconceito, na medida em que faz o exercício com o olhar do público. Primeiro o conduz a acreditar que está vendo sangue, mas na verdade são apenas flores, que ainda remete a uma leveza. Esse recurso publicitário, por meio de imagens conseguiu passar a ideia do que é o preconceito.

2002 – TV – Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças⁸⁶

2002 - Campanha para homens que fazem sexo com homens. O namorado de um rapaz que é atendido pelo pai diz: - ele não quer mais vê-lo. A mãe diz: - filho você vai encontrar alguém que te mereça. Slogan: Usar a camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças!

Produção: PNDST/Aids.

⁸⁶ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2002-tv-usar-camisinha-e-tao-importante-quanto-respeitar-diferencas>

TV – Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças



Imagem 34: Respeitar as diferenças

Uma das poucas propagandas até 2002, que tratou sobre homens que fazem sexo com homens abordando a questão do respeito, proteção e compreensão da família. A propaganda no início faz um jogo que leva o telespectador a acreditar que o pai do jovem tem preconceito pela sexualidade do filho. Assim, quando a campanha toca o pai atende a porta e diz para o outro homem ir embora. A princípio somos levados a pensar que o pai está tendo uma atitude preconceituosa, mas logo em seguida diz ao filho que mandou o homem embora. E tanto mãe quanto o pai, o consolam ao dizer que ele, o filho encontrará alguém que o mereça. Apenas no final do vídeo, que o público é levado a refletir sobre a importância de respeitar as escolhas e a diferença. De todo modo, há também a preocupação com a prevenção à aids. Com isso, podemos perceber que só depois de 20 anos é que propagandas sobre a homossexualidade foram abordadas. O recurso utilizado do conteúdo foi despertar a empatia e a utilização da ideia de família modelo, já que isso tem um forte valor em nossa sociedade brasileira.

2002 – vídeo – Pra que time ele joga⁸⁷

2002 - Fórum de HSH/SP e Coordenação Estadual de DST e Aids/SP. História de um aluno do ensino médio, Pedro, bom jogador de futebol, que é homossexual e quando é descoberto passa muita vergonha e não quer voltar pra escola. No dia do jogo o time dele vai buscá-lo porque ele é muito importante para o time. A orientação sexual de uma

⁸⁷ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2002-video-pra-que-time-ele-joga>

peessoa não tem nada a ver com seu comportamento social e pensar assim é preconceito. É um vídeo educativo e foi produzido para ser visto e trabalhado na escola. **Produção:** HSH e CEAids/SP.

O personagem Pedro, homossexual sofre quando foi descoberto pelos outros colegas, pois riem dele e se afastam. Ele vai para a casa devido a vergonha que sentiu e passar a não mais querer ir à escola. O personagem é representado como um bom jogador e indispensável ao time de futebol. No dia do jogo o time ao perceber que Pedro era importante resolve busca-lo. Ao final da trama a mensagem aparece: “A orientação sexual de uma pessoa não tem nada a ver com seu comportamento social e pensar assim é preconceito.”

Este vídeo também inaugura abordagens como esta sobre a escola e anseios e a sexualidade na adolescência. É interessante notar a necessidade de falar de preconceito a homossexualidade, mesmo depois da fase inicial dos anos de 1980, quando o HIV/aids estava associada as estes sujeitos. Na história, que mostra o ambiente escolar, uma orientadora educacional se preocupa em desconstruir mitos sobre a transmissão e o preconceito com a diferença.

2004 - TV - Aids e Sífilis.⁸⁸

Aids e Sífilis. Gestante na consulta pede pra fazer o exame de aids e sífilis. O doutor elogia e em seguida dá o recado - Faça o exame da aids e da sífilis no início da gravidez. É um direito seu e da sua família
Ministério da Saúde.
Produção: PNDST/Aids

⁸⁸ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2004-tv-aids-e-sifilis>

2004 - TV - Aids e Sífilis.



Imagem 35: Aids e Sífilis

Várias famílias são mostradas para fazer referência ao cuidado com a gravidez e o pré-Natal para detectar o vírus HIV. Apesar de mostrar famílias das mais variadas etnias, não aparecem fotos de famílias com pais e mães do mesmo sexo. Existe um forte apelo na ideia de família tradicional nas abordagens destas propagandas publicitárias. Além disso, os recursos visuais demonstram o uso de cores claras e feições serenas para transmitir uma ideia de amor e respeito. A transmissão vertical, de mãe para filho tornou-se um assunto mais comum neste momento nas propagandas de prevenção, pois se antes não se levava em conta a ideia de uma pessoa viver com HIV/aids, depois de 1996, quando o tratamento tornou-se gratuito aos sujeitos que viviam com aids, a prevenção passou a ter o foco também nos cuidados de quem vive com a síndrome. E nesse sentido, a gravidez também tornou-se foco de investimento de educação para a prevenção.

2004 – Transmissão Vertical – rádio⁸⁹

“Meu nome é André eu queria falar com você que tá grávida. Eu tenho 8 anos e muita saúde. Pra minha sorte minha mãe fez os exames de Aids e sífilis na gravidez, ela descobriu que tinha essas doenças. Fez o tratamento e não passou nada para mim.”

“*Slogan*: Se você quer que o seu filho tenha saúde exija do médico o teste para sífilis e pra Aids é um direito seu. Ministério da Saúde – Governo Federal – Brasil um país de todos. Produção: PNDST/Aids.”

Um menino que diz ter 8 anos, só que ele não aparece no vídeo. A imagem é como se ele fosse um eletrocardiograma

⁸⁹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2004-tv-transmissao-verticalconsulta>

falando da importância do pré-Natal para descobrir se tem alguma doença, em especial o vírus da aids.

**2011 - Curta o carnaval. Sexo só se for com
camisinha!⁹⁰**



Imagem 36: Sem camisinha não dá!

Nos últimos anos, a campanha de estímulo ao uso do preservativo no carnaval tornou-se parte fundamental da estratégia do Ministério da Saúde para o enfrentamento do HIV/aids. A campanha de 2011 está direcionada às mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos, das classes C, D e E. Esse recorte de público é resultado da análise de dados epidemiológicos que apontam a feminização da epidemia, com maior atenção à faixa etária de 13 a 19 anos, em que existem oito casos em meninos para cada 10 em meninas.

A campanha de prevenção foi feita pelo Ministério da Saúde, durante o carnaval de 2011, em que foram apresentadas três mulheres jovens, bonitas compondo uma diversidade étnica e que utilizavam como adereços preservativos. Essa campanha surgiu de acordo com o Ministério da saúde por conta do alto índice de mulheres contaminadas pelo vírus da aids. A proposta da imagem foi mostrar que as mulheres podem vestir essa fantasia, uma referência em ter a atitude de colocar o preservativo no parceiro.

⁹⁰ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2011#anexos>

Percebe-se que o uso da publicidade como estratégia para conscientizar a população, de acordo com suas especificidades, para a cultura do uso do preservativo. Para tanto, foram utilizados recursos publicitários trabalhados pela publicidade que usualmente estamos acostumados em ver, que trabalha para despertar o desejo para que os sujeitos comprem determinados produtos. Nesse sentido, existe um padrão publicitário, pois utiliza a figura de mulheres bonitas como atrativo para despertar o interesse dos sujeitos, neste caso para a prevenção. Acerca de como a publicidade ao longo do século XX utilizou as mulheres como objeto de desejo para vender produtos, a autora Bebeli (2007) demonstrou em seu estudo como o uso das imagens das mulheres são recorrentes nas peças publicitárias, de forma que,

Não é necessário fazer extensos levantamentos para perceber que as imagens com modelos de mulheres predominam na publicidade brasileira. Mas esse setor de serviços vai além de propagar corpos esculturais, a maioria de cor clara, e que exalam uma juventude, por vezes, infantil. A propaganda ancorada na diferença sexual revela atributos de gênero. Beleza e força são definidores de feminilidades e masculinidades na publicidade desde o século XIX. Denise Sant’Ana aponta que no início do século XX muitas propagandas dirigidas às mulheres centravam-se no combate à feiura, recorrentemente relacionada à doença. O “belo” se definia no incentivo à maquiagem dos “defeitos naturais” – afinar a cintura, branquear a pele, tirar pelos, escurecer cabelos brancos, sem ultrapassar os limites que pudessem colocar em dúvida sua moral, evocando a natureza, aponta Mariana Meloni. (BELELI, 2007, p.9)

Com isso, a publicidade utilizada para conscientizar o público alvo, as “mulheres”, teve um direcionamento as jovens mulheres entre os 13 aos 24 anos, com especificação das classes sociais C, D e E, como apresentado pelo Ministério da Saúde. O empoderamento é outra característica que foi estimulada nas mulheres nesta peça publicitária. Na propaganda veiculada pelo

Ministério da Saúde, direcionada as “mulheres” no carnaval de 2011, a ousadia foi a grande marca para quebrar a ideia de que as “mulheres” não podem falar de sexo e tampouco assumir a postura de incitar o uso do preservativo. Segundo este órgão institucional:

“(…) a campanha incentiva a adoção do uso do preservativo entre as garotas e, para aquelas que desconhecem seu status sorológico para o HIV, informa sobre a praticidade, gratuidade e confidencialidade do exame de aids, sífilis e hepatite viral no serviço de saúde.” (Ministério da Saúde).

A campanha foi dividida em várias etapas, com temáticas diferentes para abordar o HIV/aids, adotando estratégias que tentam regram o prazer e que estimulam uma “noção de risco”, própria da epidemiologia, que tenta desarticular a afetividade como proteção, que segundo o Ministério da Saúde é uma prática entre as mulheres jovens. Assim segue a primeira etapa da campanha:

Na primeira fase da campanha (veiculada de 25/2 a 8/3), o desafio está em estimular a negociação do uso do preservativo diante da falsa percepção de segurança em relação ao parceiro (pela aparência ou pelo pertencimento ao mesmo grupo de amigos) ou da negação do preservativo como prova de amor. (Ministério da Saúde).

Já na segunda etapa buscou-se incentivar o teste de HIV. “Na segunda fase da campanha (veiculada de 9/3 a 20/3) a ideia é desmistificar a testagem, demonstrando como é fácil, seguro e sigiloso saber seu estado sorológico na rede pública.” E por fim, a campanha teve um foco positivo,

“[...] exaltando a participação da mulher na negociação do uso do preservativo. Para isso, foi escolhido o *slogan* “Curta o carnaval. Sexo só se for com camisinha. Senão não dá.” Foram criados três filmes para veiculação em televisão, um jingle (parodiando o hit popular “Minha Mulher

Não Deixa Não”) e materiais gráficos para cada fase.

Atualmente, estimula-se a ousadia das “mulheres” para tomarem a iniciativa de usarem o preservativo tratando de sexo de maneira mais aberta, sem o discurso moralista apresentado durante as décadas de 1980 e 1990.

Campanha carnaval 2013⁹¹

A Vida é melhor sem Aids. “Proteja-se, use sempre camisinha”. Esse é o conceito da campanha de prevenção à Aids para o carnaval 2013. O objetivo é conscientizar a população para a prevenção da doença, incentivando o uso da camisinha em todas as relações sexuais. A ideia é fazer uma comparação mostrando que o uso do preservativo pode ser tão simples quanto outros hábitos comuns do dia-a-dia. Após o período de festas, diversas peças publicitárias serão adaptadas mantendo a mensagem de prevenção. Confira as peças e divulgue também para os seus amigos e família. Com mais pessoas conscientes dos riscos, haverá mais proteção contra o HIV e será mais fácil combater a doença.

Esta propaganda mostra como existe solução para vários riscos, queimaduras, resfriados e como se proteger numa relação é tranquilo (aparece dois jovens dançando na noite). A mensagem mostra que o resfriado passa, a queimadura pode ser curada e ao mesmo tempo vem escrito: “500 milhões de camisinhas são distribuídas, 3,5 milhões de testes rápidos de Aids em 2012, mais com a Aids não é fácil, você vai ter que conviver com ela pro resto da vida.” Logo em seguida aparece um homem tomando pílulas e a mensagem: “A Aids ainda não tem cura.” A ideia parece ser a de mostrar que viver com os remédios não é algo fácil, uma forma dos sujeitos se protegerem mais e saberem que a aids representa um risco maior, que levará a pessoa a tomar remédio para o resto da vida. Por fim a mensagem: “Dos 19 tipos de medicamentos oferecidos, 10 são nacionais.”

⁹¹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanhas/2013/52781>

A imagem é de um preservativo e dentro a mensagem: “A vida é melhor sem Aids.” Ao lado: “Proteja-se, use sempre camisinha.”

As mensagens imperativas são a grande características dos anos 2000, aliados aos discursos sobre a noção de risco. Existe também uma consciência em abordar as dificuldades do tratamento e os medicamentos, em grande parte de origem nacional.

2.2.5 Primeira década dos anos 2000: “Amor sem risco”

O autogoverno é uma das principais características a partir dos anos 2000, com campanhas publicitárias bem elaboradas, com abordagens diferentes que utilizam mais cartazes, *jingles*, e o empoderamento das mulheres, temáticas que tratam da diversidade sexual e tentam diminuir o preconceito, além de campanhas voltadas as mães soropositivas para conscientizar sobre o diagnóstico durante o pré-Natal.

São abordadas temáticas também sobre os sujeitos que vivem com o vírus da aids e fazem tratamento com os antirretrovirais, em um forma de mostrar como o Brasil é avançado em termos de tratamento, já que fabrica a maior parte destes remédios, o que constituiu uma vitória na quebra das patentes farmacêuticas.

Acerca deste período, sobre o risco analisa Santos (2002) que ele foi: “dissipado” agora entre a população, pois não é mais atributo aos grupos, mas sim é algo interpretado pelo comportamento. Se durante a década de 1980 o medo era utilizado como ferramenta para prevenção, nos anos 2000 essa abordagem foi pouco utilizada e na visão dos sujeitos outras doenças e riscos tornaram-se mais amedrontadores do que a possibilidade de contrair o vírus da aids. E acredito que existe uma noção de futuro, que se confunde com um longo presente, em que os sujeitos buscam satisfazer mais seus desejos do momento e o preservativo é percebido como um intruso, que diante de um momento do prazer pode ser dispensado. Além disso, a representação da doença mudou, pois a aids mesmo sem cura, já não possui mais aquela carga de sentença de morte.

2.3. “*If you go outside in this rain, you’ll risk catching a cold*”⁹²: “Quem tá na chuva é para se molhar”

“*A gente não deixa de transar porque não tem camisinha*”⁹³

Já que um dos objetivos deste trabalho é apresentar os discursos sobre a noção de risco nas campanhas de prevenção a aids, além dos dados oficiais apresentados aqui do Ministério da Saúde, acredito que utilizar como fonte uma reportagem do *website gl.globo.com* da emissora *Rede Globo*, sob o título: “Casos de Aids entre jovens aumentam mais de 50% em 6 anos no Brasil”, seja uma forma de analisar mais um discurso midiático e de grande alcance popular. Mesmo que essa reportagem implique em uma fonte do tempo presente, ela pode nos ajudar a compreender por meio dos depoimentos de jovens, quais motivações destes para não utilizarem o preservativo nas relações sexuais. Nesta reportagem, temos o médico Drauzio Varella, uma figura de aceitação popular e de legitimidade nas suas falas sobre assuntos de medicina, que em reportagem analisou depoimentos de jovens que explicam o porquê de não utilizarem a camisinha. Nestas falas existe uma relação direta com a preocupação com o presente e o prazer do momento. O imediatismo é observado mais na faixa etária dos jovens, que parecem ter uma noção de futuro em que o HIV/aids não se apresenta como uma ameaça durante as relações sexuais. Algumas explicações são destacadas pelo médico, entre elas: a ideia de que a aids possui tratamento e que a pessoa não morre mais, mesmo que se saiba que é uma doença sem cura.

Existem muitos discursos que analisam a preocupação dos adolescentes apenas com o presente ou mesmo de como passamos

⁹² Expressão utilizada no livro *Risk* de Deborah Lupton, p.9. (Tradução livre).

⁹³ Depoimento de um jovem ao médico Drauzio Varella. Ver: “Casos de Aids entre jovens aumentam mais de 50% em 6 anos no Brasil”. Edição 30/12/2004. Reportagem com análise do médico brasileiro Drauzio Varella e entrevista com vários jovens, falaram sobre o uso do preservativo nas relações sexuais.

Disponível em: <http://gl.globo.com/fantastico/noticia/2014/11/casos-de-hiv-entre-jovens-aumentam-mais-de-50-em-6-anos-no-brasil.html>

a viver um momento de gestão de risco. Acerca desta análise, Spink (2001) explica que:

A gestão dos riscos é um fenômeno da modernidade tardia e, sendo uma forma de governar populações, devemos entender esse enredo na perspectiva das mudanças que vêm ocorrendo na esfera da governamentalidade e que levam muitos autores (entre eles Castel, 1991) a afirmarem que estamos vivenciando o fim da sociedade disciplinar (ou modernidade clássica) e o início da sociedade de risco (ou modernidade tardia). Isso implica entender como passamos do foco na gestão da vida para o foco na gestão do risco. (SPINK, 2001, p. 1280-1281).

Acerca dos conceitos de modernização Gumbrecht (1998) analisa que a necessidade de discutir sobre os conceitos temporais está relacionado a uma discussão do próprio presente. Assim,

Quem opera com problemas e conceitos como os de modernidade e modernização, períodos e transições de período, progresso e estagnação - pelo menos quem o faz dentro do campo da cultura ocidental e está interessado em discutir a identidade do próprio presente histórico - não pode deixar de confrontar-se com o fato de uma sobreposição “desordenada” entre uma série de conceitos diferentes de modernidade e modernização. Como cascatas, esses conceitos diferentes de modernidade parecem seguir um só outro numa sequência extremamente veloz, mas, retrospectivamente, observa-se também como se cruzam, como os seus efeitos se acumulam e como eles interferem mutuamente numa dimensão (difícil de descrever) de simultaneidade. (GUMBRECHT, 1998, p.9).

A noção de risco suscita segundo ainda segundo Spink (2001) pensar em um futuro passível de controle, que envolve a probabilidade, a ideia de governo e população, em que o mecanismo de controle seria a norma. Talvez dentro da perspectiva de Gumbrecht, esta discussão seja de fato importante para

compreender essa identidade do presente histórico, dentro da lógica de uma série de conceitos de modernidade classificados como “cascatas”. Dentro das transformações sobre essa sociedade do risco, Spink (2001) analisa que:

Em terceiro lugar, na transição para a sociedade de risco ocorrem várias transformações: a crença na possibilidade de controlar o futuro a partir da agregação e análise de séries de informações, passa a ser questionada frente à natureza sistêmica dos riscos manufaturados; a norma cede lugar à probabilidade como mecanismo de gestão e a gestão dos riscos no espaço privado se desprende dos mecanismos tradicionais de vigilância, pautados nas instituições disciplinares, e passa a depender do gerenciamento de informações que são de todos e não são de ninguém. Amplia-se assim, a experiência intersubjetiva do imperativo da opção, gerando novos mecanismos de exclusão social. (SPINK, 2001, p. 1287).

A autora Lupton (1999) acredita que a pós-modernidade em maior ou menor grau questiona o pensamento estabelecido e desconstrói a tradição. Para muitos analistas, a era pós-moderna ou a modernidade tardia é caracterizada pela incerteza e ambivalência relacionada à constante mudança e fluxo, a fragmentação cultural e a repartição de normas e tradições. Além disso, Lupton (1999) sustenta a ideia de que: “O conceito de risco ganhou importância nos últimos tempos por causa da dependência do futuro da sociedade na tomada de decisão, agora dominado por ideias sobre o futuro.” (LUPTON, 1999, p.12).

Ainda ressalta autora que,

(...) justapostos contra este mundo de mudança são os significados e as estratégias construídas em torno de risco, de incertezas, angústias e falta de previsibilidade, característica da modernidade tardia. Significados e estratégias de risco são as tentativas de domesticar a incerteza, mas muitas vezes têm o efeito paradoxal de aumentar a ansiedade sobre o risco e a intensidade de

seu foco e preocupação, (LUPTON, 1999, p. 13).

Dentro desta perspectiva do risco em prevenção é necessário compreender como as ideias de profilaxia existem há muito tempo e como dentro desta lógica apresentada pela autora, também pode ser uma forma de dominar as incertezas, ao se combater as doenças. Se formos olhar para o Brasil no final do século XIX e início do XX, será possível compreender, como já elaborado antes, que existiram políticas públicas para melhorar as cidades com projetos de urbanização e modernização, em que a questão sanitária esteve muito presente e que a sexualidade esteve no foco dos processos de profilaxia. Desde lá, houve um controle dos corpos, alvo de disciplina e também das instituições de aprisionamento, bem como um controle do corpo enquanto espécie, que para seu melhoramento necessitava de políticas de prevenção das doenças, principalmente as ligadas ao sexo, pois tiram e impedem sujeitos de serem produtivos a sociedade. Assim ocorreu com a sífilis, a vilã por muito tempo, das doenças sexualmente transmissíveis, doença estigmatizada por uma sexualidade desregrada, associada às prostitutas, que representava a degenerescência e uma ameaça as futuras gerações.

A noção de saúde pública mudou e hoje temos como base uma ideia mais global de saúde por meio da Promoção da Saúde, com os preceitos de bem-estar social, no entanto, ainda existe uma ideia de sexualidade que deve ser equilibrada, com a recomendação de poucos parceiros sexuais e a sexualidade com alvo das políticas públicas. Na reportagem, o médico Drauzio Varella, aponta que um dos motivos pelo qual os índices de infecção do vírus HIV/aids aumentou pode ser compreendido por meio do comportamento sexual dos jovens. Assim ele expõe: “O principal motivo é o comportamento sexual dos jovens. Eles acham que ninguém mais morre de Aids hoje, e que se pegar o vírus é só tomar o remédio que acabou e que está tudo bem.”⁹⁴ O pouco medo é caracterizado como responsável pelo aumento da transmissão, que faz os jovens terem comportamentos sexuais mais ‘descuidados’ na hora das relações sexuais. A ideia de que estes jovens pouco se abalam com a saúde pode ter várias explicações, como: a falta de medo, como apontada, a ideia de que a medicina já curou e avançou muito nas técnicas de cura de doenças, a gama

⁹⁴ Idem. Ibidem.

de remédios no tratamento da aids e talvez uma noção de futuro que se caracteriza por um “presentismo” ou um presente prolongado.

Segundo a autora Tomasi (2013), a partir do pensamento de François Hartog⁹⁵, vivemos uma intensificação das informações e a experiência do tempo vivido. Assim, ela utiliza a ideia do autor para analisar como os documentos e fontes on-line são vistos como voláteis. Assim,

De forma sintetizada, como conceitua Hartog, o Ocidente vivencia uma ênfase crescente no presente, de modo que o futuro, anteriormente tão evocado, ocupa cada vez menos lugar quando comparado ao presente: é o presente e nada além do presente. Este presente se caracteriza como “massivo, invasor, onipresente, que não tem outro horizonte além dele mesmo, fabricando cotidianamente o passado e o futuro do qual ele tem necessidade. Um presente já passado antes de ter completamente chegado. Hartog, 2003, p. 27 (Apud TOMASI, 2013, p.3).⁹⁶

Se antes, durante as primeiras décadas do século XX, no Brasil existia por parte dos médicos higienistas uma preocupação com as futuras gerações, pois o medo era a degenerescência e buscava-se o melhoramento da ‘raça’, além da ideia de crença no progresso, hoje temos uma noção de futuro imediata por parte dos jovens e dos sujeitos considerados menos favorecidos

⁹⁵ Ver: HARTOG, François. Regimes de historicidade: presentismo e experiências do tempo. Belo Horizonte: Autêntica, 2013, 272 p.

⁹⁶ TOMASI, Julia Massucheti Tomasi. O Presentismo e a Revolução Documental: As Páginas da Internet como Documentos de Pesquisa para a História - Da volatilidade à Instantaneidade. In Cadernos do Tempo Presente –ISSN: 2179-2143 Edição n. 12 – 10 de junho de 2013, p. 3.

Disponível em: <http://seer.ufs.br/index.php/tempo/article/view/2710>

Ver: TOMASI, Julia Massucheti. Eternamente off-line: as práticas do luto na rede social do *orkut* no Brasil (2004-2011). 2013. 178p.: Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação, Mestrado em História, Florianópolis, 2013.

Disponível

em:

<http://www.tede.udesc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3214>.

Acesso em: 17 maio 2013.

economicamente, como por exemplo, moradores de rua. Para os jovens, principalmente, existe a ideia de um prazer imediato, que satisfaça no presente que é muito mais tentador do que um mundo que prega uma série de condições em que você precisa seguir com uma dieta pouco gordurosa para não morrer do coração, que precisa fazer exercícios para manter um corpo saudável, que não deve se estressar para não ser alguém considerado: ‘desequilibrado’, que precisa se preocupar em seguir todas as recomendações e padrões de saúde que mudam todo ano para que sua expectativa de vida seja de 100 anos. Diante da ideia de imortalidade pregada na contemporaneidade, os sujeitos parecem ou se acolher nesta bolha de recomendações que sugerem uma proteção ou vivenciar o presente como se fosse uma eternidade, desejando o máximo de prazer possível.

Nesse presente rodeado de medidas de prevenção foi criado nos Estados Unidos e hoje são aplicadas no Brasil uma espécie de “Profilaxia pós-exposição”, que consiste em um tratamento com remédios que evitam que o vírus HIV penetre no organismo, caso o medicamento seja tomado até 72 horas antes de ter uma relação sexual, além disso, o tratamento deve ser estendido até um mês. Segundo o médico Drauzio Varella, ainda na reportagem ao *website* da Rede Globo, poucos sujeitos conhecem este *kit* de prevenção. A outra medida que está em fase de estudo pela Universidade Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro é a profilaxia Pré-exposição, ou PREP, que faz parte da realidade dos Estados Unidos, considerada uma revolução na prevenção à aids, pois atua antes mesmo de correr de infecção do vírus HIV antes de ter relações sexuais desprotegidas.

Ambas as medidas constituem medidas de prevenção, que demonstram certo reconhecimento por parte das instituições ligadas a saúde, em que mesmo com medidas de educação para o uso do preservativo, os sujeitos deixam de utilizar a proteção. Por muito tempo, o discurso focava o cuidado de si e não abria discussão para os sujeitos que mesmo informados não utilizavam a camisinha. Por um lado, as medidas de ‘profilaxia’ para combater a transmissão do vírus HIV representam um avanço, pois aumentam as oportunidades de prevenção, e nesta lógica, uma sensação de segurança se insere no cotidiano dos sujeitos, ao menos para aqueles que se preocupam ou irão passar por algum momento em que terão a consciência pesada por terem tido relações sexuais sem a proteção. Por outro lado, as medidas podem representar uma tentativa de controle da vida, em que dentro da

lógica da Promoção da Saúde se busca uma perfeição no campo da saúde, que se abalada, o sujeito que não seguiu as regras do cuidado de si terá a chance de redenção através das chamadas “profilaxias”. A condenação moral neste caso poderá ser maior, pois se mesmo com ‘remédios’ que podem ser tomados antes ou depois das relações sexuais sem proteção, o sujeito não aderir a alguma destas formas de cuidado, poderá ser considerado não só irresponsável, mas também imoral e condenado a ser alguém ‘descontrolado’, que não ‘se ama’, que terá a doença como consequência. Nos relatos que veremos adiante, de sujeitos que se infectarem com o vírus HIV ou que não seguiram o tratamento com antirretrovirais, se culpam ao julgarem que gostariam de ter feito diferente no passado. Que se soubessem a dor e o sofrimento que passariam não teriam se arriscado. O apelo dos entrevistados é utilizado na reportagem talvez também como uma forma de ‘educar’ os leitores sobre as consequências dos ‘descuidos’ com a sexualidade.

Na matéria *online* é possível visualizar não só dados que descrevem um aumento nos índices de infecção pelo HIV/aids, mas também e principalmente, relatos de jovens que admitem não utilizar o preservativo. E nesse sentido, percebemos uma mudança de interpretação sobre os motivos pelos quais estes jovens não se protegem, pois se por muito tempo perdurou a ideia da falta de informação como responsável pela transmissão, hoje se admite muito mais a um comportamento que desconsidera o medo da doença, já que vive-se em um mundo onde tudo é ofertado e consumido. No caso da aids, além da síndrome pouco aparecer na mídia hoje, a aids, mesmo mortal possui tratamento, o que possibilita os sujeitos que vivem com ela um tempo de vida longo, diferente da década de 1980, onde não havia um tratamento adequado como agora.

Assim, lanço algumas questões: Como ter medo de algo, que não se vê e que não nos impede de manter relações sexuais? A pergunta é um exercício para compreender a lógica que faz os sujeitos não se prevenirem e como a epidemiologia acredita que ao apresentar números pode mudar o comportamento dos sujeitos. Além disso, há outras doenças que se apresentam como mais mortíferas do que a aids, muito mais devastadoras e que preocupam mais os sujeitos. O câncer é ainda aquele que motiva as pessoas a se alimentarem de forma mais saudável, a se exercitarem para prolongar a vida, além dos riscos cotidianos que se mostram muito mais perigosos porque são noticiados

na mídia e porque estão no imaginário popular. Acerca, dessa nova perspectiva de longevidade, Castiel (2011) analisa que:

Aqueles que não aderem à ascese que conduz ao ideal de vida prolongada e saudável podem ser responsabilizados e, portanto, estarem à mercê de sentimentos de culpa por serem causadores de seus males ao se exporem, sem os devidos cuidados, aos riscos à saúde – em suma, crime e castigo. (CASTIEL, 2011, p.111).

Além disso, Giddens (1991) ao pontuar uma lista de riscos da nossa sociedade contemporânea, pontua que o medo de uma bomba atômica, que esteve presente no imaginário das sociedades durante a década de 1980, por conta da Guerra Fria. Na atualidade, os medos estão relacionados as mutações de vírus que provocam doenças, como: o Ebola, o risco da falta da água, de um grande desastre natural, de um colapso econômico ou até mesmo um apocalipse zumbi, como no seriado estadunidense, *The Walking Dead* (2010)⁹⁷, que mostra um grupo de sujeitos que todos os dias tem a tarefa de sobreviver a falta de comida, água e matar zumbis, além de se protegerem de outras pessoas que encontraram no canibalismo uma forma de se manterem vivas. Embora, possa parecer uma piada, nos Estados Unidos existem sujeitos que acreditam em um grande desastre natural ou vírus que possa gerar um cenário apocalíptico, que por conta disso, construíram espécies de *bankers* ou moradias subterrâneas em caso de fuga. Nestes espaços existem estoques de comidas enlatadas, água, entre outros mantimentos. Fora esse cenário surreal, que mais se assemelha aos filmes, os estadunidenses também possuem treinamentos constantes, nesse caso, um risco “real” para lidar com terremotos, tsunamis, atiradores e todo tipo de desastre que representar algum risco aquela sociedade. Aliás, *kits* de sobrevivência compõe os objetos da casa, como mochilas com sachês de água, rádios, *walk* toques e galões de água. Além disso, a própria Universidade da Califórnia criou um curso online e aberto ao público do mundo sobre como sobreviver a um

⁹⁷ Seriado e história de domínio público. *The Walking Dead* é uma série de televisão dramática e pós-apocalíptica norte-americana, desenvolvida por Frank Darabont e baseada na série de quadrinhos de mesmo nome por Robert Kirkman, Tony Moore e Charlie Adlard.

Disponível em:
[https://pt.wikipedia.org/wiki/The_Walking_Dead_\(s%C3%A9rie_de_televis%C3%A3o\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/The_Walking_Dead_(s%C3%A9rie_de_televis%C3%A3o))

apocalipse zumbi em 2013. O título do curso era: *Society, Science, Survival: Lessons from AMC's The Walking Dead*⁹⁸ (Sociedade, Ciência, Sobrevivência: Lições de The Walking Dead da AMC), o curso mobilizou professores das mais diversas áreas, entre elas, da Saúde Pública com módulos de como sobreviver a uma sociedade após um apocalipse ou qualquer outro desastre natural. Neste curso tive a oportunidade de participar, o que me possibilitou conhecer mais sobre Saúde Pública, além de entender um pouco da cultura estadunidense sobre gestão de riscos e desastres. Minha compreensão do curso foi que o seriado foi uma forma de chamar a atenção dos sujeitos para os cuidados com a prevenção de desastres e compreender como agir caso ocorra, pois nos módulos as discussões, fóruns, bibliografia e vídeo aulas iam além do seriado. Havia neste curso uma preocupação muito maior em educar os sujeitos sobre os riscos “reais”, que são vivenciados todos os dias, principalmente para aquela sociedade, que possui constantes riscos de desastres naturais, além do medo do terrorismo que os assombra.

Nesta modernidade tardia, de uma sociedade de risco, muitos autores, como Anthony Giddens e Castiel (2011) enriquecem a discussão ao descrever sobre a “hiperprevenção”. Desta forma,

Pode-se situar, na mesma perspectiva de hiperprevenção, o grupo denominado Global Viral Forecasting Initiative (GVFI), liderado por Nathan Wolfe, biólogo da Universidade de Stanford. Segundo o site do grupo, a ênfase da proposta recai na pergunta: qual é a responsabilidade das gerações atuais? Quando as futuras gerações julgarem nossas ações em

⁹⁸ Realizei o curso “Society, Science, Survival: Lessons from AMC’s The Walking Dead, que se iniciou em 14 de outubro de 2013 e terminou dia 22 de dezembro e teve o objetivo de introduzir lições sobre Saúde Pública e outras áreas de conhecimento, como Sociologia e Filosofia com o objetivo de atrair o público para compreender como sobreviver a uma grande catástrofe. O curso foi bem interdisciplinar e teve módulos específicos sobre disciplinas de Matemática e Física, que ensinavam como a epidemiologia faz seus cálculos em um caso de um epidemia. Segue a ementa do curso:

Ver: UC Irvine. University of California. Course Syllabus. Society, Science, Survival: Lessons from AMC’s The Walking Dead. 2013

importantes epidemias dos séculos XX e XXI, provavelmente indagarão como aprendemos a prever e prevenir a emergência das novas ameaças de doença. (CASTIEL, 2011, p.99).

Para o autor, esse cenário aplicado ao HIV/aids é apocalíptico, porque engloba uma série de características, como: a origem desconhecida do vírus, seu vínculo com a morte e transmissão pelo sexo e pelo uso de drogas injetáveis, caracterizando como um mal radical da cultura ocidental.

E nessa cultura de culto “apocalíptico”, quando são noticiados casos de índices de HIV/aids no Brasil existe uma tendência a apresentar números “catastróficos” como forma de chamar a atenção para a notícia. Assim, segundo dados apresentados na reportagem já apresentada da página da emissora Rede Globo, *g1.globo.com*, os índices de HIV/aids entre jovens aumentaram mais de 50% em 6 anos no Brasil. Logo em seguida, o enunciado traz: “Faça o teste: Você sabe o que é verdade e o que é mentira quando o assunto é Aids? E breves depoimentos de jovens são postos para demonstrar essa despreocupação com a possibilidade de contrair o vírus da aids. Seguem os depoimentos destes jovens:

“Quando eu saio à noite eu quero me divertir, me alegrar, distrair a mente um pouco”, conta um jovem. Sábado à noite, Ivan, Guilherme e Edson saem para a balada. A cena é comum em qualquer cidade do Brasil e do mundo. Ruas, bares e boates lotadas de jovens.

Noitada perfeita é isso: bebida, amigos e mulher”, diz um jovem.

“Curtir, beijar na boca”, conta outro jovem.

“Conhecer alguém e ficar”, afirma um outro jovem.

“É, hoje eu espero que tenha muita azaração, beijo na boca”, diz Ivan.

Ivan, Guilherme, Edson. Ao olhar para eles, alguém conseguiria dizer quem é portador do HIV?

“Eu sou soropositivo e descobri que tenho HIV com 23 anos. Eu tinha um relacionamento. A gente morava junto e tal. Ele sentou no sofá comigo e falou: ‘Olha, eu fiz o exame, o exame deu positivo’. Aí eu

perguntei qual era o exame, né? Ele virou pra mim e falou: ‘Fiz o exame de HIV’”, lembra Ivan Monsores.

Mesmo estando em um relacionamento estável, Ivan contraiu o vírus da Aids. Foi contaminado pela pessoa em quem mais confiava. “Hoje eu tenho certeza que a Aids não tem cara. Certeza absoluta”, conta Ivan.

A fala dos primeiros jovens homens demonstra um cenário de pouca preocupação com o risco de contrair o vírus HIV em uma relação sem o uso do preservativo. O que importa é o prazer, que os motiva a buscar por noitadas regadas a bebida, na companhia de amigos e de mulheres para terem alguma relação, como forma de espalhar, talvez quebrar a rotina ou ainda fugir do cotidiano e das obrigações. Aliado a isso, a adolescência, que atualmente é interpretada como tardia, pois os jovens saem de casa depois dos 30 anos, muitas vezes, é compreendida como o período em que os jovens tendem a quebrar regras que são impostas a eles, conhecida como um momento de rebeldia, e o risco torna-se uma fonte de prazer, pois oferece a oportunidade de obter prazer através do desconhecido, que gera adrenalina, que ainda é interpretado como um ato heroico. Por exemplo: Um jovem que dirige um carro em alta velocidade e compete com outro uma corrida de carro, sente-se um herói ao ganhar a competição e superar o risco de morte ao ter se lançado em algo desconhecido. É como se enfrentar os riscos, fosse não só uma fonte de prazer, mas também uma oportunidade de demonstrar poder. Essa ideia de que os homens foram construídos para se lançarem ao risco e serem caracterizados pelos seus atos heroicos é parte da análise que Lupton (1999), que realiza uma análise em sua obra sobre o conceito risco, sobre as mais diversas variações do risco, bem como, as teorias de autores/as das Ciências Sociais, como apresentado no primeiro texto deste capítulo.

Lupton (1999) explica que de todos os grupos sociais, é provável que os jovens em especial os homens assumam mais riscos em suas vidas cotidianas. Beber em excesso, usar outras drogas, ultrapassar os limites de velocidade nos carros, cometer pequenos furtos podem ser maneiras de adicionar emoção à vida para testar os limites do medo e da resistência para provar certa capacidade de fazer parte de uma vida adulta ou masculinidade. Segundo a autora:

Tais atividades são tentativas de se engajar no que Featherstone (1995: 55) refere-se como a “vida heroica”, que envolve ações de virtuosismo, coragem, aventura, resistência e capacidade para atingir distinção e um propósito mais elevado ao arriscar a própria vida. (LUPTON, 1999, p. 157).⁹⁹

Para a autora as meninas são vistas como aquelas que são mais “adultas” do que os meninos, que é esperado delas agir com responsabilidade para estar em conformidade com as regras. Seria uma espécie de comportamento tomado como algo natural e dominante. Em contrapartida, dos meninos é esperado que transgridam as regras da sociedade, que se portem mal e sofram bravamente as punições, numa espécie de ato heroico ao terem um desempenho esperado dessa construção de masculinidade.

De acordo ainda com Lupton (1999):

(...) os meios de comunicação populares frequentemente utilizam e reproduzem papéis de gênero e risco, que associam figuras heroicas aos homens. Ela exemplifica por meio do alpinista, que é predominantemente masculino e que são raras as vezes em que a mulher é mostrada em atividades mais arriscadas. Além disso, há uma construção dessa representação por parte da indústria cinematográfica, que possui em sua maioria a figura masculina como heroica em filmes de ação, interpretado por atores como: Arnold Schwarzenegger, Mel Gibson, Nicolas Cage e Bruce Willis, que se lançam ao perigo, em situações de violência, que lutam e arriscam a própria vida e se tornam heróis, enquanto às mulheres, que de acordo com a autora, igualmente corajosas e capazes de realizar papéis heroicos, não aparecem e nem são lembradas como os atores. As personagens femininas, na maioria das vezes, são privadas de representarem atos “heroicos” e ficam como espectadoras passivas da tomada de

⁹⁹ Tradução livre

riscos masculina, numa lógica que: (...) os homens devem colocar-se em perigo, de modo a resgatar suas mulheres ou voltar para casa para eles. (LUPTON, 1999, p.160).¹⁰⁰

No entanto, a autora analisa que a transgressão a norma é muito mais que se engajar em atividades perigosas, porque ultrapassar o limite, atravessar a linha, desencadeia um processo de exacerbado prazer.

Em resumo, então, a transgressão é uma poderosa fonte de prazer, bem como medo e ansiedade. É uma atividade de risco, porque põe em causa aceitar fronteiras conceituais, ameaçando a auto integridade. No entanto, este ato é também a fonte do prazer ambivalente, que pode ser experimentado ao permitir que esses limites, pelo menos por um tempo, sejam interrompidos ou cruzados. O poder de se lançar ao proibido oferece a oportunidade para alegria e sensibilidade exacerbada, que vão além da emoção proporcionada por apenas engajar-se em atividades “perigosas”. (LUPTON, 1999, p.171).

Nesse contexto, é possível exemplificar o que consiste essa “plenitude” de prazer por meio do modelo de *serial killer*, popularmente conhecido como o assassino em série. O modelo comumente apresentado ao público é que se trata de um homem, que atormentado pelos traumas ocorridos na infância, quase sempre associados ao abandono, o abuso ou problemas com a figura materna, busca na vida adulta encontrar no sofrimento uma fonte de prazer. Para tanto, suas vítimas seguem um padrão, seja de comportamento ou aparência física, que ao caírem nas mãos do assassino morrem com requintes de crueldade, mas que para ele representa a ascensão dos prazeres, que o leva a cruzar a fronteira da normas de conduta, que o faz atravessar uma linha do permitido, caracterizando sua atitude como algo quase inumano, que gera prazer, controle e poder. O risco assim, ganha esse sentido de ultrapassar limites como fonte de prazer e nesse sentido, Lupton (1999) aponta como durante festividades que fazem parte do

¹⁰⁰ Tradução livre

calendário religioso, tendem a estabelecer momentos em que a quebra da norma e dos costumes possa ser quebrada para dar espaçoes aos prazeres, antes que se volte à normalidade. Assim,

Em um mundo em que a autocontenção e autorregularão são altamente valorizados e incentivados, a participação em atividades que são culturalmente codificadas como ‘arriscadas’ permitem que o corpo contemporâneo se deleite, pelo menos por um tempo, nos prazeres do ‘grotesco’ ou do corpo “incivilizado”. Em alguns contextos sociais, a assunção de riscos está ativamente encorajada como forma de escapar dos limites da vida cotidiana, para alcançar a auto realização, demonstrando a capacidade de ir além das. As emoções e excitação do carnaval mudaram para resort à beira-mar, como um feriado da aventura e do “esporte radical”. Atividades como dança, consumo de drogas e as relações sexuais fornecem rotas pelas quais o culturalmente proibido pode ser tolerado, pelo menos por um tempo. Os meios de comunicação populares também dão a oportunidade de se envolver de forma indireta em transgressões, para apreciar as vistas e sons de corpos ‘grotescos’ e, assim, experimentar elevadas emoções. Engajamento com atividades marginalizadas é também uma poderosa fonte de fascínio e desejo, muitas vezes, no nível inconsciente. O cortejo de risco simbólico é implicado pelo cruzamento de fronteiras e um aspecto central do prazer, além da emoção associada à transgressão e contato com a alteridade. (LUPTON, 1999, p.171 e 172).¹⁰¹

Nesse contexto é possível compreender alguns depoimentos de jovens, que segundo a reportagem fazem parte de uma estatística que demonstra que os índices de casos de HIV/aids aumentaram. Desta forma, a matéria inicia com um dos rapazes, parte desta estatística “assustadora”: “A gente não deixa de transar porque não tem

¹⁰¹ Tradução livre

camisinha”, conta um jovem. - A rapaziada de hoje em dia, não pensa muito nisso”, diz outro jovem.

Segundo as informações apresentadas como alarmantes do *website*,

(...) desde 2006, os casos de Aids nos jovens entre 15 e 24 anos aumentaram mais de 50%, o que quer dizer mais jovens soropositivos. No resto do mundo, o número de novos casos de HIV entre os jovens caiu 32% em uma década. Por que estamos indo para trás?

Hoje é possível saber em menos de 20 minutos se você está ou não infectado pelo HIV. Um teste rápido, que pode ser feito de graça na rede pública de saúde, disponível para qualquer um. Não precisa marcar hora: é chegar e fazer.

Algumas informações do trecho da reportagem acima revelam um cenário, primeiro: catastrófico, segundo: culpabilizante, terceiro: de irresponsabilidade e quarto: redentor. Catastrófico porque existe uma comparação de índices de infecção entre jovens do Brasil e jovens do mundo, onde o Brasil apresenta uma elevação dos casos de detecção dos casos de aids. Além disso, há o um questionamento impregnado de valor: “Por que estamos indo para trás?”. É compreensível a fala do médico do ponto de vista dos avanços do tratamento a aids e políticas de prevenção, no entanto, em termos de compreensão das subjetividades que fazem parte dos motivos pelos quais estes jovens deixam de usar o preservativo são tratados apenas como atos de irresponsabilidades, esperados dos jovens. Como Lupton (1999) coloca, o risco é tabu na modernidade tardia, pois seria expressar que assumir riscos faz parte do conjunto de possibilidades dos sujeitos de quebrar o cotidiano e no caso dos jovens assume ainda o sentimento de aventura. Assumir que uma relação sexual sem o preservativo pode ser mais prazerosa do que o contrário é um discurso considerado irresponsável, imoral e passível ser interpretado como ignorância. O risco aventura nesse caso jamais seria posto como algo inteligível, como uma escolha, uma ruptura do cotidiano e da norma.

A falas dos jovens exemplifica o quanto o preservativo para eles não representa algo importante. Em suas jornadas pelas noites em busca de divertimento, o maior risco é não beijar, ou não se aventurar. A ideia de proteção sexual não é uma prioridade, porque não se apresenta como a mesma noção de risco do médico Drauzio Varella, que tem uma trajetória como epidemiologista, que é imbuído de um

saber acadêmico médico, que já construiu uma representação da palavra risco como sinônimo de algo perigoso. São noções diferentes da mesma palavra em questão, em mundos talvez, inconciliáveis, as dos jovens e a do médico.

Nesse sentido expressa Marinho (2010, p.6) que,

Da mesma maneira que o componente racional/funcional é questionado como dominante da experiência humana por um esquema simbólico (captar o simbolismo de uma sociedade é captar as significações que esta carrega), este não esgota as possibilidades humanas, pois subsiste aí, de acordo com o autor, um componente essencial que é o imaginário. Trazendo essas reflexões para o que interessa - as significações do uso da camisinha -, pode-se dizer que em torno de um núcleo funcional (a camisinha tem a função de prevenção), cristalizam-se sentidos não racionais, ou imaginários. Portanto, as campanhas publicitárias de prevenção da Aids, que trabalham apenas com apelos racionais utilitários, desconsideram que a camisinha, apesar de ter uma função de prevenção, carrega uma significação outra pela qual As pessoas podem ser reconhecidas como “infieis”, promíscuas ou doentes. Estes sentidos só existem em relação ao modelo de comportamento dominante, que rege a prática sexual e a reprodução humana, que é a monogamia. Este modelo não se organiza somente na ordem do funcional, do simbólico, mas também do imaginário. Isto quer dizer, de acordo com Castoriadis, que o mundo social-histórico se articula em função de um sistema de significações que são “imaginárias”. Desse modo, é como contraponto de um modelo monogâmico que a camisinha ganha uma significação “marginal”. Nesse modelo, a fidelidade dos cônjuges é exigida, a multiplicidade de parceiros é condenada. Como coloca Adam Phillips (1997), “na verdade contrastamos a monogamia não com a bigamia ou com a poligamia, mas com a infidelidade, porque se trata de nossa religião

secular” (p.10). De acordo com o autor, a infidelidade é o problema que é porque assumimos a monogamia como algo indiscutível. O uso da camisinha questiona esse modelo, traz à tona o subterrâneo, o que escapa ao discurso instituído sobre as formas das relações sexuais. “Nem todo mundo acredita na monogamia, mas todos vivem como se acreditassem.

Outro depoimento, traz a história de Rafaela que:

“(…) transou sem camisinha, há um mês, e agora veio se testar. “Estava solteira, acabei conhecendo pela internet, a gente se envolveu. Fui na casa dele, chegou lá, não tinha, desprevenido. E aí acabou acontecendo. Aí no dia seguinte, fiquei naquela neurose e tal, e aí estou aqui hoje para fazer o teste”, diz Rafaela Araújo, de 19 anos. Rafaela tem motivo para se preocupar. Ela já viu de perto como é viver com o HIV. “Minha mãe faleceu. Ela era portadora do vírus. Ela tinha muito cuidado para não infectar os filhos. Cuidado redobrado”, conta Rafaela. Mesmo vendo o sofrimento da mãe, ela se descuidou. A médica traz o resultado: “Rafaela, eu estou com o resultado do seu teste, você não tem o vírus do HIV. Como você está se sentindo?”, pergunta. “Aliviada. Acho que vai me conscientizar mais, né? A me cuidar, a ter a postura de levar a camisinha”, responde. Rafaela teve sorte dessa vez. Uma segunda chance que nem todo mundo tem. Na última década, 34 mil jovens contraíram o vírus da Aids. Basta um deslize, uma única vez sem preservativo para se infectar.

O caso da garota é narrado em tom de exemplo para outros jovens que se “arriscam” em relações sexuais sem o uso de preservativo e que por conta disso serão tido como irresponsáveis, mas caso saiam ilesos, terão que carregar a lembrança de que se cometerem algum “deslize” de comportamento sexual serão penalizados com a doença. Noções de risco regulam normas e comportamentos: “(…) Um bom comportamento pode resultar em ganhar o prêmio de evitar sofrimentos futuros e viver mais tempo.

Um mau comportamento conduz ao sofrimento e encurtamento de vida.” (Castiel, 2011, p. 111).

Desta forma, este capítulo teve o objetivo de apresentar os discursos que envolvem a construção de risco nas campanhas de prevenção à aids no Brasil, sob o aparato teórico de autores e autores das Ciências Sociais, que nos ajudaram a entender as motivações pelas quais os sujeitos, nas suas infinitas formas de ser, deixam de utilizar o preservativo nas relações sexuais. Percebemos assim, que a epidemiologia, por meio de seus cálculos objetivos esbarram na cultura de cada sociedade ao tentarem educar a população sobre a importância de ao ter uma relação sexual, lembrar que se pode contrair o vírus da aids. Assim, a noção do risco coloca pesquisadores na tentativa de compreender como este fenômeno é significado e é construído em cada momento da história. A questão é, em cada momento surgirá a pergunta de quais riscos queremos correr.

CAPÍTULO III

CAMPANHAS DE PREVENÇÃO A AIDS NO BRASIL E EUA.

Um estudo comparado entre dois países americanos neste trabalho, tem sua relevância, pois a temática aids, necessita de uma abordagem que remonte ao surgimento da epidemia na década de 1980. A história nos conduzirá para os primeiros casos da doença nos Estados Unidos. Principalmente na primeira década da enfermidade, onde este país protagonizou, juntamente com os franceses, a busca por compreender o vírus, sua origem, sintomas, classificação, bem como a corrida dos cientistas pela primazia da descoberta do vírus.

Assim, compreender a história da aids é também percorrer pelo contexto histórico dos Estados Unidos e parte de sua trajetória, com foco na saúde e na maneira pela qual são trabalhadas campanhas de prevenção. No entanto, ao estudarmos a saúde, é necessário entender como aquela sociedade se organiza, como os governos administram a população, os dispositivos, os valores e a própria construção geopolítica desta nação, que para Karnal (2013) envolve compreender como um país é capaz de lotar as salas de cinema para ver dos documentários do polêmico Michael Moore, conhecido pelas críticas ferozes ao sistema capitalista estadunidense e ao mesmo tempo eleger como presidente, George W. Bush, um conservador feroz. Para o autor a explicação mais comum seria um paradoxo, como se existisse um país, crítico e aberto e outro, tradicional e conservador. No entanto, na análise do autor, precisamos fugir dessa lógica maniqueísta e pensar que ao invés uma divisão binária, existem dezenas.

O Brasil, como os Estados Unidos também possuem uma dimensão geográfica extensa e por aqui temos uma diversidade étnica que está ligada a nossa formação, que no nosso vaso brasileiro envolve o projeto colonizador português, também constituidor da nossa identidade nacional. Geograficamente somos faz parte do continente americano, ou seja de um ângulo maior, do mesmo continente dos Estados Unidos. Somos também parte da América Latina, onde os limites foram contornados por conta da origem linguística, mas os Estados Unidos nesse sentido, se afastam culturalmente de nós. Se nós somos uma América Latina eles são o que? Como o continente europeu, construído como o

território eurocêntrico, marcado como aquele local que se pôs como o centro do mundo e imperialista, os Estados Unidos da América também construíram seu modo de pensar que os tornaram o centro do mundo também, em oposição a Europa. Assim, o Estados Unidos, apesar de sua colonização inglesa, não possui uma raiz linguística que os defina, até porque sua constituição étnica também é diversa, nem tampouco, podemos chamá-los, classificá-los como o que nos é denominado de América Latina. Um dos primeiros dados dessa hegemonia é uma maneira hierarquizada de pensar a América e a própria maneira que os estadunidenses se autodeclararam, eles americanos e nós não.

Como aponta Feres Junior (2005), que trabalha com a história do conceito da América Latina e com as formas discursivas dos estadunidenses que demonstram uma conotação semântica diferente, o fato de haver essa visão de identidade, de que eles são americanos, implica em uma autoimagem de que são mais racionais e disciplinados, enquanto o outro se resume a ser latino.

Essa visão estadunidense expansionista, hegemônica, que se assemelha ao imperialismo europeu, os coloca como dois modelos de superioridade que competem com seus estilos de vida, diversos. Assim, Karnal (2013) relata um diálogo sensacional do filme *Pulp Fiction*, de Quentin Tarantino (1994), onde representa os Estados Unidos, detentor de uma cultura própria, que não pode ser modificada, apenas copiada, como o continente europeu, que se coloca como o centro do mundo. Segue o relato do autor:

O ator John Travolta interpreta um marginal que acaba de voltar da Europa. Ele faz reflexões com seu comparsa, Samuel Jackson, sobre a estranheza dos hábitos dos europeus. Para exemplificar, o traficante recém-chegado diz que, em Amsterdã, você pode comprar cerveja num cinema e a bebida vem em copo de vidro, como num bar. Outro dado “excêntrico” narrado: em Paris, é possível comprar cerveja no *MacDonald's!* Para identificar mais uma “bizarrice” europeia ao seu ouvinte, Vincent (Travolta) comenta que o clássico sanduíche *quarter pounder with cheese* é denominado, pelos europeus, de *royal with cheese*, em função do sistema métrico decimal. Para encerrar, Travolta constata,

surpreso, que o tradicional *Big Mac* é chamado no outro lado Atlântico de *le Big Mac*.

O que está contido no diálogo ficcional? O *Big Mac* não é uma convenção que pode ter nome diferente e manter as mesmas características. Chamá-lo a partir do artigo *le* é uma deformação. Erra quem diz de outra forma. (KARNAL, 2013, p.13 e14).

Ou seja, a construção da identidade estadunidense não se enquadra na mesma dos latinos, até porque dentro dessa América Latina também possui singularidades. Em todo caso, a questão é que para os Estados Unidos, somos parte desse outro, e a América é apenas sinônimo deste país. A cultura expansionista e que possui um padrão de viver dos Estados Unidos, coloca a todos a liberdade de usufruí-las, mas não de modificá-las, como no caso ilustrativo do *Big Mac*.

Desta forma fazer uma história comparada entre Brasil e Estados Unidos, dois países que pertencem ao mesmo continente, nos ajuda compreender, das possibilidades de realizar um estudo comparativo em um espaço territorial mais próximo, que mesmo pertencente a América, e categorizados como o outro, o Brasil sempre foi visto como um bom vizinho dos Estados Unidos. O que será visto nesta breve análise será uma comparação, que está marcada por muitas diferenças entre a saúde brasileira e a estadunidense. De todo modo, em ambas as nações, a saúde é uma questão de gestão biopolítica de um estado, mesmo que este Estado seja liberal como os Estados Unidos, ainda assim, a saúde lá é motivo de discussão. Afinal, uma nação sadia é um objetivo biopolítico do fazer viver, o de proliferar a espécie.

Essa comparação, marcada na maioria das vezes pela diferença, pode ser motivo de crítica, já que autores desta metodologia, afirmam, que por muito tempo estes estudos tiveram o objetivo de comparar nações europeias com países da América Latina, o que acabava configurando um cenário apenas de exaltação do antropocentrismo europeu e afirmação de um nacionalismo exacerbado. No caso deste trabalho, o que será visível é algo quase irônico, talvez uma revanchismo, pois estamos comparando duas nações construídas culturalmente de forma desigual, pois os Estados Unidos são considerados superiores a nós, desde sua história de colonização, no entanto, o que se verá na

saúde, nos coloca como mais desenvolvidos em termos de acessibilidade. Mesmo assim, em muitos momentos da história da nossa saúde, utilizamos modelos de tratamento do HIV/aids e a publicidade de lá, o que nos coloca como influenciados por esta cultura que se julga como disseminadora de ideias de liberdade.

Os primeiros esforços da chamada História comparada surgiram em um ambiente que havia um forte nacionalismo europeu, em decorrência do clima de progresso das primeiras décadas do século XX, na corrida imperialista e a esperança de que o futuro seria glorioso no processo de conquistas territoriais e riquezas. No entanto, houve resistência a esta metodologia no início, pois a concepção de história que havia era de uma história marcada por verdades que estavam postas e prontas nos documentos, no século XIX. Assim analisa Prado (2005),

(...) os acontecimentos eram vistos como únicos, não se ajustando a generalizações ou modelos elaborados a partir de variáveis constantes. Teorizações provenientes da análise de vários casos deveria ser a tarefa de outras ciências sociais, como a sociologia, a antropologia ou a ciência política. A questão que se esconde por trás dessas manifestações vincula-se à idéia da pouca eficácia, ou mesmo, da inadequação da comparação para a compreensão do processo histórico. Nesse sentido, o historiador em seu ofício deve valorizar os dados empíricos (suas fontes) que configuram as singularidades históricas. (PRADO, 2005, p.13).

Desta forma, na visão do autor, o comparativismo histórico surgiu nesse contexto, que buscava ir além de uma historiografia nacionalista, que pudesse romper com os limites geográficos e questionar a própria noção de intolerância, provocado pelas grandes guerras. Os precursores desta nova abordagem foram representados principalmente por Marc Bloch, Toynbee ou Norbert Elias, segundo Barros (2007), que analisavam que:

“comparar” era de algum modo abrir-se para o diálogo, romper o isolamento, contrapor ao mero orgulho nacional um elemento de “humanidade”, e, por fim, questionar a intolerância recíproca entre os homens – esta que logo seria coroada com

a explosão da primeira bomba atômica.
(BARROS, 2007, p.9).

Além disso, o próprio autor salienta que a História Comparada deve ser guiada por questionamentos, como: “o que observar?” e “como observar?”, para que seja possível pensar de maneira específica algumas questões.

Afirma Prado (2005), que Marc Bloch foi responsável por fundamentar a História Comparada, a partir da obra de 1924: *Os Reis Taumaturgos* e o artigo em 1928: *Por uma História Comparada das sociedades europeias*, cujo seu pensamento principal era o de estudar sociedades vizinhas e contemporâneas. Ainda segundo o autor, o historiador de alguma maneira sempre utilizou o método de comparação para compreender as sociedades ao longo do tempo, mesmo que ainda não certificados de que este hábito constituía um método sistematizado. O fato de pontuar semelhanças e diferenças são características que são familiares ao historiador.

Desta forma, a História Comparada surgiu neste contexto de perceber que o estudo dos espaços nacionais, colocava o historiador como um estudioso que naturalizava a própria história e reproduzia preconceitos de raça. Destaca, deste modo, Prado (2005) que naquele contexto,

[...] o confinamento da pesquisa histórica dentro dos espaços estritamente nacionais impedia a compreensão da história do próprio país e se traduzia na falta de imparcialidade do historiador, produzindo “preconceitos políticos e de raça”. Essa limitação condenava o historiador a “ignorar os laços que ligavam cada história nacional à história das outras nações”. Para escapar a essas restrições, a história comparada era a solução, pois apenas ela seria capaz de permitir apreciar “o justo valor” e “o grau preciso de verdade científica” dos fatos estudá-los. Sua proposição era a de adotar para a história nacional, o ponto de vista da história universal. Desse modo, a história seria não apenas “mais exata”, como “mais humana”, e mostraria aos povos “a solidariedade de seus destinos, um patriotismo mais

fraterno, mais consciente e mais puro”.
(PRADO, 2005, p. 13 e 14).

Outro fato importante a se destacar, segundo o autor é que mesmo na História Comparada em que se coloca em confronto realidades nacionais diferenciadas, as questões a serem comparadas são construções do próprio historiador. Além disso, as guerras, puseram muitos daquela geração sob a desilusão ao perceberem que os nacionalismos extremos foram responsáveis pela barbárie.

3.1 As diferenças entre a saúde no Brasil e Estados Unidos

Vivemos em um país, cotidianamente criticado pela cultura da corrupção, desde os tempos do Brasil Colônia, mas que ao mesmo tempo, possui um estado nacionalista, quando se trata do acesso à saúde, já que desde 1988, em nossa constituição o SUS tornou-se parte da constituição federal, cujo o artigo 196 dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, todos independentemente de sua condição social, geração, ou etnia possuem direito ao acesso aos serviços públicos de saúde, de forma que as instituições privadas são complementares ao sistema público. O SUS é considerado como um dos melhores modelos de saúde do mundo, já que não faz distinções sociais ao seu acesso e possibilita que pacientes com doenças graves, tenham acesso aos medicamentos. Desta forma, os sujeitos que vivem com HIV/aids, a partir de 1996, tiveram direito ao tratamento gratuito a doença, inclusive com acesso aos antirretrovirais, que hoje são produzidos no Brasil. Isso representa uma grande conquista, já que a indústria farmacêutica internacional produzia os medicamentos para os pacientes de aids, que antes de 1996, eram caros por serem importados.

O Brasil, ao quebrar a patente desta indústria, tornou-se modelo no mundo de tratamento ao HIV/aids e trouxe esperança para estes sujeitos. No entanto, nosso sistema de saúde público, embora seja considerado um dos melhores do mundo, é fonte de

crítica por parte da população, que se vê desassistida por esse sistema, que possui muitas deficiências, pois não consegue ter hospitais com todos os equipamentos necessários a exames e quartos para internação dos seus pacientes, que se aglomeram em várias cidades brasileiras em corredores ou nas emergências dos hospitais, à espera de um atendimento. Os motivos para este cenário são comumente apontados como históricos e estão relacionados ao como dito anteriormente, a corrupção, que é tratada como uma característica cultural dos brasileiros.

Assim, o SUS tornou-se sinônimo de atendimento as pessoas com baixa renda, impossibilitadas de pagar planos de saúde privados, utilizam os serviços públicos, que dependendo das gestões municipais e estaduais, tornam o acesso aos serviços mais difíceis a população que necessita de consultas, exames ou mesmo internações.

Mesmo com as possibilidades de planos de saúde privados, muitos sujeitos tem a opção, por questões financeiras ou ideológicas, de optarem por um acesso gratuito, de forma que, nenhum hospital público deixará de atender um sujeito porque não possui um plano e mesmo que optem pelos planos privados não serão discriminadas por apresentarem doenças ou quadros como diabetes ou por serem hipertensas.

Mesmo com nosso sistema de saúde gratuito, passamos a ser geridos por uma política internacional, a OMS que, principalmente desde da década de 1980, recomenda por meio da chamada Promoção da Saúde, recomenda que os sujeitos passem a ter o cuidado de si, que passem a desenvolver um autogoverno, que se responsabilizem mais pela própria saúde, que escolham estilos de vida saudável, que estejam atentos aos índices e taxas de colesterol, em busca por uma saúde perfeita. Essa autogestão, faz parte do que Foucault caracterizou como biopolítica, que a partir do século XVIII, fez as sociedades ocidentais entrarem no cálculos demográficos, nas taxas de natalidade, mortalidade, que exerceu um maior controle sobre o corpo enquanto espécie.

Posto uma breve análise sobre a saúde brasileira, analisarei como funciona a saúde nos Estados Unidos, principalmente com foco nos planos de saúde privados antes de 2010, e a partir desta data, quando o presidente Barack Obama, reformulou a saúde, possibilitando que todos tivessem acesso aos planos, independente da condição de saúde ou grupo étnico. Isto foi um marco na história

da saúde dos Estados Unidos, que gerou polêmicas no Congresso e por partidos políticos.

A intenção desta breve análise é realizar uma história comparada entre estes dois países americanos, para que seja possível perceber o quanto os sistemas de saúde diferem e quais pontos existem em comum, como forma de compreender como mesmo geograficamente diferentes, embora parte do mesmo continente, existem configurações acerca do sistema de saúde em ambos os países que podem nos revelar muito mais que diferenças geográficas ou culturais. Talvez este breve estudo nos ajude a perceber também o quanto temos da cultura estadunidense e como absorvemos isso. Além disso, me interessa compreender como corpos são gerenciados pelas nações e quais vidas valem. E por que os Estados Unidos? de que forma a compreensão dos seu sistema de saúde, bem como, campanhas de prevenção à aids e acesso ao tratamento podem contribuir com este trabalho?

Começarei a pensar na relevância do estudo deste país, por conta que os primeiros casos de aids do mundo surgiram lá em 1981, porque foram palco de movimentos ativistas da comunidade *gay*, que foram alvos do preconceito, que lutaram por mais verbas para pesquisa no tratamento da aids, porque o cenário científico colocou a frente *Robert Galo*, cientista que brigou pela primazia da descoberta do vírus HIV, porque foram os primeiros a produzirem medicamentos para os pacientes doentes em decorrência da síndrome e porque são bons gestores da noção de risco.

Desde o início do século XX, indústrias e empresas contrataram serviços médicos para os trabalhadores, como afirma Noronha e Ugá (1994), que gerou uma série de descontentamentos tanto por parte dos médicos que prestavam estes serviços, quanto dos trabalhadores que aderiam aos planos. Os médicos criticavam esta forma de contratação porque alegavam receber baixos honorários se comparados com o que era ganhos em consultórios particulares e os trabalhadores por terem seus salários descontados por um plano que não os oferecia a possibilidade de escolherem o médico.

Após a Segunda Guerra Mundial, acreditam os autores Noronha e Ugá (1994), que boa parte da população estadunidense estava acobertada por planos de saúde, principalmente nos meios industriais. No entanto, estes seguros eram desiguais, por conta dos

valores, e assim, possuíam limitações de serviços prestados a estes trabalhadores.

Diante de muito descontentamento houve uma reforma neste sistema de saúde dos Estados Unidos, de forma que o presidente *Lyndon Johnson*, sucessor do presidente *John Kennedy*, assumiu o governo em 1963 e aprovou um projeto que foi aprovado pelo Congresso, que se propunha a realizar uma reforma nesse sistema de saúde, em que criou um sistema de programas de coberturas, cuja a proposta consistia em atender diferentes classes sociais. Assim, foram criados os programas *Medicare* e *Medicaid* em 1965. O primeiro sistema foi configurado sob os moldes do seguro social de responsabilidade do governo federal, já o segundo seguiu uma política mais assistencialista, como vemos:

Dessa forma, no modelo de proteção social norte-americano, a atenção à saúde se dá mediante três sistemas distintos, aos quais se vinculam segmentos sociais diferenciados: a) a população inserida no mercado formal de trabalho — mais especificamente, trabalhadores de empresas de médio e grande porte — tem acesso a sistemas de seguro privado contratado pelas firmas; b) os aposentados têm direito a utilizar os serviços médico-hospitalares oferecidos pela rede vinculada ao programa *Medicare*, gerido pelo governo federal; e c) a população de baixa renda, mediante apresentação de atestado de pobreza, tem acesso aos serviços prestados pela rede hospitalar contratada pelo programa *Medicaid*, de responsabilidade dos governos estaduais. (NORONHA E UGÁ, 1994, p. 187 e 188).

Até 2010, quando o sistema de saúde estadunidense passou por mais uma reforma, por conta do *Obamacare*, projeto criado pelo atual presidente reeleito *Barack Obama*, o acesso à saúde era desigual; boa parte da população encontrava-se sem algum tipo de plano de saúde. Os autores Noronha e Ubá (1994), estimam que, antes de 2010, cerca de 15% da população, ou 37 milhões de pessoas, não tinham acesso médico hospitalar, mesmo que o país destinasse boa parte do seu PIB (produto interno Bruto) à saúde. Fora isso havia o problema da cobertura que estes cidadãos

perdiam em decorrência da mudança de emprego ou por apresentarem algum tipo de doença crônica. Muitos sujeitos tiveram seus planos reprovados, após uma série de investidas por conta de requisitos impostos pelas empresas dos planos de saúde, antes nos EUA está principalmente ligada as transformações ocorridas no cenário mundial nos anos de 1980, com o fim da Guerra Fria e a vitória do bloco capitalista, tornaram o sistema liberal mais atuante e legitimador das políticas sociais. Essas transformações atingiram o mundo do trabalho que passou a ser regulado pela lógica mercadológica e a não pela interferência do Estado, de forma que os sindicatos perderam força.

Para Noronha e Ubá (1994), a lógica liberal fez dos Estados Unidos um país que em não oferecer uma cobertura universal de saúde, mostrou as deficiências da livre concorrência do mercado, incapaz de produzir cobertura e equidade aos seus cidadãos, produzindo profundas desigualdades sociais. E nesse sentido, podemos colocar o Brasil, como tendo um grande diferencial em relação a saúde pública, pois ao menos o acesso a ela é gratuito e para todos, o que comprova que um sistema em que prevalece o liberalismo econômico, a livre concorrência do mercado restringe a população o acesso e a livre escolha.

Obamacare oficialmente chamado de *Patient Protection and Affordable Care Act*¹⁰² (Lei de Proteção ao Paciente e de Assistência Acessível) foi uma reforma no planos de saúde dos Estados Unidos a partir de 2010, que trouxe a proposta de aumentar a qualidade, disponibilidade e acessibilidade aos preços destes planos, para 44 milhões de estadunidenses que não estavam assegurados. Um dos objetivos foi conter o crescimento das despesas em saúde que estavam em um ritmo insustentável para o país. Entre as mudanças, o novo plano impede que condições pré-existentes possam ser levadas em conta pelas empresas seguradoras para cobrar mais dos pacientes ou motivo para terem seus planos rejeitados.

Antes os planos cobravam valores diferentes de acordo com o gênero e doenças pré-existentes. Essa discriminação e toda essa indústria dos planos de saúde foi denunciada pelo cineasta Michael Moore, no documentário: *Sicko* (2007). No documentário são

¹⁰² Informações sobre como funciona o novo plano de saúde dos Estados Unidos pode ser visto no website institucional.

Disponível em: <http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare/>

apresentadas várias histórias de pessoas que tiveram seus planos de saúde rejeitados, seja por apresentarem doenças pré-existentes, seja por logo necessitarem de tratamento para o câncer. O relato dos sujeitos é muito comovente, e mostra toda a trajetória burocrática para a concessão destes planos, que variavam de valores de acordo com o cidadão. Muitos sujeitos, no momento em que mais necessitavam de amparo médico ou tratamento, tiveram seus pedidos rejeitados; o documentário também revela que muitos sujeitos morreram por não conseguirem se tratar, já que não tiveram acesso ao tratamento.

Michael Moore, recuperando narrativas sobre os médicos e planos de saúde, remonta a história desta grande indústria, principalmente a partir do governo Richard Nixon que, durante seu mandato na década de 1970, deu início e abertura às empresas de plano de saúde privados, isso fez com que a saúde pública se tornasse insustentável e insuficiente, até que os cidadãos estadunidenses tivessem que contratar algum plano privado.

O *Obamacare* permite uma saúde mais equânime a população, pois mesmo os sujeitos pobres, recebem subsídios do governo federal. Além disso, os sujeitos que vivem com o HIV/aids, perceberam como essa mudança representou um avanço, tendo em vista que necessitam de tratamento constante com medicamentos antirretrovirais. O programa tornou-se mais coerente, já que existe toda uma publicidade para as campanhas de prevenção à aids que enfatizam a necessidade do uso do preservativo, além de incentivarem condutas de redução de riscos e programas destinados aos mais variados grupos sociais e étnicos. Também é importante ressaltar, que de acordo com a Promoção da Saúde, o sujeito é responsável pela sua saúde, de forma que o cuidado de si é algo esperado de cidadãos estadunidenses.

Atualmente nos Estados Unidos o HIV/aids tem afetado mais os sujeitos com baixo poder aquisitivo, de acordo com a organização internacional AVERT¹⁰³ (possui sede no Reino Unido, que trabalha na prevenção do HIV/aids em todo o mundo, através da educação, tratamento e cuidados), caracterizando um perfil epidemiológico em que a categoria vulnerabilidade se aplica no estudo da epidemia atual.

¹⁰³ Disponível em: <http://www.avert.org/hiv-aids-usa.htm>

Enquanto na década de 1980, os grupos vulneráveis eram comumente identificados por homens que faziam sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, como a heroína, hemofílicos e haitianos, hoje a vulnerabilidade está determinada pela pobreza. Um estudo em 2010, demonstrou que, nos EUA, em bairros pobres, o número de pessoas infectadas pelo HIV era superior se comparado a outros bairros. No entanto, apesar da pobreza ser um marcador importante e definidor nos números de infectados pelo HIV, o fator raça/etnia também é importante, pois segundo a organização, os afro-americanos do gênero masculino ainda são os mais afetados pela doença. O argumento é baseado na ideia de que nestas comunidades onde residem grupos étnicos iguais, a tendência é de se relacionar e escolher parceiros sexuais semelhantes no comportamento. É importante frisar, que nos Estados Unidos, apesar de muitas conquistas em direitos civis aos vários grupos étnicos, a segregação é algo visível nas universidades e bairros, pois estes grupos étnicos tendem a se relacionar apenas com seus iguais, o que de um lado alimenta uma questão de identidade de grupo, mas por outro, acarreta em guetos que forma barreiras sociais. As chamadas fraternidades nas universidades são um exemplo, onde em uma caminhada pelo espaço universitário é possível encontrar grupos de alunos divididos em *Black people*, *Mexican people* e *Asian people*.

3.2 “A doença como guerra”: breve história do CDC

O CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)¹⁰⁴, órgão institucional dos Estados Unidos, foi criado em 1946, um ano depois da Segunda Guerra Mundial em seu *website* institucional sua história. Este departamento equivaleria ao nosso Ministério da Saúde, pois exerce uma função de alcance nacional, mesmo com as diferenças, já postas anteriormente, em relação a administração da saúde para a população de cada estado, que nos Estados Unidos possuem autonomia para a tomada de decisões. Esclarecimentos, tratamento, campanhas de prevenção e artigos científicos também estão disponíveis no site, que tem o objetivo de trazer um pouco sobre a história do CDC e compreender as principais medidas para o controle da disseminação do vírus HIV.

¹⁰⁴ Disponível em: <http://www.cdc.gov/>

Além do disso, me chamou atenção a data do surgimento desta instituição e sua missão:

CDC trabalha 24 horas por dia e 7 dias por semana para proteger a América de ameaças à saúde, à segurança e busca por proteção tanto de ameaças internas, quanto externas, de doenças crônicas ou agudas, curáveis ou preventivas, decorrentes de erro humano ou provenientes de ataque deliberado. O CDC luta contra a doença e oferece suporte tanto as comunidades como aos cidadãos.

Tanta coisa mudou no mundo desde o CDC foi fundado em 1946. Nós tivemos que encontrar novas formas de realizar nossa missão e enfrentar as novas ameaças de frente, seja um ataque terrorista ou a próxima epidemia global de uma doença infecciosa. Como estamos ansiosos para os próximos anos, continuaremos a servir como agência de proteção da saúde da nação, trabalhando 24 horas por dia para salvar vidas e proteger as pessoas.¹⁰⁵

O surgimento em 1946, do CDC me desperta atenção, pois envolve um contexto pós guerra e início da Guerra Fria. Além disso, em sua missão existe de forma repetitiva a ideia de proteção as ameaças que os EUA possam sofrer. A saúde tornou-se neste momento uma questão de segurança nacional e para aquela nação pudesse se proteger seria necessário proteger também o mundo, as fronteiras e impedir que doenças cheguem aos Estados Unidos. Este preceito está ligado a ideia de Foucault (1999) sobre a biopolítica acerca do racismo de Estado, em que uma nação para se proteger enquanto espécie, território, precisa colocar a própria população em perigo. Isso acontece, porque em uma sociedade de normalização, existe um conjunto de regras e normas a serem seguidas e criar barreiras para que o outro, seja a doença ou ela mesma corporificada na ideia do estrangeiro, como aquele que não se enquadra no conjunto de normas desta nação, cria a ideia uma

¹⁰⁵ Disponível em: <http://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>.
(Tradução livre)

atmosfera de ameaça a própria espécie, que tende a fortalecer a proteção à nação.

A guerra. Como é possível não só travar a guerra contra os adversários, mas também expor os próprios cidadãos à guerra, fazer que sejam mortos aos milhões (como aconteceu justamente desde o século XIX, desde a segunda metade do século XIX), senão, precisamente, ativando o tema do racismo? Na guerra, vai se tratar de duas coisas, daí em diante: destruir não simplesmente o adversário político, mas a raça adversa, essa [espécie] de perigo biológico representado, para a raça que somos, pelos que estão a nossa frente. É claro, essa e apenas, de certo modo, uma extrapolação biológica do tema do inimigo político. No entanto, mais ainda, a guerra - isto é absolutamente novo - vai se mostrar, no final do século XIX, como uma maneira não simplesmente de fortalecer a própria raça eliminando a raça adversa (conforme os temas da seleção e da luta pela vida), mas igualmente de regenerar a própria raça. Quanto mais numerosos forem os que morrerem entre nós, mais pura será a raça a que pertencemos. (FOUCAULT, 1999, p. 307 e 308).

Os Estados Unidos tornaram-se uma grande potência, no pós guerra, pois no período anterior, no entre guerras, este país mantinha-se mais neutro diante dos grandes conflitos. Por meio de uma política forte passou existir a ideia de que não poderiam ficar mais isolados e com isso seria preciso tomar liderança protegendo o mundo, para que no fim o país estivesse seguro também.

A entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra, segundo Karnal (2013) trouxe além de maior notoriedade militar, uma série de políticas de reforma, que influenciou novos rumos sociais e políticos, o que tornaria mais forte a definição de liberdade e sonho americano. Assim, o fato da criação do CDC em 1946, pode ser contextualizado neste novo cenário, pós crise econômica, que durante a década de 1930, sofrera grande depressão.

Os Estados Unidos saíram da Segunda Guerra Mundial como a mais poderosa nação da terra. Suas forças armadas ocupavam o Japão e uma grande parte da Europa Ocidental. Além disso, muitas bases militares estabelecidas em países aliados durante a guerra ficaram intactas. (KARNAL, 2013, p. 226).

Esse clima militarista que tonou-se mais forte no pós-guerra, colocou este país em um posicionamento constante de defesa da nação, o que é expresso na missão do CDC, quando expõe, palavras como “ameaça”, “proteção”, “defesa”, “luta ou combate” e a ideia de proteção aos ataques terroristas. Após o ataque a base naval situada em *Pearl Harbour*, no Havaí pela força área japonesa, os Estados Unidos só aumentaria seu desejo de império da guerra e combate ao terrorismo.

Como meta do século XXI, o CDC tem entre suas objetivos: “Lutar contra as doenças antes que elas atinjam nossas fronteiras. - Detectar e enfrentar novos germes e doenças em todo o mundo para aumentar nossa segurança nacional.”¹⁰⁶

Outra questão importante, que diz respeito a esse preceito de segurança nacional é a imigração nos Estados Unidos, que para eles foi um grande problema durante o século XX. Vários grupos étnicos sofreram com perseguições e sentimentos racistas. Assim ocorreu não somente com os mexicanos e os afro-americanos, mas também outras levas de imigrantes, como os asiáticos e os próprios europeus. O autor Karnal (2013) atribui estas medidas por parte da população branca e chauvinista (patriota exaltado), como uma resposta aos problemas sociais, como: doenças, pobreza e conflito entre classes sociais. Assim ele afirma que:

O chauvinismo da Primeira Guerra Mundial e a reação antirracional do Red Scare contribuíram para intensificar o clima anti-imigrante. O antisemitismo e a pseudociência da eugênia inundaram a cultura popular e oficial. (KARNAL, 2013, p. 201).

Durante a década de 1980, quando surgiram os primeiros casos nos Estados Unidos de homens *gays* infectados, com uma

¹⁰⁶ Disponível em: <http://www.cdc.gov/about/history/ourstory.htm>. (Tradução livre).

série de sintomas indefinidos, que mais tarde, seria decorrente do vírus HIV, o cenário não poderia ser pior aos imigrantes, principalmente a comunidade haitiana, que fora acusada de ser promíscua e de trazer a doença aos Estados Unidos. Por tempos, houve um embate sobre o surgimento do vírus, acusações racistas alimentavam frequentemente que tanto os haitianos como os africanos eram os grandes responsáveis pela disseminação do vírus, por terem posto a nação capitalista em perigo. De outro lado, as haitianos acusavam turistas estadunidenses de terem levado a doença ao seu país. De todo modo, o que houve, foi mais uma vez a ideia de que não só a aids era um ameaça, um ataque a sociedade estadunidense, como também a ideia de que os estrangeiros deveriam ser culpabilizados pelos novos males que ameaçavam a segurança nacional.

Neste clima, em 1987, durante o governo de *Ronald Reagan*, o congresso dos Estados Unidos criou uma lei de proibição de entrada de imigrantes que tivessem o vírus HIV/aids. A proibição esteve associada ao medo que havia sobre a transmissão do vírus, que envolvia a ideia do contágio físico ou respiratório.

Esse cenário permaneceu até o governo do ex-presidente *George W. Bush* em 2008, quando ele assinou uma legislação em 2008, para anular a proibição, no entanto, somente em 2010, já na presidência de *Barack Obama* é que de fato houve o fim desta lei, marcando assim, o fim de uma proibição que durou 22 anos. Inclusive, segundo o site de uma ONG, chamada ACT (Comitê de AIDS de Toronto Canadá)¹⁰⁷, que trabalha pelas pessoas que vivem com o HIV/aids, e que dispõe sobre a história desta lei, nenhuma Conferência Internacional sobre aids ocorreu desde 1990. Essa restrição impediu que muitos estrangeiros que tinham a doença não pudessem imigrar pra lá, além de promover o preconceito e estigma aos turistas homossexuais masculinos cisgênero, segundo a organização.

A história dos Estados Unidos na metade do século XX é marcada por discursos anti-imigração e a fronteira com o México representou uma ameaça, principalmente a partir de 1965, quando os imigrantes mexicanos entraram em grande número no país. Levados pelo sonho americano do *American way of life* ou o *modo*

107

Disponível

em:

<http://www.actoronto.org/home.nsf/pages/act.docs.1117>.

americano de viver, trabalhadores foram em busca de melhores condições de trabalho e com o sonho de enriquecerem. Tal jornada foi repleta de conflitos diplomáticos entre estes dois países e históricas marcadas por violências e discriminação. O sentimento anti-imigração foi capaz de tomar até mesmo aqueles que um dia também foram imigrantes nos EUA, que desde o processo de colonização inglesa, receberam imigrantes do mundo todo, os caracterizando como uma nação multicultural. Essa configuração da sociedade estadunidense que constrói um perigo a cada geração a ser evitado, ontem os mexicanos, hoje a figura do terrorista, é analisada por Karnal (2013), que chama a nossa atenção para esse sentimento anti-imigratório, que é logo captado e reproduzido pelos próprios imigrantes. Assim segue:

O mais curioso é que quase todos os imigrantes logo apagam sua origem e duvidam do outro recém-chegado. Os ingleses vindos no século XVII reclamam dos alemães que chegam à Pensilvânia. Descendentes de suecos horrorizam-se com o advento dos irlandeses. Italianos católicos torcem o nariz a massa de judeus russos aportada em Nova York. Negros recém-libertados do horror da escravidão concorrem a contragosto com trabalhadores chineses. Os imigrantes latino-americanos, maior minoria dos EUA neste século XXI, conseguem ressuscitar os discursos sobre a identidade anglo-saxônica do país. Os imigrantes que chegaram na segunda-feira olham com desconfiança para os chegados na quarta-feira. (KARNAL, 2013, p. 282).

No entanto, a década de 1980, momento do surgimento dos primeiros casos de aids nos Estados Unidos, coincide com o momento imigratório do país, que estava relacionado aos mexicanos. Nesse contexto, os imigrantes foram vistos como os de fora, que carregam uma cultura que ameaça os valores estadunidenses e que foram representados como inferiores, sem cultura, promíscuos e que seriam responsáveis por trazer doenças.

A mídia impressa teve o papel de publicar estas ideias ao trazer capas de revistas como a popular *TIME*, entre outras, bem como reportagens ironizando a entrada destes imigrantes na tão sonhada América, representada pelos Estados Unidos. Leo

Chavez, antropólogo e professor da Universidade da Califórnia, trabalhou em várias de suas obras, entre elas: *Covering immigration: popular images and the politics of the nation* (2001), em que analisa as imagens construídas nas revistas: *TIME*, *Newsweek*, *U.S News and World Report*, *a Business Week*, *a Nova República*, *a Nação*, e *American Heritage*. Neste estudo sobre a imigração mexicana a partir de 1965, Chavez (2001) observa o sentimento anti-imigrante, através das imagens e textos das capas destas revistas populares. As imagens foram construídas muito carregadas de ironia pela entrada dos imigrantes, como se eles estivessem invadindo os Estados Unidos e fossem perturbadores de uma ordem naquela sociedade.

Assim, a doença neste país sempre esteve associado aos de fora, aos imigrantes, de forma que o CDC entre seus preceitos, como apresentado anteriormente, construiu desde 1946, uma instituição reguladora das medidas de prevenção na saúde, exaltando comportamentos que não acarretem risco a nação. A gestão do risco está presente principalmente nas campanhas de prevenção à aids, em que o comportamento dos sujeitos são o grande alvo das políticas de controle em defesa da nação.

O CDC possui uma série de recomendações para a prevenção à aids. Interessante que são contemplados uma variedade de comportamentos que apresentam risco de infecção. Além disso, há fatores subjetivos, como no caso dos usuários de drogas injetáveis, que pouco buscam tratamento médico e a realização de testes de HIV por medo de serem recriminados. As drogas são apontadas como substâncias que tornam o fator de risco sexual maior, pois deixam o sujeito mais desinibido e mais propenso a se entregar ao prazer do momento, sem a preocupação com a noção de futuro. Neste item, as drogas lícitas, como o álcool e as ilícitas, como a cocaína, heroína e metanfetamina, são apontadas como responsáveis por uma série de comportamentos, considerados indevidos. Conforme o site, segue uma tabela com as medidas preventivas:

Prevenção e desafios

Tabela 5: Prevenção e desafios

<ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco sexual. O uso de substâncias pode diminuir inibições e aumentar os fatores de risco para a transmissão sexual do HIV, incluindo não usar o preservativo.
<ul style="list-style-type: none"> • O estigma e a discriminação associados ao uso de substâncias. Muitas vezes, o uso de drogas é visto como uma atividade criminosa, em vez de um problema médico, que exija aconselhamento e reabilitação, o estigma pode impedir que os usuários procurem testes de HIV, cuidados e tratamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Existem diferenças entre os sujeitos que abusam de drogas, álcool, características étnicas e diferenças raciais de gênero, bem como, diferenças na localização geográfica (urbana versus rural) e acesso ao tratamento de drogas/álcool, testes de HIV e aconselhamento. Questões socioeconômicas e culturais devem ser considerados no desenvolvimento e implementação de programas de prevenção.
<ul style="list-style-type: none"> • Complexo de saúde e as necessidades sociais. Sujeitos que usam drogas, muitas vezes, têm outras necessidades sociais e de saúde, incluindo a necessidade de tratamento para abuso de substâncias e transtornos mentais. Estratégias de prevenção abrangentes, incluindo a gestão de casos, são necessários.
<ul style="list-style-type: none"> • Os efeitos ao tratamento do HIV/aids, promovem uma maior resistência nos usuários de drogas em aderirem aos medicamentos, pois temem ter que interromper o uso de drogas. A não adesão pode conduzir a estirpes virais resistentes a medicamentos.
<ul style="list-style-type: none"> • O uso de substâncias e abuso são fatores importantes para a disseminação do HIV.
<ul style="list-style-type: none"> • Populações vulneráveis (sujeitos que vivem na pobreza, aquelas que são portadoras de deficiência mental e aquelas com histórico de abuso) são mais propensas ao uso do álcool.
<ul style="list-style-type: none"> • O uso de substâncias, abuso e dependência tem sido intimamente associado com a infecção pelo HIV desde o início da epidemia. Embora o uso de drogas injetáveis (UDI) é uma rota direta de transmissão. Beber, fumar, ingerir ou inalar drogas, como o álcool, como o crack, a metanfetamina (“meth”) e nitrito de amila (“poppers”) também estão associados ao aumento risco de infecção por HIV. Estas substâncias podem aumentar o risco de HIV, reduzindo as inibições dos usuários e contribuindo para que se envolvam em comportamentos sexuais de risco.
<ul style="list-style-type: none"> • O uso de substâncias e vício são preocupações de saúde pública, por muitas razões. Além de aumentar o risco de transmissão do HIV, uso de drogas pode afetar a saúde geral dos sujeitos e torná-los mais suscetíveis à infecção pelo HIV e, em pessoas já infectadas com o HIV, o uso da substância pode acelerar a progressão da doença e afetar negativamente a adesão ao tratamento.

Dados referentes ao site:

<https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/HighImpactPrevention/Interventions.aspx>. (Tradução livre).

Neste item proposto pelo CDC como medida de prevenção e desafios, existe uma preocupação com o uso de substâncias

lícitas, como o álcool e ilícitas, como as drogas injetáveis, pois aumentam o desejo dos usuários em terem mais prazer, o que torna o sexo esse momento da libertação de regras e normas. A gestão do risco pode ser observada em vários tópicos postos pelo CDC, em que existe um estudo que demonstra a escala de risco nos Estados Unidos do vírus HIV.

Assim segue novamente uma tabela com as principais recomendações:

Quem está em risco para o HIV?¹⁰⁸ **Comportamento de Risco**

“As formas mais comuns HIV são transmitidas nos Estados Unidos, através do sexo ou compartilhamento de seringas para uso de drogas, pelo sexo anal ou vaginal com uma pessoa infectada com HIV. Os seguintes passos podem reduzir o seu risco:”

<ul style="list-style-type: none"> • Conheça o seu estado serológico. Todos entre as idades de 13 e 64 devem ser testados para HIV pelo menos uma vez.
<ul style="list-style-type: none"> • Se você tem HIV, você pode obter assistência médica, tratamento e serviços de apoio para ajudá-lo a permanecer saudável e reduzir a sua capacidade de transmitir o vírus a outros sujeitos.
<ul style="list-style-type: none"> • Se você está grávida e achar que você tem HIV, tratamentos estão disponíveis para reduzir a chance de que seu bebê não terá HIV.
<ul style="list-style-type: none"> • Abster-se de atividade sexual ou estar em um relacionamento de longo prazo mutuamente monogâmico com um parceiro não infectado.
<ul style="list-style-type: none"> • Limite o número de parceiros sexuais. Quanto menos parceiros você tiver, menos provável que você se depare com alguém que está infectado com o HIV ou outra doença sexualmente transmissível.
<ul style="list-style-type: none"> • Use preservativos corretamente e de forma consistente. Os preservativos de látex são altamente eficazes na prevenção da transmissão do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

¹⁰⁸ Dados referentes ao site:

<https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/HighImpactPrevention/Interventions.aspx>. (Tradução livre).

<ul style="list-style-type: none"> • Não use drogas injetáveis. Se você injetar drogas, você deve obter aconselhamento e tratamento para parar ou reduzir o seu uso de drogas. Se você não conseguir parar, use agulhas limpas. Localize recursos no tratamento de abuso de substâncias.
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenha tratamento médico imediatamente se você achar que foi exposto ao HIV. Às vezes, os medicamentos de HIV podem prevenir a infecção se eles forem iniciados rapidamente. Isso é chamado de profilaxia pós-exposição.
<ul style="list-style-type: none"> • Participar de programas de redução de risco. Existem programas para ajudar os sujeitos a tomar decisões saudáveis, como negociar o uso do preservativo ou discutir. Seu departamento de saúde pode encaminhá-lo para programas em sua área.

Tabela 6: Quem está em risco para o HIV?

Mais uma vez os tópicos sobre a gestão de riscos tem o uso de drogas como foco, mas o que chama atenção é a recomendação de abstinência do sexo e de manter uma relação monogâmica, bem como duradoura, como forma de diminuir o número de parceiros sexuais. Aqui, existe uma tentativa de educar a população por meio de um modelo de estilo vida não só saudável, longe das drogas, mas também de tornar a vida afetiva dos sujeitos gerenciadas pela ideia não de busca pelo prazer, mas sim pela busca por diminuir o risco de infecção do vírus HIV. Mesmo que todas estas recomendações não sejam seguidas, existe a chamada Profilaxia Pós-exposição, que inclui medicamentos para tratamento da aids, que se tomados até 72 horas após as relações sexuais, podem impedir o vírus de agir no organismo.

A vulnerabilidade é uma categoria muito utilizada, como forma de acessar comportamentos e desse gerenciamento do risco. Lá, a pobreza e o uso de drogas estão relacionados com o aumento do número de casos de aids, o que faz do CDC, um órgão que mesmo trabalhando com o comportamento como foco, cria grupos de risco, ao categorizar os grupos étnicos que mais apresentam riscos de contrair o vírus da aids. A categoria: Populações vulneráveis se dirige aos sujeitos que possuem um baixo poder aquisitivo e que residem em bairros considerados pobres, que segundo o CDC estão mais propensas a ingestão de álcool e uso de

outras drogas. Assim segue mais uma tabela de classificação deste órgão.

Populações Vulneráveis¹⁰⁹

<ul style="list-style-type: none"> • Os sujeitos que vivem na pobreza ou em bairros desfavorecidos são mais propensas a ingerirem uma maior quantidade de álcool e abuso de drogas ilícitas.
<ul style="list-style-type: none"> • Homens gays e bissexuais. Álcool e drogas entre homens gays e bissexuais podem ser uma reação à homofobia, discriminação ou violência que experimentaram por causa de sua orientação sexual e pode contribuir para outros problemas de saúde mental. Em comparação com a população geral, homens gays e bissexuais: <ul style="list-style-type: none"> • São mais propensos a usar álcool e drogas. • São mais propensos a beber muito durante a vida. • Têm maiores taxas de abuso de substâncias.
<ul style="list-style-type: none"> • Os sujeitos com uma doença mental. A coexistência de uso de substâncias e transtornos de saúde mental é comum e está ligada à falta de controle de impulso e uma maior assunção de riscos e a busca por sensações e comportamentos.
<ul style="list-style-type: none"> • Sujeitos com histórico de abuso. Sujeitos que sofreram abuso sexual, físico ou emocional são mais propensas a abusar de drogas e álcool e praticar comportamentos sexuais de risco.

Tabela 7: Populações Vulneráveis

Nos Estados Unidos a escala de risco de infecção como apresentado até o momento, inclui como maior risco aos sujeitos que utilizam drogas injetáveis, que possuem a prática do sexo anal desprotegido sem o uso de preservativo, que também possuem mais de uma parceiro sexual e que pertencem a determinados grupos étnicos. Os afro-americanos são os mais atingidos e alvos das políticas de prevenção, por meio da tentativa da mudança de comportamento. Uma das explicações para este grupo ser o mais atingido é por conta dos segregados bairros, onde reúnem sujeitos da mesma etnia. Pela lógica do CDC, se as pessoas da comunidades de afro-americanos estão contaminadas e tendem a se relacionar com seus iguais, os relacionamentos entre sujeitos infectados é

¹⁰⁹ Dados referentes ao site:

<https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/HighImpactPrevention/Interventions.aspx>. (Tradução livre).

maior, como posto anteriormente. Assim a divisão dos grupos étnicos mais atingidos se dá da seguinte forma: “Grupos étnicos: afro-americanos, índios americanos/nativos do Alasca, asiáticos e hispânicos/latinos.”¹¹⁰

Entre as estratégias para redução do risco realizadas pelo CDC, está um programa de conscientização do uso de seringas descartáveis a sensibilização da comunidade para o tratamento de abuso de drogas, o aconselhamento ao teste de HIV e a divulgação nacional de intervenções comportamentais.

3.3 A construção da noção de risco nos cartazes de campanhas de prevenção dos Estados Unidos durante a década de 1980

A publicidade nos cartazes das campanhas de prevenção à aids dos Estados Unidos desde os primeiros casos foi um recurso muito utilizado pelo CDC e órgãos de saúde do país. Como analisado no segundo capítulo sobre o perfil epidemiológico da aids no Brasil, nos EUA a década de 1980, também foi marcada por um discurso visual que associava a aids a morte, além disso, o uso intenso de uma publicidade marcada por fortes imagens e títulos ora irônicos, ora provocativos, com uma tentativa de educar a população sobre os riscos de se infectar com o vírus da aids. Em meio a este processo de conscientização, é possível notar um controle da sexualidade pela ideia de responsabilização do próprio sujeito sobre a saúde e as consequências do não cuidado, bem como o ideal de sexo seguro.

As imagens reunidas neste item, são parte da coleção de pôsteres da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*NLM*), fundada em 1836. Hoje ela abriga a maior coleção do mundo sobre medicina, que inclui livros, vídeos, estudos científicos e cartazes de campanhas de prevenção de propagandas relacionadas à saúde, além de uma coleção *online* de cartazes de campanhas relacionadas a prevenção na área da saúde.¹¹¹

¹¹⁰ Dados referentes ao site: <https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/HighImpactPrevention/Interventions.aspx>. (Tradução livre).

¹¹¹ A *NLM*, agora sob o domínio da Saúde e Serviços Humanos dos EUA, lançou o seu primeiro site em 1990, antes de acelerar os seus esforços em 2009 com o lançamento de suas imagens a partir da História da Medicina (*IHM*) do banco de dados. Hoje, seu acervo *online* abrange mais de 70.000

A NLH possui uma seção de pôsteres sobre HIV/aids, intitulada: Cultura Visual e pôsteres da Saúde Pública, que traz uma exposição de imagens que abordam mitos sobre a transmissão do vírus da aids, tabus sexuais, estigmatização e direitos humanos.¹¹²

No site é possível encontrar também, um breve histórico sobre o surgimento da aids nos Estados Unidos, em que o início da epidemia foi marcado por teorias conflitantes da conspiração (a ideia de que o vírus foi criado em laboratório), medo e preconceito. A cobertura da imprensa também teve um papel em trazer ao público a imagem de que a aids era algo exclusivo dos homossexuais masculinos cisgênero e usuários de drogas injetáveis. Assim, cada vez mais a cultura visual é cultuada em nossas sociedades ocidentais, de forma que essa mesma cultura que na história da epidemia foi posta em anúncios que reforçavam estereótipos, também foi uma cultura que permitiu pôsteres com anúncios mais revolucionários e menos estereotipados.

Abaixo segue alguns pôsteres selecionados da biblioteca virtual, onde existe um grande acervo de cartazes não só gerenciados pelo CDC, mas também de outras partes do mundo. Nesta pesquisa, trago algumas nuances sobre a construção da noção de risco na construção dos títulos, textos e imagens sobre a prevenção da aids nos Estados Unidos durante a década de 1980. Desta forma, o primeiro que segue é de uma mulher grávida.

imagens digitalizadas, 42.000 dos quais são de domínio público. O gerente da coleção Ginny Roth diz que pretende enviar entre 600 e 700 novos documentos a cada ano, puxando a partir de arquivo físico existente da NLM, bem como, novos materiais recebidos de doadores ou de outras instituições públicas. Até o momento, a biblioteca não digitalizou nem metade do seu arquivo. A maioria das imagens do NLM são retratos, desenhos centenários de médicos renomados. Mas talvez o mais intrigante é a sua coleção de cartazes de saúde pública. Alguns são relíquias emblemáticas da campanha global da AIDS, outros são mais obscura, enigmáticas ou implicitamente racistas. Cada uma, porém, é uma cápsula do próprio tempo, não só dos principais problemas de saúde pública de uma determinada época, mas a estética, política e normas sociais que informaram sua representação visual. (Tradução livre, TOOR, 2013)

Disponível em: <http://www.theverge.com/2013/4/12/4214262/national-library-of-medicine-online-image-archive-health-psa-posters>

¹¹²

Disponível

em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidsintro.html>

**“Stop shooting up AIDS. Ge tinto drug treatment.”
(National Intitute on Drug Abuse 1980s).¹¹³**



Imagem 37: “Stop shooting up AIDS.
Ge tinto drug treatment.”

¹¹⁴Títulos que estão no cartaz: “A man who shoots up can be very giving.” (Um homem que compartilha pode ser muito caridoso)¹¹⁵ – “He can give you and your baby AIDS.” (Ele pode dar a você e para o seu bebê aids).

O texto do cartaz:

Most babies with AIDS are born mothers who shot drugs or who sleep with men who have.

Babies with aids are born to die.

¹¹³ “Pare de disseminar a aids.” Vá buscar um tratamento de drogas. (Tradução livre). (Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1980).

¹¹⁴ Cartaz da década de 1980, produzido pelo *National Institute on Drug Abuse*, dos Estados Unidos e disponível no acervo digital da NLM.

Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/target.html> Fonte:

¹¹⁵ Esta mensagem é de difícil tradução literal, no entanto, no contexto, ela remete um sentido de preocupação de transmissão do vírus da aids dos homens para as mulheres grávidas.

If you're thinking of having a baby you and your partner need to get tested for aids. Only get pregnant when you're sure both of you aren't infected. Until then help protect yourself and your partner by using condoms.

And if your man shoots drugs, help him get into treatment now. It could save three lives, his, yours and your baby's.

Segue a tradução:

A maioria dos bebês com AIDS, que nascem são de mães que usam drogas ou que dormem com homens que tem a doença.

Bebês com aids nascem para morrer.

Se você está pensando em ter um bebê, você e seu parceiro precisam fazer o teste de aids. Só ficar grávida quando você ter certeza, de que vocês dois não estão infectados. Até lá proteja a si mesmo e seu parceiro usando preservativos.

E se o homem abusa das drogas, ajude ele a iniciar um tratamento agora. Ele poderá salvar três vidas, a dele, a sua e do seu bebê. (Tradução livre).

Abaixo segue um breve texto:

"This poster features a pregnant white woman whose male partner uses intravenous drugs. She is regarded as an infector of babies rather than as a person with AIDS deserving care."

Tradução:

"Este pôster caracteriza uma mulher branca grávida, cujo parceiro usa drogas injetáveis. Ela é considerada uma pessoa que infecta seu bebê, ao invés de ser uma pessoa com aids merecedora de cuidados." (Tradução livre).

O cartaz possui uma mensagem e uma composição para um público alvo: as mulheres grávidas, que são usuárias de drogas injetáveis ou se relacionam com homens que também utilizam drogas. As mulheres parecem ser postas como aquelas que devem cuidar da sua saúde para protegerem seus bebês. Além disso, a imagem da mulher parece de muita preocupação, como se ela estivesse vulnerável e desprotegida e tivesse que se proteger dos homens, aqueles que são percebidos como ativos nesse processo de transmissão. Assim, interpreto a expressão da mulher na

imagem, como aquela que cabe apenas proteger o bebê, que é uma vítima.

Segundo o programa de prevenção e abuso de drogas (*National Institute on Drug Abuse*) dos Estados Unidos¹¹⁶, o cartaz foi construído para alertar e conscientizar o risco de transmissão vertical, ou seja, evitar que mães com o vírus HIV/aids transmitissem o vírus aos seus bebês. Para tanto, as mensagens e a visualidade do cartaz segundo o site, descrevem comportamentos que são considerado mais seguros. Isso é possível de verificar nas próprias mensagens transcritas do cartaz acima, quando é aconselhado a realização do teste para detectar o vírus, de ambos, a mãe e o parceiro, além da recomendação, caso o parceiro seja um usuário de drogas, que a ele seja dado um tratamento, e por fim, que utilizem o preservativo nas relações sexuais. No entanto, existe um forte apelo a questão da morte, quando na mensagem temos: “Bebês com aids nascem para morrer”. Esse apelo se deve a um período, na década de 1980, em que o tratamento da aids era mais centrado no cuidado com as doenças oportunistas, aquelas que apareciam quando o organismo encontrava-se debilitado. Isso se deve aos poucos medicamentos que existiam, além dos embates políticos, por conta da ideia de que a aids não merecia atenção, por ser uma “doença de gays”. Isso dificultava o destino de dinheiro por parte do governo a projetos de pesquisa para avançar no tratamento da aids. Todo esse cenário, de descaso do governo e de pouca esperança, alimentava a imagem de que a aids era uma sentença de morte.

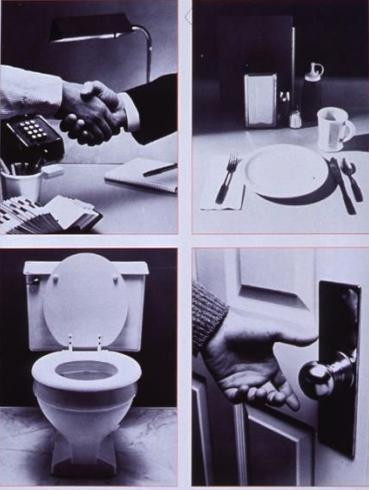
Em seguida, um pôster que tenta desmistificar o medo do contágio pelo toque das mãos, uso dos mesmos talheres, a mesma privada e maçanetas.

¹¹⁶ Disponível em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/target.html>

*“None of these will give you AIDS.”*¹¹⁷

None of these will give you AIDS.



There is no evidence that a person can get AIDS from handshakes, dishes, toilet seats, door knobs or from daily contact with a person who has AIDS.

For the facts about AIDS, call the Illinois State AIDS Hotline:
1-800-AID-AIDS
 It's toll-free and confidential.

Reprinted by permission of AIDS Institute, N.Y.S. Health Department
 Printed by Authority of State of Illinois
 November 26, 1987, 22/27/87

Imagem 387: *“None of these will give you AIDS.”*

O texto abaixo das imagens: *“There is no evidence that a person can get AIDS from handshakes, dishes, toilet seats, door knobs or from daily contact with a person who has AIDS.”* Não existe evidência de que uma pessoa pegou AIDS de aperto de mãos, pratos, assentos de banheiro, maçanetas ou de contato diário com uma pessoa que tenha AIDS. É também presente à ideia de que você pode “pegar” ou não a aids, como sinônimo de se infectar. A palavra escolhida para se referir a infecção é *“get”*, que possui o significado de pegar. Este pôster de 1987, originalmente produzido pelo estado de Illinois dos Estados Unidos, tentou desmistificar o

¹¹⁷ Nada disso te passará AIDS, 1987. (Tradução livre). Original do estado de Illinois, reproduzido com a permissão do Departamento de Saúde, do estado de Nova Iorque, Estados Unidos Mensagem informada pelo cartaz. Disponível em:
<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidstransmission.html>

imaginário de que o simples contato com uma pessoa com o vírus HIV, poderia ser um risco de infecção. São agrupadas quatro imagens, cujo a primeira é representada por um aperto de mãos, a segunda um prato, louças e talheres sobre a mesa, depois um assento de vaso sanitário e por fim uma mão que se encaminha para tocar em uma maçaneta da porta. Logo em seguida um breve texto que afirma que não existe sujeito que tenha se contaminado com o vírus da aids através destas situações.

É informado no texto do próprio acervo da biblioteca NLM¹¹⁸, que o telespectador é informado de que apertos de mão no escritório, comer no restaurante local, usando um banheiro público, bem como, a abertura de uma porta são atividades “seguras”. No entanto, existe uma crítica quanto a informação do cartaz, que não faz distinção do vírus HIV, descoberto em 1983 e a sua manifestação sintomática com a aids.

Ainda segundo o texto informado pela biblioteca nacional de Medicina, estes cartazes parte de campanhas realizadas pelo CDC, que tinham o intuito de educar a população sobre o HIV/aids e incentivar sujeitos a tomarem decisões de menos riscos de contrair o vírus da aids. Além disso, houve a preocupação de produzir campanhas para públicos alvos, como vimos antes, para mulheres grávidas com alto risco de infecção, representadas por aquelas que utilizavam drogas injetáveis ou que tinham parceiros usuários também, de forma a evitar o risco da criança se infectar.

De acordo com o texto da biblioteca, existe uma combinação nas imagens e mensagens do texto, que produzem uma mensagem ambígua no espectador, pois ora tentam produzir autonomia, ora a culpa por comportamentos que representam risco de se infectar com o vírus HIV.

118

“Some people think you can catch AIDS from a glass.”¹¹⁹

Some people think
you can catch
AIDS from a glass.

October is
National
AIDS
Awareness
Month

You can't.

The California Medical Association and public health officials agree: AIDS is not spread through the air. AIDS is not spread by touching someone. AIDS is not spread by hot tubs. AIDS is not spread through the preparation or serving of food or beverages in restaurants or homes.

The virus that causes AIDS is spread by unprotected sex with an infected person, or by contact with blood entering the blood stream—such as by sharing drug needles.

Fight the fear with the facts:
800-367-AIDS / 800-922-AIDS
(California only: 800-342-2437)
(National AIDS Hotline)

Presented as a Public Service by:

GAPs
CALIFORNIA
PUBLIC SERVICE INC.
CALIFORNIA
AIDS
CALIFORNIA
MEDICAL ASSOCIATION

See your physician or pharmacist for free information
or call your local Health Department

Imagem 39: *“Some people think you can catch AIDS from a glass.”*

Abaixo do título seguem as mensagens e o texto:

“October is National AIDS Awareness Month.” Outubro é o mês nacional de consciência da AIDS. Abaixo do copo: *“You can't”*. Você não pode. (Tradução livre). *“Fight the fear with the facts.”* Tradução: Lute o medo com os fatos. Em resposta ao título.

The California Medical Association and public health agree: AIDS is not spread through the air. AIDS is not spread by touching someone. AIDS is not spread by hot tubs. AIDS is not spread through the preparation or serving of food or beverages in restaurants or homes. The virus that

¹¹⁹ Título: *“Some people think you can catch AIDS from a glass”*, 1987. Tradução: “Algumas pessoas pensam que você pode pegar AIDS de um copo.” (Tradução livre). Direitos autorais reproduzidos com a permissão da associação médica da Califórnia. Informações retiradas do site: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidstransmission.html>

causes AIDS is spread by unprotected sex with an infected person, or by contaminated blood entering the blood stream - such as by sharing drug needles.

Tradução:

A Associação Médica da Califórnia e da saúde pública concordam: a AIDS não se propaga através do ar. AIDS não é transmitida por tocar em alguém. AIDS não é transmitida por banheiras de hidromassagem. AIDS não é transmitida através da preparação ou por servir alimentos ou bebidas em restaurantes ou casas. O vírus que causa a AIDS é transmitido por sexo desprotegido com uma pessoa infectada, ou por sangue contaminado ao entrar na corrente sanguínea - como através da partilha de agulhas de drogas. (Tradução livre).

O pôster é mais um em resposta ao medo dos sujeitos do contágio através do contato com alguém que tinha o vírus da aids. O título começa com uma afirmação de que alguns indivíduos acham que pode “pegar” aids de um copo. Em seguida aparece uma imagem do copo e em letras garrafais e sublinhado para ter destaque: “Você não pode”. A publicidade utilizada tenta chamar atenção do público por meio de uma frase de impacto e afirmação de um imaginário social. O espectador ao ler a mensagem e logo conduzido por meio do olhar para a imagem do copo e a resposta. Além disso, novamente é possível notar o uso de palavras, como: “*catch*”, que também possuem o significado de “pegar”. Como no Brasil, muitas vezes as mensagens eram carregadas também por esse sentido de que a aids poderia te “pegar”.

Após o jogo da imagem com as palavras, um texto sobre as formas de se “pegar” aids, em que possui a Associação Médica da Califórnia, uma fala da medicina, como voz autorizada a falar sobre o assunto, de forma que deixam clara que nenhuma das formas de transmissão que envolvam apenas o contato com outra pessoa infectada ou com os objetos utilizados por ela é capaz de transmitir o vírus da aids. Interessante também é a preocupação da mensagem em não apenas desmistificar a ideia da transmissão por contato, mas também de educar que o vírus da aids, porém sem mencionar HIV, é transmitido através de relações sexuais sem o

uso do preservativo ou por compartilhamento de seringas. Além disso, a utilização da noção de risco é ativada não para aumentar o medo, mas para abrandar situações que envolvam pânico pelo contato.

Assim, segundo informações da própria biblioteca é de sensibilizar a comunidade nos Estados Unidos para diminuir os medos infundados sobre a transmissão do vírus da aids. Essa propaganda fez parte de uma campanha:

(...) “lutar contra o medo com os fatos”, de 1987, com o uso da mídia para educar o público em geral, não especificamente grupos de alto risco. Projetado para aumentar a consciência e compreensão sobre a AIDS, o objetivo da campanha incluiu apresentar os fatos, reduzindo o medo, refutando equívocos, e direcionando o público a fontes de informação adicionais. (Tradução livre).¹²⁰

120 Disponível em:
<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidstransmission.html>

“You Won’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek”¹²¹

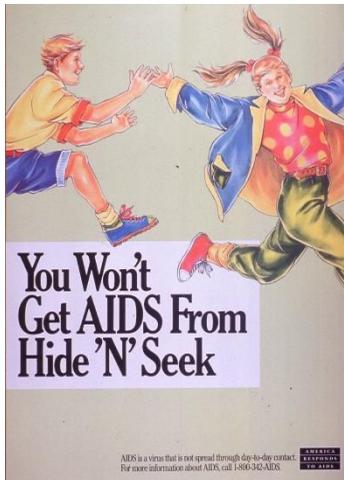


Imagem 40: “You Won’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek”

Este pôster segue mais um das campanhas que estavam preocupadas em desmistificar a ideia de contágio pelo contato com uma pessoa com o vírus da aids, em especial, no ambiente escolar. Desta forma, segue o título: “*You Won’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek.*”. (Tradução livre) “Você não pega aids brincando de esconde-esconde.” E a imagem de duas crianças correndo em referência a brincadeira.

No final do pôster: “*AIDS is a vírus that is not spread through day-to-day contact.*” (Tradução livre). “AIDS é um vírus que não é transmitido no contato do dia-a-dia.” Para informar e reforçar a mensagem do cartaz.

Segundo informações do texto do site da biblioteca nacional de medicina dos Estados Unidos, durante a década de 1980, pais e

¹²¹ Título: “*You Won’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek.*”, anos de 1980. Tradução: “Você não pega Aids brincando de esconde-esconde.” (Tradução livre). “*Part of the CDC’s tireless campaign against AIDS misinformation (Centers for Disease Control, 1980s).*” Parte da campanha incansável do CDC contra a desinformação AIDS. (Centers for Disease Control, de 1980)

Informações retiradas do site:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/survivingandthriving/digitalgallery/detail-A027893.html>

professores expressavam preocupações do contato na escola entre crianças sem o vírus da aids com crianças sem vírus, com medo do risco de contágio.

“My boyfriend gave me AIDS.”¹²²

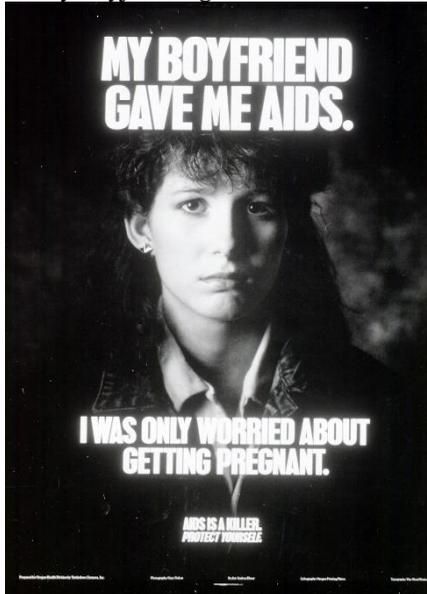


Imagem 41: *“My boyfriend gave me AIDS.”*

Mensagem logo abaixo da imagem: *“I was only worried about getting pregnant.”* “Eu só estava preocupada em ficar grávida.” (Tradução livre). E outra mensagem segue, com letras menores: *“AIDS is a killer. Protect yourself”*. AIDS é uma assassina. Proteja-se. (Tradução livre).

Este pôster segundo informações da própria biblioteca NLM é direcionada a um público alvo: as mulheres heterossexuais. A imagem é de uma mulher que sob a luz em sua face expressa um olhar triste e de culpa. O título é direto e irônico, pois em uma relação namorados se presenteiam, porém neste caso é posta que o

¹²² Título: *“My boyfriend gave me AIDS.”*, 1987. Tradução: “Meu namorado me deu AIDS.” (Tradução livre). Direitos autorais reproduzidos com a permissão do Departamento de serviços humanos de Oregon. Informações retiradas do site: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/target.html>

namorado deu a ela aids. A mensagem: “Eu só estava preocupada em ficar grávida”, também vai no mesmo sentido irônico, ao expressar a preocupação das mulheres em ficarem grávidas. A afirmação parece remeter uma inocência e ao mesmo tempo culpa.

“This is show AIDS victims see.”¹²³

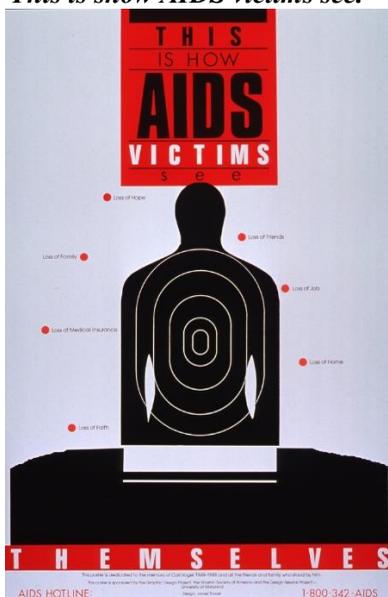


Imagem 42: *“This is show AIDS victims see.”*

O pôster acima é de 1989, também parte do acervo da biblioteca de Medicina dos Estados Unidos, que traz alguns cartazes como este, que durante a década de 1980, também foram voltados para despertar a solidariedade da realidade de sujeitos que viviam com a AIDS. A publicidade aqui foi utilizada para despertar a empatia dos sujeitos que não estavam contaminados e lembrar o quanto quem vive com aids sofria com um cenário de perdas. Assim, a imagem do cartaz contém uma figura humana, que representa o alvo, como se fosse um alvo de tiros, representados

¹²³ Título: “This is show AIDS victims see.”, 1989. Tradução: “É assim que uma vítima de AIDS se vê.” (Tradução livre). Reproduzido com a permissão de James Thorpe. Informações retiradas do site: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/living.html>

por várias perdas, em decorrência do vírus da aids. Seguem as traduções do títulos e mensagens:

“*This is show AIDS victims see.*” Tradução:

“É assim que uma vítima da AIDS se vê.”

“*Loss of Hope*”: Perda da esperança

“*loss of Family*”: Perda da família

“*Loss of Medical Insurance*”: Perda do Seguro Médico

“*Loss of Faith*”: Perda da Fé

“*Loss of Friends*”: Perda dos amigos

“*Loss of Job*”: Perda do emprego

“*Loss of Home*”: Perda da casa. (Tradução livre).

Segundo informações do texto informado pelo site da biblioteca, o cartaz foi uma criação artística para uma exposição de artistas gráficos, que abordaram os problemas associados com a propagação global de HIV/aids em 1989. A imagem evoca uma sensação de que as vítimas encontravam-se sem saída de vários problemas, que envolviam desde a perda da família e dos amigos até a perda do emprego e de uma situação financeira estável.

“AIDS is scary, but a Zit is real. Right?”¹²⁴

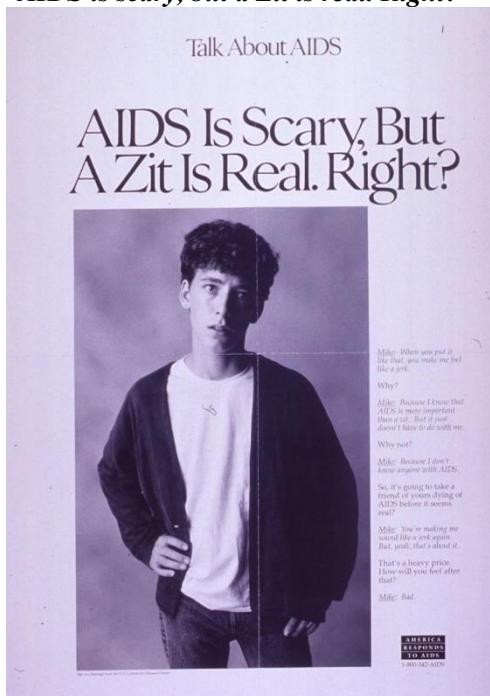


Imagem 43: “AIDS is scary, but a Zit is real. Right?”

O título: “AIDS is scary, but a Zit is real. Right?” “A AIDS é assustadora, mas uma espinha é real, certo?” (Tradução livre) é voltado ao público masculino adolescente, em referência à maneira do adolescente crer apenas nas coisas que ele pode ver.

¹²⁴ Título: “AIDS is scary, but a Zit is real. Right?”, dos anos de 1980. Tradução: “A AIDS é assustadora, mas uma espinha é real, certo?” (Tradução livre). Produzido pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). (Centro de Controle e Prevenção de Doenças).

O CDC dos EUA tenta sensibilizar sobre a AIDS entre “Mike” e os adolescentes. (Anos de 1980). Este cartaz passou aos pais sobre os desafios de falar com um adolescente sobre a AIDS, mas sublinhou que a questão era relevante e importante para os jovens americanos. Informações retiradas do site:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/survivingandthriving/digitalgallery/detail-A027888.html>

O diálogo que segue ao lado da imagem do garoto trata sobre uma conversa fictícia de adolescentes homens. O objetivo era incentivar o diálogo sobre a aids e os adolescentes, utilizando falas sobre a vergonha e ansiedade dos adolescentes em lidar com o medo, segundo o texto informado pela biblioteca de medicina. Assim, segue o diálogo do pôster seguido da tradução:

Mike: *When you put it like that, you make me feel like a jerk.*

Mike: Quando você fala assim, você me faz sentir como um idiota.

why?

Por quê?

Mike: *Because I know that AIDS is more important than a zit. But it just doesn't have to do with me.*

Mike: Porque eu sei que a AIDS é mais importante do que uma espinha. Mas ela simplesmente não tem a ver comigo.

Why not?

Por que não?

Mike: *Because I don't know anyone with AIDS.*

Mike: Porque eu não conheço ninguém com AIDS.

So, it's going to take a friend of yours dying of AIDS before it seems real?

Então, é preciso um amigo seu morrer de AIDS para parecer real?

Mike: *You're making me sound like a jerk again. But, yeah, that's about it.*

Mike: Você está me fazendo parecer um idiota novamente, mas, sim, é sobre isso.

That's a heavy price.

Isso é um preço muito alto.

How will you feel after that?

Como você vai se sentir depois disso?

Mike: *Bad*

Mike: Péssimo

(Tradução livre).

A conversa tenta passar a ideia de que o adolescente possui a ideia de que ele é inatingível, ainda mais, quando ele não vê, como uma espinha. Além disso, há a ideia de que estão imunes aos perigos, pela relação com o momento de descobertas e uma noção de risco que os faz crer em uma onipotência. Mas no diálogo, o

adolescente é chamado para refletir, que então ele passará a dar importância ao risco de contrair o vírus da aids, depois de ver um amigo morrer de aids. A resposta do adolescente, demonstra a vergonha de reconhecer que a aids merece atenção.

“AIDS, get the facts.”¹²⁵

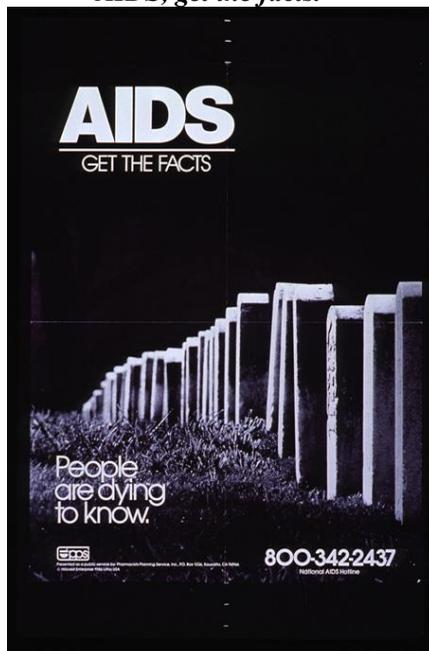


Imagem 44: *“AIDS, get the facts.”*

Este pôster, de 1986, como anterior tem o objetivo de despertar nos sujeitos a ideia de que mesmo sem ver a doença era preciso ficar atento aos fatos, como forma de despertar a noção de risco para perceberem que a aids mata. Tradução: *“AIDS, get the facts.”* Conheça os fatos. *“People are dying to know.”* “As pessoas estão morrendo de vontade de saber.” (Tradução livre)

¹²⁵ Título: *“AIDS, get the facts.”*, 1986. Tradução: “Conheça os fatos.” (Tradução livre). “Publicado pelos Farmacêuticos do Serviço de Planejamento. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/survivingandthriving/digitalgallery/detail-A025106.html>

Porém, esta estratégia de prevenção, coloca a aids como uma sentença de morte e até desrespeitosa com as pessoas que morreram em decorrência da síndrome, pois não só mostra imagens de túmulos em um cemitério, como também realizou uma ironia ao dizer que as pessoas estão morrendo de vontade de saber. A utilização de recursos de medo como este foi uma tentativa de ativar uma noção de risco que beirava o medo do simples aperto das mãos. Muitas vezes, o que parece é que os programas de saúde criavam campanhas para desmitificar medos que elas mesmas haviam construído nas campanhas de prevenção. De forma que, o medo não gera motivação para se prevenir e nem tampouco representa esperança para quem vive com o vírus da aids. Ela causa uma sensação de passividade, de letargia ou mesmo de impotência.

“If you’ve had two sex partners.”¹²⁶

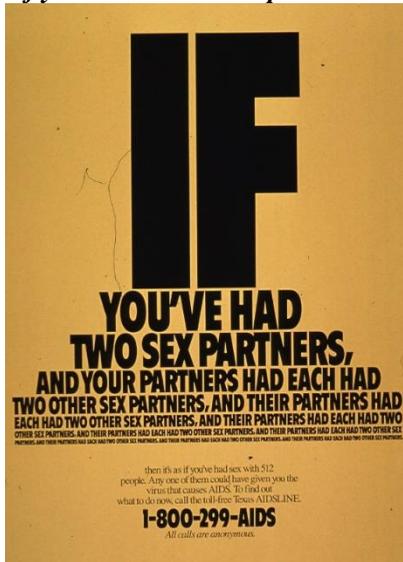


Imagem 45: *“If you’ve had two sex partners.”*

¹²⁶ Título: *“If you’ve had two sex partners.”*, 1986. “Se você já teve dois parceiros sexuais.” (Tradução livre). Reproduzido com a permissão do Departamento de Saúde do Texas. Informações retiradas do site: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidstransmission.html>

O pôster acima de 1986, passa a imagem por meio do jogo das palavras e frases de uma espécie de cadeia de transmissão do vírus da aids. Assim segue o título: “*If you’ve had two sex partners*”. “Se você já teve dois parceiros sexuais.” (Tradução livre).

Abaixo o jogo das frases, que tanto faz uma ironia por meio do tamanho das palavras, que se iniciam em letras garrafais e diminuem, como uma alusão ao infinito, quanto as próprias frases que são escritas para dizer ao expectador que ao ter relação sexual com uma pessoa você também está tendo com os parceiros sexuais dela anteriores. Segue o jogo de frases: “*If you’ve had two sex partners, and your partners had each had two other sex partners, and their partners had...*” “Se você já teve dois parceiros sexuais e seus parceiros tiveram cada um dois outros parceiros sexuais, e seus parceiros tiveram...” (Tradução livre).

Ao final a mensagem que reforça o slogan anterior: “*The it’s you’ve had sex with 512 people. Any one of them could have given you the virus that causes AIDS. To find out what to do now, call the toll-free Texas AIDSLINE*”. “Isso é como se você tivesse relações sexuais com 512 pessoas. Qualquer um deles poderia ter-lhe passado o vírus, que causa a AIDS. Para saber o que fazer agora, ligue para Texas AIDSLINE.” (Tradução livre). Esse reforço parece mais uma vez mostrar a cadeia de transmissão, mas além disso, tem a função de fazer o expectador visualizar de maneira mais enfática o que poderia corresponder como resultado desta cadeia, ao mencionar o número de 512 pessoas. Essa rede de transmissão propõe que mesmo em uma relação monogâmica, a trajetória sexual de cada sujeito pode revelar um histórico sexual que pode levar o vírus da aids a uma nova relação afetivo-sexual.

A noção de risco empregada é de que ter relações sexuais sem o uso do preservativo implica no risco de contrair o vírus da aids, por conta das relações sexuais anteriores do parceiro atual. É também uma noção que tenta quebrar o sentimento de confiança que casais adquirem por conta da afetividade no início da relação. É melhor se deleitar com a paixão e todos os sentimentos bons que ela gera, do que se entregar ao medo de que a pessoa amada possa representar algum risco. Outra função desta propaganda é revelar os perigos de uma promiscuidade sexual, ao revelar o risco de ter muitas relações sexuais. Era uma forma de abordagem educativa, com o uso do medo, como forma de mudar o comportamento sexual.

3.4 A noção de risco como um dispositivo biopolítico

O objetivo é analisar como nos discursos das campanhas de prevenção à aids produzidas pelo Brasil nas campanhas produzidas pelo CDC existem dispositivos biopolíticos, que caracterizam uma contemporaneidade permeada por um corpo que é manipulável, em que existe um investimento de poderes que se traduzem em adequadas formas e estilos de vidas a serem seguidos pelos sujeitos.

Para tanto utilizo a perspectiva teórica de Michel Foucault, e o conceito de biopolítica, que foi utilizado pela primeira vez em uma conferência ministrada pelo autor em 1974 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Esta conferência foi ainda publicada em 1977 sob o nome de: *O Nascimento da Medicina Social* segundo Caponi (2009). O termo biopolítica foi desenvolvido a partir do conceito de biopoder, em que Foucault se debruçou nas obras: *História da Sexualidade I: Vontade de Saber*, escrita em 1976 e *Em defesa da sociedade*, que reuni as aulas do curso no *Collège de France*, que ministrou de 1976 até 1984.

O biopoder é compreendido por Foucault como uma técnica de investimento que começa pelo corpo, em que as sociedades capitalistas investiram em técnicas para adestrar esse corpo como produtivo, como dócil e manipulável. Assim de uma *anátomo-política do corpo humano* para *Bio-política* como postas como técnicas sobrepostas, desenvolvidas a partir do século XVII, que eram centradas nos corpos para torná-los úteis e dóceis. No entanto, a segunda técnica formou-se por volta da metade do século XVIII, cuja a preocupação passou a ser com eventos da população, controlados pela probabilidade e todos os processos biológicos, como os nascimentos e a mortalidade. Além disso, a saúde e a longevidade passaram a ter uma série de intervenções e controles reguladores.

Para Giorgio Agamben, analisa Pelbart (2004) não se trata de “fazer viver e deixar morrer” como propôs Foucault, mas sim de fazer sobreviver. Uma sobrevida vida que é modulável. Assim:

No contínuo biológico, ele busca até isolar um último substrato de sobrevida modulável e virtualmente infinita que constitui a prestação decisiva do biopoder de nosso tempo. Trata-se, no homem, de

separar a cada vez a vida orgânica da vida animal, o não-humano do humano, o mulçumano (era o cadáver ambulante, uma reunião de funções físicas nos seus últimos sobressaltos. Era o morto-vivo, o homem-múmia, o homem-concha) da testemunha, a vida vegetativa, prolongada pelas técnicas de reanimação, da vida consciente, até um ponto limite que, como as fronteiras geopolíticas, permanece essencialmente móvel, recua segundo o progresso das tecnologias científicas ou políticas. A ambição suprema do biopoder é realizar no corpo humano a separação absoluta do vivente e do falante, de *zoè* e *biòs*, do não-homem e do homem: a sobrevida”. (PELBART, 2004, p.2).

Desta forma, existe uma lógica de biopolítica contemporânea, que foi estudada também por outros autores que partiram do conceito de Foucault, para compreender como a vida contínua a fazer parte não só dos cálculos estatísticos, mas também sob a regulação do imperativo da vida saudável e da era do sexo seguro. Assim, a noção de risco passa a ser um mediador das maneiras de viver nas sociedades ocidentais contemporâneas e das maneiras de se relacionar com os sujeitos. Esse poderoso dispositivo biopolítico exige de cada um de nós responsabilidades, maneiras corretas de agir, pois do contrário, como vimos com o advento da Promoção da Saúde, que gerencia a aplicabilidade dessa noção de risco nas políticas de prevenção à aids, por exemplo, seremos julgados por uma nova moral, seremos tachados de irresponsáveis, de descontrolados, tudo isso sob a faceta de que viver em uma bolha (alusão a proteção) representará a continuação da vida enquanto espécie (sociedade).

Analisa também Ortega (2004) que:

A saúde perfeita tornou-se a nova utopia de nossas sociedades. Ela é tanto meio quanto finalidade de nossas ações. Saúde para a vida. Mas também viver para estar em boa forma. Viver para fazer viver as biotecnologias. Assim, a nova moral que estrutura a biopolítica da saúde é a: Moral do bem-comer (sem colesterol), beber um pouco (vinho tinto para as artérias), ter

práticas sexuais de parceiro único (perigo de AIDS), respeitar permanentemente sua própria segurança e a do vizinho (nada de fumo). Trata-se de restaurar a moralidade plugando-a de novo no corpo. O controle sobre o corpo não é um assunto técnico, mas político e moral. (ORTEGA, 2004, p.14).

“Fazer viver as biotecnologias”, tem se tornado cada vez mais o objetivo dos sujeitos em sociedade, que buscam de maneira incessante a sonhada “boa forma” e aos que fogem aos padrões de beleza de dessa moral do “bem-estar”, tornam-se sujeitos incompletos, imorais, que muitas vezes, passam a idealizar essas biotecnologias. Ortega (2004) acredita que: “Bioidentidades: Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna.” (ORTEGA, 2004, p.15). Ainda para o autor, a posição de Foucault parece ser ambígua, pois trata-se de resistir na biopolítica ou a biopolítica?

Com esse questionamento, podemos pensar no caso das políticas de prevenção à aids, principalmente as do Ministério da Saúde, de forma que ao realizarmos um estudo cronológico sobre as diferentes formas de abordagens iremos perceber as mudanças e até avanços em termos de sensibilidade, de um discurso menos preconceituoso com as pessoas que vivem o HIV/aids. No entanto, a grande questão é se estaremos resistindo a uma forma de biopolítica ou resistindo na biopolítica? Me parece que o caminho proposto por este trabalho é justamente analisar como mesmo com os avanços em termos de abordagens das campanhas publicitárias e tratamento da doença, é possível perceber como existe uma tentativa de homegeinizar estilos de vida e regular o sexo. O discurso do risco apontado nas campanhas, mostrou essa característica, mascarado por um discurso de liberdade, de que o sujeito que se ama é livre, do sujeito que sabe fazer boas escolhas, ser ponderado e ter poucos parceiros sexuais, é aquele que será livre. Ao fim das contas, sua liberdade será alcançada mediante as recomendações dos discursos da saúde e nos fará como colocou Ortega (2004) como: “peritos de nós mesmos”, que representa uma tecnologia governamental.

Agnes Heller segundo Ortega (2004), compartilha desta hipótese, ao dizer que o campo das reivindicações sociais são sempre grupos organizados biopoliticamente.

O contexto das reivindicações é sempre o dos grupos biopoliticamente organizados, constituídos precisamente por essas tecnologias de governo. E em nome da autonomia dos idosos que fazemos as reivindicações, a mesma autonomia que se encontra na base das próprias tecnologias governamentais. De fato, ganhamos autonomia, mas a autonomia para nos vigiarmos, a autonomia e a liberdade de nos tornamos peritos, *experts* de nós mesmos, da nossa saúde, do nosso corpo. (ORTEGA, 2004, p.17).

Para Heller ao abordar movimentos que buscam resistência e quebrar ideias hegemônicas, acabam sendo despolitizados, devido a uniformização dos sujeitos. Assim:

(...) a crítica de Agnes Heller se dirige não contra os assuntos em si; eles são, evidentemente, importantes, mas contra a maneira de serem abordadas na biopolítica de raça, gênero, saúde. Pois, ao serem abordados biopoliticamente, são imediatamente despolitizados, devido à mencionada “tendência a uniformizar o sujeito, sua intolerância respeito ao insólito e ao excêntrico, sua inclinação a uma ditadura da maioria, sua predileção por modelar uma ‘opinião correta’ coletiva e coisas semelhantes.” Heller e Feher, 1995, p. 119-120 (Apud ORTEGA, 2004, p. 17).

O imperativo do viver mais é apontado também por Santos (2002) como:

(...) uma narrativa possível e passível de se concretizar, não somente em termos individuais, mas especialmente em termos populacionais (dos números). Em outras palavras, não se pode negar que embora a biomedicina tenha nos inscrito em determinados regimes de verdade (assim como qualquer outro discurso), seus saberes e aparatos acabaram por produzir mais vida, tanto individualmente, no sentido de “viver mais” (aumentar a expectativa de vida), quanto coletivamente,

no sentido de “morrer menos” (diminuir a mortalidade). Contudo, segundo o discurso do risco em saúde, para se viver mais é preciso, tal como referi anteriormente, que se siga determinadas condutas prescritas por certos tipos de especialistas, e essas condutas (e.g., diminuir o número de parceiros sexuais, usar o preservativo, postergar uma relação sexual desprotegida etc.) levam a mais vida. Embora esse tipo de governo nos situe como sujeitos aptos a operar autonomamente, sendo capazes de fazer algumas escolhas, essas devem ser feitas em uma dada direção, descritas por determinados campos de saber como as mais corretas/seguras/melhores. Assim, esse governo à distância é profundamente dependente dos saberes especialistas. (SANTOS, 2002, p. 265).

Muito mais do que impor um comportamento e o dispositivo do preservativo, é maneira como as políticas tentam condicionar comportamentos apresentando a ideia de que manter uma boa saúde, viver na linha do equilíbrio é a única forma de conseguir a liberdade e proteção. Para Czeresnia (2004) seria uma “autonomia regulada, em que cria-se uma esfera da liberdade”. “O sujeito exerce sua autonomia mediante a capacidade de realizar, ativa e livremente, escolhas informadas que minimizam riscos.” (CZERESNIA, 2004, p.447).

As palavras de ordem parecem ser na atualidade, como discorre Santos (2002) “autocontrole”, “autoconhecimento”, “automelhoria”, que são discursos proferidos pela Saúde Pública e reproduzidos e sustentados pela grande mídia e são transpassados a toda população. Segundo Luton (Apud SANTOS, 2002) se envolver nessas formas de autor regulação é uma forma de exercer o autogoverno.

Assim, segundo os mesmos discursos que instauram esses modos de (se) governar através do risco, aqueles sujeitos que não se engajam nessa tarefa infinita de “se cuidar”, “se prevenir” e “se amar”, segundo dadas prescrições, são vistos como não exercendo um cuidado adequado com seu corpo e sua saúde (vide Luton, op. cit.). O

comportamento de evitar do risco, e.g., seguindo as prescrições tanto de um governo que se dá à distância (e.g., através de campanhas de prevenção de massa via mídia televisiva) quanto de uma intervenção face-a-face (e.g., através da relação médico-paciente em uma consulta), passa a ser visto como um empreendimento moral ligado ao autocontrole, autoconhecimento e auto melhoria, em que o engajar-se nesses discursos significa engajar-se em uma forma de autogoverno que envolve, segundo Luton (Ibid.) a aceitação e a “internalização” dos objetivos do governo institucional. Além disso, como o projeto de *selfhood* é um projeto para toda a vida, também o projeto de se evitar o risco, como uma tecnologia de si, é um projeto sem fim, requerendo eterna vigilância (Lupton, 1999a, p.91 (Apud SANTOS 2002, p. 267 e 268).

Risco é compreendido como uma tecnologia moral, em uma forma de manejo do sujeito com o objetivo da probabilidade. O sujeito torna-se ainda de acordo com Czeresnia (2004) dissolvido e substituído por uma combinatória de fatores de risco.

Ocorre então um processo de regulação em que os sujeitos são impelidos a realizar voluntariamente escolhas saudáveis orientadas por cálculos de risco. Neste contexto, risco na sociedade de hoje é compreendido como tecnologia moral, através da qual sujeitos e grupos sociais são manejados para estar em conformidade aos objetivos do Estado neo-liberal. (CZERESNIA, 2004, p. 451).

Já Spink (2010) se pergunta: “Qual a conexão entre risco e governamentalidade?”

Trata-se pois de um breve apanhado sobre o cálculo de risco como estratégia de governo que implica o entrelaçamento da emergência de uma prática (a de registros, de natalidade e morbidade, entre outros), de uma certa tecnologia – o cálculo de probabilidade – que, em conjunção, dão

visibilidade ao agregado denominado população, e de uma ciência de governo que tem a população como objeto. (SPINK, 2010, p.2).

Como aponta Lupton (1999a (Apud SANTOS, 2002) o termo risco não foi abordada nos estudos de Foucault, mas a partir da governamentalidade, outros autores se debruçaram como o risco é um fenômeno sociocultural dentro de uma lógica neoliberal.

Assim:

(...) destaca que o próprio Foucault não trabalhou com o tópico risco, mas que muito do que ele disse sobre a governamentalidade e a modernidade foi utilizado por diferentes autores na análise do risco como um fenômeno sócio-cultural. Ela também destaca que essas análises que empregam a noção foucaultiana de governamentalidade para discutir o risco estão especialmente interessadas nos modos como esse opera no ethos político neoliberal. Ainda segundo essa autora, um aspecto importante a se destacar no entendimento do risco a partir da noção de governamentalidade de Foucault é, precisamente, como os discursos, as estratégias, as práticas e as instituições servem para trazer o risco à existência, construindo-o como um fenômeno. Assim, às análises dessa ordem não é importante a natureza do risco em si, mas sim, tal como aponta Dean (1999b), o que se agrega a ele. (...) De uma forma ou de outra, marcados ou não, todos foram posicionados em algum lugar relativamente ao risco. Risco que, a partir de uma perspectiva foucaultiana, constitui-se como “uma tecnologia moral”, que subjuga o tempo e disciplina o futuro (Lupton, 1999, p.87 (Apud SANTOS, p. 266 e 267).

A partir dos estudos de Foucault e do termo biopolítica autores deram continuidade ao paradoxo proposto por Foucault (1999).

Como se pode fazer um biopoder funcionar e ao mesmo tempo exercer os direitos da

guerra, os direitos do assassinio e da função da morte, senão passando pelo racismo? Era esse o problema, e eu acho que continua a ser esse o problema como uma sociedade que deseja proliferar a vida tem o poder assassinio sobre ela? (FOUCAULT, 1999, p.315).

Outros autores se debruçaram sobre esse paradoxo posto por Michel Foucault, como: Giorgio Agamben, Agnes Heller, Roberto Esposito e Hannah Arendt. Arendt mesmo não utilizando este termo, escreveu sobre o campo de concentração e anulação da vida, o que caracteriza um estudo paralelo sobre a biopolítica. Desta forma, Ortega (2004) mostra como a autora trabalhou com a noção de biopolítica.

Hannah Arendt (1995, 1997) também diagnosticou o “umbral da modernidade biológica”, quando, nas suas investigações sobre o fenômeno totalitário, sublinhava como nos campos de concentração nazistas e stalinistas operava-se a transformação da natureza humana, visando a redução biopolítica dos indivíduos ao mero fato biológico, a “vida nua”, ou ao que ela chamava a “abstrata nudez de ser unicamente humano”. (ORTEGA, 2004, p. 10).

Segundo Foucault (1988) o biopoder, caracterizado por ele como uma técnica, não que deixou de existir, mais que esteve sobreposta, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que foi garantido por conta do controle dos corpos e ajustamentos dos fenômenos de população. Interligado a isso ocorreu uma proliferação das tecnologias que se preocupam com saúde, as maneiras de se alimentar, de morar e as condições de existência da população. Outra mudança nesse processo foram as doenças, que passaram a ser alvos dessa nova política, deslocando a atenção para as endemias pela duração e intensidade que atingem a população, pois essas doenças que de princípio não causam mortes, mas perturbam e diminuem o tempo de trabalho, causam baixa energia e por fim custos econômicos.

Essa biopolítica ainda de acordo com o autor vai tratar da multiplicidade de fenômenos ligados a população, como as estatísticas, a noção de probabilidade, por meio de mecanismos

sutis por meio da normalização do saber e a medicalização da população. “Na perspectiva foucaultiana as estratégias de prevenção de doenças são interpretadas como capazes de exercer uma função disciplinar de controle e regulação.” (CZERESNIA, 2004, p. 451).

Como nos aponta o filósofo, no século XIX, a sexualidade foi esmiuçada nos seus mínimos detalhes, perseguida nas condutas, nos sonhos, nas mínimas loucuras. O dispositivo da sexualidade criou o desejo do sexo, de tê-lo, de descobri-lo, liberá-lo, articulá-lo em discurso e formulá-lo em verdade. E esses mecanismos de poder que se

Além disso, houve uma remodelação no espaço urbano, onde nas cidades passou a existir uma preocupação em esquadrihar o espaço urbano. Essa reorganização das cidades criou uma forma de organizar, ordenar e gerenciar uma população. As instituições ligadas ao Estado começaram a ter mais legitimidade para arbitrar as questões ligadas ao cidadão. Por exemplo, no Rio de Janeiro, com todo o projeto de urbanização e modernização em vigor, os cortiços, bem como os cidadãos pobres passaram a ser alvos de visitantes, frutos de medidas higienistas, que vistoriavam se as moradias e sujeitos representavam risco à saúde (CHALHOUB, 1996).

Caso tais visitantes constatassem risco a saúde, decretavam a demolição de cortiços e tratavam de afastar os pobres. Estes passaram a ser vistos como sinônimo de atraso e impedimento do progresso. O discurso sobre o progresso criou a imagem de um futuro promissor e para tanto era necessário ter-se uma população sadia e produtiva, com isso, medidas de profilaxia eram vitais neste processo e a noção de risco começou a estar mais presente por parte destas instituições que passaram a ter uma maior arbitragem social. Segundo Giddens (1993, p.27) a partir de uma leitura de Michel Foucault, “O poder disciplinar supostamente produzia “corpos dóceis”, controlados e regulados em suas atividades, em vez de espontaneamente capazes de atuar sobre os impulsos do desejo”. O discurso sobre a noção risco mobilizou instituições, entre elas, as ligadas à saúde como uma força repressora.

A compreensão do risco, já abordada anteriormente, nos mostra como os discursos de prevenção à aids tentam articular suas campanhas, mesmo que direcionadas para públicos diferentes, com o imperativo do “use camisinha”, ou ainda “faça sexo seguro”, e

isso foi visto principalmente nas campanhas da década de 1990, no Brasil. Nesse sentido, existe uma tentativa de homogeneização dos comportamentos, que é chamada por Ortega (2004) de bioidentidades, em que se criam sujeitos que se unificam por comportamentos iguais ou pelas recomendações dos discursos da saúde pública.

Na atualidade, o discurso do risco e o elemento estruturante básico da biossociabilidade e representa o parâmetro existencial fundamental da vida na modernidade tardia, estruturando o modo pelo qual experts e leigos organizam seus mundos sociais (Castiel, 1999). O corpo e o *self* são modelados pelo olhar censurador do outro que leva à introjeção da retórica do risco. O resultado é a constituição de um sujeito responsável que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o desvio aos riscos. (Ortega, 2004, p. 15).

As bioidentidades, que segundo o autor tornou-se uma noção estrutural da sociedade, por meio do discurso do risco, acaba por balizar as relações e cria uma identidade.

Retorno com um questionamento que foi presente neste trabalho e que é a principal pergunta para o desenvolvimento desse estudo: como cada um de nós possui uma noção de risco frente a possibilidade de contrair o vírus da aids? E por quais motivos gerenciamos esta noção a favor de um prazer, que se apresenta no presente como algo mais importante? De outro lado existe uma noção de risco única por parte das campanhas de prevenção oficiais, que enfatizam que o único problema é a população, que não se previne, que é omissa, além dos discursos, que esperam que a partir da difusão de conhecimento das campanhas de prevenção à aids, o uso do preservativo se torne um hábito, porém é importante fugir dessa lógica racional e compreender que qualquer fato, como no caso, uma ação preventiva está permeada de subjetividades.

Podemos entender assim, que a biopolítica possui um lado excludente também, pois se essas técnicas regulamentadoras buscam a gestão da vida, ou seja, proliferar a vida, como elas podem funcionar ao mesmo tempo com os direitos do assassinio? O racismo de Estado e tantos outros regimes totalitários são

exemplificados como um exercício desse direito assassínio, no sentido de decidir quem deve viver. Essa “morte civil” esteve presente durante a década de 1980, quando muitos homossexuais masculinos cisgênero deixaram de buscar tratamento pelo preconceito e estigma que sofriam diante das ações moralizantes na Saúde Pública. Assim, durante essa primeira década com a aids, momento em que se construía a compreensão da doença, a atenção esteve muito voltada no comportamento entendido como desviante (sexo anal é um exemplo), o que tornou a prevenção mais difícil, porque deixou de informar a população sobre a importância da utilização do preservativo, independente das práticas sexuais. Tais práticas foram percebidas como tabu, o que dificultou a compreensão sobre sexo e preservativo, levando, muitas vezes, as campanhas de prevenção e meios de comunicação a darem uma ênfase na monogamia e mesmo na abstinência sexual. Assim as orientações biomédicas, centradas na prevenção das doenças, parte do princípio que a falta de saúde é causada por formas inadequadas de viver a vida, existindo ainda uma constante persuasão para que os sujeitos adotem modos de vida mais saudáveis, e isso também está ligado ao fato de existir uma hegemonia médica, que se esquece da complexidade dos comportamentos humanos que definem os estilos de vida de cada sujeito, segundo Santos e Oliveira (2010).

Essas técnicas de gerir a vida são mecanismos ou dispositivos de controle que formam o sujeito e capturam a vida. Para Michel Foucault o dispositivo da sexualidade foi ativado para tornar os corpos dóceis e úteis com o biopoder e a biopolítica com os controles em massa das taxas de natalidade, dos controles sobre as famílias, bem como taxas de mortalidade. A partir deste termo utilizado por Michel Foucault, o autor Agamben (2009) considera que o dispositivo seja qualquer coisa que tenha a capacidade de capturar, modelar ou controlar, condutas e os discursos. Segundo Pelbart (2003) esse biopoder contemporâneo produz sobreviventes.

Existem outros muitos dispositivos, principalmente os que pregam o modelo de vida saudável, em que um ideal de saúde é propagado pela mídia e pela indústria médica que constroem a fantasia de que os sujeitos que não seguem o ideal coletivo de saúde ideal estará não só descuidada, como também fora do grupamento humano, segundo Martins (2004). A arte de embelezar passou a ser uma saga contemporânea em que o adestramento dos

corpos segue os preceitos do bem-estar físico, quase como uma teologia, em que os fiéis cada vez mais se aprisionam nessa ideia, de acordo ainda com Soares (2008).

Para esta mesma autora, essa ideia de “bem-estar” pode ser exemplificada por meio também do esporte, que exerceu essa outra forma de sensibilidade, onde combinam uma busca pela aparência física e um individualismo. Ela chama esse fenômeno de mitologia esportiva, que coloca em evidência um único modelo, aquele do sujeito que cuida de sua forma física e de sua aparência, reforçando a ideia de um aparência sempre jovem como norma de vida.

Esta discussão teve o objetivo de dialogar sobre algumas questões suscitadas a partir da análise do discurso sobre a noção de risco utilizada pelas campanhas de prevenção e relacionar com o termo biopolítica, que ajudou a compreender como essas políticas públicas inseridas numa historicidade de organização social, tenta exercer um controle da vida.

3.4.1 Barebacking Sex

A aids, embora tenha perdido seu poder mortífero como apresentado durante a década de 1980 é um tema presente, pelas mudanças discursivas em torno da questão da prevenção. Dentro deste debate, De Paula (2010) discute a questão do *Barebacking sex* no Brasil. *Barebacking* é um termo, segundo o autor, de origem inglesa que denomina um estilo de montaria de cavalo, em que o *cowboy* não usa cela. Foi utilizado como uma prática de roleta russa do sexo, cujo os participantes praticam sexo anal sem preservativo, principalmente entre sujeitos homossexuais masculinos cisgênero, com o objetivo de se infectarem com o vírus HIV, mesmo não sendo uma prática exclusiva deste grupo.

O objetivo do autor foi analisar as discursividades sobre o *barebacking sex* na mídia brasileira, em que a internet foi a ferramenta para a busca documental. E, nesse sentido, praticar de forma consciente o não uso do preservativo em tempos em que impera um discurso preventivo, parece ser uma afronta e um assunto muito polêmico, já que o grande intuito das campanhas de prevenção seja no Brasil ou em outros países é diminuir o número de infectados pelo mundo.

No entanto, nestes mais de trinta anos de campanhas, com a prevenção por meio do uso do preservativo, os discursos sobre os

índices acerca dos números de infectados é por vezes conflitante, pois demonstra que houve uma redução considerável de casos de infecção pelo vírus, mais ao mesmo tempo, as campanhas atentam para um grande número de sujeitos que não utilizam o preservativo em suas relações, independentemente de sua opção sexual. Isso quer dizer que, por mais que tenha ocorrido grande investimento em campanhas de prevenção, os sujeitos fazem conscientemente a opção de não utilizarem o preservativo em suas relações. Esse comportamento que confronta as campanhas é professado pela mídia, pelos médicos e por tantas outras instituições, como resultado de uma doença, uma patologia ou que o sujeito é um inconsequente por não se proteger.

Isso mostra, segundo o autor, que mesmo em meio aos investimentos para a concretização das campanhas de prevenção, os resultados são parciais e revelam que algo escapa as políticas públicas. Esse “algo” que escapa faz parte do objeto de análise do autor, pois parece deslocado como sendo resultado da “desrazão”, da irracionalidade, da anormalidade. Na sua análise, De Paula (2010) utiliza como metodologia os pressupostos teóricos de Michel Foucault, como ferramenta para compreender isso que é colocado na “marginalidade”, o que faz desta obra de grande relevância para nossa contemporaneidade, pois são poucos os estudos, mesmo nas ciências humanas, que visam temas tão polêmicos quanto este.

A opção de um discurso em que prevalece uma conduta sexual para a proteção é produzida pelas campanhas, que lançam uma carga de culpa para o sujeito que pretensamente não utiliza o preservativo. Ao ponto que, os sujeitos constituídos, nas mais variadas formas de sexualidade, se veem quase que obrigados a alimentar um retórica de bom senso, em que os sujeitos dizem uma coisa, mas praticam outra. Dito de outro modo, os discursos proferidos sobre a prevenção são ditos para não contestarem as políticas públicas e nem serem vistos como uma afronta, mas na prática muitas pessoas não utilizam o preservativo.

Dizer de forma consciente que não se faz a opção de não utilizar o preservativo é motivo quase que certo de muita reprovação. A isso, o autor, emprega o uso da *parrhesia*, analisada por Michel Foucault, como sendo algo que apareceu pela primeira vez na literatura grega em Eurípedes, como sinônimo de liberdade de expressão, ou ainda de alguém que em público, “diz tudo que está em mente”. Os sujeitos praticantes do *barebacking*, segundo

o autor, poderiam ser associados nesta categoria, já que por meio de falas dos praticantes é possível observar a *internet*, um meio virtual, mas público, que traz esses sujeitos defendendo a postura de não utilizarem o preservativos por meio desta prática. O autor, não vê tanto essas manifestações como uma forma de resistência, mas sim como uma forma de expressar uma liberdade de escolha sexual.

As declarações dos praticantes de *barebacking* são postas neste trabalho como forma de analisar como essas posturas são percebidas aqui no Brasil pelas instituições e profissionais ligados à área da saúde, da psicologia e das instituições judiciais, como sendo algo “doente”, “anormal”, quase como um atentando a vida. E nesse sentido, é preciso perceber como a biopolítica, analisada por Foucault, tanto no livro *História da sexualidade 1*, quanto *Em defesa da sociedade*, é uma gestão da vida, que se encaixa dentro do processo disciplinar, que rompeu com um poder soberano, onde prevalecia o poder da morte em detrimento da vida, que vem ocorrendo desde o século XVII, primeiramente com a disciplinarização dos corpos e mais adiante no século XVIII com a disciplinarização das massas, da população.

A palavra “risco” foi adotada pela epidemiologia e pelas políticas públicas como forma de exercer sobre os corpos uma prevenção ao vírus da aids. Essa palavra é usada na atualidade como sinônimo de algo perigoso, mas ela pode ser compreendida também como sinônimo de aventura e logo fonte de prazer. Na prática do *barebacking*, segundo o autor, “(...) acredita-se que o sujeito é conhecedor dos princípios básicos acerca da infecção pelo HIV, ou seja, o sujeito tem informações que podem ser utilizadas para a tomada de decisões e sobre a probabilidade de eventos futuros (...)” (DE PAULA, 2010, p.176). O risco ainda conduz a pensar que trata-se de uma forma de poder e governamentalidade, em que no caso da aids, segundo o autor, “(...) criam-se estratégias e intervenções generalizadas que não levam em conta as particularidades culturais, morais, políticas, econômicas (...)” (DE PAULA, 2010, p. 208).

Mesmo o risco sendo uma opção pelos praticantes, tal prática gera alguns debates contra, principalmente de alguns juristas, dos quais o autor demonstra o discurso que considera o *barebacking* algo que pode levar a prisão. O argumento decorre do defasado Código Penal Brasileiro de 1940, com os artigos 130 e

131, posto como forma de qualificar tal prática como crime. O artigo 130 pune transmissão do vírus, intencional ou não e o artigo 131 considera, perigo de contágio de moléstia grave, como a sífilis e logo a aids.

De toda forma, não se conhece até o momento, a condenação por estes artigos, por imaterialidade¹²⁷ e por possíveis consensos dos praticantes, seja de *barebacking* ou usuários de drogas injetáveis, por entender que os sujeitos têm a consciência de participarem de tais práticas. Desde a década de 1980 foram registradas histórias publicadas pela mídia impressa, que contam casos de sujeitos que buscaram infectar intencionalmente outras e que houve uma tentativa de aplicação destes artigos, mas não sua condenação.

Em dissertação de mestrado, já apresentada neste trabalho, analisei histórias em Florianópolis acerca da transmissão intencional do vírus da aids, da chamada “Gangue da Aids” ou “Pacto da morte”. O caso foi levado às últimas instâncias e um inquérito policial foi aberto acusando três dos jovens por serem protagonistas desse caso, incriminando-os dentro dos dois artigos mencionados (130 e 131 do Código Penal Brasileiro). Após entrevistas e muitos discursos, o promotor de justiça arquivou o caso por imaterialidade. A análise destes artigos mostra que os argumentos não se sustentam para condenar os praticantes de *barebacking*, pois segundo o autor, a lei tem pouco efeito sobre o comportamento sexual da população.

Esta pesquisa, em que o autor se propôs a verificar as discursividades sobre a prática do *barebacking* na *internet* e no contexto social brasileiro, por meio dos conceitos de Michel Foucault contribuiu para pensar sobre o sujeito do discurso, a biopolítica e o dispositivo da sexualidade. Ademais, este estudo possibilitou perceber, segundo o autor, como o fenômeno *barebacking* mostra uma realidade muito complexa, com muitas interpretações. Em meio a essa complexidade, ele ainda expõe as dificuldades de escolher entre “onde se diz” e “quem diz”, para definir a análise. “Para Foucault, o que define o sujeito é o lugar de onde esse fala, ou seja, “não importa quem fala, mas o que ele

¹²⁷ Falta de provas. No caso das pessoas que praticam o *barebacking* elas tem a consciência do risco de infecção pelo vírus HIV. Além disso, não é possível exigir testes das pessoas e incriminá-las por estarem infectadas com o vírus.

diz não é dito de qualquer lugar.” Foucault, 1987, p.139 (Apud DE PAULA, 2010, P. 206).

Este estudo contribuiu para mostrar as discursividades em torno da prática do *barebacking*, que demonstrou que a prática está voltada para homossexualidade e como o homossexual é considerado um pré-doente, por conta do alto risco do jogo de se infectar com o vírus HIV. De forma que, seus praticantes são considerados sujeitos irresponsáveis ou criminosos, que estão passíveis de intervenções advindas dos discursos da verdade.

Desta forma, este estudo do *barebacking* contribuiu para compreender como os sujeitos podem escolher assumir riscos em prol do prazer. A própria assunção dos riscos é encarada pelos participantes como prazer. O risco-prazer pode ser algo mais presente do que a possibilidade de contrair o vírus da aids. Estas escolhas não envolvem falta de conhecimento, mas sim a de que o desejo e a sexualidade estão além de um pensamento racional preventivo e número de infectados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Illegal, Imoral ou Engorda

(Erasmus Carlos, Roberto Carlos)

*“Vivo condenado a fazer o que não quero
Então bem comportado às vezes eu me desespero
Se faço alguma coisa sempre alguém vem me dizer
Que isso ou aquilo não se deve fazer*

*Restam meus botões...
Já não sei mais o que é certo
E como vou saber
O que eu devo fazer
Que culpa tenho eu
Me diga amigo meu
Será que tudo o que eu gosto
É ilegal, é imoral ou engorda.”*

A letra de música de composição de Erasmus Carlos e Roberto Carlos parece refletir bem o momento atual composto por um cenário de restrições. Tudo parece ser mesmo, “*Illegal, Imoral ou Engorda*”, já que somos bombardeados por maneiras de comer bem, de como se portar, de como acalmar nossos humores, de ter relações sexuais seguras e de seguir os padrões de beleza. Para tudo há uma recomendação para que se chegue em um equilíbrio e uma temperança. Se você está irritado ou deprimido tome pílulas mágicas de *Rivotril* ou de *Prozac*. Se você se encontra sozinho ou tem algumas manias, procure um profissional para resolver os famosos transtornos. Eliminar os riscos é uma das grandes características da chamada biopolítica contemporânea. Estamos cercados de dispositivos de controle, dos quais precisamos gerenciar, como as nossas relações sexuais, em que devemos seguir os discursos de prevenção que nos dizem: “Use camisinha”, ou “tenha poucos parceiros”.

“Quem não arrisca não petisca”, diz o ditado popular. Desde criança ouço essa frase, principalmente em momentos decisivos de minha vida. O sentido que ela é dita é sempre a ideia que para conseguir o que se almeja é necessário correr riscos. A vida é uma gestão constante de gerenciamentos de riscos e nem todos tem o mesmo significado. O risco pode ter o sinônimo de aventura ou mesmo o de desbravar algo novo. Quando é visto por esse ângulo,

o risco é aceito socialmente; porém, o risco de sentir o prazer fora das normas e de conduta é encarado como algo irresponsável.

Como mediar o prazer com a intervenção de um dispositivo como o preservativo? Como lembrar em um momento de intenso prazer, que existe o risco de se infectar com o vírus HIV? Como ser racional e pensar nas probabilidades no momento de prazer que se sente? Correr riscos também não é uma forma de fugir da monotonia do cotidiano? Reflexões que autora Deborah Lupton levanta em suas obras sobre a noção de risco. Estes questionamentos fazem parte da minha pesquisa, desde a Graduação. Desde lá, busco incansavelmente compreender o que, de um lado, são as políticas de prevenção à aids no Brasil, e de outro, as subjetividades que envolvem as escolhas dos sujeitos em não utilizarem o preservativo.

No início da pesquisa sobre a história da aids durante a graduação em História eu acreditava que eu estava sendo irresponsável, pois mesmo com conhecimento sobre as formas de prevenção à aids e acesso aos preservativos, eu escolhia muitas vezes, não utilizar nas minhas relações sexuais. Comecei a sentir culpa, quando adentrei na pesquisa sobre as campanhas de prevenção, principalmente quando tive a oportunidade de ser voluntária no GAPA de Florianópolis, pois lá, muito além dos livros e das pesquisas, eu via de fato, na realidade o que significava ter o HIV/aids, para muitos sujeitos. Mesmo aprendendo com aquele espaço, eu me perguntava como eu podia mesmo assim, depois de presenciar os dilemas de quem vivia com aids, escolher não utilizar o preservativo. Motivada por essa questão, essa angústia, busquei compreender já naquele momento se havia explicações, teorias para entender esse meu comportamento. Ao pesquisar, pude começar a compreender, que para além dos discursos oficiais sobre saúde, existem sujeitos com as mais variadas motivações e desejos, que nem sempre são contemplados pelas políticas públicas de saúde.

No entanto, foi só durante o mestrado, por meio de sugestões de professores que comecei a encontrar um aparato teórico, que me ajudou a compreender, que para além das probabilidades, das estatísticas do número de infectados pelo HIV/aids, existe uma construção da noção de risco. Desta forma, uma das primeiras autoras que me instigou a desenvolver esta temática foi a antropóloga Mary Douglas, por meio de duas obras:

Pureza e Perigo e *Risk and Blame*, esta última trouxe a visão da autora sobre o risco. Para Douglas, existe um filtro, que é a cultura, que permeia as relações sociais. De modo que, o medo que eu sentia ao ter alguma relação sem o preservativo era proveniente de uma construção não só da própria noção da doença, mas também de uma construção da noção de risco. Logo, comecei a tentar compreender o que significa o risco para a nossa sociedade, pois como construímos aquilo que nos gera medo, que nos faz criar políticas de prevenção as doenças?

Durante o mestrado comecei a desenvolver a análise em torno dessa noção de risco construída pelas campanhas de prevenção à aids, porém esse tema ganhou mais forma e conteúdo a partir da entrada no doutorado. Lancei essa temática como projeto, a partir da questão: “Como em todos estes anos, mesmo com informações e acessibilidade ao preservativo, os sujeitos escolhem não utilizarem o preservativo nas relações sexuais?” E para que esse problema pudesse ser compreendido, lancei como proposta utilizar como fontes de pesquisa, vídeos das campanhas de prevenção ao HIV/aids construídas pelo Ministério da Saúde. Assim, procurei compreender a construção da noção de risco nestas campanhas de prevenção à aids, desde meados da década de 1980. Inicialmente por meio De Mary Douglas e Luiz Castiel, pude colocar meu problema a partir da teoria de ambos os autores e assim apresentar os objetivos propostos para desenvolver na tese.

Em todos estes anos, os caminhos da pesquisa me conduziram a mudar diversas vezes a condução dos capítulos, para chegar ao que hoje acredito ser uma escrita que contempla melhor o problema inicial levantado neste trabalho. Assim, busquei realizar inicialmente um estudo sobre a história da aids, como forma de compreender as mudanças do perfil epidemiológico desde seu surgimento em 1981. As mudanças de perfil epidemiológico foram observadas por meio dos vídeos das campanhas, já que como analisado no segundo capítulo, os discursos, *slogans* e a publicidade mudaram após a primeira década da aids. Se durante este primeiro momento tivemos um discurso mais voltado para o medo e a forte associação da aids com a morte, a partir dos anos de 1990, percebemos que o discurso passou a falar dos sujeitos que viviam com o HIV/aids e a ter um foco mais nas medidas de proteção, como o uso do preservativo. Além disso, houve uma mudança do uso dos termos “grupos de risco” para “comportamento de risco”. Atualmente o HIV/aids não

carrega mais aquele poder mortífero como no início da epidemia, o que para muitos especialistas e médicos acarreta em um comportamento sexual mais despreocupado. Segundo estudos, isso torna os jovens mais vulneráveis a possibilidade de contraírem o vírus HIV, pois se o risco não é algo visível a eles, como irão lembrar de usar o preservativo nas suas relações sexuais. Nesse aspecto é interessante analisar, como na adolescência a assunção dos riscos é sinônimo de aventura, de um ato de coragem ou ainda algo heroico. Como temer aquilo que não se vê? Ainda mais diante de um momento de prazer, como é o sexo. Mais uma vez chegamos ao ponto inicial do proposto neste trabalho, pois como pensar na probabilidade de se infectar com o vírus da aids em um momento de intensidade? Vimos que as motivações vão além da equação racional proposta pelas políticas de saúde pública, que julga que uma pessoa bem informada dos riscos irá escolher utilizar o preservativo durante uma relação sexual.

Esse universo de gerenciamento dos riscos cotidianos, que envolve a sexualidade, também está ligado, como vimos, a uma noção de futuro que cada um projeta. Assim, por meio de exemplos, foi possível perceber que para um morador de rua, que apenas vive o momento e as possibilidade de sobrevivência que lhe aparece, recomendações como não fumar, se alimentar bem ou não ter relações sem o uso do preservativo, não fazem sentido. Não importa pra ele que amanhã ou depois ele morra em decorrência de um câncer ou de ataque cardíaco, porque ele vive o presente. Assim, podemos tomar este exemplo para compreender, como muitas vezes, nesta chamada Promoção da Saúde, são feitas recomendações que tentam homogeneizar comportamentos e desconsideram que os sujeitos, não só possuem subjetividades, mas que estão envoltas de um sistema de crenças e valores, cuja importância está acima de cálculos racionais.

Poderíamos dizer que este cenário de risco vivenciado no cotidiano é caracterizado como uma estratégia biopolítica contemporânea, que segue desde as estratégias clássicas eugênicas do início do século XX, até os “atuais modos de exclusão da pobreza”, como bem colocou a autora Sandra Caponi (2011). Essa biopolítica, ainda articulada com a problemática do risco, segundo Caponi (2011), “(...) destituiu os indivíduos de toda e qualquer dimensão ético-política. Reduzir os sujeitos à pura corporeidade, à

vida nua, é, sem dúvida, uma eficaz estratégia de despolitização das relações humanas e sociais (...).” (CAPONI, 2011, p.16).

Contudo, este estudo, que buscou compreender a construção da noção de risco nas campanhas de prevenção à aids, não deixa de perceber a importância das políticas de saúde provenientes do Ministério da Saúde e ONGs, pois mesmo em meio aos dispositivos biopolíticos de controle da sexualidade, os programas de saúde buscaram melhorar a saúde dos sujeitos que vivem com o HIV/aids. Além disso, o Brasil é referência em tratamento de aids no mundo, por ser gratuito através do SUS e por garantir que os pacientes tenham acesso aos antirretrovirais que são produzidos no Brasil.

Assim, podemos dizer, que ao tratar a noção de risco este estudo percorre uma linha tênue entre o reconhecimento dos avanços das políticas públicas de tratamento ao HIV/aids e uma análise crítica dos discursos que tentam uniformizar o comportamento sexual dos sujeitos, muitas vezes desconsiderando que cada um de nós possui uma relação com risco diversa frente a possibilidade de contrair o vírus da aids.

Este trabalho pretende contribuir com os estudos sobre prevenção à aids, concluindo, após a análise da divulgação de estratégias de prevenção ao longo da história que é preciso levar em conta as subjetividades e o contexto social dos sujeitos. Mais do que condenar comportamentos considerados desviantes e irresponsáveis, como o não uso do preservativo nas relações sexuais, é necessário que haja uma perspectiva menos culpabilizante, que não faça que as pessoas tenham medo e se sintam condenadas por ter que dizer que não utilizam preservativo nas relações sexuais. Talvez assim, o estudo que me proponho abra uma oportunidade de adentrar os mais diversos contextos sociais, para que essa construção do risco, se necessária para minimizar a chance de infecção do vírus HIV, seja feita de maneira menos culpabilizante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABICHEQUER, Aline Marie Dabdab. “**Só pega essa doença quem quer**”? : tramas entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids [manuscrito] / Aline Marie Dabdab Abichequer; orientadora: Dagmar Elisabeth Estermann Meyer. - 2007.
- AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. – 2ª ed. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- ALVES, Wedencley. **Entre sentidos e desejos**: as campanhas de Carnaval para prevenção contra o HIV (1999-2009). In *Líbbero* – São Paulo – v. 16, n. 31, p. 89-104, jan./jun. de 2013.
- AMARO, Sarita Teresinha Alves. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção *.Saude soc.* [online]. 2005, vol.14, n.2, pp. 89-99. ISSN 1984-0470.
- AMORIM, Grazielle Regina de. **Outsiders do bairro Trindade** : ‘Pacto da morte’ ou ‘Gangue da Aids’? Para além da construção de um episódio (Florianópolis 1987). x, 175 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em História, Florianópolis, 2009).
- AMORIM, Grazielle Regina de; Universidade do Estado de Santa Catarina. **Gapa**: história e as construções e metáforas da AIDS (1987-1991). 2006. 94 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade do Estado de Santa Catarina.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- ASSMANN, Selvino., PICH, Santiago., GOMES, Ivan Marcelo., VAZ, Alexandre Fernandez. Corpo e biopolítica: Poder sobre a vida e poder da vida. In **Temas & Matizes. Dossiê biopolítica**. Nº 11. 2007
- AXT, Bárbara. 25 anos de Aids. **Revista Super Interessante**, São Paulo, p. 67-71, mar. 2006.
- AYRES, J. R. C. M., FRANÇA JÚNIOR, I., CALAZANS, G. J., SALETTI FILHO, H. C. O Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: _____ (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-144.

BARROS, J. D'Assunção. **Origens da História Comparada**. As experiências com o comparativismo histórico entre o século XVIII e a primeira metade do século XX. Anos 90 - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 14, n. 25, 2007.

BASTOS, F. I. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BECK, Ulrich **Risk Society: Towards a New Modernity**. New Delhi: Sage 1992

BELELI, Iara. Corpo e identidade na propaganda. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis. v. 15, n. 1, 2007.p. 193-215.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. Editora Ática, SP, 2006.

BONFIM, Jonilda Ribeiro. Estudo **Tuskegee e a falsa pesquisa de Hwang**: nas agendas da mídia e do público In: UNESCO Office Montevideo and Regional Bureau for Science in Latin America and the Caribbean, Montevideo, UNESCO Office, 2010.

nas agendas da mídia e do público

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUITONI, Dulcília. **Mulher de papel**: a representação da mulher pela imprensa feminina brasileira. São Paulo: Summus, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: _____ (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

_____, Paulo Marchiori, and LABRA, ME., orgs. **Sistemas de saúde**: continuidades e mudanças [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPONI, S. VALENCIA, M. VERDI, M. ASSMANN, S. **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. Editora LiberArs, São Paulo, 2013. Edição Kindle.

_____, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: _____ (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.59-81.

_____, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis** [online]. 2009, vol.19, n.2, pp. 529-549. ISSN

- 1809-4481. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a16.pdf>.
- _____, Sandra. **Loucos e Degenerados**: Uma genealogia da psiquiatria ampliada. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- _____, Sandra. Normas. In RUSSO, M. e CAPONI, S. (org). **Estudos de filosofia das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006, p. 293-303.
- CARMONA, Ramon. **Como se comenta um texto fílmico**. Madrid: Cátedra, 1993.
- CARRARA, S. **Tributo a vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>
- CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.4, pp. 1088-1095.p. 1090. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>
- CASTIEL, Luiz David. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- _____, Luiz David. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- _____, Luiz David. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001.
- _____, Luiz David Castiel. Dédalo e os Dédalos: Identidade Cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In CZERESNIA, Dina (org.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2 ed. Ver. E amp./ Editora Fiocruz, 2009, p. 83-99.
- _____, Luiz David. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
- _____, Luiz David. Previna-se quem puder!? Epidemiologia dos desastres e gestão hiperpreventiva de riscos catastróficos. In **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.**, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. ISSN 1984-8951, v. 15, n. 107 (2014).
- CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.
- CHAVEZ, Leo R. **Covering immigration**: popular images and politics of the nation. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, California, 2001.

CZERESNIA, D., SANTOS, E. M., BARBOSA, R. H. S., MONTEIRO, S. **AIDS pesquisa social e educação**. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1995.

_____, Dina. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde – **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):447-455, mar – abr, 2004.

_____, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença Entre Prevenção e Promoção. In: _____ (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DE PAULA, Paulo Sergio Rodrigues. **Barebacking Sex: a roleta-russa da AIDS?** – 1ª edição. Editora Multifoco. Rio de Janeiro. Agosto, 2010.

DOUGLAS, Mary, **Risk and Blame: Essays in Cultural Theory**. NY: Routledge, 1994.

_____, Mary. WILDAVSKY, A. **Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers**. University of California Press Ltd. Primeira edição impressa: 1983. Edição Kindle.

ESPOSITO, Roberto. **A democracia, no sentido clássico, acabou**. Expresso – actual, 2010.

FARHI, N. L. Biopolíticas: as formulações de Foucault. Florianópolis: **Cidade Futura, e Colombia. Facultad de Ciencias Humanas y Económicas**, 2008.

FASSIN, Didier. Biopolítica. In CAPONI, Sandra. Normas. In RUSSO, M. e CAPONI, S. (org). **Estudos de filosofia das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006, p. 321-331.

FERES JUNIOR, João. **A história do conceito de “Latin America” nos Estados Unidos**. Bauru, SP: EDUSC, 2005.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, Petrópolis, v.94, nº 3, p.111-124, maio/jun., 2000.

FREITAS, Carlos Machado de. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: _____ (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 145-164.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____, Michel. **Historia da sexualidade I: a vontade de saber**. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ) Graal 1990 152p.

_____, Michel. **História da sexualidade III: o cuidado de si.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____, Michel. **Nascimento da Biopolítica.** Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
 FUKUYAMA, Francis. *O fim da História e o último homem.* Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GADELHA, S. **Biopolítica, governamentalidade e educação:** introdução e conexões a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

GÊNERO e diversidade na escola: **Formação de professoras/res em Gênero, Orientação sexual e relações étnico-raciais.** Livro de conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, SPM, 2009.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade.** São Paulo: UNESP, 1991.

GOMES, M. L. “Vendendo saúde! Revisitando os antigos almanaques de farmácia.” **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1007-18, out.-dez. 2006.

GRMEK, Mirko D. **History of AIDS: Emergence and Origin of a Modern Pandemic.** Printed in the United States of America. 1990.

GUIMARAES, Anderson Fontes Passos. *O desafio histórico de “tornar-se um homem homossexual”*: um exercício de construção de identidades. *Temas psicol.* [online]. 2009, vol.17, n.2, pp. 553-567. ISSN 1413-389X.

GUIMARAES, Carmen Dora. **Aids no feminino:** por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

GUMBRECHT, Hans Ulrich. **Modernização dos Sentidos.** São Paulo: Editora 34, 1998.

GRUSZYNSKI, Ana Cláudia; CHASSOT, Sophia Seibel, 2006. Projeto gráfico de revistas – uma análise dos dez anos da revista Capricho. In: **Conexão: Comunicação e Cultura. Revista de Comunicação da Universidade de Caxias do Sul**, v.5, n.10, jul-dez. 2006, p. 41.

HAMBURGER, Esther. Império A expansão do “feminino” no espaço público brasileiro: novelas de televisão nas décadas de 1970

e 80. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis. v. 15, n. 1, 2007.p. 153-175.

HARTOG, François. **Regimes de historicidade**: presentismo e experiências do tempo. Belo Horizonte: Autêntica, 2013, 272 p.

JEOLÁS, Leila Sollberger. *Risco e prazer*: os jovens e o imaginário da AIDS. – Londrina: Eduel, 2007.

JOLY, Martine. **Introdução à análise de imagem**. Campinas, SP: Papirus, 2012.

KARNAL, Leandro. **História dos Estados Unidos**: das origens ao século XXI. 3.ed., - São Paulo: Contexto, 2013..

LOYOLA, Maria Andréa (org). **Aids e sexualidade**: o ponto de vista das Ciências Humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

LUPTON, Deborah. **Risk**. London; New York: Routledge, 1999.

_____, Deborah. **The Imperative of Health**: public health and the regulated body. SAGE Publications Inc 2455 Teller Road Thousand Oaks, California, 1997.

MÁRQUEZ VALDERRAMA, J. **Ciencia, riesgos colectivos y prensa escrita**: el caso del sida em Colombia. Editor César A. Hurtado Orozco. – Medellín: Universidad Nacional.

MARINHO, M.B. Between functionality and playfulness: condoms in aids prevention campaigns, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.4 , n.6, 2000.

MARTIN, Denise. **Informação e comportamento**: o exemplo da Aids. Disponível em:

http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu5_03.htm.

MISKOLCI, Richard. PELÚCIO, Larissa. **A prevenção do desvio**: o dispositivo da Aids e a repatologização das sexualidades dissidente. In: Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. Rio de Janeiro: CLAM-UERJ, 2009. N. 1 p. 25-157.

MONTAGNIER. **Vírus e homens: AIDS**: seus mecanismos e tratamentos. Rio de Janeiro: Zahar, 1995

MONTEIRO, Y.N. **História da Saúde**: Olhares e Veredas. São Paulo. Instituto de Saúde, 2010.

NEVES, Ednalva Maciel. 2004. **Sobre a alquimia moderna**: cultura e racionalidade do risco entre epidemiologistas. Tese de doutorado, Porto Alegre, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

NICHNIG, Cláudia Regina. **Entre igualdades e diferenças**: mudanças nas legislações referentes às mulheres (1975-1985). Florianópolis, SC, 2008. 189 f. Dissertação (Mestrado) -

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**. Florianópolis, vol.8, n.2, p. 09-41 Florianópolis: UFSC, 2009.

Noronha e Ugá (1994) O SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS . BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Available from SciELO Books .

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: Princípios e procedimentos**. Pontes. Ano?

ORTEGA, Francisco. 2003-2004. Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt?. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Vol. 8, n. 14, p. 9-20, set. 2003-fev. 2004.

_____, Francisco. 2008. **O corpo Incerto – corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond.

PARKER, Richard. 2000. **Na Contramão da Aids – Sexualidade, Intervenção, Política**. Rio de Janeiro: Abia/Editora 34.

_____, Richard. **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997.

PEDRO, Joana Maria. Relações de gênero como categoria transversal na historiografia contemporânea. **Topoi (Rio J.)**[online]. 2011, vol.12, n.22, pp. 270-283. ISSN 2237-101X.

PELÚCIO, Larissa. **Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de Aids**. Amblume Editora, São Paulo, SP, 2009.

PENAFRIA, Manuela. Análise de Filmes – conceitos e metodologia(s). **VI Congresso SOPCOM**, Abril 2009. <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bocc-penafria-analise.pdf>

PERBART, Peter Pál. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

_____, Peter Pál. Vida nua, vida besta, uma vida. In Ver. **Trópicos/Documenta**. 2011. Disponível em: <http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>

PERLONGHER, Néstor. 1987. *O que é Aids*. São Paulo: Brasiliense.

PORTER, R. **Medicina**: história da cura das antigas tradições as práticas modernas. Versão portuguesa. 2002, Centralivros – Edição e Distribuição, Ltda, sob a chancela Livros & Livros.

PORTINARI, Denise. WOLFGANG, Simone. **O design do risco**. 9º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design. 2010.

_____, Denise. WOLFGANG, Simone. A cena do risco. In **Triades**. Transversalidades, design, linguagens. Jan.2013.

PRADO, Maria Lígia Coelho. Repensando a história comparada da América Latina. In **Revista de História**. 153. (2005), 11-33.

RAGO, Margareth. **Os Prazeres da Noite**: Prostituição e Códigos da Sexualidade Feminina em São Paulo (1890-1930). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

RIAL, Carmen. Guerra de imagens e imagens da guerra: estupro e sacrifício na Guerra do Iraque. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis. v. 15, n. 1, 2007. P. 131-151.

ROACH, T. **Friendship as a Way of Life**: Foucault, AIDS, and the Politics of Shared Estrangement. State University of New York, 2002. Edição Kindle.

ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana and LYRA, Jorge. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**[online]. 2013, n.11, pp. 119-141. ISSN 0103-3352.

SANTOS, Izaac Azevedo dos. **Narrativas de um adolescente homoerótico**: conflitos do ‘eu’ na rede de relações sociais da infância à adolescência. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação de Mestrado – Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Texto Disponível em: <http://www.gay1.com.br/2010/10/homossexual-gay-homoerotico-homoafetivo.html>.

SANTOS, Izaac Azevedo dos. *Narrativas de um adolescente homoerótico*: conflitos do ‘eu’ na rede de relações sociais da infância à adolescência. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação de Mestrado – Departamento de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil**: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000). Tese de doutorado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SILVA, Carla Marins and VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 401-406. ISSN 1980-220X.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul/dez. 1995.

_____, Joan. História das Mulheres. in: BURKE, Peter.(org.) **A Escrita da História**. São Paulo: UNESP, 1992.

SOARES, Alexandre Sebastião Ferrari. **A homossexualidade e a Aids no imaginário das revistas semanais (1985-1990)**. Rio de Janeiro, 2006. (Tese de doutorado).

SOARES, C.L. A educação do corpo e o trabalho da aparência; SANT'ANNA, D.B. Michel Foucault e os paradoxos do corpo e da história. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, et. al.(org) **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

SOUZA, Herbet de. **Direitos humanos e AIDS**. Informe ABIA. São Paulo. USP, 22 out. 1987.

SPINK, Mary. Benedito, MEDRADO. MENEGON, Vera M. Menegon. Jorge, LYRA. A construção da AIDS-notícia. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, 17(4):851-862, jul-ago, 2001.

_____, Mary Jane. Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. Publicado em: Pinheiro, Roseni; Silva Jr. Aluisio Gomes (Orgs). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2010, p. 217-230.

_____, Mary. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, 17(6):1277-1311, nov-dez, 2001.

STURKEN, Marita; CARTWRIGHT, Lisa. **Practices of looking: images, power, and politics**. In: _____ Practices of looking: an introduction to visual culture. Oxford, Oxford University, 2001.

TOMASI, Julia Massucheti. **Eternamente off-line: as práticas do luto na rede social do orkut no Brasil (2004-2011)**. 2013. 178p.: Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação, Mestrado em História, Florianópolis, 2013.

Disponível em :
 <http://www.tede.udesc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3214>. Acesso em: 17 maio 2013.

_____, Julia Massucheti Tomasi. **O Presentismo e a Revolução Documental:** As Páginas da Internet como Documentos de Pesquisa para a História - Da volatilidade à Instantaneidade. In Cadernos do Tempo Presente –ISSN: 2179-2143 Edição n. 12 – 10 de junho de 2013, p. 3.

Disponível em:
<http://seer.ufs.br/index.php/tempo/article/view/2710>

VANOYE, Francis; GOLIOT-LÉTÉ, Anne. **Ensaio sobre a análise fílmica.** Trad. Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papirus, 1994.

VITIELLO, Gabriel Natal Botelho. **A Aids em cena:** os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX. Rio de Janeiro: s.n. 2009. 108f. (Dissertação de Mestrado).

Entrevista:

IWERSEN, Rui Martins. Entrevista concedida a Grazielle Regina de Amorim. Florianópolis, 11 maio. 2006. In AMORIM, Grazielle Regina de; Universidade do Estado de Santa Catarina. **Gapa:** história e as construções e metáforas da AIDS (1987-1991). 2006. 94 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade do Estado de Santa Catarina.

Palestra:

BOZON, Michel. **Saúde, saúde sexual, sexualidade:** uma abordagem sociológica (curso em português). UFSC. Florianópolis, em 15 de abril de 2011.

CASTIEL, Luiz David. **Riscos, autocontrole e promoção da saúde alimentar.** (palestra) CCS (Centro de Ciências da Saúde) da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, em 22 de março de 2013.

Documentos Eletrônicos:

AIDS:

Drª Helena Brígido, infectologista. “**Aids: como se escreve?**”
 18/02/2010

Disponível em:
<https://waldircardoso.wordpress.com/2010/02/18/aids-como-se-escreve/>

Artigo sobre decupagem:

<http://www.aictv.com.br/noticia/a-decupagem-310.html>

Caso “Tukesgee”:

Miss Evers Boys (1997). Filme disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=JKIdIUrBXNY>

CDC - Centro de Controle e Prevenção das Doenças.

Disponível em:
<http://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>
<https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/HighImpactPrevention/Interventions.aspx>
<http://www.cdc.gov/about/history/ourstory.htm>
<https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/HighImpactPrevention/Interventions.aspx>

Conceito de risco:

Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/conceitos_de_risco_e_vulnerabilidade_pdf_32511.pdf

Fundação Viva Cazuza:

http://www.vivacazuza.org.br/sec_quem_somos.php?sec=1

Ministério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

<http://www.aids.gov.br/pagina/o-departamento>
<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>
<http://www.aids.gov.br/pagina/videos>
 Boletim Epidemiológico de janeiro a março de 2001. Acesso em: 03/02/2015. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim_Epidemiologico_2001_I_Aids.pdf
 Boletim Epidemiológico Aids - DST de janeiro a junho de 2014, p.5. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_p_ parasitaria_guia_bolso.pdf

Declaração do Ministro Padilha sobre a Campanha de prevenção a AIDS de 2011. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2011#anexos>

Promoção da Saúde:

Disponível em:

http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes_e_carta_portugues.pdf

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n4/11>

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>

National Library Medicine US:

U.S. National Library of Medicine. Visual Culture and Public Health Posters. Disponível em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/venereal.html>

Disponível em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/venereal.html>

Obamacare – 2010:

<http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare/>

ONGs:

<http://www.avert.org/hiv-aids-usa.htm>

<http://www.actontario.org/home.nsf/pages/act.docs.1117>.

Sífilis:

DO UOL, Em São Paulo. 21/08/2012. Indústria pornô dos EUA pode sofrer paralisação após caso de sífilis em ator. Disponível em:

<http://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2012/08/21/industria-porno-dos-eua-pode-sofrer-paralisacao-apos-caso-de-sifilis-em-ator.htm>

Website globo:

Drauzio Varella. Ver: “Casos de Aids entre jovens aumentam mais de 50% em 6 anos no Brasil”. Edição 30/12/2004. Reportagem com análise do médico brasileiro Drauzio Varella e entrevista com vários jovens, falaram sobre o uso do preservativo nas relações sexuais.

Disponível

em:

<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/11/casos-de-hiv-entre-jovens-aumentam-mais-de-50-em-6-anos-no-brasil.html>

FONTES

- Títulos das imagens e propagandas de prevenção à aids do Ministério da Saúde e Estados Unidos:

- **JECA TATU**, imagem permanente do caipira ignorante e doente do interior brasileiro. Capa da 17ª edição (1950) do livro do Monteiro Lobato. Distribuído como propaganda do laboratório Fontoura. (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 12).

- **FOLHETO** de educação sanitária do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, década de 40. (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 18).

- **CARTAZES CONTRA AS DOENÇAS VENÉREAS**. Fonte: U.S. National Library of Medicine. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/venereal.html>

- **ABORDAGENS EPISTEMOLÓGICAS** do risco nas Ciências Sociais. LUPTON (1999, p.35)

- **1987 – Aids, você precisa saber evitar-dominó**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/videos?page=21>

1987 – Aids, você precisa saber evitar-seringas

Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/midia/1987aids-voce-precisa-saber-evitarseringas>

- **1987 – Aids você precisa saber evitar. Transusão de sangue**
Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitartransfusao-de-sangue>

- **1987 – Aids você precisa saber evitar Aids e as Drogas injetáveis**

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-aids-e-drogas-injetaveis>

- **1987 – Aids, você precisa saber evitar – cama**

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-cama>

- 1987 – Aids, você precisa saber evitar – Cama

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-cama>

- 1987 – Aids, você precisa saber evitar – Irene Ravache

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987-aids-voce-precisa-saber-evitar-irene-ravache>

- 1987 – Aids, você precisa saber evitar-carinho

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1987aids-voce-precisa-saber-evitar-carinho>

- 1988 – Aids, pare com isso!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1988-aids-pare-com-isso>

1988 – Aids, pare com isso!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1988-aids-pare-com-isso-0>

- 1988 – Brasil x Aids Herbert

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1988brasil-x-aids-herbert>

- 1989 – TV – Meu grito de liberdade, a camisinha!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1989-tv-meu-grito-de-liberdade-camisinha>

1991 – Se você não se cuidar a Aids vai te pegar

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1991-se-voce-nao-se-cuidar-aids-vai-te-pegar>

- 1992 – TV – Vamos juntos contra a Aids de mãos dadas pela vida

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1992-tv-vamos-juntos-contr-aids-de-maos-dadas-pela-vida-2>

- 1992 – DST Aids na Mira – documentário

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1992-dstaid-na-mira-documentario>

- 1993 – Isso é amor, amor quente!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1993-isso-e-amor-amor-quente-2>

- 1993 – Previna-se do vírus e não das pessoas!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1993-previnase-do-virus-e-nao-das-pessoas>

- 1994 – Você precisa aprender

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1994-voce-precisa-aprender-3>

- 1994 – Quem se ama se cuida – Mulheres

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1994-quem-se-ama-se-cuidamulheres>

- 1995 – Viva com prazer, viva o sexo seguro!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro>

- 1995 – Viva com prazer, viva o sexo seguro!

Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro-2>

- 1995 – viva com prazer, viva o sexo seguro!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1995-viva-com-prazer-viva-o-sexo-seguro-1>

- 1998 – TV – Entre na luta contra Aids. Use camisinha!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-tv-entre-na-luta-contraid-use-camisinha>

- 1998 – TV – Sem camisinha não tem carnaval

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-tv-sem-camisinha-nao-tem-carnaval>

- 1998 – Mulher – Seja viva evite a Aids

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-mulherseja-viva-evite-aids>

- 1998 – Documentário – Mulher – criança e adesão

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1998-documentario-mulher-crianca-e-adesao>

- 1999 – TV – DST – Luana Piovani e Rodrigo Santoro

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1999-tv-dst-luana-piovani-e-rodrigo-santoro>

- 1999 – TV – Além do bem e do mal

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1999-tv-alem-do-bem-e-do-mal>

- 1999 – TV – Viver sem Aids só depende de você.

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/1999-tv-viver-sem-aids-so-depende-de-voce>

- Programa Saúde Caminhoneiro

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2000-campanha-para-caminhoneiros>

- 2001 – DST – Pra se prevenir use camisinha – Bussunda

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2001-dst-pra-se-prevenir-use-camisinha-bussunda>

- Amor sem risco

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/amor-sem-risco>

- Aids 20 anos

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/aids-20-anos>

- 2002 – TV – Aids, o preconceito tem cura!

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2002-tv-aids-o-preconceito-tem-cura>

- 2002 – TV – Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2002-tv-usar-camisinha-e-tao-importante-quanto-respeitar-diferencas>

- 2002 – vídeo – Pra que time ele joga

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2002-video-praque-time-ele-joga>

- 2004 – Transmissão Vertical – rádio

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/midia/2004-tv-transmissao-verticalconsulta>

- Campanha de Carnaval 2011

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2011#anexos>

- Campanha carnaval 2013

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanhas/2013/52781>

- Jornal Diário Catarinense, 30 mar. 1987. Edição especial.

- “Stop shooting up AIDS. Ge tinto drug treatment.” (National Intitute on Drug Abuse 1980s).

Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/target.html> Fonte:

- “None of these will give you AIDS.

Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidstransmission.html>

- “Some people think you can catch AIDS from a glass.”

Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidstransmission.html>

- “You Won’t Get AIDS From Hide ‘N’ Seek”

Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/survivingandthriving/digitalgallery/detail-A027893.html>

- “My boyfriend gave me AIDS.”

Disponível**em:**<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/target.html>**- “This is show AIDS victims see.”**

Disponível

em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/living.html>**- “AIDS is scary, but a Zit is real. Right?”**

Disponível em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/survivingandthriving/digitalgallery/detail-A027888.html>**- “AIDS, get the facts.”**

Disponível em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/survivingandthriving/digitalgallery/detail-A025106.html>**- “If you’ve had two sex partners.”**

Disponível em:

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/visualculture/hivaidstransmission.html>