

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ICICT

Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

ALAN DE JESUS

INVESTIGAÇÃO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO:
o boletim epidemiológico como dispositivo interdisciplinar de saúde

Rio de Janeiro
2018

ALAN DE JESUS

INVESTIGAÇÃO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO:
o boletim epidemiológico como dispositivo interdisciplinar de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (ICICT), para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Couto Borges

Rio de Janeiro
2018

ALAN DE JESUS

INVESTIGAÇÃO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO:
o boletim epidemiológico como dispositivo interdisciplinar de saúde

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Wilson Couto Borges

Prof.^a Dr. Igor Pinto Sacramento

Prof. Dr.^a Raquel Aguiar Cordeiro

JESUS, ALAN DE.

INVESTIGAÇÃO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO: o boletim epidemiológico como dispositivo interdisciplinar de saúde / ALAN DE JESUS.

- Rio de Janeiro, 2018.

vi, 110 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2018.

Orientador: WILSON BORGES.

Bibliografia: f. 100-108

1. COMUNICAÇÃO. 2. INFORMAÇÃO. 3. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO.
4. AIDS. 5. SAÚDE. I. Título.

Dedico este trabalho

A Telma de Jesus Pereira (*In memorian*) e a Raimundo do Carmo de Jesus Pereira (*In memorian*). Espero ter sido merecedor do amor de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus. À minha mãe, Maria Diva de Jesus da Silva, um exemplo de mulher. Ela superou todas as adversidades para criar seus filhos, abdicou de muitas coisas para que tivéssemos uma vida boa, com oportunidades para evoluir. Hoje, só estou onde cheguei porque ela me ensinou tudo o que sei, além de sempre ter acreditado em mim e encher todos os minutos da minha vida com seu amor.

Agradeço aos meus irmãos, Tema de Jesus Pereira (*in memoriam*) e Raimundo do Carmo de Jesus Pereira (*in memoriam*). Eles faleceram ao longo dos meus estudos do mestrado e deixaram lacunas que nada e nem ninguém poderá preencher. Minha irmã foi uma lutadora que enfrentou de frente o câncer por mais de quatro anos e se sacrificou muito para me dar conforto. Ela me ensinou o que é superar dificuldades e a sempre seguir. Meu irmão também enfrentou o câncer, mas por apenas um ano. Ele sempre lembrava de mim com muito orgulho e me mostrou que a distância não afasta a família. Meus irmãos foram pessoas incríveis e me ajudaram em todo esse processo cansativo que foi e é uma pós-graduação.

Meu carinho vai, também, para meus sobrinhos Renata Esteves Silva e Renato Esteves Silva, minha madrinha, Rosa Esteves, meu pai Moacir Pereira Lopes e meus sobrinhos-netos Henderson e Téó.

Agradeço ao meu orientador, Wilson Couto Borges, por ter me recebido e me mostrado o caminho correto a seguir. Uma das pessoas mais inspiradoras que eu conheço, até então. Sua escuta atenta, sua sinceridade, seus conselhos, sua paciência e, principalmente, seu respeito com as situações de adversidades que apareceram ao longo do caminho, serão para mim sempre um exemplo. Se eu for metade do homem que ele é, já serei uma pessoa melhor do que a que sou hoje. Sem ele certamente não teria como terminar essa etapa da minha vida. Ele foi, em muitos momentos, o pai que nunca tive, enxugando minhas lágrimas e me mostrando que a morte faz parte de nossas vidas e que temos que conviver com a saudade.

Agradeço à Revista +Saúde, em especial à Cristina Amaral e sua família, que sempre acreditou em mim e me mostrou que há sonhos neste mundo que devem ser seguidos. Ela me deu a oportunidade primeira de pensar a relação entre comunicação e saúde. Sem ela não teria pensando na possibilidade desse mestrado.

Não poderia deixar de agradecer ao Mário Seixas e à Priscila Domingues. Mário viveu de perto todo sofrimento que passei com a perda de meus irmãos em conjunto com as pressões de uma Pós-graduação. Um amigo, um sócio e um irmão que levo para a vida toda. Priscila é um exemplo de profissional, ensinou-me a olhar o mundo com “quatro olhos” e

perceber o que está além, sempre amando e detestando. Inspirei-me muito em você desde que a conheci.

Da mesma forma agradeço a meus amigos do Rio de Janeiro, Iasmin dos Reis Ferreira e Italo Hiago Ribeiro Massafra, que me ajudaram quando estava de cadeira de rodas, depois com muleta, após uma cirurgia no pé. Eles me apoiaram nos momentos iniciais do curso e me suportaram, mesmo com a dificuldade de andar e de acompanhá-los. Eu os amo por me incluírem em sua vida.

Agradeço também ao meu novo inquilino, o ator paraense Bayron Alencar. Ele chegou no final do processo de conclusão do mestrado, mas sua participação foi fundamental nos dias de fechamento de minha dissertação. Ele limpou, cozinhou e ajudou em tudo, o que permitiu que eu pudesse me dedicar ao máximo à escrita. Além disso, foi e é um fantástico amigo. Não vejo mais minha vida sem você para dividir o apartamento (rs.)

Destaco o agradecimento aos amigos de Belém: Gisele Nogami, a japonesa mais linda e mais incrível que tive a honra de ser amigo, pois ao longo desses dois anos escutou meus lamentos, me aconselhando e fazendo com que eu não ficasse louco e nem gordo (rs); Luiz Cláudio Fernandes, um jornalista fenomenal que muito me incentivou com suas conversas inspiradoras por telefone; Cary Jonh, o melhor jornalista do Pará e um grande amigo que sempre me escuta e me aconselha em muitas questões; E a Rafael de Souza Matos e sua família. Rafael sempre foi e sempre será um irmão para mim. Sua essência é uma inspiração para minha caminhada, seja pessoal, profissional ou acadêmica. Ele ajudou e continua ajudando muito minha família, sempre se fazendo presente nos momentos mais difíceis.

Agradeço ao meu amigo de Mossoró, Higo Lima. Esse jornalista arretado me ouviu nas situações de desespero, quando estava mal e com vontade de largar tudo por um pedaço de chocolate (rs.). Ele me contou sua relação com a pós-graduação e me fez perceber que não estou sozinho nesta caminhada.

Meu agradecimento, também, vai aos meus professores queridos do programa que me inspiraram e me inspiram sempre: Igor P. Sacramento, Adiana Aguiar, Rosane Abdala, Mel Bonfim, Raquel Aguiar, Noronha e em especial a Katia Lerner, a primeira pessoa que conheci do programa, sendo muito solícita e profissional ao me apresentar as linhas de pesquisa quando eu ainda nem sonhava em ser aprovado. Lembro, também, de alguns professores da graduação que não poderiam faltar nesta lista, pois sem eles não teria feito um mestrado. São eles: Karlla Catete (minha mentora no jornalismo), João Praça e Ana Laura Corradi.

Não tem como pensar nesses dois anos de estudos sem lembrar com o maior carinho do mundo da turma de 2016 (Mestrado e Doutorado). Choramos juntos com cada história,

cada declaração, cada sentimento, cada sorriso e cada amor compartilhados nas aulas. Somos e sempre seremos irmãos, pois já começamos unidos a caminhada. Obrigado ao fitness Fábio (Fabão), meu irmão (zão), José Eduardo (Lenhador), ao Rodolfo (o rapaz das tecnologias), ao xará Allan (não de Jesus), ao mais sentimental e acadêmico Alexandre Trino (Trinão do Ministério da Saúde), ao fofo Marcelo (Ursão), à conselheira mais linda do mundo Dani (a pequena notável), à minha inspiração acadêmica Marina (Marinão), à musa Renata (Renatona), à bela Tati (a sedutora), à Flavia (o cabelo azul mais lindo que você respeita), à musa CrossFit, Catarina, à meiga e roqueira Cyntia, à Erica (a visibilidade trans), à Fernanda (dona de todas as lágrimas), à Flávia 2 (minha nutricionista particular), à Mari 2 (sabe mesmo como alimentar uma criança), à Natali (a domadora de cobras), à Pâmela (paõzinho de mel) e à Lucilene (do time das nutricionistas).

Por fim, agradecimento ao Matheus por ter lido e revisado comigo todo este texto, sempre paciente e dedicado. E um muito obrigado mais que especial ao André Sena e sua família (Andrews, Alek, Isabel e Gilmar). Ele não apenas me suportou durante quase todo esse percurso, como também me ajudou em tudo o que pôde. Ouviu-me quando precisei falar, falou quando eu necessitava escutar, me alimentou, me mostrou como ser uma pessoa melhor e, principalmente, me ensinou o que é fazer parte da vida de alguém. À sua família que me acolheu como filho e me dá todo carinho que eu preciso.

Obrigado!

RESUMO

Esta dissertação investigou o processo de influência dos Boletins Epidemiológicos (B.E) de HIV/AIDS produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), na cobertura jornalística sobre essa síndrome, como um mecanismo divulgação de informações sobre ela. Trata-se de um estudo que buscou identificar quais os núcleos de sentidos construídos para a síndrome, em abril de 1987, pelo jornal O Liberal, de Belém (PA), identificando as possíveis influências do primeiro B.E nesse contexto. Nosso referencial teórico é formado principalmente pelo conceito de Campo, proposto na obra de Bourdieu, e campo da Comunicação e Saúde, a partir da leitura que Araujo e Cardoso fazem desse autor. Adotamos como metodologia a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin, estabelecendo alguns diálogos iniciais com a Análise dos Discursos Sociais, e entrevista semi-estruturada com o diretor-substituto da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, Gerson Pereira. A pesquisa coletou 27 textos jornalísticos sobre o HIV/AIDS veiculados no jornal O Liberal em abril de 1987 (mês de criação do primeiro B.E) e constatou que o documento do MS não apareceu em nenhuma matéria. Identificamos, ainda, que não há hoje nenhum material impresso ou digital do primeiro boletim no Ministério da Saúde. A partir disso, inferimos sobre a possibilidade de o documento não ter chegado à imprensa local e que, possivelmente, só foi veiculado ou divulgado na região sudeste.

Palavras-chave: AIDS, HIV, Jornalismo, Análise de Conteúdo, Boletim Epidemiológico

ABSTRACT

This dissertation investigated the influence process of Epidemiological Bulletins (E.B) HIV/AIDS produced by the Ministry of Health (MoH), in press coverage about this syndrome, as a mechanism for the disclosure of information about her. This is a study that sought to identify which the nuclei of senses built for the syndrome, on April 1987, by the newspaper O Liberal, from Belém (PA), identifying the possible influences of first E.B in that context. Our theoretical framework is formed primarily by the Field concept, proposed in the Bourdieu's work, and Communication and Health field, from the Araújo e Cardoso's perspective about that author. We adopt Content Analysis as methodology, proposed by Bardin, establishing some initial dialogues with the Social Discourse Analysis, and half-structured interviews with Director-substitute of the Secretariat of Health Surveillance, from the Department of Surveillance, Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections of HIV/AIDS and Viral Hepatitis of the Ministry of Health, Gerson Pereira. The survey collected 27 journalistic texts about HIV/AIDS provided in O Liberal newspaper on April 1987 (month of creation of the first E.B) and found that the document of the MoH did not appear in any journalist matter. We have identified that there is today no material printed or digital concerning the first epidemiological bulletin on the Ministry of Health. From this, we infer about the possibility that the document has not reached the local press and possibly has been only broadcasted or released in the Southeast.

Keywords: AIDS, HIV, journalism, Content Analysis, Epidemiological Bulletin

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | 11 |
| LISTAS DE TABELAS | 12 |
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1 PROCESSOS INFOCOMUNICACIONAIS SOBRE AIDS/HIV | 23 |
| 1.1 INFORMAÇÃO E SAÚDE | 23 |
| 1.1.1 – Sistemas de Informação em Saúde | 23 |
| 1.1.2 – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) | 29 |
| 1.1.3 – Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) | 31 |
| 1.1.4 – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) | 33 |
| 1.1.5 – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCLOM) | 33 |
| 1.1.6 – Boletins Epidemiológicos de HIV/ AIDS | 35 |
| 1.2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE | 37 |
| 1.2.1 – Campo Científico e Campo Jornalístico | 37 |
| 1.2.2 – Um novo campo e sua discursividade sobre o HIV/AIDS | 45 |
| 2 CAMINHOS METODOLÓGICOS | 52 |
| 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO | 52 |
| 2.1.1 – Comunicação Regional – a Amazônia em pauta | 52 |
| 2.1.2 – O Movimento Sanitário no Brasil | 57 |
| 2.1.3 – A criação do SUS e o Programa de AIDS/HIV | 60 |
| 2.1.4 – O jornal estudado - O LIBERAL | 63 |
| 2.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO – UM CAMINHO A SEGUIR | 68 |
| 3 ANÁLISE DO MATERIAL | 76 |
| 3.1 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS DO JORNAL | 76 |
| 3.2 ANÁLISE DA ENTREVISTA | 91 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 96 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 101 |
| APÊNDICES | 109 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO CAMPO COMUNICAÇÃO E SAÚDE | 46 |
| FIGURA 2: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO CAMPO COMUNICAÇÃO E SAÚDE / JORNALISMO E SAÚDE..... | 47 |
| FIGURA 3 - CAPA DA PRIMEIRA EDIÇÃO DE O LIBERAL, DE 15 DE NOVEMBRO DE 1946..... | 64 |
| FIGURA 4 - CAPA DA EDIÇÃO DE 19 DE ABRIL DE 1987..... | 65 |
| FIGURA 5 - PÁGINA DA SEÇÃO INTERNACIONAL DA EDIÇÃO DE 19 DE ABRIL DE 1987..... | 66 |
| FIGURA 6: CAPA DA EDIÇÃO DE 7 DE AGOSTO DE 2017 | 68 |

LISTAS DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1: TABELA DOS PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL | 28 |
| TABELA 2: TABELA DE PREENCHIMENTO DE DADOS | 73 |
| TABELA 3: TABELA DE TEXTOS DO GÊNERO INFORMATIVO E DO GÊNERO OPINATIVO | 76 |
| TABELA 4: TABELA DE CADERNOS E EDITORIAS | 78 |
| TABELA 5: TABELA DE ASSINATURA DOS TEXTOS JORNALÍSTICOS..... | 80 |
| TABELA 6: TABELA DE IMAGENS..... | 81 |
| TABELA 7: TABELA DE DESCRITIVOS TEMÁTICOS..... | 82 |
| TABELA 8: TABELA DE FONTES DE INFORMAÇÃO | 84 |
| TABELA 9: TABELA DE CATEGORIA DE FONTES DE INFORMAÇÃO..... | 87 |
| TABELA 10: TABELA DE TERMOS UTILIZADOS PARA DESIGNAR PESSOAS VIVENDO COM HIV | 90 |

INTRODUÇÃO

Natural de Belém, no estado do Pará, no Norte do Brasil, comecei minha carreira profissional ao entrar na Faculdade de Tecnologia de Amazônia (FAZ), no curso Tecnólogo em Comunicação Institucional. À época era bolsista do Programa Universidade para Todos (PROUNI) e me dediquei a várias atividades acadêmicas da instituição de ensino. Ao término do primeiro ano do curso comecei a estagiar na Agência Modelo da FAZ, onde auxiliava nas campanhas publicitárias e na promoção dos eventos institucionais. Trabalhei voluntariamente na agência por um ano até ser contratado pela Assessoria de Comunicação da instituição.

Já formado, senti a necessidade de aprofundar meus conhecimentos sobre o campo da Comunicação. À época era Assessor de Comunicação das Faculdades Integradas Ipiranga, onde comecei o curso de Comunicação Social com Habilitação em Jornalismo. Como qualquer estudante que opta por essa carreira, comecei o curso desejoso por grandes mudanças sociais e em busca de novas perspectivas para trabalhos futuros que possibilitariam melhorias para a população, em especial aos que estão à margem da sociedade.

No curso, dentre outros assuntos, estudei sobre a concentração midiática presente no Brasil. Segundo Capareli e Lima (2004), sete grupos controlam 80% de tudo o que era (e é) visto, ouvido e lido na mídia brasileira. Um deles é o grupo Globo, da família Marinho, que se mantém hegemônico desde os anos 1970 até os dias atuais. Tendo iniciado suas atividades em 1925 com o jornal *O Globo*, terceiro jornal em tiragem no país, ele conseguiu se manter no século XXI como o grupo dominante de mídia no Brasil. Possui cerca de 223 veículos próprios ou afiliados e a maior operadora e distribuidora de TV a cabo (NET). Detém ainda um dos mais acessados portais da internet (Globo.com), uma produtora e distribuidora de cinema (Globofilmes), 30% das emissoras de rádio FM e AM (incluindo a rede CBN) e um sistema de produção de canais para TV a cabo (Globosat). Especificamente, no que diz respeito ao Pará, estudei como as relações políticas dos grupos de comunicação do estado, as Organizações Rômulo Maiorana (ORM) afiliadas à Rede Globo e que apoiam o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e a Rede Brasil Amazônia (RBA), que apoia o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), influenciavam direta ou indiretamente o viés das matérias jornalísticas e as relações sociais.

A partir das disciplinas relacionadas com o jornalismo impresso, passei a nutrir um desejo pela experiência em redação. Foi quando pedi demissão da Assessoria de

Comunicação da faculdade para estagiar no jornal *O Liberal*, pertencente às Organizações Rômulo Maiorana. À época, comecei a escrever na editoria Cidade, cobrindo matérias sobre saúde, alagamento, falta de luz e água, lançamento de empreendimentos, manifestações e outras. Após quatro meses, passei para a editoria Cultura, escrevendo para o Caderno Magazine, cobrindo shows, apresentações teatrais e outros eventos. Dois meses depois, voltei para a editoria Cidade cobrindo, além das matérias que já produzia antes, pautas sobre religião.

A experiência no jornal impresso foi tão marcante que me influenciou, em 2013, ano em que terminei a graduação, na escolha do tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): “Jornalismo e Teledramaturgia: a influência da telenovela na elaboração do noticiário do jornal *O Liberal*”. A proposta era pensar se a objetividade jornalística estava direta ou indiretamente marcada pela influência de um produto midiático de entretenimento, e, portanto, que tem como característica uma ficcionalidade que busca, em certa medida, se parecer com uma realidade objetiva. Minha ideia inicial também era, de certa forma, romper com o receio acadêmico na área da comunicação de produzir pesquisa a partir de dois produtos midiáticos, ficando a mercê de produções relacionadas com um dos meios apenas, como o jornal impresso, a telenovela, o telejornalismo, e os programas de rádio, por exemplo.

A pesquisa buscava verificar se houve influência da telenovela nas pautas do jornal impresso. A novela, apesar de ser um produto televisivo de entretenimento, se instaura no cotidiano jornalístico com forte poder decisório quanto à escolha do que será ou não notícia. À época, meu objeto de estudo estava centrado na novela *O Clone* (Rede Globo) e no jornal *O Liberal*. Escolhi os jornais veiculados no período de 1º de outubro de 2001 a 15 de junho de 2002, intervalo de tempo em que a novela esteve no ar. Tendo como propósito realizar uma análise quantitativa, dividi as matérias em quatro variáveis, as mais relevantes para o estudo, que foram: Novela (matérias que falam sobre a trama), Clonagem, Alcoolismo e Drogas. A análise foi realizada mensalmente, identificando o quantitativo de matérias veiculadas em cada mês, fazendo um comparativo com o desenrolar da trama. Como a pesquisa se limitava a uma análise quantitativa, o conteúdo impresso e as fontes presentes nas matérias não foram levados em consideração.

A partir da investigação comecei a perceber, de forma mais clara, que o jornalismo não é o detentor exclusivo de sua escrita e que o processo de produção da notícia está imbricado de vários outros fatores e/ou disputas. Além disso, há fontes que permeiam as relações sociais e se impõem como prerrogativa no noticiário impresso. Essas reflexões me fizeram desejar cursar uma Pós-graduação *Stricto Sensu*. Para tanto, após um ano como

Assessor de Imprensa do Arcebispo Metropolitano de Belém, Dom Alberto Taveira, mudei-me para o Rio de Janeiro em busca do curso desejado.

Já morador da cidade do Rio de Janeiro, comecei a escrever para a Revista + Saúde, periódico trimestral da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Foi o principal contato que tive com matérias sobre saúde. À ocasião, recebia sugestões de leitores, no e-mail institucional e em conversas pessoais, com demandas sobre determinadas doenças não tão conhecidas do senso comum. Ao me deparar com tais solicitações, procurei nos demais meios de comunicação e constatei que não havia muitas matérias sobre elas e, portanto, comecei a perceber que alguns temas de saúde eram mais recorrentes que outros e que alguns nem ao menos eram citados. Havia uma certa hierarquia, com graus de importância, na produção dessas notícias. Um certo código deontológico que não poderia ser quebrado e que intrinsecamente moldava o que seria comunicado sobre as doenças nas páginas do jornal impresso, ou seja, quais doenças seriam faladas e como elas seriam abordadas no cotidiano da sociedade.

Foi a experiência na Revista + Saúde que me levou a conhecer o Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O programa foi espaço e porta aberta para o início da minha caminhada em busca de respostas. Por meio da interface entre pensadores de três campos de conhecimento (Saúde, Comunicação e Informação) pude, enfim, descobrir novas perguntas, estruturar meu pensamento dissidente, ampliar meu universo intelectual e perceber quais caminhos conceituais seguir.

Os encontros semanais em disciplinas que traziam conceitos sobre Saúde, Comunicação e Informação e os assuntos transversais de interesse nacional na mídia sobre a saúde, que sempre roubavam minha atenção pessoal, transmutaram-se em um tema geral que se tornou a prioridade dos meus questionamentos: a AIDS e o vírus HIV no jornal impresso. Possivelmente por influência do noticiário sempre observei o vírus HIV com certo medo e até certo ponto já até pensei que fosse exclusivo de um grupo de pessoas: os homossexuais! Questionei-me certa vez sobre a procedência de minhas impressões pessoais acerca da síndrome e constatei que a maior parte das informações sobre ela, à época, advinha da minha relação com os meios de comunicação e da relação desses com pessoas de idade superior a 45 anos que estavam mais próximas a mim.

Foi no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde que comecei a pensar sobre as relações epidemiológicas sobre a AIDS e sobre o HIV e como os

documentos oficiais do Ministério da Saúde – especialmente os boletins epidemiológicos –, podem ser ferramentas úteis para a formação discursiva sobre a síndrome ou, também, podem ser utilizados respondendo a certos interesses e certas pressões dos meios de comunicação, causando desinformação ao invés de informação.

A partir dessas indagações, passei a problematizar sobre como as pessoas foram informadas sobre a AIDS e sobre o HIV. No início a doença se fez novidade, não havia precedentes para algo com tamanha dimensão, abrangência e letalidade. Especulava-se muito, de todos os lados, tanto nos discursos midiáticos, como nos discursos da saúde e nos religiosos. As notícias traziam em seus parágrafos códigos interpretativos, como as nomenclaturas: “peste gay”, “câncer gay” e “peste rosa”. Segundo o dicionário Michaelis (2015), peste significa:

Doença infectocontagiosa de roedores transmitida ao homem por meio de pulgas contaminadas; moléstia epidêmica que pode causar alto índice de mortandade; qualquer coisa pernicioso ou funesta; tudo o que contribui para a corrupção física ou moral; Quantidade excessiva de algo prejudicial (MICHAELLIS, 2015).

Logo, pensar em “peste gay” ou “peste rosa” é pensar uma série de significações criadas a partir da palavra peste, como por exemplo, uma doença que assolou a Europa no século XIV, dizimando um terço da população europeia. Ao mesmo tempo, essa metáfora também, de forma intrínseca, sugere que ser gay é uma peste, uma doença, pois não é uma “peste dos gays” é uma “peste gay”. Ou seja, a presença de gays na sociedade seria uma peste, algo pernicioso, de corrupção física e moral. Retomar a ideia de peste, associada aos gays, é quase que afirmar que eles merecem tratamento médico ou que se deve lutar contra eles para que a sociedade possa ser curada. Os sentidos associados ao câncer também acabam sendo diretamente relacionados com essa ideia. Segundo o mesmo dicionário, câncer:

É uma doença que se caracteriza pelo crescimento autônomo, incontrolável de células de um tecido ou órgão e que pode ressurgir, criando focos secundários, com as mesmas características das iniciais; carcinoma, tumor maligno... (MICHAELLIS, 2015).

Comparar a AIDS com um câncer na década de 80 é uma figuração alarmista, pois o câncer foi uma doença automaticamente ligada à morte. Logo, a AIDS também o seria. Quando se utiliza o termo “câncer gay”, vincula-se a ideia de uma doença mortal ligada aos homossexuais, sugerindo à sociedade pensar que os gays vão morrer por estarem com uma “espécie de câncer” e, até certa medida, que eles próprios seriam um câncer na sociedade e, portanto, deveriam ser curados. Essa herança preconceituosa, arraigada no passado histórico da síndrome, se tornou uma questão reflexiva para mim. Além desses códigos interpretativos,

a síndrome também era veiculada nos jornais por meio de números. As informações oficiais sobre ela no Brasil começaram a se estruturar por meio dos boletins epidemiológicos, lançados anualmente pelo Ministério da Saúde.

As notificações dos casos de AIDS e sífilis congênita (transmissível de mãe para filho) passaram a ser obrigatórias no país a partir de 1986, por recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). As hepatites virais (tipo B, C e D) passaram a integrar as estatísticas nacionais em 1996. De posse do documento¹, é possível mapear a síndrome, identificando as principais áreas de ocorrência, as populações atingidas e o número de mortes no país. A partir desses dados, o governo pode elaborar medidas específicas para prevenção e tratamento em cada região, direcionando à população de risco.

O Ministério da Saúde define casos confirmados de AIDS como:

Todo aquele em que o indivíduo que apresente doença pelo menos moderadamente indicativa de imunodeficiência celular, segundo critérios estabelecidos (...) excluídas outras causas (...); todo indivíduo que evoluiu para óbito de causa natural não esclarecida suficientemente para exclusão de doença associada a infecção pelo HIV e que apresentava o seguinte conjunto de condições: soropositividade para o HIV; presença de candidíase oral e ou testes cutâneos de hipersensibilidade tardia negativos; presença de três ou mais dos seguintes sintomas (...); ausência de outras causas sabidamente associadas a diminuição da resistência, que não a infecção pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE APUD ANDRADE, 1991, p.48).

Juntam-se às notificações outras variáveis que podem influenciar na forma como o vírus é interpretado seja em âmbito nacional ou regional², como *o modo de produção jornalístico das redações locais* (levando em consideração a infraestrutura, ao se pensar em produção de notícias na década de 1980, por exemplo), *os aspectos culturais* (como lendas e tradições específicas de cada localidade que podem influenciar a forma como são tratadas determinadas enfermidades), *os aspectos religiosos* (uma vez que as regiões Norte e Nordeste possuem uma forte influência na forma de explicar a relação das pessoas com o mundo à sua volta, principalmente a relação humana com a saúde e a doença), por exemplo.

Foram essas questões que me fizeram, no primeiro ano do mestrado no PPGICS, buscar estudos já realizados sobre a produção discursiva sobre AIDS e sobre HIV nos jornais impressos. Dentre eles, encontrei o trabalho realizado por Fausto Neto (1999), no qual o autor

¹ São muito esparsas as informações fornecidas pelo Boletim Epidemiológico. Seja do ponto de vista da regularidade seja das transformações pelas quais o instrumento passou, alguns desses dados serão explorados pela ausência de sua veiculação. A entrevista realizada com o coordenador do projeto nos ajuda a remontar parte desse processo.

² Embora possamos encontrar semelhanças, nosso olhar estava centrado no âmbito regional, mais especificamente na imprensa paraense, por entender que a distância dos chamados grandes centros pode ser peça importante na compreensão dos modos de produção.

faz um levantamento das edições dos jornais impressos *O Globo* e *Folha de S. Paulo*, *Correio Braziliense* e *A Tarde*, publicadas entre 1983 e 1995, encontrando 6.710 matérias, sendo 3.454 matérias de origem nacional (51%) e 3.256 (49%) internacional. A partir da análise dos títulos das matérias, o autor identifica a “geografia” da AIDS, por meio de origens e procedências, a partir de três operações enunciativas distintas: solo geográfico; dizer explícito da causa da disseminação; e estratégia polifônica. Mostra, também, a construção da sintomatologia da AIDS e as diversas metáforas utilizadas pelos jornais estudados: “estranha doença”, “misteriosa e enfermidade mortal”, “doença incurável”, “mal incurável”, “nova epidemia”, “síndrome perigosíssima” e “vírus mortal”.

Além disso, destaca os modelos de anunciabilidade, desde os primeiros pacientes, sua generalização, instalações de pânico, doença e seu território (quantificação e temporalidade) e outros. Fausto Neto também apresenta os dados referentes aos núcleos semânticos priorizados pelos jornais estudados nessa pesquisa. Segundo ele, “a totalidade das matérias publicadas revela que os maiores índices se voltam para uma associação da AIDS com a temática epidemiológica (21%) ao lado de outros núcleos relevantes como pesquisa, 11%, farmacologia, 10%” (FAUSTO NETO, 1999, p. 33). É interessante pensar que os núcleos semânticos: “epidemiologia”, “pesquisa”, “farmacologia” e “pró-AIDS” são os que mais aparecem nos jornais, tendo o núcleo semântico “denúncias” com 8% e os demais (num total de 13) abaixo de 6%.

Portanto, com base nos resultados de Fausto Neto, é possível entender que os boletins epidemiológicos contribuíram consideravelmente para o tratamento dado pelos jornais à AIDS. A partir disso, formulamos o problema de pesquisa deste trabalho, a saber: em que medida as informações científicas, oficiais e aquelas postas em circulação pela imprensa nacional e internacional, serviram de base para a construção, em *O Liberal*, da forma como a AIDS e o HIV foram noticiados à sociedade, produzindo impactos sobre os sentidos no mês de abril de 1987 (início da divulgação dos boletins epidemiológicos).

O entendimento sobre o que é saúde, utilizado nesta pesquisa, vai ao encontro do proposto pelo Artigo 196, da Constituição de 1988: “é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988). Portanto, quando proponho pensar a comunicação, a partir da análise de como foi noticiado o HIV/AIDS naquele jornal impresso, automaticamente, também propomos uma pesquisa que reflete sobre a saúde, os sentidos da síndrome, a importância da relação dos meios de comunicação na construção do imaginário popular sobre temas de saúde pública, os sentidos sociais produzidos pelos jornais para o HIV/AIDS e os direitos dos cidadãos referentes à comunicação (falar, ser ouvido e ser informado).

Partindo do pressuposto que esta pesquisa é um direito da população, ela pode auxiliar o Ministério da Saúde e, conseqüentemente o SUS, a pensar como os seus boletins epidemiológicos sobre o HIV/AIDS foram vistos e interpretados pelos meios de comunicação, em especial na região Norte, a partir do universo de disputas com outras fontes, que concorrem dentro dos jornais, e das informações (e sob que viés) que ganham mais destaque. Além disso, também pode contribuir para uma melhor compreensão dos sentidos sociais criados pelo jornal sobre o HIV/AIDS por parte da população que, de posse dessas informações, pode melhor se articular para se mobilizar e se organizar de forma participativa, contribuindo para melhorar o sistema, como preconiza um dos princípios organizativos do SUS: Participação Social (BRASIL, 1990b).

Além disso, essa dissertação se propõe a pensar a interface entre Informação, Comunicação e Saúde, colaborando com a reflexão sobre esses campos na saúde pública no Brasil, mais especificamente na Região Norte, e com o fortalecimento do SUS. Portanto, sua proposta está em sintonia com a missão e com os objetivos do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz):

Participar da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, desenvolver estratégias e executar ações de informação e comunicação no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde, objetivando atender às demandas sociais do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros órgãos governamentais. Com esta missão, o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz) investe na interface entre ensino, pesquisa e serviços de forma a gerar conhecimentos, produtos e inovações para a saúde pública brasileira. O objetivo é fortalecer o SUS e promover melhores condições de vida e saúde para a nossa população (...) gerar conhecimentos e inovações para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionar a melhoria das condições de vida da população brasileira e democratizar a comunicação e o acesso à informação em saúde. Com esses objetivos, o ICICT investe no desenvolvimento de projetos de pesquisa no campo da Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT, 2018).

A pesquisa se impõe, também, pela recorrência das discussões sobre a AIDS e o HIV nos mais diversos âmbitos da sociedade e do mundo, oferecendo uma leitura dos sentidos sobre a síndrome produzidos pelos meios de comunicação fora da região sudeste, onde essa problemática já vem sendo estudada de forma mais sistemática, possibilitando com que haja um melhor entendimento das relações estabelecidas entre os campos Saúde, Informação e Comunicação de forma mais democrática, uma vez que levará a uma reflexão sobre esse objeto em uma região onde ele ainda é pouco estudado e onde elementos regionais, como influências religiosas, são mais marcados nas relações sociais e, portanto, em produções textuais decorrentes dessas.

A pesquisa pode ainda contribuir para formulações de políticas públicas ligadas ao direito à informação em saúde; podendo auxiliar na compreensão dos sentidos da AIDS e do HIV produzidos pela mídia, face a exposição da forma como muitas vezes os órgãos de comunicação organizam os debates; e, enfim, pode também fomentar novas pesquisas relacionadas com a interface Saúde, Informação e Comunicação.

A partir dessas preocupações, escolhemos estudar a produção de sentidos sobre a AIDS e sobre o HIV no jornal impresso no estado do Pará. Essa escolha do estado se baseia inicialmente no âmbito quantitativo, pois ele é o mais populoso da Região Norte, com 8.272.724 habitantes, segundo a estimativa populacional de 2016 feita pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Dentre os jornais que circulam nesse território geográfico, escolhemos estudar o jornal O Liberal, periódico diário produzido em Belém, capital do estado, porque ele é o principal veículo impresso na região, com maior tiragem (são 40 mil exemplares durante a semana e 87 mil nas edições do fim de semana, sábado e domingo). Além disso, possui versão digital, disponível para assinantes por meio do Portal ORM News (www.ormnews.com.br), aumentando assim sua capilaridade para além do estado.

O período temporal do estudo se justifica pelo fato da descoberta da AIDS ter ocorrido ainda na década de 1980, pois foi nessa época que começaram as veiculações relacionadas com o HIV/AIDS. Mais especificamente, nos detemos no mês de abril de 1987 por ser o marco inicial da publicação dos Boletins Epidemiológicos de HIV/AIDS feitos pelo Ministério da Saúde.

Estudar a AIDS e o HIV no Brasil permanece uma necessidade, uma vez que desde o início da epidemia, em 1980, até junho 2017, o país teve 882.810 casos de AIDS (condição em que a síndrome já se manifestou), segundo o último Boletim Epidemiológico, de 2017. A partir desses dados, a pesquisa pode contribuir paralelamente para que haja melhor entendimento sobre como os boletins epidemiológicos contribuíram, disputando, para a construção da memória e do imaginário popular sobre a síndrome a partir dos sentidos produzidos pela imprensa. Portanto, este estudo pode gerar novas investigações sobre possíveis formas de divulgação desses boletins, a partir de outras interações entre o documento oficial sobre a síndrome feito pelo Ministério da Saúde com a imprensa, possibilitando estratégias de prevenção da AIDS a partir da relação entre a Saúde, a Informação e a Comunicação.

Foi a partir desse quadro mais amplo que formulamos nossos objetivos de pesquisa, tendo como o geral: buscar perceber quais os núcleos de sentidos construídos para a síndrome em abril de 1987 pelo jornal O Liberal, de Belém (PA), identificando as possíveis influências

do boletim epidemiológico sobre a AIDS/HIV nesse contexto. Já no que diz respeito aos específicos: identificar por quais páginas, sessões e editoriais, as construções enunciativas sobre a AIDS e sobre o HIV estiveram presentes, no período proposto; analisar quais fontes de informação adquirem visibilidade na cobertura da AIDS e do HIV, inferindo quais não foram ouvidas pelo jornal; investigar as nomeações atribuídas às pessoas vivendo com AIDS/HIV no período, o que é parte fundamental da construção sobre o tema.

Buscando dar conta dos objetivos acima descritos, esta dissertação se estrutura em três capítulos, além desta Introdução e das Considerações Finais. No Capítulo “Processos Infocomunicacionais sobre AIDS/HIV”, apresentamos uma reflexão sobre o que é um Sistema de Informação (SI), mostrando como ele foi incorporado à área da saúde como uma estratégia de vigilância epidemiológica e de gestão. Em seguida, apresentamos os principais Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Brasil, destacando os que fornecem os dados para a formulação dos Boletins Epidemiológicos de HIV/AIDS, são eles: o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL); e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCLOM). Além disso, problematizamos o Campo Jornalístico e o Campo Científico a partir da perspectiva de Bourdieu (2015; 2009; 2003). Após, refletimos sobre a proposta de um novo campo, nos moldes apresentados por Araujo e Cardoso (2007), o Campo Comunicação e Saúde, estabelecendo a importância dele para o nosso objeto de pesquisa.

No capítulo seguinte, intitulado “Caminhos Metodológicos”, apresentamos uma reflexão sobre a comunicação na Amazônia a partir de pesquisadores regionais, entendendo como se estabelece o processo de midiaticização na/da Amazônia. Seguimos com uma reflexão sobre a saúde no Brasil, contextualizando o movimento sanitário, a criação do Sistema Único de Saúde e, a partir dele, a elaboração do Programa Nacional de DST e AIDS. Em seguida, apresentamos um breve levantamento histórico do jornal O Liberal, escolhido para o estudo. E, por fim, discutimos sobre a metodologia que será aplicada para leitura das matérias veiculadas no jornal no mês de abril de 1987, apresentando a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), os descritivos temáticos escolhidos e o protocolo aplicado. Paralelamente, empreendemos os primeiros movimentos de uma tentativa de aproximação entre a Análise de Conteúdo e uma Análise dos Discursos Sociais. Além disso, descrevemos a entrevista realizada como diretor-substituto da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, Gerson Pereira.

Já no capítulo “Análise do Material”, analisamos o material coletado, 27 textos jornalísticos veiculados em abril de 1987 sobre HIV/AIDS no jornal O Liberal, a partir de oito níveis de classificação, são eles: 1 - Gêneros Jornalísticos, 2 – Cadernos e Editorias, 3 – Matérias Assinadas, 4 – Matérias Não Assinadas, 5 – Presença de Ilustrações/explicação gráfica, 6 – Descritores Temáticos, 7– Fontes e 8 – Termos Utilizado para Pessoas Vivendo com HIV. Em seguida, refletimos sobre o conteúdo da entrevista realizada com o diretor-substituto da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, Gerson Pereira.

1 PROCESSOS INFOCOMUNICACIONAIS SOBRE AIDS/HIV

Neste capítulo apresentamos os principais Sistemas de Informação em Saúde (SIS), entendendo sua importância para a situação sanitária da população e sua contribuição para a vigilância das condições de saúde e formulação de políticas públicas. Destacamos o papel de quatro sistemas, que trazem os dados que subsidiam a elaboração dos Boletins Epidemiológicos de AIDS/HIV, são eles: o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL); e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCLOM). Apresentamos, também, o Boletim Epidemiológico de AIDS/HIV produzido pelo Ministério da Saúde, seus dados e sua elaboração.

Neste também pensamos o campo científico e o campo jornalístico, suas particularidades e suas proximidades a partir do conceito de Campo, de Bourdieu (1983; 1997; 2003; 2004). A partir dessa perspectiva, entendemos que a comunicação não é um subcampo do campo mídia e que a saúde não é um subcampo do campo científico. O que nos permite pensar uma nova perspectiva do conceito de campo desse autor. Refletimos sobre esse novo campo proposto por Araujo e Cardoso (2007), o campo “comunicação e saúde”. Entendemos sua importância para nosso objeto por ser formado pelas particularidades, de um lado, entre os subcampos da comunicação e, de outro, entre os subcampos da saúde, possuindo, portanto, lutas simbólicas próprias que lhes confere tanto capital midiático, como, também, científico.

1.1 INFORMAÇÃO E SAÚDE

1.1.1 – Sistemas de Informação em Saúde

Para entendermos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) primeiro precisamos definir o que é um Sistema de Informação. No Guia de Vigilância Epidemiológica, elaborado pelo Ministério da Saúde (2005), Informação é:

O conhecimento obtido a partir dos dados, o dado trabalhado ou o resultado da análise e combinação de vários dados, o que implica em interpretação, por parte do usuário. É uma descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático. (BRASIL, 2005, p.67).

Para Moraes (1994), a informação não necessariamente vai alterar o conhecimento de um indivíduo, mas o importante para ela é seu potencial, sua capacidade. Para verificar a sua

utilidade e necessidade, basta ver se a informação permite apoiar uma ação, reduzindo incertezas. Nessa perspectiva, a informação exerce um papel estratégico que permite a identificação do que se quer transformar (VASCONCELOS, 2002).

Por tanto, um Sistema de Informação seria um lugar em que é possível armazenar e recuperar a qualquer momento informações obtidas a partir de dados. Há muitas definições conceituais na literatura sobre isso. Para Moraes (1994, p. 39): “Sistemas de Informações são instrumentos colocados a serviço de determinada Política, sendo estruturados para dar resposta a determinados interesses e práticas institucionais”. Logo, segundo a autora, devem ser analisados de acordo com o contexto em que são estruturados. Já Carvalho e Eduardo (1998), o definem assim:

Um Sistema de Informação (SI) pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, proveem informação de suporte à organização. Um SI em geral processa dados, de maneira informatizada ou não, e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são os responsáveis pela sua interpretação (CARVALHO; EDUARDO, 1998, p.5)

Portanto, um SI, de forma geral, coleta, processa e armazena dados. Além de disseminar informações geradas por ele. Em uma visão mais tecnicista, Carvalho e Eduardo (1998, p. 57) dizem que um SI é “o conjunto de hardware e software que desempenham as tarefas de processamento de informações, tais como sua coleta, transmissão, armazenagem, recuperação, manipulação e apresentação”. Ou seja, a tecnologia tem um papel importante nessa produção e disseminação de informações, a partir da sua evolução ao longo dos anos. Porém, todo esse aparato tecnológico não garante a qualidade dos dados, e, conseqüentemente, da informação. Ela depende da alimentação dos sistemas e de como acontece a disponibilização das informações produzidas por eles. A coleta e registro dos dados nos sistemas são etapas decisivas para a qualidade, portanto, a capacitação das pessoas envolvidas nessa fase é fundamental.

Os sistemas de informação passaram a ser utilizados pela saúde a partir da transformação de uma visão de bem-estar individual, para uma de coletivo. A preocupação com várias doenças e aspectos sanitários que levaram ao adoecimento fez com que começassem a criar sistemas que pudessem coletar, elaborar e publicar dados de interesse à saúde. Eles são uma das principais bases de registro sobre nascimentos, doenças, mortes, internações hospitalares e/ou consultas ambulatoriais (JORGE, LAURENTI E GOTLIEB, 2010).

Esses dados e, conseqüentemente o conhecimento sobre a saúde da população, são importantes tanto para os líderes mundiais e formuladores de políticas, como para profissionais e gestores da saúde pública. Eles não se restringem a saber os números de nascimentos e mortes de um país, mas, também, a frequência da doença e incapacidades que se verificam em cada população, isto é, além de se conhecer quantas pessoas adoecem ou morrem e quais fatores ou traumatismos responsáveis por essas doenças e óbitos, faz-se necessário informações de outras características, como idade, sua distribuição em homens e mulheres, área da cidade ou do país mais atingidas, assim como aumento ou diminuição de casos (SWAROOP, 1964).

Se pensarmos a partir da perspectiva foucaultiana, podemos entender esse processo como uma espécie de “controle do corpo” por parte do estado e, conseqüentemente, controle da saúde:

Com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. (...) Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Ao pensar as origens da Medicina Social – na Alemanha, caracterizada por “polícia Médica”; na França, “Medicina Urbana”; e, na Inglaterra, “Medicina da força de trabalho” – Everaldo Duarte Nunes (2005) destaca que:

O estudo da morbidade, do controle, da normalização da prática e saber médicos, do controle dos espaços e instituições urbanas e da circulação dos elementos (água e ar), do controle dos pobres e depois dos trabalhadores, para torná-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos, marcaram em suas origens a medicina social européia, refletiram-se na organização das práticas sociais e coletivas de saúde e se expressaram na higiene social, na salubridade, na saúde pública de muitos países (NUNES, 2005, p. 16).

Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, criando a medida-síntese da realidade: os indicadores de saúde. Foram produzidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, sendo parâmetro com o objetivo de avaliar a situação de saúde e fornecer subsídios para o processo de planejamento. Por meio deles, é possível acompanhar tendências históricas de diferentes coletividades na mesma época, ou da mesma coletividade em diferentes períodos (ROUQUAYROL E ALMEIDA FILHO, 2003).

Eles contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde e, também, do desempenho dos Sistema de Informação em Saúde. Ajudam a refletir sobre a situação sanitária de uma população, servindo para a vigilância das condições de saúde. Para se construir um indicador, faz-se necessário desde a simples contagem de casos de uma doença, até o cálculo de proporção, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como, por exemplo, a esperança de vida ao nascer (RIPSA, 2008).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) devem formular indicadores que levem em consideração três características fundamentais: Disponibilidade (Os dados devem ser de fácil obtenção para diferentes áreas e épocas), Confiabilidade (Devem ser capazes de fornecer o mesmo resultado se medido por diferentes pessoas em meios distintos e em épocas variadas, em condições similares) e Validade (Devem ser característicos do fenômeno, pois se o indicador reflete características de outro fenômeno paralelo, deixa de ter validade porque pode levar a uma avaliação não verdadeira da situação) (CAMINHA, CASARIN e BUENO, 1974; KLÛC et. al., 2002).

Nessa perspectiva, os indicadores são essenciais para a formulação de Sistemas de Informações em Saúde de qualidade, pois são ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde e elaboração de intervenções mais próximas das necessidades da população (MEDEIROS et al., 2005), além de contribuir direta e indiretamente com a formulação de políticas públicas. Para o Ministério da Saúde, na Portaria de nº 3, de 4 de janeiro de 1996, os Sistemas de Informação em Saúde são essenciais como:

Instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão de políticas a serem formuladas e implementadas; o sistema deve ser concebido pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade... Um SIS deve assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar essas ações aos objetivos do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p.45).

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) define os SIS como um conjunto de componentes que atuam integrados, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão de informação, e são necessários para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA e FUNDAÇÃO DE EMPREENDIMENTOS CIENTÍFICOS E TECNOLÓGICOS, 1998).

Para Siqueira (2005), um Sistema de Informação trabalha com três matérias-primas: dado, informação e conhecimento. O dado é a variável bruta, mais simples; a informação é

composta de dados com significados para alguém; e o conjunto de nosso aprendizado, experiências acumuladas, convenções e percepções cognitivas, transformam as informações de uma dada realidade em conhecimento. Isso significa que a informação subsidia o processo decisório, uma vez que auxilia no conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

No Brasil, mesmo antes da criação do SUS, com a Constituição de 1988, já existiam diversos SIS voltados para governos federal e/ou estadual. Os municípios se comprometiam em coletar os dados e, constantemente, ocorria a subutilização das informações. Portanto, eles ficavam distantes do processo de elaboração dos planejamentos, pois tinham poucas ou nenhuma experiência/autonomia em formulações de políticas. Foi com a formulação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/SUS 01/96) que aumentou a responsabilidade dos municípios no papel decisório das suas ações em seu território. Ela gerou a necessidade de produção de informações mais confiáveis e disponíveis de maneira mais célere para subsidiar o trabalho de profissionais e gestores (VIDOR, FISHER e BORDIN, 2014). A partir dessa realidade, diversos SIS foram implementados pelo Ministério da Saúde e sua utilização é obrigatória em todos os estados e municípios (PINHEIRO et al., 2016).

Antes da criação dos SIS no país, as informações eram fragmentadas. Havia muitos dados esparsos que não possibilitavam gerar conhecimento para tomada de decisão. As primeiras informações com ampla divulgação foram os óbitos ocorridos nas capitais do país (BRASIL, 2009).

A década de 1970 mudou a forma como a estatística em saúde era feita no Brasil. A partir da Lei Federal nº 6.015 de 1973, a regulamentação do registro civil foi oficializada, tendo como responsável pelo levantamento estatístico desses dados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dois anos depois ocorria a Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação em Saúde e entre as décadas de 1970 e 1980 foram criados os principais SIS do Brasil (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975).

Apesar dessa sistematização, os SIS foram criados de acordo com as necessidades específicas e de iniciativas isoladas de diferentes áreas, e não por meio de uma estratégia mais ampla, acarretando em fragmentação das bases de informação do SUS e, em alguns casos, redundância na produção de informações em saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil, os principais Sistemas de Informação em Saúde, de abrangência nacional, possibilitam inúmeras avaliações, sejam através dos sistemas de informações assistenciais:

Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), ou através dos sistemas de informações epidemiológicas: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Abaixo, temos, de forma resumida, os principais SIS existentes no país:

Tabela 1: Tabela dos Principais Sistemas de Informação em Saúde do Brasil

| PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO BRASIL | | | |
|--|---|---|---|
| SIGLA | SISTEMA | INSTRUMENTO DE COLETA | OBJETIVO |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade | Declaração de Óbito | Estudos de mortalidade, vigilância de óbitos (materno, infantil e outros) |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos | Declaração de Nascidos Vivos | Monitoramento da saúde da criança; vigilância a criança de risco |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação | Ficha Individual de Notificação e Ficha Individual de Investigação | Acompanhamento dos agravos sob notificação, surtos, epidemias e outros |
| SIH | Sistema de Informações Hospitalares | AIH – Autorização de Internação Hospitalar | Morbidade hospitalar, gestão hospitalar, custeio da atenção hospitalar |
| SISCAN | Sistema de Informação de Câncer | Ficha de agravo e notificação | Controle e prevenção do câncer de colo de útero e de mama |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica | Ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários | Monitoramento de informações relacionadas à atenção básica |
| SISCEL | Sistema de Controle de Exames Laboratoriais | Formulário de Solicitação (laudo) de | Monitorar os resultados dos testes para |

| | | | |
|--------|---|--|---|
| | | exames de Carga Viral do HIV, Contagem de Linfócitos T CD4/CD8, Genotipagem do HIV e Tipificação do alelo HLA-B*5701 | contagem de linfócitos TCD4+/TCD8+ e quantificação viral do HIV (carga viral) |
| SICLOM | Sistema de Controle Logístico de Medicamentos | Formulários de Dispensação de Antirretrovirais (ARV) | Gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais (ARV) |

Fonte: Elaboração do Autor a partir das referências: Garcia e Reis (2016), Ministério da Saúde e Neves e Junges (2015)

Para esta pesquisa especificaremos quatro SIS: o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL); e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISLOM). Hoje, são a base para a formulação dos Boletins Epidemiológicos sobre AIDS/HIV, elaborados anualmente pelo Ministério da Saúde.

1.1.2 – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

O artigo 77 da Lei nº 6216, de 30 de junho de 1975 (que alterou a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973), mostra uma preocupação do governo brasileiro em registrar os casos de mortes:

Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte (BRASIL, 1973).

Um ano depois da primeira Lei ser promulgada, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passou a ser responsável pelas produções de estatísticas vitais no país em conjunto com os Cartórios de Registro Civil. Desde então o instituto publica dados de óbitos; entretanto, sem referir-se às causas de morte.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi idealizado para suprir as falhas do Sistema do Registro Civil, pois, também, levaria em consideração eventos que não haviam sido registrados em cartório, fazendo um levantamento mais abrangente do perfil epidemiológico das causas de morte no país e não apenas nas capitais. Foi criado em 1975,

pelo então ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado. À época, ele criou uma comissão³ com o objetivo de fazer um levantamento inicial para analisar os atestados de óbito utilizados no Brasil, constatando “43 diferentes modelos de atestados de óbito, com formatos, números de vias, cores e informações diversas, bem como fluxos variados, até chegar aos órgãos oficiais para publicação (ou não) das estatísticas” (LAURENTI, MELLO-JORGE e GOTLIEB, 2006, p. 71).

Segundo Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2006), a partir da constatação de que os atestados não tinham unicidade, a comissão deu as seguintes recomendações:

Deveria haver a adoção de um modelo único de atestado de óbito para o Brasil, o qual, em relação às causas de morte, deveria seguir o padrão internacional proposto pela OMS em 1948 (...) A impressão do documento deveria ficar a cargo do nível central, cabendo, também, ao Ministério da Saúde sua distribuição para as secretarias estaduais de saúde, que, por sua vez, ficariam responsáveis pela distribuição aos municípios; As declarações de óbito deveriam seguir um fluxo padronizado; O processamento dos dados deveria ser feito no nível central (MELLO-JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2006, p. 72).

A partir disso, o Ministério da Saúde realizou em Brasília, em novembro de 1975, a 1ª Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação em Saúde⁴. Além das reflexões sobre o SIS, com definições e aprovações de propósitos gerais, objetivos e metas do SIS, foi apresentado o modelo do atestado de óbito que alimentaria o Subsistema de Informação de Mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984-1998). Com a aprovação da certidão de óbito unificada e das propostas apresentadas, o SIM começou a ser implantado em todo o Brasil, ajustando-se a alguns municípios que já possuíam algum sistema de dados. Para auxiliar nesse processo, criou-se um manual de preenchimento do documento-básico e um manual operacional para a codificação de variáveis.

Inicialmente, as declarações de óbito eram recolhidas pelos órgãos que faziam as estatísticas após o registro civil, realizado em cartório. Após, eram sistematizadas de acordo com o município de residência do morto e numeradas para seleção da causa básica do óbito. Posteriormente, para o processamento eletrônico, as variáveis das declarações eram codificadas, transcrevendo seus códigos em planilhas padronizadas (Idem). Vale ressaltar que

³ Composto por Ruy Laurenti, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; João Antonio Neto Caminha, da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; José Leão Costa, da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística do Ministério da Saúde; José da Rocha Carvalheiro, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Sylvain Nahoun Levy, do Ministério da Saúde.

⁴ Participaram da reunião técnicos de secretarias estaduais de saúde, de órgãos do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social, da Faculdade de Saúde Pública da USP, do IBGE, bem como de algumas universidades, entre outros.

algumas unidades federativas não usavam as planilhas, codificando os dados diretamente nas declarações.

Até a década de 1990 todo processamento de dados era concentrado no Centro de Informações de Saúde, do Ministério da Saúde, em Brasília. Entretanto, nem todos os estados tinham serviços computadorizados, ou seja, só os que dispunham dessa tecnologia enviavam fitas magnéticas com os dados pré-criticados. Para minimizar os erros, os dados eram submetidos a um programa de crítica, que identificava se havia erros de preenchimento (quanto a causa básica, codificação ou digitação); quando encontrados, eles eram listados e devolvidos, visando a correção (Idem). Hoje, com o avanço da tecnologia, esses erros já são resolvidos localmente. Regulamentando as competências dos níveis estadual e municipal sobre todo o processo de elaboração de dados de mortalidade, desde a coleta à análise, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância Sanitária, criou a Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003.

O sistema, como conhecemos hoje, começou a ser gestado em 1983, com a implantação do Sistema ACME (Automated Classification of Medical Entities), já utilizado nos EUA. Inicialmente ele começou a ser implementado em São Paulo, pela Fundação Seade, e depois, com a chegada dos microcomputadores, foi incorporado pelo SIM no país todo com o auxílio do DATASUS. No final da década de 1990 o programa foi testado e, desde então, vem se aprimorando, conhecido como SCB (Seletor de Causa Básica). O sistema é considerado um fator importante na uniformização da seleção da causa básica no país.

1.1.3 – Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN)

A vigilância epidemiológica começou na Europa no século XIX. À época, o monitoramento e controle era restrito às doenças transmissíveis, tendo a notificação compulsória dos casos como sua fonte principal, baseada em listas de doenças e agravos de diferentes períodos e conjunturas (BARATA, 2005). No Brasil, a base para a criação de um sistema de notificação de doenças está na criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, inspirado no Programa Nacional de Controle da Poliomielite, criado em 1971, que, por sua vez, foi influenciado pela Campanha de Erradicação da Varíola, realizada na década de 1960, elaborada a partir das experiências contra a malária e a febre amarela (RISI JÚNIOR, 2003).

A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) produziu até 1973 um boletim epidemiológico nacional sobre notificações de doenças e agravos, baseado em dados das

secretarias estaduais de saúde. Na ocasião, as doenças de notificação compulsória eram as que tinham imunização, as transmitidas por vetores, como a tuberculose e a hanseníase, e, depois, a raiva humana e a meningocócica (Idem). Em 1974, foi criada a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e em 1975 foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde e instituído o Sistema de Vigilância Epidemiológica, criado a partir da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e do decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que tornava obrigatória a notificação de doenças transmissíveis, estabelecendo como base a primeira lista nacional de doenças (BRASIL, 2005; PAIM e TEIXEIRA, 1992). Com isso, a rede básica de saúde passou a ter como atividades de rotina a vacinação e a notificação de doenças (Idem). Entretanto, o movimento de criação de um sistema único de agravo e notificação só viria a se consolidar na última década do século XX, sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), criado em 1990 (atual Secretaria de Vigilância em Saúde).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido pelo CENEPI com o apoio técnico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Seu objetivo principal era coletar e processar os dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, possibilitando informação para posterior análise do perfil da morbidade e contribuir para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRITO, 1993).

Apesar de seu surgimento ser do início da década de 1990, sua utilização só teve regulamentação em 1997, pela Portaria MS/GM nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, dando obrigatoriedade à alimentação da base de banco de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal. Hoje ele é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, instituída pela Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.

Ao longo dos anos, o SINAN passou por processos de aprimoramento. Primeiro utilizou-se a versão SINAN-DOS, sendo substituída pela versão SINAN-Windows. Hoje, a versão atual é a SINAN-NET, implantada em 2007. Apesar dos avanços, foram identificados alguns problemas que dificultaram sua incorporação ao longo de sua existência, como a falta de uma política nacional; inexistência de instrumentos regulatórios sobre o seu uso; insuficiência na documentação sobre o sistema; existência de sistemas de informação paralelos; carência de equipamentos de informática; e insuficiência na capacitação dos trabalhadores de saúde no uso do SINAN (LAGUARDIA et al., 2004; SOUZA e DOMINGUES, 2009).

1.1.4 – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)

O programa Nacional de DST/AIDS, criado em 1988, começou a implantar em 1997 a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4 +/CD8+) e carga viral do HIV. Ela tinha o objetivo de monitorar a evolução do HIV, encaminhar direcionamentos para o tratamento com medicamentos anti-retrovirais e a adoção de terapias preventivas das infecções oportunistas. Hoje, a rede conta com 92 laboratórios de contagem de CD4+/CD8+ e 86 de carga viral do HIV, presentes em todas as unidades federativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A criação de um sistema de controle desses exames se fez necessário porque houve um aumento do já grande número de pacientes que testam sua carga vital e seu CD4+/CD8+ e, conseqüentemente, um grande fluxo de investimentos para a compra de kits desses exames. O sistema, então, viria facilitar o controle de cadastramento de pacientes e o armazenamento do histórico de exames realizados, auxiliando o médico a prescrever melhor a terapia (Idem).

Nele, todas as informações são armazenadas em um banco de dados central, localizado no Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, e ficam disponíveis online, utilizando criptografia de dados, para os laboratórios que realizam exames de CD4+/CD8+ e carga viral do HIV, e coordenações estaduais e municipais de IST e AIDS. Em 2002, foi implantado e disponibilizado o módulo de faturamento que possibilita aos laboratórios gerarem um arquivo com todas as informações exigidas pelo Ministério da Saúde para o faturamento.

Além disso, o sistema atualizou, em 2015, um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo de infecções para o HIV. Com ele, é possível controlar a periodicidade certa de realização dos exames de Contagem de Subpopulações de Linfócitos T CD4+/CD8+ e de Quantificação do RNA do HIV-1. Todos os laboratórios devem seguir o PCDT e o SISCEL realiza a recusa automática das amostras para Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ que não estiverem de acordo com os critérios estabelecidos no PCDT (Idem).

1.1.5 – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCLOM)

O artigo nº 1, da Lei nº 9.313, de 13 de novembro 1996, instituiu a universalidade e gratuidade dos medicamentos para pessoas vivendo com HIV e para pessoas vivendo com a síndrome clínica. Diz o documento:

Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento” (BRASIL, 1996).

Com a complexidade da rede de serviços e o aumento do número de indivíduos em terapia Antirretrovirais (ARV), fez-se necessária a criação de um sistema para administração das atividades logísticas, particularmente na gestão da informação (BRASIL, 2011).

O projeto piloto do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi implantado inicialmente em poucas cidades, como no Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, entre os anos de 1997 e 1999. Na época, foram necessárias diversas correções e adaptações desse sistema. Sua elaboração partiu dos seguintes objetivos:

Melhorar a capacidade de resposta da área de logística de medicamentos do Programa Nacional de DST e Aids, das Unidades Federadas e das Unidades Dispensadoras de Medicamentos; Ampliar a capacidade de planejamento das aquisições dos medicamentos ARV; Aprimorar a qualidade das informações geradas no controle logístico de medicamentos; Otimizar o fluxo das atividades desenvolvidas no processo logístico, nas diversas esferas de gerenciamento; Possibilitar a ampliação de ações para promover a adesão à terapia ARV; Controlar o estoque de cada medicamento nas diversas esferas de gerenciamento, obtendo uma estimativa do estoque disponível na rede de serviços; Possibilitar a ampliação do controle local dos medicamentos utilizados para aids; Monitorar os tratamentos para aids nas diferentes (BRASIL, 2006).

Assim, o desenvolvimento do SICLOM Operacional garantiu a padronização das ações de controle de medicamentos (consumo, validade, estoque, dentre outras) e permitiu com que os profissionais de farmácia identificassem se a prescrição terapêutica está em conformidade com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde para tratamentos de pacientes vivendo com HIV ou com a síndrome clínica.

Mesmo com o avanço, o sistema apresentava algumas irregularidades, principalmente referente a alimentação dos dados. Ele passou por três fases, SICLOM Operacional, já citado, o SICLOM Gerencial e o SICLOM de Programação Ascendente. Para ter informações mensais de estoque, número de consumo de medicamentos pelos pacientes e reposição de estoque dos medicamentos, foi implementado em 2007 o SISLOM Gerencial. A proposta foi sistematizar o envio de dados consolidados do consumo e número de usuários SUS em uso de ARV e o envio da consolidação dos dados de movimentação dos estoques dos ARV. Em 2009, o sistema passou para Programação Ascendente, em que consolidava a gestão

compartilhada do processo de abastecimento/ressuprimento dos ARV, desde a UDM⁵ até o departamento (SAKITA, 2012).

Hoje, todas as pessoas vivendo com HIV ou com a síndrome clínica, usuários do SUS, com indicação do uso contínuo de medicamentos ARV, devem ser cadastrados no SICLOM, por meio do preenchimento do Formulário de Cadastramento de Usuário do SUS.

1.1.6 – Boletins Epidemiológicos de HIV/ AIDS

A notificação compulsória da AIDS e da Sífilis Congênita iniciou em 1986, com a publicação da Portaria nº 542, de 22 de dezembro. A Infecção pelo HIV em Gestantes, Parturientes (que está em trabalho de parto ou que pariu há pouco tempo) ou Puérperas (em fase pós-parto) e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV (da mãe para o filho) passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000, e a Sífilis em Gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Em 2010, a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto, incluiu a Sífilis Adquirida na Lista de Notificação Compulsória (LNC); por sua vez, no ano de 2014, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho, e a Portaria nº 1.984, de 12 de setembro, incluíram a infecção pelo HIV na LNC e a Síndrome do Corrimento Uretral Masculino na lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades-sentinela, respectivamente⁶.

Hoje, toda ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de AIDS devem ser reportados às autoridades de saúde. A notificação é vital para a elaboração dos Boletins Epidemiológicos. A ausência de registro pode comprometer a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos e as ações prioritárias para populações-chave e populações mais vulneráveis.

O último Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (2017) foi produzido pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS). Hoje, o documento é publicado anualmente, no dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Ele apresenta informações e análises sobre os casos de

⁵ As UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos – são estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam controle de estoque local e dispensação de medicamentos para o atendimento dos usuários com HIV/aids em TARV.

⁶ A Lista de Notificação Compulsória é atualizada frequentemente; a lista atual integra a Portaria nº 204 e a Portaria nº 205, ambas publicadas em 17 de fevereiro de 2016.

HIV/aids no Brasil, regiões, estados e capitais, de acordo com os principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos: sexo, idade, categoria de exposição, raça/cor e escolaridade. Ele teve como fonte para a obtenção dos dados:

(1) as notificações compulsórias dos casos de HIV e de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2) os óbitos notificados com causa básica por HIV/Aids (CID10: B20 a B24) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (3) registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e (4) registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Ressalte-se que algumas variáveis como escolaridade, categoria de exposição e raça/cor são analisadas exclusivamente com dados oriundos do Sinan e apresentam um elevado percentual de registros ignorados (BRASIL, 2017, p. 3).

A elaboração do Boletim Epidemiológico usa uma metodologia para evitar a duplicidade de informações⁷ em todos os Sistemas de Informação. Quanto aos dados de AIDS, primeiro compara-se os dados do SINAN Windows (crianças e adultos – registros até 2006) com os dados do SINAN NET (crianças e adultos – a começar de 2007) a partir das seguintes variáveis: nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento. Em seguida, as bases de crianças e adultos são relacionadas entre si, com o intuito de identificar crianças que foram notificadas na base de adultos. Depois, compara-se o resultado obtido nas duas plataformas do SINAN com os dados do SIM, a partir dos mesmos campos de comparação. Os dados do SISCEL e do SICLOM também são comparados entre si e o resultado é relacionado com a base do SIM. Os registros do SISCEL/SICLOM e SIM unificados são relacionados com os registros do SINAN (Windows e NET combinados), com o intuito de identificar prováveis subnotificações do SINAN e se agregar a base de dados de AIDS (BRASIL, 2017).

Quando realizamos nosso levantamento sobre os Boletins Epidemiológicos, constatamos que, apesar de ser anunciado como marco inicial de sua produção o ano de 1987, não encontramos registros de sua existência no MS, o que dificultou uma comparação entre o que era produzido em 1987 e em 2017. A busca pelo primeiro boletim foi feita no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais e por via telefônica no mesmo departamento e na Biblioteca do Ministério da Saúde. No site só há registro dos boletins a partir de 2001 e, por telefone, nos foi informado que o Ministério não tinha arquivo desse documento.

⁷ Para entender melhor a metodologia de exclusão de duplicidade para elaboração do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS acessar:
<http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/65093/boletim_aids_internet_0.pdf?file=1&type=node&id=65093&force=1>

1.2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

1.2.1 Campo Científico e Campo Jornalístico

É possível pensar que a lógica jornalística sempre esteve diretamente relacionada com o campo científico? O que leva o campo jornalístico a transitar entre os demais campos e, por muitas vezes, influenciá-lo direta ou indiretamente? Qual o fetiche que os agentes de outros campos, como o campo científico, têm sobre o campo midiático, buscando nele credibilidade e visibilidade?

Há uma tendência nos veículos de comunicação em valorizar o papel desempenhado pela ciência médica e farmacêutica enquanto produtora de conteúdos que influenciam, direta ou indiretamente, o comportamento dos indivíduos no que se refere aos cuidados com o corpo e a mente. O constante aparecimento de medicamentos como a solução para o sofrimento dos seres humanos é um exemplo de como esse tipo de discurso, possivelmente apoiado por outras instituições, como a própria mídia, pode criar e alterar subjetividades. Outro exemplo, é a criação de códigos interpretativos e metáforas que contribuem para a construção de significados sobre as doenças. Foi o que aconteceu com a divulgação da AIDS, que no início de sua cobertura foi chamada de “câncer gay”, “peste gay”, “câncer rosa” ou “mal dos homossexuais”.

Os vários discursos sobre saúde que transitam no campo jornalístico são construções narrativas resultante de diversas disputas por espaços midiáticos. Esses, por sua vez, deveriam ser, por excelência, espaços de encontro de vozes convergentes e dissidentes. É possível, porém, que haja uma supervalorização de espaços dedicados a fala oficial (como de médicos, do Ministério da Saúde, de Hospitais...) e um menor espaço para a fala discordante, como o discurso de ONGs, pacientes e outros. Assim, o jornalismo acaba por assumir o poder de legitimar quem deve falar sobre determinado assunto de saúde e, conseqüentemente, quem não tem espaço de fala dentro do noticiário. Nessa perspectiva, entendemos que o jornalismo tem um grande papel de produtor de sentidos nos campos da sociedade. Para refletir sobre essa relação é preciso entender antes o que nós estamos aqui chamando de campo, e quais as particularidades entre o campo científico e o campo jornalístico.

Para Pierre Bourdieu (1983; 1997; 2003), campo é um espaço estruturado no qual fazem parte dominante e dominados que, a todo o momento, se enfrentam para conquistar ou para manter posições. Possuidores de mecanismos próprios, os campos se retroalimentam,

sendo estruturantes e estruturados dentro da sociedade. Possuem propriedades bem particulares, podendo ser bem variados. São microcosmos autônomos no interior do mundo social.

Segundo Bourdieu (1983), os campos são resultados de diferenciações sociais. Portanto, cada campo possui um objeto (político, artístico...) e seu princípio de compreensão, ou seja, são espaços estruturados de posições. São lugares onde os agentes e as instituições lutam pela hegemonia, que lhes permite ditar regras e repartir o capital social. Nessa concepção, o capital social é a variável que permite a interpretação de como os cientistas estão desiguais no campo científico. Essas são as posições que motivam as diferentes movimentações dentro do campo, objetivando a conquista ou a manutenção de capitais para a busca por novas posições.

A partir dos conceitos propostos, o autor faz uma reflexão sobre o meio científico, refletindo sobre a instituição universitária. Ele mostra as relações de poder e dominação existentes no campo científico, desmistificando a ideia de neutralidade científica, que produz conhecimento apenas com o objetivo de progresso, o que ele chama de “partenogênese”, ou seja, “a ciência engendrando-se fora de qualquer intervenção do mundo social” (BOURDIEU, 2004, p.20). Revela, então, a disputa pela conquista da legitimidade de fala. Entende que Campo científico não é um espaço singular, com neutralidade e alheio à sociedade, mas o “universo da mais pura ciência é um campo como qualquer outro, com suas relações de força e monopólios, suas lutas, estratégias, interesses e lucros” (BOURDIEU, 1983, p. 123).

Nessa perspectiva, o lugar que os agentes desse campo assumem é primordial, pois suas pesquisas dependem do seu capital acumulado. Em geral, as lutas se estabelecem entre aqueles que desejam assumir posições e aqueles que desejam mantê-la; por exemplo, os novatos desejam as posições dos dominantes, esses, por sua vez, desejam manter seus lugares. Para a admissão de um novato, por exemplo, faz-se necessário um investimento: um curso superior ou uma pós-graduação, como requisitos necessários para o reconhecimento entre os pares e possível abertura no campo científico.

O campo científico trabalha com a ideia de produção de conhecimento para a sociedade, com a aprovação dos seus pares, entretanto, suas produções não são de livre acesso a todos. Muitas vezes, o resultado do esforço dos agentes desse campo é publicado em periódicos que não são de domínio público e seu conteúdo utiliza termos e explicações de difícil compreensão para leigos. Por isso, parte desse conteúdo acaba por migrar para outro campo, o jornalístico. Nele, as informações são passadas para a população de forma mais

simples e entendível por todos. O campo científico, então, acaba por se inserir no campo jornalístico, assim como o jornalístico se insere no científico.

O campo jornalístico é um espaço social dotado de algumas especificidades. Estrutura e é estruturado por uma fronteira simbólica que estabelece sua posição interna e externa, definindo o que é considerado jornalístico e o que não o é. Na maior parte do tempo, é um campo bem visto por outros campos. Suas posições e regras internas e externas são conhecidas e aceitas por todos, são definidas por seus agentes e não são impostas de forma permanente. Ou seja, são objetos de constantes lutas e redefinições.

Ao olhar para a formação do campo jornalístico de forma histórica Bourdieu diz que:

O campo jornalístico se constituiu como tal no século XIX em torno da oposição entre jornais que ofereciam *nouvelles*, de preferência “sensacionalistas”, e jornais que propunham análises e comentários, preocupados em marcar sua distinção enfatizando com vigor os valores da objetividade. O campo jornalístico é o lugar de uma oposição entre duas lógicas e dois princípios de legitimação: o reconhecimento pelos pares, acordado entre aqueles que reconhecem de forma mais completa os “valores” e os princípios internos, e o reconhecimento pelo maior número, materializado pelo grande número de entradas, de leitores, de ouvintes ou espectadores, ou seja, o índice de venda e o lucro monetário, um sansão inseparável do veredicto do mercado (BORDIEU, 1994, p. 4).

Nele, são definidas as posições ocupadas por seus agentes de acordo com alguns critérios, verdadeiros eixos que estruturam o espaço, permitindo uma relação de dominante e dominado dentro do campo (BOURDIEU, 1983). Assim, a investigação sobre as relações que constituem um campo jornalístico são mais do que uma mera descrição de cargos ocupados e lutas para a manutenção ou subversão de espaços, requer avaliar também até que ponto esses eixos de estruturação foram definidos e definem a história particular do campo.

Por esse motivo, a identificação dos agentes desse campo se faz tão necessária, pois a existência do campo depende dos seus agentes, ou seja, só existe esse campo porque eles existem e aceitam as regras intrínsecas do campo, possuindo objetivos de luta compartilhados (Idem). Um dos principais objetivos de luta desse campo é a própria definição do que é jornalismo (boa pauta, apuração, notícia, reportagem...).

Essa busca faz com que o campo tenha uma contradição. Apesar de se apresentar como um lugar de produção de informação voltado para a divulgação dos fatos, da verdade para a população, ele é, também, um lugar de lutas e disputas por poder simbólico (Idem). Esse disfarce da vocação jornalística, tendo como o único interesse o lado social, faz com que não sejam vistas tão facilmente as lutas e pressões do campo. Entre as estruturas internas do campo jornalístico destacamos a autopreservação. Jornalismo é um campo que possui

autocrítica de seus procedimentos, na mesma medida que é protetor contra ataques e críticas de fora (BOURDIEU, 1997). A prática de autocrítica garante uma impressão de autonomia, independência e liberdade por parte dos agentes do campo, deixando de fora o debate das estruturas do campo, que condicionam em grande parte sua prática real.

É interessante pensar que agentes de outros campos especializados podem entrar no campo jornalístico, desde que não tenham a intenção de subverter suas regras. Por isso, o campo jornalístico, muito mais do que um simples espaço de conflitos, é um espaço aberto para agentes externos, lembrando que esses também lutam pelos mesmos capitais que os agentes do campo jornalístico. Ao contrário de outras atividades sociais, como a economia, o direito e a medicina, o jornalismo não requer em suas matérias o uso de códigos que são próprios apenas do campo. Logo, ele é projetado para um número maior de pessoas, notícias que não demandam conhecimento específico para serem entendidas.

Por isso, o campo jornalístico não necessita usar jargões para buscar autonomia. Ele o é, de forma restrita, mais sutil, por meio do método de escrita. Apresenta-se como um espaço neutro, indiferente aos fatos (mas não desinteressado) e pronto para divulgar o tempo presente. Define e apresenta a realidade de forma organizada e codificada, dando-lhe soluções para eventuais conflitos sociais. Logo, o exercício jornalístico segue regras estabelecidas pelo seu código deontológico.

Internamente, os agentes brigam para mostrar quem faz o melhor jornalismo e, externamente, os agentes de outros campos específicos estão a todo momento querendo se inserir no discurso jornalístico para ganhar notoriedade e capital específico. Uma fronteira é estabelecida entre jornalistas e profissionais que ganham a vida com o jornalismo. Esses, aproveitam a visibilidade que só a mídia pode fornecer no espaço público contemporâneo, obedecendo a outras regras e interessados em outros prêmios, que não são os mesmos do seu campo de origem. Assim, estudiosos, artistas, médicos e outros não hesitam em usar sua filiação circunstancial ao campo jornalístico como uma estratégia para adquirir legitimidade e distinção social em seus domínios de origem. Prática muito comum quando analisamos como a saúde está envolvida no campo jornalístico.

Os meios de comunicação são, portanto, porta vozes oficiais dos acontecimentos. Por meio do jornalismo é possível registrar e transformar a realidade, levando-a ao grau de acontecimento histórico que, tendencialmente, são aceitos como verdade absoluta (RIBEIRO, 2005). Na maioria das vezes, as informações sobre saúde que a grande parcela da sociedade dispõe vêm da divulgação na imprensa, pautada na fala de diferentes atores relacionados ao assunto, como médicos, hospitais, Ministério da Saúde, clínicas e outros. Essas fontes unem-

se na imprensa, contribuindo para a construção do seu discurso sobre a saúde. Quando comparamos as relações existentes entre o campo jornalístico e o campo científico, ou mais especificamente o campo da Saúde, percebemos algumas particularidades.

O campo científico trabalha com a ideia de produção de conhecimento com a aprovação dos seus pares e, portanto, possuem termos e explicações de difícil compreensão para leigos. O jornalístico, em contrapartida, busca comunicar-se diretamente com todos, trazendo uma linguagem objetiva e de fácil compreensão. Essa distinção ontológica dos dois discursos é descrita por Rodrigues (2002). Para ele, o discurso midiático possui uma natureza “exotérica” e os demais são de natureza “esotérica”:

O imperativo de transparência ou de visibilidade universal do discurso midiático tem a ver diretamente com esta natureza exotérica da sua simbólica, enquanto a relativa opacidade das outras modalidades de discurso tem a ver com a natureza esotérica da sua simbólica. Assim, por exemplo, o discurso médico tende a criar e impor, não só um vocabulário e regras sintáticas próprias, mas também formas simbólicas da sua expressão e da sua difusão. É por isso que o discurso médico é relativamente incompreensível e opaco para os que não são detentores da legitimidade de intervenção expressiva e pragmática no seu domínio específico de experiência, para aqueles que não fazem parte do seu corpo legítimo. O proverbial hermetismo da escrita médica assegura esta função esotérica do funcionamento da instituição da medicina. A experiência da medicina também tem obviamente acesso ao discurso midiático, uma vez que este também se apropria de uma parte da simbólica médica, como prática discursiva transversal às outras modalidades de discurso. Mas, ao apropriar-se dela, o discurso midiático tende a torná-la transparente e universalmente compreensível, em função da natureza exotérica do seu funcionamento (RODRIGUES, 2002, p. 230-231).

Essa natureza “esotérica” dos campos especializados possibilita um campo que transforme o discurso duro, de difícil compreensão e com termos próprios da simbólica especializada, em um discurso compreensível para todos. Ou seja, não se pode dissociar os campos especializados das relações com a natureza “exotérica” do campo jornalístico porque é por meio dela que diversos agentes se informam, até mesmo os agentes dos próprios campos especializados que nutrem o discurso jornalístico. A produção da informação sobre saúde e os processos pelos quais essa informação é criada, antes relativamente especializada e confinada a círculos sociais e profissionais restritos, transforma-se em uma informação voltada para todos, portanto, submetida a formas de produção e às expectativas próprias do campo jornalístico, que está a cada momento mais sujeito às pressões da política e do mercado.

Nessa perspectiva, pensar em AIDS ou em HIV é pensar em um discurso especializado próprio do campo científico, que privilegia uma visão biologicista da síndrome, descrevendo seu caráter epidemiológico, sintomático e seus métodos de tratamento. Essas informações chegam à sociedade em forma de artigos científicos publicado em revistas

médicas especializadas, nas quais apenas os grupos que detêm os códigos para sua interpretação (pessoas do campo científico, como médicos, pesquisadores, enfermeiros...) podem entendê-las, ou seja, o discurso científico é por excelência um discurso “esotérico”. As pessoas, então, passam a buscar informações sobre síndrome nos meios de comunicação, que passam a propagar a informação de forma mais acessível, mais “exotérica”, isto é, incorporando discursos de outros campos aos seus. Eles, diariamente, trazem notícias sobre como estão sendo desenvolvidas as pesquisas científicas, mostram a visão de outros campos sobre o vírus, como o campo religioso (transformando a síndrome em castigo divino aos pecadores) ou o campo político (discutindo sobre a formulação de políticas públicas para o tratamento e para a prevenção), incorporam, inclusive, alguns representantes dessas áreas, intelectuais que se deslocam de seus campos para falar na mídia.

No início da epidemia do HIV/AIDS, o discurso “esotérico” ainda estava sendo criado, não havia literatura especializada com as informações aceitas cientificamente, pois nada se sabia sobre a síndrome. Entretanto, o discurso “exotérico”, próprio do jornalismo, estava pronto, construído a partir de informações fragmentadas do Campo Científico unidas com discursos de outros campos, como o religioso, político e outros, que competiam por espaço nas páginas diárias. Essa característica temporal do discurso jornalístico levou a propagação de muitas informações erradas, até mesmo do Campo Científico, carregadas de estigmatização.

Para Marchetti (2010), o campo jornalístico adquire um importante domínio dentro da sociedade, uma vez que interfere diretamente nas lutas internas dos diferentes campos. Segundo ele, as mídias têm uma posição estratégica, pois não estão apenas no campo político ou intelectual, mas a cada momento em espaços sociais mais amplos, como setores: médico, econômico, jurídico e outros. Por isso, o campo jornalístico realiza uma importante mediação, retraduzindo a partir da sua perspectiva as transformações sofridas em outras esferas em que está inserido.

A partir disso, é interessante pensar como agentes de outros campos se inserem no campo jornalístico para conquistarem capital, tornando-se o que Bourdieu (1997) chama de “intelectuais-jornalistas”, ou seja, uma espécie de mediadores entre o campo jornalístico e os campos especializados. Essa abertura se dá, sobretudo, como uma estratégia do próprio campo jornalístico, especialmente pela abertura e influência nos demais campos especializados. Essa particularidade do campo jornalístico faz com que a construção de sentidos no campo midiático, principalmente relacionada sobre a saúde, seja de complexo entendimento, uma vez que há no campo não apenas seus agentes, mas agentes de outros

campos que disputam pelos mesmos capitais específicos. Portanto, disputam por produção e divulgação de sentidos com interesses múltiplos. Para Bourdieu (1997), os intelectuais-jornalistas:

Se servem de seu duplo vínculo para esquivar exigências específicas dos dois universos e para introduzir em cada um deles poderes mais ou menos bem adquiridos no outro, estão em condição de exercer dois efeitos principais: de um lado, fazer adotar formas novas de produção cultural, situadas em um meio-termo mal definido entre o esoterismo universitário e o exoterismo jornalístico; do outro lado, impor, em especial através de seus julgamentos críticos, princípios de avaliação das produções culturais que, conferindo a ratificação de uma aparência de autoridade intelectual às sanções do mercado e reforçando a inclinação espontânea de certas categorias de consumidores à ‘alodoxia’, tendem a reforçar o efeito de índice de audiência ou de lista de best-sellers sobre a recepção dos produtos culturais e também, indiretamente e a prazo, sobre a produção, orientando as escolhas (as dos editores, por exemplo) para produtos menos requintados e mais vendáveis (BOURDIEU, 1997, p.111).

Esses intelectuais-jornalistas são as “pessoas autorizadas” para falar sobre o tema saúde dentro do jornal. Ao se deslocarem do seu campo de origem para o campo jornalístico, eles se tornam figuras híbridas, “meio jornalistas e meio especialistas” (CARVALHO, 2009, p.184). Não apenas trazem o capital de seu campo de origem, mas adquirem, assim como os jornalistas, o capital específico do campo jornalístico, o capital midiático. O que lhes autoriza falar sobre qualquer assunto de saúde dentro dos meios de comunicação. No campo da saúde, Carvalho (2009), ao investigar a presença de Dráuzio Varella nos meios de comunicação, chama a atenção para o papel que ele exerce como intelectual-jornalista, ou como ela chama “Médico-jornalista”. Segundo a autora:

Varella é bastante requisitado pelos jornalistas como fonte que diga algo acerca de diversos temas de saúde. Para o médico, parece não haver impedimento ou constrangimento em falar sobre quaisquer assuntos fora da infectologia ou da oncologia, suas especialidades. Além disso, na medida em que foi contratado pelo jornal para dizer algo sobre o que, em geral, os jornalistas não têm formação para fazê-lo, também passa a representar a fala e a opinião do próprio veículo sobre saúde. Assim, a qualificação médica, que, em geral, falta ao perfil de jornalista, e a autoridade para dizer algo a respeito da saúde das pessoas são atendidos pela presença de um médico-jornalista (CARVALHO, 2009, p.187).

Esses médicos-jornalistas acabam se inserindo na realidade midiática porque as enfermidades têm um forte apelo de noticiabilidade se comparado com outros assuntos que são pautados e, portanto, acabam por atrair profissionais de saúde. As epidemias são bons exemplos para se entender a força das doenças na mídia por causa do impacto epidemiológico e simbólico de sua presença na sociedade. Há alguns séculos, as doenças epidêmicas, como a

peste negra, designavam metaforicamente uma desordem social, espécie de signo encarnado do “mal”, devido as milhões de mortes que provocavam (SONTAG, 2007).

A partir de 1980, o apelo jornalístico das moléstias readquiriu um significado importante, com o aparecimento de infecções emergentes, como a AIDS. A imprensa publicava notícias e reportagens que visavam fazer a mediação das informações do mundo científico para que a população se informasse e pudesse se prevenir contra a doença. Nesse processo de mediação da ciência para o cotidiano popular, a mídia “nomeia imediatamente a AIDS segundo um conjunto de metáforas, evitando que a doença vague sem sentido”. (FAUSTO NETO, 1999, p. 147). Ao abordar a AIDS, a imprensa brasileira e internacional frequentemente utilizava termos como “câncer gay”, “peste rosa”, “mal dos homossexuais” e “síndrome gay” para designar a doença. Sontag (2007) aponta que estas metáforas, supostamente de caráter informativo, tinham o objetivo de colocar a AIDS como uma infecção sexual que “não apenas era repulsiva e punitiva, como também apresentava uma invasão” (SONTAG, 2007, p. 120).

A publicação sobre a AIDS gerou muito interesse porque a história de uma “doença” estranha que começou especificamente atacando os homossexuais nos Estados Unidos, incluindo elementos que tendencialmente fascinam jornalistas e o público: sexo, mistério e morte (CHAMPGNE e MARCHETTI; 2005).

A síndrome ganhou o noticiário de capa da grande imprensa por causa da série de acontecimentos dramáticos: a controvérsia científica (com suas implicações econômicas) entre EUA e França pela autoria de quem descobriu o vírus, os efeitos públicos de supostas vacinas e drogas eficazes, as discussões em torno de teste ou prevenção com campanhas baseadas em preservativos, os efeitos emocionais das mortes relacionadas à AIDS de famosos que até então não tinham declarado sua homossexualidade e por último o escândalo do sangue contaminado (Idem).

Ressaltamos que a divulgação sobre saúde nos meios de comunicação também leva em consideração aspectos geográficos, pois a cobertura sobre uma doença que atacou vários países pode ocorrer de forma totalmente diferente de acordo com quem a produz, pois temos capitais midiáticos, agentes e poderes simbólicos diferentes. Foi o que aconteceu, por exemplo, na cobertura midiática sobre a AIDS na França. Nesse país a cobertura da mídia demonstra um contraste entre os primeiros anos da epidemia e o período pós-1985. Seria esperado, assim como acontece em outros países, que nos primeiros anos da síndrome a cobertura da mídia utilizasse muito em suas notícias os medos e as fantasias da sociedade e

numa segunda fase, caracterizada por uma estabilidade progressiva da doença ocorresse uma cobertura mais contida. Na verdade, o que aconteceu foi totalmente o contrário.

Pensar as interfaces entre o campo jornalístico e o científico é, sobretudo, pensar em um novo campo. Emergido a partir da necessidade de se problematizar as particularidades dos dois. Não é mais possível pensar um objeto que está nas fronteiras porosas desses campos a partir da perspectiva de um, apenas. Nesta dissertação, entendemos que o jornalístico e o científico fazem parte de um campo apenas, o proposto por Araujo e Cardoso (2007): da “Comunicação e Saúde”.

1.2.2 Um novo campo e sua discursividade sobre o HIV/AIDS

Pensar o campo científico (mais especificamente a saúde) e o campo jornalístico (inserido no campo comunicação) é pensar que suas estruturas estão em constantes atravessamentos, ora com mais incidência do campo jornalístico no campo científico ora o contrário. Nessa perspectiva, acreditamos que esses campos não podem ser mais pensados isoladamente, mas devem ser problematizados a partir do seu atravessamento. Por isso, comungamos da perspectiva de formação de um campo único criado a partir das relações dos dois.

No livro *Comunicação e Saúde*, Araujo e Cardoso (2007) trazem uma reflexão sobre o campo de Bourdieu a partir da perspectiva da Comunicação e da Saúde, entendendo-os não como subcampos, mas como um único campo, um novo campo; é, portanto, o campo “Comunicação e Saúde”, que é estruturante e estruturado na sociedade atual.

O campo “Comunicação e Saúde” é formado pelas particularidades, de um lado, da comunicação e, de outro, da saúde, possuindo, portanto, lutas simbólicas próprias que lhes confere tanto capital midiático, como, também, científico. Araujo (2013) descreve esse campo:

Comunicação e Saúde apresenta-se como um campo compósito, formado na interface de dois outros campos, o da Comunicação e o da Saúde. Neste sentido, pode ser considerado um subcampo de cada um, mas, considerando que traz em si todas as características de um campo, ainda que novo, portanto em consolidação, será aqui assim considerado. No entanto, traz na sua genética todas as interfaces e complexidade desses campos matrizes, de per si formados na intercessão de múltiplas disciplinas e interesses (ARAUJO, 2013, p. 4).

A mediação nesses subcampos faz com que seus agentes lutem pelos capitais que lhes conferem prestígio em seus diferentes locais de fala, estabelecendo mudanças estruturais e

estruturantes dentro, fora e entre as instituições de que fazem parte. Araujo (2003) destaca que essa característica traz consigo a dificuldade de delimitá-lo:

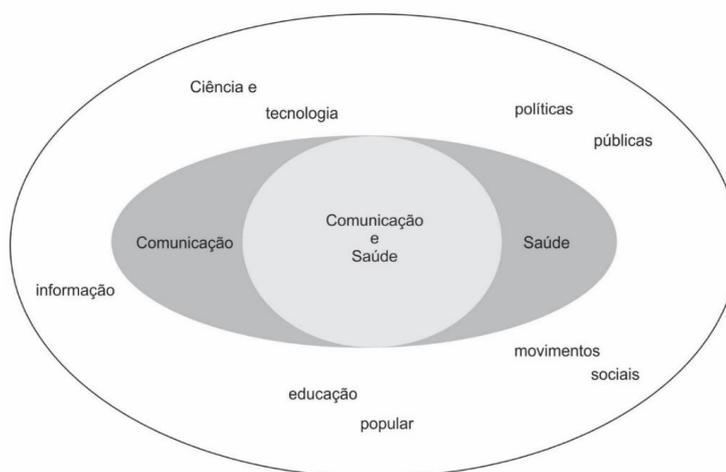
Uma das dificuldades de delimitação da Comunicação e Saúde está no fato de que outros campos identificados com a Comunicação estão presentes no cenário da Saúde, o que complexifica mais sua identidade como campo (Idem, p. 2).

Não é possível pensar numa geografia desse campo, ou seja, não é possível identificar suas fronteiras, seus parâmetros de início e término, pois entendemos que esse campo é confluyente, com limites porosos, e, portanto, é indissolúvel. É um campo único que não possui polaridades, caracterizando-se pelas múltiplas lutas simbólicas exercidas em seu ventre. Um campo que nasce do encontro de dois polos que se mesclam em entrechoques simbólicos:

É neste campo que percebemos a existência de discursos concorrentes, que emanam e ao mesmo tempo constituem relações de saber e poder; é neste campo que agentes situados em instituições e informados (ainda que nem sempre de forma consciente) por concepções teóricas sobre a comunicação, a saúde e seus vínculos, sobre as relações do Estado com a população e sobre as concepções e modos de enfrentamento dos agravos de saúde por parte da população, desenvolvem suas estratégias e práticas, suas alianças e antagonismos (Idem, p.4).

Para Araujo e Cardoso (2007), a representação gráfica desse campo possui determinadas particularidades:

Figura 1: Representação Gráfica do Campo Comunicação e Saúde



Fonte: Araujo e Cardoso (2007)

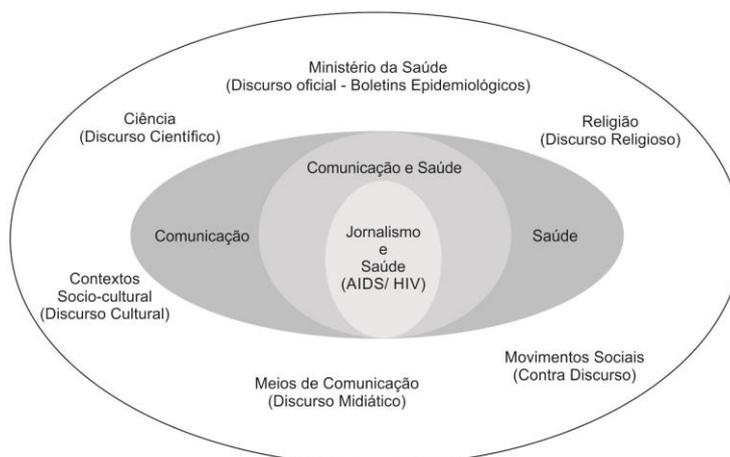
Na representação de Araujo e Cardoso (2007), os limites dos campos são “indefinidos e porosos” (ARAUJO; CARDOSO, 2007, p. 20). Tentar identificá-los seria um movimento de buscar os efeitos criados por eles, neles e com eles, a partir de seus contextos. Não há como

pensá-los de forma isolada, e sempre olhá-los a partir da ótica dos contextos no qual estão inseridos, tendo sempre uma perspectiva relacional. Nesse cenário,

A Comunicação e Saúde cria forças como campo que não só reflete, mas institui relações de poder. Um campo que produz conhecimentos e não apenas dissemina conhecimentos produzidos por outros campos. Que atua na dimensão prática, mas reconhece a dimensão política dessas práticas. Que não descarta o papel de informar, até mesmo porque reconhece o direito à informação, mas quer incluir no seu escopo estratégias de amplificação das vozes tradicionalmente silenciadas em favor das vozes autorizadas da ciência e do saber biomédico. Que entende que “contexto” é palavra chave para a efetivação da participação desejada pelo ideário do SUS e que a pesquisa em comunicação e saúde deveria privilegiar a produção de conhecimentos sobre os diversos contextos existenciais e comunicacionais da população. Que defende que a comunicação deve ser incluída entre os determinantes sociais da saúde, pelo seu potencial de produção ou superação das desigualdades. Que acredita que a luta pela democratização da comunicação é fundamental para o sucesso da luta pelo direito a uma comunicação democrática na saúde (ARAUJO, 2013, p. 6).

Partimos dessa ideia de campo para mostrar que o objeto dessa pesquisa não está “isolado de um conjunto de relações de que retira o essencial de suas propriedades” (BOURDIEU, 2003, p. 179), mas está imbricado por discursos criados a partir de uma dinâmica interna de vários campos, como os campos Midiático, Científico e Religioso e outros. A proposta desta dissertação leva em consideração discursos criados por seus agentes no interior do campo “comunicação e saúde”, entendendo que dentro dele há relações do campo jornalístico com o saúde. Por isso, identificamos nossa pesquisa no campo “comunicação e saúde” proposto aqui, partindo da representação gráfica dos discursos produzidos nos subcampos jornalismo e saúde (AIDS/HIV) e nos demais campos e subcampos:

Figura 2: Representação Gráfica do Campo Comunicação e Saúde / Jornalismo e Saúde



Elaboração do Autor

Como já exposto, entendemos que no interior desses campos, e em seus interstícios contextuais, há uma série de disputas por poder “simbólico”. Para o autor, o poder simbólico é um poder invisível, reconhecido e reconhecível pelos atores do seu tempo, é um “poder que aquele que lhe está sujeito dá àquele que o exerce, um crédito com que ele o credita, um *fide*, uma *autoritas*, que lhe confia pondo nele a sua confiança” (BOURDIEU, 2003, p. 177).

Para obter esse poder, faz-se necessário que os agentes sociais tenham o que o autor chama de “Capital Simbólico”. Diferente de outras formas de capitais, o simbólico não possui perceptividade dada, nem efeitos de duração quantificáveis, pois ambos dependem de uma lógica diferenciada ligada à propriedade de “fazer ver” e “fazer crer”. Pode-se pensar o “Capital Simbólico”, portanto, como uma medida de prestígio de um agente ou uma instituição dentro de determinado campo, dando a ele uma posição de destaque, um reconhecimento (BOURDIEU, 2003). Para o autor, o “Capital Simbólico” é o:

Capital, qualquer que seja a sua espécie, quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição, quer dizer, quando conhecido e reconhecido como algo de óbvio (BOURDIEU, 2003, p. 145).

Araujo e Cardoso (2007), ao analisarem o conceito de “Poder Simbólico” de Bourdieu, aplicado a lógica da Comunicação e da Saúde, defendem que:

O poder simbólico de uma pessoa, grupo ou instituição está na razão direta do seu capital simbólico. Este resulta do reconhecimento, como legítimos, dos capitais de outra espécie – econômico, cultural ou social. A legitimidade se conquista, via de regra, no território da comunicação, que é o da produção e circulação dos sentidos sociais. E, num movimento circular, a comunicação é mais eficaz emanada de uma voz autorizada por legitimidade (ARAUJO E CARDOSO, 2007, p. 38).

Em nossa representação, as relações por disputas por poder simbólico nos campos comunicação (jornalismo) e saúde (HIV/AIDS) ocorrem muito em função de legitimidade de fala, de um espaço para veiculação de sua opinião e de busca por capital jornalístico e científico. Quando essas disputas estão relacionadas com o início da cobertura jornalística do tema HIV/AIDS, é possível afirmar que houve um grande embate simbólico, pois não havia em um primeiro momento ninguém legitimado para falar sobre aquele assunto. O espaço no jornal estava aberto para a fala, para se fazer ver e crer, para conseguir “um poder que existe porque aquele que lhe está sujeito crê que ele existe” (BOURDIEU, 2003, p. 177).

Nesse início da epidemia de HIV/AIDS, o campo da comunicação e saúde passa a se reconfigurar, exigindo de seus agentes novas relações de poder simbólico. A produção de códigos de interpretação dessa nova realidade epidemiológica mundial passa a ser uma prioridade do jornalismo, que busca comunicar a sociedade sobre o assunto, e da ciência, que

pretende entender essa nova síndrome. Estabelecem-se símbolos que sejam partilhados pelos membros da sociedade permitindo-lhes comunicar a respeito dessa nova realidade. Diversas instituições contribuem na formação desses símbolos e, muitas vezes, acabam por construir diferentes realidades para um mesmo objeto. Essa construção de sentidos não se dá de forma tranquila, mas se estabelece a partir de lutas simbólicas por espaços de fala dentro do campo, entre seus agentes.

Essas disputas por espaços de narrar sobre HIV/AIDS se iniciaram nos Estados Unidos na década de 80. A dúvida sobre suas características epidemiológicas e a busca imediata por informações mais precisas sobre a síndrome contribuíram para que as lutas por poder simbólico dentro do campo da “comunicação e saúde” fossem acentuadas no jornal impresso. Os discursos, como noticiados inicialmente pelo jornal norte americano *The New York Times*, foram replicados por publicações ao redor do mundo. Os primeiros casos daquela nova infecção foram registrados entre homossexuais, por isso, não só a imprensa, mas a comunidade médica e a científica iniciaram o alerta de que aquele vírus poderia acometer somente um determinado grupo de pessoas ou que este grupo em questão estaria mais propenso à doença que o restante da sociedade. A ciência instituiu, então, o grupo de risco formado por homossexuais, prostitutas, usuários de drogas e hemofílicos, e prontamente a imprensa mundial replicou o termo e as ideias que o acompanhavam.

A imprensa publicava notícias e reportagens que visavam fazer a mediação das informações do mundo científico para que a população se informasse e pudesse se prevenir contra a síndrome. Nesse processo de mediação da ciência para o cotidiano popular, a mídia “nomeia imediatamente a AIDS segundo um conjunto de metáforas, evitando que a doença vague sem sentido”. (FAUSTO NETO, 1999, p. 147). Esse movimento de desconhecimento de todos os atores sociais (mídia, instituições de saúde, instituições religiosas, formadores de opinião...) sobre a síndrome causa uma instabilidade informacional, explicada por Le Coadic (1996, p. 76-77): “em matéria de informação, a prática precedeu a teoria. A teoria corre atrás dos fatos para compreendê-los. A teoria está atrasada em relação ao empírico e, sobretudo, há desconexão entre os dois”.

Ao abordar a AIDS, a imprensa brasileira e internacional frequentemente utilizava termos como “câncer gay”, “peste rosa”, “mal dos homossexuais” e “síndrome gay” para designar a síndrome. Sontag (2007) aponta que essas metáforas, supostamente de caráter informativo, tinham o objetivo de colocar a AIDS como uma infecção sexual que “não apenas era repulsiva e punitiva, como também apresentava uma invasão” (SONTAG, 2007, p. 120).

Os homossexuais, caracterizados pelos termos gay ou rosa, então, eram responsabilizados pela disseminação do vírus HIV. Os termos “peste rosa” ou “peste gay”, em especial, eram uma espécie de reciclagem da peste negra e colocavam a AIDS como um castigo àqueles que ameaçavam a sociedade com seus comportamentos promíscuos (SONTAG, 2007). A utilização da metáfora “câncer rosa”, entretanto, é ao mesmo tempo contraditória e esclarecedora. O termo câncer é frequentemente utilizado para designar males altamente prejudiciais à sociedade, que se espalham rapidamente e causam degeneração.

A associação da AIDS com homossexualidade e moral produziu uma crença de que a aquisição da doença por parte dessas pessoas é consequência de um ato deliberado e, portanto, são culpadas. Já as pessoas portadoras de câncer tiveram a má sorte de desenvolvê-lo sem terem cometido nenhum ato consciente que o justificasse. Assim, em relação a essas duas doenças passa a existir um grupo de culpados e outro de inocentes. Um que merece a própria doença e outro que é vítima dela. Um que mobiliza sentimentos de raiva e repulsa e outro que provoca pena e pesar. Claro que ambos os grupos sofrerão um processo de exclusão, mas cada um com uma trajetória diferente, com proporções distintas de dor e preconceito. Da mesma forma que no passado e muitas vezes ainda hoje a sífilis estava associada com a prostituição, a AIDS, por um erro histórico, vincula-se fortemente aos homossexuais masculinos (FERREIRA, 2003, p. 107).

Essa dualidade presente no termo câncer pode ser pensada a partir de uma perspectiva bakhtiniana (2013). Tomamos aqui emprestado seu conceito de “polifonia” para refletir sobre as diversas vozes presentes dentro do campo comunicação e saúde:

Consiste justamente no fato de que as vozes, aqui, permanecem independentes e, como tais, combinam-se numa unidade de ordem superior à da homofonia. E se falarmos de vontade individual, então é precisamente na polifonia que ocorre a combinação de várias vontades individuais, realiza-se a saída de princípio para além dos limites de uma vontade. Poder-se-ia dizer assim: a vontade artística da polifonia é a vontade de combinação de muitas vontades, a vontade do acontecimento (BAKHTIN, 2013, p.23).

Araujo e Cardoso (2007) trazem a polifonia para entender as discursividades presentes o campo da comunicação:

Em cada fala, enunciado ou texto, exprime-se uma multiplicidade de vozes, a maioria delas sem que o interlocutor se aperceba. As vozes correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social, o que faz com que a linguagem seja uma arena de embates sociais, nas quais são propostas, negociadas e ratificadas ou recusadas as relações de poder.

A partir dessa perspectiva, pensamos a cobertura do HIV/AIDS feita pelo jornal O Liberal como uma construção polifônica. Não apenas como resultado da manifestação de um jornalista e de suas fontes, mas também de outras vozes que se fazem presentes nos interstícios desse campo. Essa visão nos permitiu identificar quais as vozes e fontes de informação que concorreram dentro das matérias e quais códigos interpretativos foram

escolhidos para tratar do HIV/AIDS. Destacamos que o Boletim Epidemiológico não concorreu com outras fontes pela produção de sentidos sobre a AIDS, porque não há evidências de que o boletim chegou a ser colocado em circulação e, se o foi, não deve ter circulado em Belém.

Portanto, nesta dissertação, saímos de um olhar unilateral, que se entende o texto jornalístico quase que em uma visão maniqueísta, em que a imprensa ora ajuda e ora condena, para começar a pensá-lo a partir de sua multiplicidade, pois eles “não permitem mais uma leitura unitária, porque ocorre neles um estilhaçamento temático e uma mistura de vários tipos de discurso que desencorajam a leitura homogeneizadora” (BARROS, 1997, p. 78).

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo apresentamos uma reflexão sobre o nosso objeto de estudo. Começamos a pensá-lo como pertencente a uma série de discussões a respeito do processo de mediação na/da Amazônia, entendendo que a comunicação nessa região possui múltiplos olhares e variáveis diferentes das que são postas para os estudos de comunicação na região Sudeste, por exemplo. Trazemos alguns autores que refletem sobre a produção e circulação de produtos midiáticos na/para Amazônia (BUENO, 2002; CASTRO, 2011; FESTA, 1986; VIEIRA JUNIOR (1993); BELTRÃO, 1996; CABRAL, 2000; VELOSO, 2008a; 2008b; PEREIRA, 2002; 2003; 2008; 2009; 2011; AMARAL FILHO, 2011; DUTRA, 2009; FILHO E GOULART, 2011; JÚNIOR E LEVY, 2011) e problematizamos a questão regional, identificando de qual Amazônia nós tratamos neste trabalho.

Além disso, como buscamos identificar os núcleos sentidos produzidos pelo jornal a partir dos boletins epidemiológicos do HIV/AIDS, achamos importante contextualizar luta para uma mudança de visão sobre a saúde no Brasil a partir do movimento sanitário, destacando a mudança de visão com a Constituição de 1988 e a criação do SUS. Pois só a partir desses acontecimentos foi possível pensar em um Programa Nacional de DST e AIDS e, conseqüentemente, da criação dos Boletins Epidemiológicos da síndrome.

Neste, também, apresentamos um histórico do jornal O Liberal, periódico paraense escolhido para o estudo. Contextualizamos as relações de poder existentes desde a sua criação, passando por suas mudanças estruturais, estilísticas e sua vinculação política. Encerramos o capítulo apresentando a metodologia proposta para este estudo. Utilizamos elementos da análise de conteúdo para leitura do material coletado e nos aproximamos da Análise do Discurso para considerar a entrevista com o diretor-substituto da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, Gerson Pereira.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

2.1.1 Comunicação Regional – a Amazônia em pauta

Com o processo de globalização, associado à expansão das tecnologias digitais, a partir do final da década de 1980, começou-se, também, a pensar de forma mais incisiva a

produção e veiculação de informações e de produtos culturais específicos de determinadas regiões, grupos étnicos ou sociais. A mesma tecnologia que une a todos em escala global também possibilita o incremento de sistemas de comunicação em nível regional, como uma emissora de rádio comunitário, por exemplo. No caminho inverso da comunicação global, as mídias regionais têm a função de abrir um espaço para manifestações culturais locais. Entretanto, elas sofrem com falta de recursos e com o controle de grupos políticos locais. Sua existência contribui para o sentimento de pertencimento a uma região, dando incentivo para a participação dos atores sociais na discussão de assuntos pertinentes daquela comunidade, mantendo e difundindo a cultura local. Pode-se constatar a presença de produção midiática regional, por exemplo, na Amazônia.

Todo mundo, seja no Brasil ou no exterior, tem impressões sobre o que é a Amazônia ou o que é a Amazônia Legal, seja ela uma visão que se aproxima de lendas e folclore, seja uma que se ajusta à complexidade socioambiental no cenário global em que vivemos. Entretanto, os meios de comunicação tendem a contribuir com uma imagem estereotipada da região amazônica (BUENO, 2002). Para Costa (1997), a região Norte e o Centro Oeste quase não aparecem nos noticiários e quando aparecem são propalados temas sem fundamentação técnico-científica: Amazônia é o pulmão do mundo, as queimadas amazônicas aceleram o efeito estufa, desertificação na Amazônia, danos ecológicos a florestas equatoriais devido às hidrelétricas e outros.

Muitas notícias ainda confundem o que é, por exemplo, Amazônia Legal: “ela não é recoberta por floresta em toda a sua extensão, como constantemente se divulga, confundindo a opinião pública” (PANDOLFO, 1994, p.25). Para efeito de esclarecimento, ela foi criada pela Lei 1.806, de 6 de janeiro de 1953, à época (hoje extinta) pela Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), anexando à Amazônia brasileira (Pará, Amazonas, Rondônia e Acre) os estados do Maranhão e Mato Grosso. Seus limites foram estendidos várias vezes devido às mudanças políticas do país. Sua extensão atual (de aproximadamente cinco milhões de km²) foi definida pela Constituição de 1988, incluindo Tocantins, Roraima e Amapá. Possui cerca de 24 milhões de habitantes (mais populosa que alguns países) e uma extensão de floresta e densidade populacional de aproximadamente 3,5 habitantes/km². Em 1966, a SPVEA foi substituída pela Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), órgão que coordena e supervisiona programas e planos de outros órgãos federais (D’ARAÚJO, 1992).

Os temas mais tratados pela mídia nacional e internacional ao se falar de Amazônia ou Amazônia Legal são sempre seus recursos naturais e ecologia, dando-se pouco destaque para

as necessidades de desenvolvimento cultural, econômico e tecnológico (HANAN E BATALHA, 1999). Seja por seu caráter estereotipado seja por sua abordagem padronizada, a comunicação sobre a Amazônia precisa ser pensada, problematizada e transformada. Por isso, refletir sobre uma comunicação da Amazônia, na Amazônia e para a Amazônia é um desafio na contemporaneidade.

Diferenças culturais, distâncias enormes e a relação com o meio ambiente são variáveis importantes da Comunicação na Amazônia. Quando refletem sobre a complexidade da região, Monteiro e Colferai (2011) dizem que há:

Monumentais distâncias a serem vencidas, dos obstáculos naturais para a locomoção, como a floresta e os rios; da natureza exuberante, mas exigente, que obriga a sucessivas adaptações e as práticas culturais daí advindas; a história da região, que remonta aos primórdios da civilização humana, com povos e línguas próprios e os do colonizador europeu; os discursos sobre a Amazônia a partir de sua apropriação como reserva da biodiversidade, desde o clichê “pulmão do mundo” até a reorientação da política estratégica para a região (MONTEIRO E COLFERAI, 2011, p. 35).

Sobre os aspectos espaciais, os autores mostram que:

O espaço social amazônico é formado tanto por cidades cosmopolitas densamente povoadas, como Manaus e Belém, como por pequenos grupos indígenas ou quilombolas, que se espalham desde o alto rio Negro até o vale do rio Guaporé. As distâncias ainda são medidas em dias pelos rios da região ou em longas horas de voo – ainda são poucas as estradas –, e elas parecem intermináveis. O meio ambiente amazônico, dominado pela floresta tropical, apresenta-se tão exuberante quanto heterogêneo, desde os mangues no litoral do oceano Atlântico, passando pelos cerrados ao sul da região até as diferentes matas nas calhas dos grandes rios (Idem.)

Pensar a comunicação na Amazônia a partir de sua complexidade é deixar de lado a homogeneização e apreender as diferenças culturais e as diversas práticas rotineiras de suas populações, pensando a relação homem, natureza e comunicação a partir de seu ambiente circundante. Em nossa avaliação, a comunicação deve ser inserida nesse processo. Alguns autores refletem a comunicação nessa região a partir de múltiplos olhares, possibilitando uma nova forma de entender as complexidades presentes na produção e circulação de produtos midiáticos que abordam temáticas relacionadas com a Amazônia.

Mirna Pereira (2002; 2003; 2008; 2009; 2011), por exemplo, reflete a comunicação na Amazônia a partir de uma perspectiva dos “Ecosistemas Comunicacionais”. Para ela:

Investigar os processos comunicativos na perspectiva dos ecossistemas comunicacionais compreende, antes de tudo, entender que a comunicação não é um fenômeno isolado; ela envolve um ambiente cultural que ao mesmo tempo interfere e possibilita a construção, a circulação e a significação das mensagens. Significa que o ambiente que a envolve é constituído por uma rede de interação entre sistemas diferentes e que estes,

embora diversos, dependem um do outro para coexistir. Significa ainda que modificações nos sistemas implicam transformações no próprio ecossistema comunicativo, uma vez que este tende a se adaptar às condições do ambiente, e, no limite, na própria cultura (PEREIRA, 2011, p. 51).

Já Otacílio Amaral Filho (2011) reflete sobre uma identidade amazônica como tecnicidade no bios midiático. Com imagens do jornalismo e da publicidade, o autor pensa a cultura amazônica recortada como uma narrativa do cotidiano a partir de reflexões sobre o marketing da floresta e da construção da marca “Amazônia”:

Dupla identidade formada pela natureza interior de pertença e outra exterior de posse pelo consumo da Amazônia como tecnicidade numa perspectiva globalizada oferecida pela narrativa midiática que inclui o jornalismo, a publicidade, a diversão e o marketing, o marketing da floresta, agora constituído como marca, a marca Amazônia, impregnada pelo estilo de vida ordenado pela cultura do consumo e abalizada pela ciência na prática da sustentabilidade que pede o engajamento compulsório do consumidor na defesa do ambiente, que se consagra no flagrante e obrigatório paradoxo entre a experiência tradicional e a experiência moderna, no sentido de uso dos recursos naturais em oposição à preservação e conservação da floresta, temas próprios do discurso pós-colonial (AMARAL FILHO, 2011, 98).

Os discursos televisivos que produzem sentido sobre a Amazônia foram analisados por Dutra (2009). Segundo ele, os programas televisivos mostram a população da Amazônia como “grupos congelados no tempo-espaço” (Idem, p.12). Revelam um pensamento hegemônico sobre a região: uma constante redescoberta, distanciamento, encanto e estranhamento. Um lugar exótico que não faz parte, em certa medida, do Brasil, ratificando o etnocentrismo e a visão hegemônica sobre a Amazônia, tornando os povos tradicionais como exóticos, invisíveis e ineptos à racionalidade econômica dos recursos naturais que faz parte de seu cotidiano (DUTRA, 2009).

Numa perspectiva mais contemporânea, Giacomini Filho e Goulart (2011) fazem um levantamento de como está a Amazônia no contexto da internet, analisando os sites oficiais dos governos dos estados que fazem parte da Amazônia Legal. Já Gomes Júnior e Levy (2011) analisam a utilização do Twitter como ferramenta de comunicação da Fundação Amazonas Sustentável, organização brasileira não governamental, sem fins lucrativos, que promove o envolvimento sustentável, a conservação ambiental e a melhoria de qualidade de vida das comunidades ribeirinhas do estado do Amazonas.

Outros autores buscam entender a produção midiática sobre a Amazônia a partir de outras perspectivas, como exemplo Castro (2011), que reflete a partir das propostas de Bourdieu o campo comunicacional da Amazônia, ou Festa (1986) que se dedica ao funcionamento dos veículos de comunicação a partir dos moradores de Santarém, no interior

do Pará. Há, também, Vieira Junior (1993), que estuda a influência política presente nos jornais de Rondônia. Beltrão (1996) pensa o papel da mídia no desenvolvimento sustentável, enquanto Cabral (2000) investiga o desenvolvimento da Rede Amazônica de Televisão. Veloso (2008a; 2008b) incorpora os dois aspectos: a dimensão política dos jornais paraense e o discurso contra hegemônico do jornalismo alternativo de Lúcio Flávio Pinto.

É possível perceber que os estudos sobre a produção e circulação do discurso midiático sobre a Amazônia estão, direta ou indiretamente, sempre relacionados com questões identitárias, territoriais ou ambientais. Entretanto, a maioria dos autores que estudam a produção e circulação de conteúdo midiático nessa região concorda com a visão de que os meios de comunicação produzem conteúdo estereotipado, que reforça uma imagem de floresta e atraso econômico.

Nesta dissertação, propomo-nos a pensar como são produzidos os conteúdos jornalísticos na Amazônia, afastando-nos da perspectiva da identidade amazônica de seu povo, da floresta e de meio ambiente, mas sem desconsiderá-la em nossa análise, percebendo nela contextualizações necessárias para o entendimento da lógica das relações sociais que se estabelecem ali, seja na produção, na circulação ou na interpretação de notícias jornalísticas. Partimos, assim, de três perspectivas: da Comunicação, da Informação e da Saúde.

Pretendemos identificar quais os núcleos de sentidos foram produzidos pelo jornal *O Liberal*, de Belém (PA) sobre HIV/AIDS nas matérias veiculadas no mês de abril de 1987, período de divulgação do primeiro boletim epidemiológico sobre a síndrome feito pelo Ministério da Saúde. Para tanto, como identificamos que o primeiro boletim não está disponível, fizemos uma entrevista com o diretor-substituto da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, Gerson Fernando Mendes Pereira, para reconstruí-lo, comparando sua possível estrutura com o último boletim produzido, lançado pelo MS no dia 1 de novembro de 2017.

Vale ressaltar que ao falarmos de uma pesquisa sobre a produção de sentido de uma síndrome na Amazônia, faz-se necessário o entendimento de que “Quando se fala de Amazônia é preciso estar atento para saber de que Amazônia se está falando” (GONÇALVES, 2010, p. 17). Isso se justifica porque:

A Amazônia não é [...] uma região fácil de definir, e delimitar, a começar pela plurivalência de sentido do termo que a nomeia, que tanto pode significar uma bacia hidrográfica como uma província botânica, um conjunto político, como espaço econômico (PAES LOUREIRO, 2001, p. 69).

Neste trabalho, sempre que fizermos referência à Amazônia, a proposta deve ser entendida mais especificamente à Região Norte e, de forma mais dirigida, ao lócus de pesquisa escolhido, um jornal do estado do Pará, que circula pelas cidades que compõem a Região Metropolitana de Belém. Isso se justifica por duas razões. A primeira, refere-se à totalidade da Amazônia, pois não entendemos que há apenas uma, ou seja, não é possível homogeneizá-la e tratá-la como se possuísse características iguais em toda sua extensão, mas entendemos que há diversas “Amazônias”. A segunda, ao fato de que esta pesquisa busca compreender o cenário midiático amazônico não em sua totalidade, mas a partir da análise da produção de sentido sobre uma síndrome em um cenário específico desta região, em particular.

2.1.2 – O Movimento Sanitário no Brasil

O contexto histórico brasileiro de produção do primeiro Boletim Epidemiológico da AIDS e de sua veiculação nos meios de comunicação é atravessado pela fase conhecida como Nova República. Ela começa com o final da Ditadura Militar (1985), ou seja, com a saída do general João Batista Figueiredo da Presidência do Brasil (o que significa o término de um governo caracterizado pela censura, falta de democracia e repressão aos movimentos sociais) e a entrada de um civil no cargo: José Sarney.

Por substituir de forma abrupta o então presidente eleito, mas não empossado, Tancredo Neves, Sarney tomou posse sem um plano de governo propriamente dito e com um sério déficit de legitimidade: uma figura política marcada por anos de vínculos com os militares, que assumia o poder sem o respaldo do eleitorado – vale recordar que a primeira eleição para a Presidência da República pós período ditatorial foi indireta, feita pelo Colégio Eleitoral. Esse é um dos motivos para que sua administração ficasse vulnerável a todas as pressões, como as forças políticas heterogêneas que compunham seu governo, até os partidos de oposição e os setores organizados da sociedade civil que demandavam democratização (KINZO, 2001).

As principais características do período da Nova República são: redemocratização do Brasil; retorno das liberdades sociais: maior espaço de atuação para a imprensa, manifestação política, expressões artísticas e culturais, opinião e outros; eleições diretas para presidente da república, a partir de 1990; promulgação de uma nova constituição em 1988, que valorizou a democracia e o respeito os direitos do cidadão; retorno do sistema político multipartidário (no regime militar só existiam dois, ARENA e MDB); tentativas malsucedidas de combate à

inflação durante o governo Sarney – outros movimentos foram impulsionados com a eleição de Fernando Collor de Mello, como combate e controle inflacionário, através do Plano Real, no governo Itamar Franco; fortalecimento dos laços econômicos do Brasil com os países vizinhos no cone sul (Argentina, Uruguai e Paraguai) com a criação do Mercosul em 1991; aumento das relações econômicas com países da África e Ásia, principalmente com a China; criação de programas sociais voltados para as populações carentes; e aumento da influência do Brasil no cenário externo.

No plano econômico, entre 1986 e 1994, o país mudou quatro vezes de moeda e teve seis experimentos em estabilização econômica, apenas o último, o Plano Real, tendo sido bem-sucedido, o que comprometeu a capacidade do Estado de governar. Com relação ao âmbito político, a fase iniciada em 1985 foi de intensificação da democratização, com a instituição de condições livres de participação e contestação (com a revogação de todas as medidas que limitavam o direito de voto e de organização política) e, acima de tudo, a refundação da estrutura constitucional brasileira com a promulgação de uma nova Constituição, em 1988.

Percebe-se, portanto, que os anos de 1980 no Brasil foram marcados por movimentos de redemocratização do país. À época, havia crise econômica e de financiamento do Estado, com consequências diretas na intensificação de desigualdades sociais. Entretanto, esse cenário propiciou o renascimento da militância social e política, com mais intensidade nos movimentos da sociedade civil organizada (sindicatos, partidos, associações de moradores e outros) que lutaram por políticas públicas, principalmente na área da saúde.

Destacamos nesse contexto o papel do Movimento Sanitário brasileiro, que colocou em pauta as iniquidades do sistema de saúde do país da época, fundamentando o debate sobre qual saúde se desejava para o futuro. Influenciado pela Declaração de Alma-Ata⁸ (OPAS, 1978), o movimento contava com a participação de alguns atores sociais estratégicos, como: Eleutério Rodrigues, da Universidade de Brasília e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), que foi nomeado Secretário-Geral do Ministério da Saúde; Hésio Cordeiro, do Instituto de Medicina Social da UERJ, que assumiu a presidência do INAMPS; e Sérgio Arouca, que tornou-se presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Para Serra e Rodrigues (2006) o movimento tem destaque por causa da ampliação da participação da sociedade:

Pode-se dizer que a principal iniciativa vitoriosa do movimento foi, sem dúvida, a articulação da abertura para a sociedade da VIII Conferência

⁸ Documento elaborado na 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Ele propôs saúde para todos no ano 2000, além de inaugurar um conceito de saúde ampliado, definindo-a como um direito fundamental do ser humano.

Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, e a mobilização em torno da defesa das teses da Reforma Sanitária tanto na conferência quanto na assembleia nacional constituinte. A VIII CNS foi a primeira, na história das conferências de saúde, a contar com a participação de representantes da sociedade e a ser precedida por pré-conferências estaduais (SERRA e RODRIGUES, 2006, p. 204).

Vale ressaltar que, antes da criação do SUS, o país vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. No primeiro, as ações eram dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e se voltavam prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. Já a saúde pública, administrada pelo Ministério da Saúde, voltava-se principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, com atividades, majoritariamente, de caráter preventivo (PAIM, 2009).

Para chegar ao sistema de saúde que temos hoje, o movimento sanitário, juntamente com a sociedade civil, conseguiu avanços bem significativos, como incorporar ao texto da Constituição de 1988 uma parcela considerável das resoluções tomadas pelos participantes da VIII Conferência Nacional de Saúde – evento em que se discutiu as principais demandas do movimento: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único.

Essa conferência foi convocada pela Presidência da República, em julho de 1985, e realizada a partir de março do ano seguinte, reunindo diferentes setores da sociedade. Suas plenárias contaram com a presença de quase cinco mil participantes, sendo que em torno de mil pessoas eram delegados, indicados por instituições e organizações da sociedade. Entre os principais temas discutidos, podemos destacar: o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor (Paim, 2009). O sentimento da época era a expectativa de que, com o fim da ditadura militar, seria possível criar uma sociedade mais equânime e, conseqüentemente, uma saúde a partir de novas bases. Foi essa reflexão que Oliveira (1988) fez em Saúde em Debate. Ele mostra que medidas racionalizadoras da gestão dos serviços de saúde fizeram parte, ou até certa medida, confundiram-se com o ideário da reforma sanitária brasileira.

Entretanto, após a criação do SUS e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (em 1990), transformações econômicas, políticas e na esfera pública mudaram o cenário otimista. A crise econômica do governo Sarney mostrou as dificuldades em colocar em prática as ações transformadoras que iam de encontro a interesses econômicos de grupos, além disso, ainda há o problema da complexidade da implantação de um sistema único de saúde em um país com

disparidades regionais. Se a democratização dos anos 1980 ampliou o debate político da saúde, na década seguinte a concretização dessas reflexões gerou tensões. Em meados de 1990 foi reforçada a tendência de abertura econômica e de ajuste estrutural, com ênfase na estabilização da moeda, privatização de empresas estatais e reformas institucionais direcionadas para a redução do Estado. Esse contexto se transformou no cenário de crise do SUS e vai ser o período histórico onde Programas como o de HIV/AIDS são criados.

2.1.3 A criação do SUS e o Programa de AIDS/HIV

“Como foi possível, durante esse período, montar um sistema tão perverso de saúde que não atende ao interesse de mais ninguém?”⁹. Essa foi uma das indagações propostas por Sergio Arouca durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou com uma intensa movimentação da sociedade civil com um papel importante para a aceitação, na política oficial, das propostas organizadas no evento, em grande parte consubstanciadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (LUZ, 1994). À época, Arouca era presidente da FIOCRUZ e lutava pela substituição da forma de se pensar a saúde no Brasil, pautada, até então, pelo antigo Regime Assistencial de ônus Previdenciário, que tinha a oferta de serviços públicos por meio de investimentos na iniciativa privada.

A 8ª Conferência foi um marco para a história da saúde pública brasileira, reunindo mais de quatro mil pessoas de vários setores da sociedade, como movimentos populares, universidades, partidos políticos progressistas, prefeituras com bandeiras progressistas, médicos, intelectuais e outros. Juntos, eles pensaram uma resposta para a pergunta que o presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) lançou em seu discurso: “Quais as realidades reais e concretas que nós temos de mudar o sistema de Saúde hoje no Brasil?”

O evento gestou e a Constituição de 1988 concretizou muito do que foi idealizado pelos entusiastas do SUS. Ideologicamente, rompe-se com a concepção saúde/doença e a visão curativista e medicalizante que era a base do modelo médico/assistencial-privatista. Portanto, percebe-se com isso que a saúde pública sofreu grandes transformações, sendo uma das principais o fato de ser reconhecida pela primeira vez na história do Brasil como um

⁹ Discurso proferido por Sérgio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília (DF). O evento foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, e contou com a participação de diferentes atores sociais que se uniram pela transformação dos serviços de saúde. Reuniram-se acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. As discussões contribuíram para a criação do SUS e para a formulação do texto sobre a saúde na Constituição Federal de 1988. O discurso completo foi recuperado pela VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ

direito social, isto é, inerente à condição de cidadania, tendo como grande provedor o poder público (PAIM, 2009). Na Carta, está o registro que a saúde “é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988). Além disso, atualmente a saúde não é entendida como ausência de doença, mas, a partir da visão ampliada da Organização Mundial da Saúde (OMS), ela é vista como “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”.

Segundo o texto do Tema I do Relatório da 8ª Conferência, saúde é:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. 2- A saúde não é um conceito abstrato. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1988b, p.4).

Com a garantia constitucional da implantação de um sistema de saúde, é aprovada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que cria o que hoje conhecemos como SUS. Ela foi complementada ao final do mesmo ano (devido a vetos do presidente Fernando Collor) pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que passou a garantir a participação popular no processo decisório. As duas leis são chamadas de “leis Orgânicas da Saúde”, dispendo sobre os princípios e diretrizes do SUS e sobre as atribuições ligadas à saúde, abrangendo fundamentalmente: ações de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; ordenação de recursos humanos na área, ações de vigilância nutricional e outras (RETKA et al., 2003).

O SUS tem como um de seus objetivos identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e preventivas. Tendo como funções regular, fiscalizar, controlar e executar; e como princípios e diretrizes¹⁰ a Universalidade, a Igualdade, Equidade, Integralidade, Intersetorialidade, Direito à Informação, Autonomia das Pessoas, Resolutividade e Base Epidemiológica (BRASIL, 1990a).

Um dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS mais reconhecidos mundialmente é o Programa Nacional de DST e AIDS. Criado em 1985, por meio da Portaria 236, de 2 de maio de 1985 (Atual Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais). Além das diretrizes de combate ao

¹⁰ Para aprofundamento sobre a natureza dos Princípios e Diretrizes do SUS, ver especialmente o livro “O que é o SUS”, de Jairnilson Silva Paim, e 2014, editora FIOCRUZ; e o artigo “A saúde pública no Brasil”, de Gilson Carvalho, de 2013, disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002>

HIV/AIDS, recomendou-se também a criação de comissões interinstitucionais estaduais para enfrentá-lo. Segundo o relatório *State of the AIDS Response* (Estado da resposta à AIDS), de 2010, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS (UNAIDS) o país é o líder mundial de combate a AIDS.

Mesmo com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS, o medo continuou sendo uma barreira ao tratamento, tanto por parte da população, como também pelos profissionais de saúde que se recusavam a cuidar de pessoas vivendo com HIV/AIDS e pelas instituições de saúde que se negavam a interná-los. Alguns documentos foram importantes para garantir a efetividade do direito ao tratamento, como a Resolução nº 1.359, do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 1992, que versa sobre o dever do médico de atender pessoas vivendo com HIV/AIDS; sucedida posteriormente, pela resolução nº 1.665, de 2003, que inclui a proibição aos médicos de solicitar compulsoriamente exames sorológicos para o HIV.

Uma das ações mais populares do Programa é a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais (ARVs) para o tratamento do HIV/AIDS pelo SUS. Ela é toda subsidiada pelo Tesouro Nacional, isto é, faz parte do orçamento do Ministério da Saúde. Entretanto, o país vem investindo na produção nacional de medicamentos, sendo uma estratégia fundamental para a manutenção da distribuição dos remédios (MS, 2001). A produção local dos ARVs projetou internacionalmente a estratégia de combate da epidemia feita pelo Brasil (OXFAM, 2001).

Em 1988, o Ministério da Saúde do Brasil iniciou, ainda que de forma tímida, o abastecimento da rede pública de saúde com alguns dos medicamentos destinados ao tratamento das principais complicações oportunistas que acometem os pacientes com AIDS. A partir de 1991, o Ministério da Saúde passou a oferecer, também, a terapia antiretroviral no sistema público de saúde. O número de pacientes atendidos pelo sistema foi aumentando progressivamente, bem como o número de medicamentos distribuídos. O primeiro antiretroviral distribuído na rede pública foi a zidovudina (AZT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p. 11).

Até 1995, o tratamento era feito a partir da monoterapia com AZT¹¹. O tratamento, como hoje conhecemos (com combinação terapêutica), só começou a ser realizado a partir de 1996, ano em que foi anunciado para o mundo a nova forma de tratamento para o HIV, a terapia tripla, popularmente chamada de “coquetel”. Ela foi apresentada durante a XI Conferência Internacional de AIDS, em Vancouver, no Canadá. No Brasil, a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 – de autoria do Senador José Sarney e assinada pelo presidente da

¹¹A Zidovudina ou AZT (azidotimidina) é um fármaco utilizado como antiviral, inibidor da transcriptase reversa (inversa). Indicado para o tratamento da AIDS e contágio por *Pneumocystis carinii*. Foi uma das primeiras drogas aprovadas para o tratamento da AIDS (no Brasil) ou SIDA (em Portugal). Atualmente é usado no tratamento de infecções por HIV, em associação com outros medicamentos anti-retrovirais.

República, Fernando Henrique Cardoso – tornou obrigatória a distribuição de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de saúde (MS, 1999). Essa ação foi ao encontro a uma das metas dos Objetivos do Milênio, de garantir acesso universal ao tratamento de HIV/AIDS para todas as pessoas que necessitem, antes deles serem estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, em 2000¹².

Para Greco (2016), a promulgação da lei nº 9.313, só foi possível porque ela foi apoiada, e muito pressionada, pela sociedade civil organizada, que transformou em direito o acesso universal no SUS aos ARVs. O Autor mostra que:

De 1996 a 2002, o investimento brasileiro com tratamento atingiu cerca de US\$ 1,6 bilhão, o qual, além do inestimável impacto social ao diminuir mortalidade, morbidade, hospitalizações e aposentadorias, propiciou economia estimada em US\$ 2 bilhões. Hoje os resultados desta decisão soberana são reconhecidos internacionalmente e foi também demonstrado que o percentual de vírus resistentes o Brasil mantém igual ou até menor que nos países centrais (GRECCO 2016, p. 125).

Nesse sentido, a participação da sociedade civil é parte fundamental das repostas nacionais e internacionais de enfrentamento do HIV/AIDS. No Brasil, no final da década de 1980, também houve um movimento de famosos, seguindo uma tendência mundial, criando organizações e espaços que possibilitaram visibilidade às vozes reivindicatórias de pessoas vivendo com HIV ou vivendo com a síndrome clínica. Hoje, essas instituições participam de instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de AIDS, além de entidades estaduais e municipais e contribuem para a criação de fóruns de organizações não-governamentais sobre AIDS (ONG/AIDS) e de redes de pessoas com HIV/AIDS (GALVÃO, 2000; 2002).

2.1.4 O jornal estudado – O LIBERAL

Contextualmente, o jornal O Liberal surge em Belém (PA) no cenário midiático amazônico no ano da redemocratização do Brasil, após o primeiro período do Governo Vargas. Sua primeira edição data de 15 de novembro de 1946, com dimensões 55x38 cm, sendo vespertino. Naquele tempo, era ligado ao Partido Social Democrático (PSD), defendendo o governo dos ataques da Folha do Norte (FERREIRA, 2005). Em registro

¹²As metas do milênio foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, com o apoio de 191 nações, e ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). São eles: 1 – Acabar com a fome e a miséria; 2 – Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – Reduzir a mortalidade infantil; 5 – Melhorar a saúde das gestantes; 6 – Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7 – Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8 – Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

histórico, seus fundadores foram: Lameira Bittencourt, João Camargo, Dionísio Brito de Carvalho, Luís Geolás de Moura Carvalho, Magalhães Barata e outros (BIBLIOTECA PÚBLICA DO PARÁ, 1985).

Na década de 1950, Belém estava vivendo uma intensa luta política entre os partidários de Magalhães Barata e seus adversários, o que levou ao assassinato, na própria sede do jornal, de Paulo Eleutério Filho e a vários atos de vandalismos no local, com oficinas quebradas e incendiadas (idem). De acordo com Ribeiro (2007), vários idealistas lutaram para manter o jornal em circulação nesse período, como Hélio Gueiros, que viria a ser o futuro prefeito de Belém e governador do estado. Ocyr Proença comprou o jornal em 1965, mudando sua linha de ação política, apoiando Alacid Nunes (prefeito de Belém e futuro governador do estado). Nessa ocasião, o jornal estava com o tamanho de 57x42cm (BIBLIOTECA PÚBLICA DO PARÁ, 1985).

Figura 3 - Capa da primeira edição de O Liberal, de 15 de novembro de 1946



Fonte: Biblioteca Pública Arthur Vianna - Foto: Netília Silva dos Anjos Seixas¹³

As mudanças mais significativas ocorreram quando o jornalista Rômulo Maiorana comprou o jornal, em 1966. Ele passou a ser matutino, com uma organização textual mais próxima do atual jornalismo moderno: destaques para títulos, uso de imagens e presença de publicidade. Quinze anos depois, o jornal tinha aumentado seu número de páginas, chegando

¹³ Foto extraída do artigo: História, discursos e relações de poder nas páginas de *O Liberal*, de Avelina Oliveira de Castro e Netília Silva dos Anjos Seixas, disponível em: www.ufrgs.br/alcar/encontros-nacionais-1/90-encontro-2013/artigos/gt-historia-da-midia-impressa/historia-discursos-e-relacoes-de-poder-nas-paginas-de-o-liberal

a 20 em dias úteis e apresentando chamadas na primeira página. Em 1972, começou a ser impresso em offset, sendo pioneiro dessa tecnologia no Pará (idem). A partir de 1974, o jornal começou a ter mais cadernos diários, sendo os principais: “Primeiro Caderno”, “Segundo Caderno” e “Terceiro Caderno”, além dos “Classificados”.

Em 1980 o jornal mudou seu tamanho para 58x38 cm e dois anos depois uma de suas principais colunas ganharia grande notoriedade, o Repórter 70, que trazia muitas notas consideradas furos ou pequenas críticas políticas. Em 1982, o principal concorrente de O Liberal foi criado: o Diário do Pará, vinculado ao político Jader Fontenelle Barbalho, hoje senador pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Com isso, o jornal começou a criticar enfaticamente a carreira política de Jader Barbalho, que estava no primeiro mandato como governador (de 1983 a 1987), por meio de várias matérias escritas pelo repórter Lúcio Flávio Pinto – o que contribuiu para a concorrência entre os dois jornais, que passaram a se atacar mutuamente.

O então dono do jornal, Rômulo Maiorana, faleceu em 1986, deixando o legado midiático para sua mulher e filhos. O período estudado nesta dissertação (abril de 1987), então, é um período de transição para o jornal, que no ano anterior passou a ser administrado pela família de Rômulo. Tal transformação resultaria alguns anos depois em várias alterações que o jornal sofreu. Abaixo uma foto de como o jornal era em abril de 1987:

Figura 4 - Capa da edição de 19 de abril de 1987



Fonte: Biblioteca Pública Arthur Vianna - Foto: Diogo Ribeiro

É importante ressaltar que nesse período foi encontrado, como será descrito no próximo capítulo, uma quantidade maior de textos jornalísticos sobre HIV/AIDS na seção Internacional do jornal do que nas demais seções. À época, O Liberal dedicava uma página para assuntos internacionais durante a semana e página dupla aos domingos. Para ilustrar melhor como ela se apresentava ao público, abaixo a foto da página Internacional da edição de 19 de abril de 1987:

Figura 5 - Página da seção Internacional da edição de 19 de abril de 1987



Fonte: Biblioteca Pública Arthur Vianna - Foto: Diogo Ribeiro

Em 1990, as modificações continuaram a ocorrer, incluindo a mudança de nomenclatura de seus cadernos, que eram numéricas. O “Primeiro Caderno” passa a ser chamado de “Atualidades”; o “Segundo”, virou “Cartaz”, trazendo um perfil mais de entretenimento; o “Terceiro”, voltado para assuntos políticos, passa a ser “Painel”, e, também, criou-se alguns suplementos, como a “Revista da TV”, com informações sobre novelas, fofocas de artistas e assuntos ligados à televisão, de periodicidade dominical (BIBLIOTECA PÚBLICA DO PARÁ, 1985).

Apesar de ter deixado de seguir uma linha estritamente político-partidária, o jornal ainda se posiciona politicamente em sua atuação, “tendo a família Maiorana – que até hoje dirige o jornal – simpatia pela linha da ‘direita’ política, mais especificamente pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), impondo-se como oposição ao Diário, que apoia o PMDB, partido de Jader Barbalho” (CARVALHO, 2013, p. 61). Hoje, O Liberal é um dos produtos midiáticos das Organizações Rômulo Maiorana (ORM), um dos maiores grupos de comunicação do Brasil, abrangendo 15 veículos de comunicação entre jornais diários, emissoras de TV e de rádio AM e FM, portal na internet e operadora de TV a cabo (OS DONOS DA MÍDIA, 2013).

De acordo com o próprio jornal, em seu expediente, sua tiragem atual é de 75 mil exemplares aos domingos e 43 mil durante a semana, tendo edições impressas disponíveis em 51 municípios do Estado do Pará e nas capitais São Luiz (MA), Teresina (PI), Recife (PE), Fortaleza (CE), Manaus (AM), Boa Vista (RR) e no Distrito Federal (DF). É importante salientar que buscamos o periódico no site do Instituto Verificador de Circulação do Brasil (IVC) e constatamos que ele não é auditado por esse organismo.

O Liberal possui cinco cadernos veiculados diariamente, são eles: “Atualidades” (caderno de variedades, apresenta notícias abrangentes sobre o cotidiano da cidade de Belém e do Pará), “Poder” (cobrindo assuntos políticos), “Esporte” (Temas esportivos, com ênfase no futebol), “Polícia” (dedica-se aos acontecimentos policiais), “Magazine” (assuntos de entretenimento como música, teatro, televisão, cinema e outros) e “Classificados”. Às terças-feiras, é veiculado o suplemento “Zebra”, trazendo resultados e probabilidades da loteria esportiva, mega-sena, dupla-sena e alguns resultados dos campeonatos esportivos que acontecem durante a semana. Aos domingos, além dos cadernos diários, circulam os suplementos “Mulher” (dedicado ao público feminino), “Mercado” (que trata de temas da economia e empreendedorismo) e “Liberalzinho” (para o público infantil); as revistas “C&D” (voltada para decoração, arquitetura, moda, tecnologia e arte), “Troppo” (que cobre eventos e assuntos da sociedade belenense), “Auto&Cia” (sobre o mercado e novidades automobilísticas) e “Revista da TV” (com novidades da programação televisiva e os resumos das novelas).

Além da edição impressa, O Liberal atualmente conta com uma versão digital, disponível ao assinante pelo ORM News. Em 10 de dezembro de 2013, o jornal passou a publicar o encarte semanal do *The New York Times*, sendo o 4º diário do Brasil a publicar o encarte do veículo americano, juntamente com a *Folha de S. Paulo* (São Paulo), *O Povo* (Fortaleza) e *A Tarde* (Salvador).

Figura 6: Capa da edição de 7 de agosto de 2017



Fonte: ORM - Foto: Alan de Jesus¹⁴

2.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO – UM CAMINHO A SEGUIR

Para esta pesquisa, propomos a utilização de elementos de técnicas da Análise de Conteúdo (AC). Elas foram aplicadas nas matérias relacionadas com a AIDS/HIV veiculadas no jornal O Liberal no mês de abril de 1987. Escolhemos a Análise de Conteúdo porque seu objetivo é descrever os conteúdos manifestos nos textos, e, mais precisamente, ela nos permite fazer uma análise temática para descobrir os “núcleos de sentidos” presentes na comunicação desse período, “cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p. 105).

¹⁴Foto extraída do portal ORM, disponível em: www.orm.com.br

Na Comunicação, a Análise de Conteúdo esteve presente desde as pesquisas da “*communication research*” às recentes pesquisas sobre novas tecnologias, passando pelos estudos culturais e de recepção” (BARROS; DUARTE, 2012, p.280). Na saúde, ganha destaque nos estudos de pesquisas qualitativas proposto por Minayo (2007), onde a autora mostra que metodologias qualitativas permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, possibilitando a criação de novas abordagens, revisão e categorias durante a investigação.

Essa metodologia vem sendo utilizada desde o século XVIII, durante uma análise minuciosa de 90 cantos, conhecidos como Os Cantos de São. O objetivo era identificar se havia ideias danosas sendo propagadas, ou seja, que não tivessem provas de heresia (KRIPPENDORFF, 1990). Esse método pode ser considerado uma análise híbrida por fazer elo entre o formalismo estatístico e a análise qualitativa de materiais (BAUER e GASKELL, 2002). Apesar de hoje sua quantificação ser feita, também, por meio de programas de computador, não há uma substituição do pesquisador na análise do material, pois, como afirma Bardin (2011), o método não detém qualidades mágicas e, por isso, nada substitui as ideias brilhantes.

A partir de Bardin, a Análise de Conteúdo se popularizou. Preceitos de cientificidade das chamadas ciências duras passaram a integrar, também, o campo das chamadas ciências sociais e humanas. Com o tempo, ganhou novos adeptos de diferentes áreas, como linguística, psiquiatria, história, e depois psicologia, ciências políticas e jornalismo. Para a autora, a Análise de Conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a inúmeras discursividades, tendo como objetivo a manipulação de mensagens, para que se possa ver além do que está, num primeiro momento, dito no texto. O desenvolvimento da Análise de Conteúdo é resultado de uma contribuição de diversos autores ao longo dos anos. Nesta dissertação, utilizaremos a técnica metodológica proposta pela pesquisadora francesa. De forma geral, ela propõe três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira fase (pré-análise), ocorre a sistematização das ideias iniciais. Essa fase compreende a leitura geral do material eleito para a análise. Ou seja, a organização do que será investigado. Assim, o pesquisador poderá avançar para as próximas fases, que nesta utilizamos: Leitura flutuante (primeiro contato com os documentos da coleta de dados); Escolha dos documentos (consiste na definição do corpus de análise); Formulação das hipóteses e objetivos (a partir da leitura inicial dos dados); e Elaboração de indicadores para interpretar o material coletado.

Para se escolher os dados que serão analisados, fez-se necessário seguir as seguintes regras: Exaustividade (selecionar todos os componentes constitutivos do corpus, descrevendo essa regra a partir da ideia de não deixar fora da pesquisa qualquer um de seus elementos, sejam quais forem as razões), Bardin (2011); Representatividade (quando há um número elevado de dados, pode-se efetuar uma amostra, desde que o material a isto se preste. A amostragem, para a autora, refere-se a uma parte representativa do universo inicial); Homogeneidade (os documentos devem ser homogêneos, obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora dos critérios); e Pertinência (verificar se a fonte documental corresponde adequadamente ao objetivo suscitado pela análise (BARDIN, 2011), ou seja, pertinente com o que se deseja responder).

Nesta dissertação, a pré-análise iniciou com a leitura de todas os textos jornalísticos veiculados no jornal O Liberal no mês de abril de 1987, escolhido por ser o mês e ano em que o Ministério da Saúde lançou o primeiro Boletim Epidemiológico sobre AIDS. Os primeiros contatos com o material ocorreram em visitas à Biblioteca Pública Arthur Viana, em Belém, no mês de julho de 2017. A partir da Leitura Flutuante do material, inicialmente feita em fotolito e depois em formato digital, definimos o corpus em 27 matérias, todas relacionadas com o tema HIV/AIDS. A partir desse, buscamos identificar quais os núcleos de sentidos foram produzidos pelo jornal O Liberal naquele período histórico, ou seja, desenvolver uma análise temática. Do ponto de vista da elaboração dos indicadores, o foco do estudo está no tema HIV/AIDS e a toda a frase que levasse ao entendimento que a mensagem se referia a ele.

Com a primeira parte concluída, iniciou-se o processo de exploração do material. Trata-se do momento em que o pesquisador irá construir as operações de codificação, separando os recortes dos textos em unidades de registros, propondo regras de contagem, classificação e criação de categorias simbólicas ou temáticas. Para Bardin (2011), a codificação nada mais é do que a transformação, a partir de recorte, agregação e enumeração, tendo como base regras elaboradas sobre as informações textuais que sejam representativas das características do conteúdo.

Para darmos conta da codificação e categorização do material que foi analisado, estabelecemos uma sistematização que cruzou os seguintes níveis de classificação: 1 - Gêneros Jornalísticos, 2 – Cadernos e Editoriais, 3 – Matérias Assinadas, 4 – Matérias Não Assinadas, 5 – Presença de Ilustrações/explicação gráfica, 6 – Descritores Temáticos, 7– Fontes e 8 – Termos Utilizado para Pessoas Vivendo com HIV.

Quanto ao primeiro nível de classificação, Gênero Jornalístico (categoria excludente, pois se for informativo não poderá ser opinativo e vice-versa) tivemos os seguintes subtemas:

1 – Informativo:

- a) Entrevista: caracteriza-se por uma estrutura que está baseada numa pergunta (feita pelo repórter) e numa resposta (dada pelo entrevistado). Ela dá destaque para o entrevistado, pois entende que ele possui importância para falar sobre determinado assunto;
- b) Nota: pequeno relato de um acontecimento, podendo aparecer de forma agrupada, ou seja, várias notas juntas num espaço pré-determinado do jornal. Possui como característica a ausência de muitas informações, só o essencial, ou seja, muitas vezes não respondendo ao *lead*;
- c) Notícia: relato de fatos estruturados a partir da lógica da “pirâmide invertida”, ou seja, o que vem primeiro é o que é mais interessante e o que está por último, o menos interessante. Nela, segue-se, normalmente, a regra de responder as seguintes perguntas: o quê? quem? onde?, como?, quando? e por quê?;
- d) Reportagem: a reportagem é uma notícia ampliada, ela é a exposição que combina interesse do assunto com o maior número possível de dados (LAGE, 2001). Podendo ter três gêneros: Investigativa, Interpretativa e Novo Jornalismo (LAGE, 2001).

2 – Opinativo:

- a) Artigo: texto de caráter interpretativo/opinativo, que na maioria das vezes está assinado e expõe um ponto de vista sobre determinado fato. Normalmente o articulista não possui vínculo empregatício com o jornal;
- b) Carta do leitor: cartas/e-mails enviadas às redações jornalísticas, pelos leitores e assessorias, que são publicadas na íntegra ou em parte nos jornais;
- c) Charge: desenho humorístico que no jornal possui características muitas vezes reflexiva e política sobre a conjuntura. Geralmente os desenhos são ligados a temas de interesse público, tendo como base as notícias veiculadas no próprio jornal, podendo ou não estar atrelada ao assunto tratado pelo editorial;
- d) Crônica: texto que busca relatar um acontecimento por meio poético ou literário, refletindo fatos do cotidiano, ou notícia veiculada no jornal. Sua estrutura é livre tendo sempre um cunho reflexivo;

e) Editorial: gênero que expressa a opinião da empresa jornalística diante dos fatos, atuais ou permanentes. O objetivo principal é argumentar ao leitor sobre um fato ou tema para convencê-lo a compartilhar da mesma opinião.

No segundo item, Cadernos e Editorias, temos os seguintes tópicos:

1 – Cadernos

- a) *Atualidades*: o primeiro caderno de O Liberal dedica-se a informações sobre segurança, educação, direito do consumidor. Traz diariamente as principais notícias de Belém e do estado;
- b) *Esporte*: acompanha as notícias do esporte nacionalmente e a cobertura dos times estaduais;
- c) *Magazine*: traz assuntos sobre literatura, artes, shows, música e cultura;
- d) *Poder*: matérias de política e economia;
- e) *Polícia*: cobertura de todos os crimes ocorridos em Belém, distritos e no interior do Pará;
- f) *Internacional*: Traz notícias gerais sobre o que está acontecendo de mais relevante no mundo.

2 - Suplementos:

- a) *Mulher*: assuntos voltados para as mulheres, com matérias sobre moda, beleza e saúde da mulher;
- b) *Revista da TV*: tudo sobre as principais novelas e filmes, além de matérias sobre a vida dos artistas;
- c) *Tropo*: caderno para o público jovem, com reportagens sobre comportamento, moda, música e sexualidade.

No terceiro e quarto itens especificamos o nome do jornalista, quando a matéria era assinada, e se não estivesse, especificamos o responsável por ela (Agência de Notícias, Redação...). No quinto item, deve-se destacar os elementos que estão complementando o sentido do texto. São eles:

- a) *BOX*: pequeno quadro que traz informações complementares das notícias;
- b) *Infográficos*: design elaborado que geralmente traz muitas informações sobre o tema, com muitos elementos informativos;

- c) Fotografias: imagens que geralmente mostram visualmente a ação do fato;
- d) Gráficos: dados numéricos que trazem informações sobre o assunto tratado pela notícia, geralmente em formato de pirâmide ou pizzas.

No sexto item, identificamos os descritivos temáticos dos textos jornalísticos:

- a) Estado: textos que apresentem ações do poder público em resposta à AIDS / HIV;
- b) Epidemia: textos que mostrem como está a AIDS e o HIV a partir de números estatísticos;
- c) Médico-Científico: relaciona-se com ao tratamento e busca pela cura da AIDS/HIV;
- d) Social: textos que apresentem ações da sociedade civil organizada pela luta contra a epidemia;
- e) Arte: textos jornalísticos relacionados às manifestações artísticas em resposta a AIDS/HIV como shows, peças teatrais, eventos, filmes sobre a temática e outros;
- f) Pessoas vivendo com HIV: textos jornalísticos que trazem relatos de pessoas vivendo com HIV.

O sétimo item, Fontes, foi elaborado a partir da análise de todo material coletado. Identificamos todas as fontes de informações presentes nos textos jornalísticos coletados, totalizando 51. A partir das classificações de fontes propostas por diversos autores (LAGE, 2000; PINTO, 2000; WOLF, 2003; CHAPARRO, 2014), elaboramos cinco categorias que contemplassem todas as fontes coletadas, são elas: instituições/organizações de saúde, fontes médico-científicas vinculadas a instituições, fontes individuais e outras.

O último item está relacionado com a escolha de palavras para designar pessoas vivendo com HIV. Fizemos um levantamento em todos os 27 textos jornalísticos separando e quantificando quantos termos foram utilizados para designar pessoas vivendo com HIV e seus respectivos quantitativos.

Para sistematizarmos todas essas categorias, elaboramos o seguinte protocolo:

Tabela 2: Tabela de Preenchimento de Dados de Pesquisa

| | |
|-------------------------------|-------|
| Jornal: O LIBERAL | Data: |
| Título do Texto jornalístico: | |
| Página: | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>1 - Gêneros jornalísticos:</p> <p>Informativo</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevista</p> <p><input type="checkbox"/> Nota</p> <p><input type="checkbox"/> Notícia</p> <p><input type="checkbox"/> Reportagem</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (especificar)</p> <p>_____</p> | <p>Opinativo</p> <p><input type="checkbox"/> Artigo</p> <p><input type="checkbox"/> Carta/email</p> <p><input type="checkbox"/> Charge</p> <p><input type="checkbox"/> Crônica</p> <p><input type="checkbox"/> Editorial</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (especificar)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> | <p>2) Caderno/Editorias: disposição espacial da matéria</p> <p>Cadernos:</p> <p><input type="checkbox"/> Atualidades</p> <p><input type="checkbox"/> Esporte</p> <p><input type="checkbox"/> Magazine</p> <p><input type="checkbox"/> Poder</p> <p><input type="checkbox"/> Polícia</p> <p><input type="checkbox"/> Esporte</p> <p><input type="checkbox"/> Internacional</p> <p>Suplementos:</p> <p><input type="checkbox"/> Caderno Mulher</p> <p><input type="checkbox"/> Revista da TV</p> <p><input type="checkbox"/> Troppo</p> <p><input type="checkbox"/> outros (especificar)</p> <p>_____</p> | <p>3) Matérias assinadas</p> <p><input type="checkbox"/> Freelancer</p> <p><input type="checkbox"/> Jornalista</p> <p>Nome _____</p> <p>_____</p> <p>4) Matérias não assinadas</p> <p><input type="checkbox"/> Agência</p> <p><input type="checkbox"/> Redação</p> <p><input type="checkbox"/> Outros (especificar)</p> <p>_____</p> |
| <p>5) Presença de ilustrações/explicações</p> <p><input type="checkbox"/> Box</p> <p><input type="checkbox"/> Cartum</p> <p><input type="checkbox"/> Desenhos</p> <p><input type="checkbox"/> Fotografias</p> <p><input type="checkbox"/> Gráficos</p> <p><input type="checkbox"/> Infográfico</p> <p><input type="checkbox"/> Não consta</p> <p>Outros (especificar) _____</p> | | | |
| <p>6) Descritores temáticos</p> <p><input type="checkbox"/> Estado</p> <p><input type="checkbox"/> Epidemia</p> <p><input type="checkbox"/> Médico/Científico</p> <p><input type="checkbox"/> Social</p> <p><input type="checkbox"/> Arte</p> <p><input type="checkbox"/> Pessoas vivendo com HIV</p> | <p>7) Fontes:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | |

A terceira e última fase da Análise de Conteúdo corresponde ao tratamento dos resultados, inferências e interpretações, ou seja, em captar os conteúdos manifestos e latentes que estão no material coletado. Esta análise está no próximo capítulo.

Além do proposto, para esta pesquisa, realizou-se uma entrevista semiestruturada (Roteiro anexo 1) com Gerson Fernando Mendes Pereira, diretor-substituto da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde. A entrevista foi realizada em dezembro de 2017, por e-mail. Sua importância para esta pesquisa se dá porque não é mais possível encontrar o primeiro Boletim Epidemiológico de AIDS/HIV, feito em 1987, no Ministério da Saúde.

Como um dos participantes da elaboração do instrumento (Boletim Epidemiológico), Gerson Pereira tornou-se uma fonte importante para identificarmos como aqueles dados eram elaborados e divulgados nesse período. Além disso, passados 30 anos, o profissional continua trabalhando na elaboração desse documento. A partir das informações da entrevista, comparamos no próximo capítulo o que foi dito com o que nos é apresentado hoje no último Boletim Epidemiológico do MS, feito em 2017. Com isso, acreditamos que de certa forma reconstruímos um pouco o que foi o primeiro Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS.

É importante ressaltar que, ao final da análise dos textos jornalísticos e indo ao confronto com o que foi dito na entrevista, começamos a trilhar um caminho em direção a uma Análise dos Discursos Sociais, pois nos pareceu pertinente olhar de forma inicial a construção de discurso sobre o objeto. Não estamos aqui afirmando que a Análise de Conteúdo não nos foi pertinente para encontrar os resultados; estamos, sim, mostrando que é possível, a partir dos resultados obtidos com os elementos da Análise de Conteúdo, ver o objeto a partir de uma nova perspectiva.

Este trabalho, então, insere-se como um desafio metodológico de olhar conceitual. Isso se dá porque nos propomos à utilização da Análise de Conteúdo, mas ao longo do processo percebemos que também já poderíamos começar uma nova caminhada conceitual em direção à Análise de Discurso. Não queremos, e isso é importante, afirmar que o trabalho está pautado em duas metodologias. Antes, destacar que, do ponto de vista da busca de uma maior compreensão sobre nosso objeto, os primeiros passos na direção da Análise dos Discursos Sociais nos pareceu muito produtivo.

3 – ANÁLISE DO MATERIAL

3.1 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS DO JORNAL

Fizemos a coleta do material documental no acervo da Biblioteca Arthur Viana, em Belém, no mês de julho de 2017. Todo material do jornal O Liberal do ano de 1987 estava em fotolito. Levamos 15 dias para fazer a leitura completa de todos os textos jornalísticos veiculados no mês de abril de 1987. Separamos todos os textos jornalísticos relacionadas com o tema HIV/AIDS, chegando a um corpus com o total de 27 textos. Abaixo a tabela do material a partir do Gênero Jornalístico:

Tabela 3: Tabela de textos do gênero Informativo e do Gênero Opinativo

| GÊNERO INFORMATIVO | | |
|--------------------|-----------------------|--|
| Categorias | Número de Veiculações | Título |
| Entrevista | 0 | 0 |
| Nota | 3 | 1 – Recém-nascido morre de AIDS em Rio Preto; 2 – Padeiro / AIDS; 3 – Incidência de AIDS em Minas; |
| Notícia | 23 | 1 – Reagan declara a AIDS inimigo público “número um” da saúde; 2 – Eutanásia contra AIDS; 3 – Transfusão contamina por AIDS; 4 – Negado o indulto ao detento portador de AIDS, em São Paulo; 5 – Médicos desmentem uma epidemia de AIDS entre heterossexuais; 6 – Paralelos entre a AIDS e a Peste Negra; 7 – Médico da AIDS virou sua própria cobaia; 8- Aumenta o número de vítimas fatais da AIDS na Holanda; 9 – Brasil não tem hábito da camisinha; 10 – Cônsul nega existência de exames contra AIDS; 11 – AIDS provoca suicídio em massa nos E. Unidos; 12 – AIDS não é transmitida pelos contatos casuais; 13 – Susto com número de mulheres com AIDS nos E.Unidos; 14 – Unisef recomenda medidas para evitar AIDS |

| | | |
|--------------|-------------------------------|---|
| | | entre crianças; 15 – Casos novos de AIDS crescem e assustam as autoridades; 16 – AIDS: 2ª fase da campanha começará ainda este mês; 17 – Imigrantes infetados com AIDS terão de sair dos EUA; 18 – Uma epidemia mundial; 19 – Vacinação infantil da ONU para controlar a AIDS; 20- Portador de AIDS volta a morar com a família; 21 – AIDS: a cada duas horas três novos casos surgem no mundo; 22 – Testes favoráveis com uma nova droga para Aidéticos; 23 – Morre vítima de AIDS; |
| Reportagem | 1 | 1 – Até o ano 2000, Brasil terá mais de 1 milhão de aidéticos; |
| TOTAL | 27 TEXTOS INFORMATIVOS | |

| GÊNERO OPINATIVO | | |
|-------------------------|-----------------------|--------|
| Categories | Número de Veiculações | Título |
| Artigo | 0 | ----- |
| Carta do Leitor | 0 | ----- |
| Charge | 0 | ----- |
| Crônica | 0 | ----- |
| Editorial | 0 | ----- |
| TOTAL | 0 | |

Fonte: Elaboração do Autor

Nota-se que a maioria das matérias veiculadas nesse período é de Notícia. Podemos inferir que no período estudado, o HIV/AIDS era um tema que se apresentava ao público como noticioso, pois havia grande repercussão, tanto pelo número de pessoas que eram infectadas, como pelas mortes e pela ausência de explicações mais concretas sobre o que era de fato a síndrome. Além disso, percebemos que as informações sobre a síndrome que não eram internacionais ou de caráter nacional, como a incidência de AIDS em Minas ou em São José do Rio Preto, interior de São Paulo, ou a vida de um padeiro que teve prejuízo no seu

empreendimento ao inventarem uma fofoca sobre sua sorologia para o HIV, ocupou pouco espaço no jornal, uma vez que apareceu apenas três vezes em formato de nota.

Além disso, é possível perceber que não há nenhuma entrevista sobre o tema no mês de abril. Nos perguntamos se isso não poderia ter guardado relação, por exemplo, com o fato de o boletim epidemiológico não ter gerado repercussão no Pará e nem no jornal, ou que não houve nenhum entrevistado para falar sobre o assunto diretamente ou que não tinha, em Belém, ninguém que soubesse sobre os dados epidemiológicos lançados, ou ainda, que não havia interesse por parte do jornal de divulgar os dados, em função de outras variáveis, como a grande incidência de matérias de agências jornalísticas internacionais, por exemplo.

Não há no mês estudado nenhum texto jornalístico do gênero opinativo. Deduzimos com isso que o jornal não quis se manifestar de forma direta (pois indiretamente qualquer escolha de palavras ou de textos jornalísticos sobre o HIV/AIDS já é um posicionamento) sobre o assunto, como ocorreria em um texto de editorial, por ser um tema ainda com muitas incertezas à época.

Com relação à localização dos textos dentro do jornal O Liberal, percebemos que o maior número de veiculações se encontra na Editoria Internacional, com 19 textos, e os demais se concentram na editoria Atualidades/Nacional, como mostra o quadro a seguir:

Tabela 4: Tabela de Cadernos e Editorias

| CADERNOS E EDITORIAS | |
|---|-----------------------|
| Categorias | Número de Veiculações |
| Atualidades /Nacional | 8 |
| Esporte | 0 |
| Magazine | 0 |
| Poder | 0 |
| Polícia | 0 |
| Internacional | 19 |
| Suplemento (Mulher, Revista da TV, Troppo) | 0 |
| TOTAL | 27 |

Fonte: Elaboração do Autor

A concentração de produção textual na editoria Internacional nos leva a concluir que, mesmo no mês em que o Ministério da Saúde produz um documento epidemiológico sobre o

HIV/AIDS, há uma concentração maior de informação sobre a síndrome vinda de outros países do que a produzida nacionalmente. Os dados desse boletim nem aparecem nas oito matérias nacionais sobre a síndrome, apesar de em uma matéria nacional ser citado o quantitativo de pessoas vivendo com o vírus a partir do MS. O que nos faz refletir sobre como as informações sobre o HIV/AIDS no início da epidemia seguiam o conceito proposto pelo sociólogo Boaventura de Sousa Santos (2007), em que a ordem do pensamento moderno ocidental é “um pensamento abissal” (SANTOS, 2007, p.71). Ele argumenta que o mundo está dividido por linhas, colocando em discussão a divisão do “velho mundo”, da era colonial, que separava o colonizador do colonizado. Segundo ele, essa divisão não deixou de existir, mas foi se reinventando com o tempo, gerando divisões políticas e culturais e suas consequentes exclusões (SANTOS, 2007).

O pensamento abissal moderno se destaca pela capacidade de produzir e radicalizar distinções. Por mais radicais que sejam essas distinções e por mais dramáticas que possam ser as consequências de estar em um ou outro dos seus lados, elas pertencem a este lado da linha e se combinam para tornar invisível a linha abissal na qual são fundadas. As distinções intensamente visíveis que estruturam a realidade social deste lado da linha se baseiam na invisibilidade das distinções entre este e o outro lado da linha. (SANTOS, 2007, p. 72).

Para o autor, o pleno reconhecimento do que está desse ou do outro lado da linha se dá, principalmente, no campo do científico e do direito. O científico legitima o que é real enquanto verdade científica, menosprezando tudo o que não é produzido nessa lógica. Ou seja, o conhecimento fora do científico está do outro lado da linha:

Do outro lado não há conhecimento real; existem crenças, opiniões, magia, idolatria, entendimentos intuitivos ou subjetivos, que na melhor das hipóteses podem se tornar objeto ou matéria-prima de investigações científicas. Assim, a linha visível que separa a ciência de seus “outros” modernos está assente na linha abissal invisível que separa, de um lado, ciência, filosofia e teologia e, de outro, conhecimentos tornados incomensuráveis e incompreensíveis por não obedecerem nem aos critérios científicos de verdade nem aos critérios dos conhecimentos reconhecidos como alternativos, da filosofia e da teologia (Idem, p. 73).

Já o direito, determina a legalidade e a ilegalidade do que está de um lado e de outro da linha. A partir dele, pensa-se uma universalização dos hábitos, com regulamentação homogeneizante que anula o outro lado da linha, vendo-se obrigado a se enquadrar no que é importa por esse lado:

No tocante ao direito, a tensão entre apropriação e violência é particularmente complexa em virtude de sua relação direta com a extração de valor: tráfico de escravos e trabalho forçado, uso manipulador do direito e das autoridades tradicionais por meio do governo indireto (indirect rule), pilhagem de recursos naturais, deslocação maciça de populações, guerras e

tratados desiguais, diferentes formas de apartheid, assimilação forçada etc. Enquanto a lógica da regulação/emancipação é impensável sem a distinção matricial entre o direito das pessoas e o direito das coisas, a lógica da apropriação/violência reconhece apenas o direito das coisas, sejam elas humanas ou não (Idem, p. 75).

O pensamento abissal de Boaventura vislumbra as dicotomias entre os países periféricos e desenvolvidos, a partir de uma nova remodelagem da divisão de colônia e colonizador. Neste trabalho partimos da perspectiva que essas linhas podem existir em espaços menores, como no nosso caso, em notícias de um jornal específico. Portanto, é possível inferir que no jornal havia dois lados, um visível e o outro invisível, um “deste lado da linha” e um do “outro lado da linha”. O que é produzido deste lado da linha, ou seja, do lado nacional, não tinha tanta relevância como o que se produzia do outro lado da linha, vindo das agências de notícias internacionais. Assim como, também, podemos pensar que havia uma linha entre a produção local e a produção de conteúdo fora da Região Norte. Apenas um texto estava relacionado com a perspectiva de como estava o HIV/AIDS em Belém, as demais se relacionavam todas com outros estados da região sudeste ou com outros países.

No que se refere às Assinaturas das Matérias, o quadro abaixo mostra que a maioria dos textos vem de agências de notícias, num total de vinte e cinco, e duas são feitas pelo próprio jornal, sem assinatura do jornalista. O que nos remete mais uma vez à perspectiva de que as pessoas na região Norte consumiam informações da imprensa local vindas de outros países a partir de perspectivas totalmente diferentes da sua realidade. É possível, por exemplo, que o discurso do jornal concorresse, à época, também, com o discurso religioso que marca fortemente as relações sociais na Amazônia e, principalmente Belém, que é o local onde acontece a maior manifestação religiosa do Brasil, o Círio de Nazaré, e onde surge a Assembleia de Deus¹⁵ no Brasil, que hoje está presente em quase todos os estados brasileiros.

Tabela 5: Tabela de Assinatura dos textos jornalísticos

| ASSINATURA DOS TEXTOS JORNALÍSTICOS | |
|-------------------------------------|------------------|
| Autor | Número de textos |
| AE (Agência Estado) | 4 |
| UPI (A United Press Internation) | 13 |
| AJB (Agência Jornal do | 1 |

¹⁵ Informações sobre a história da Assembleia de Deus no Brasil podem ser acessadas no site: www.assembleia.org.br

| | |
|-----------------------|----|
| Brasil) | |
| AG (Agência O Globo) | 4 |
| AP (Associated Press) | 3 |
| Redação | 2 |
| TOTAL | 27 |

Fonte: Elaboração do Autor

Além disso, podemos pensar que a realidade de produção jornalística local também não era como nós a conhecemos hoje. Em 1987 não se usava e-mail para troca de informações e não se sabia instantaneamente o que se acontecendo do outro lado do mundo. Por isso, também inferimos que um dos motivos de encontrarmos poucas matérias locais se deve ao fato de poucos profissionais conhecerem de fato as particularidades do HIV/AIDS e não haver literatura oficial sobre o assunto disponível, em bibliotecas, por exemplo, para subsidiar os jornalistas na elaboração de pautas ou na escrita de seus textos.

Outro dado importante refere-se ao fato de nenhum texto jornalístico trazer elementos de apoio, como Box, Infográficos, gráficos ou até mesmo fotografias. Isso se deve possivelmente pelo fato da produção jornalística local da época não se estruturar com todos esses elementos, como o uso de infografia, por exemplo. Além disso, também podemos imaginar que seria difícil ter fotografias de pessoas vivendo com o vírus porque ninguém gostaria de se expor em um jornal de grande circulação, uma vez que estar com o vírus era considerado uma sentença de morte e estigmatizante.

Tabela 6: Tabela de Imagens

| IMAGENS | |
|-------------|-----------------------|
| TIPO | Número de Veiculações |
| BOX | 0 |
| Infográfico | 0 |
| Gráfico | 0 |
| Fotografia | 0 |
| TOTAL | 0 |

Fonte: Elaboração do Autor

Os descritivos temáticos que nós encontramos no material coletado indicam que há mais textos jornalísticos relacionados com duas variáveis: Estado (9 textos) e Epidemia (10 textos), como descrito no quadro abaixo. Em uma escala menor, encontramos textos voltados

para o tratamento e a busca por uma cura (4 matérias de origem Médico-Científico), e o mesmo número para conteúdo dedicado a trazer relatos de pessoas vivendo com o vírus. Nenhum texto jornalístico sobre Arte e Social foi encontrado neste levantamento.

Tabela 7: Tabela de Descritivos Temáticos

| DESCRITIVOS TEMÁTICOS | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| Categorias | Número de Veiculações | Título |
| Estado | 9 | <p>1 - Reagan declara a AIDS inimigo público “número um” da saúde;</p> <p>2 – Eutanásia contra AIDS;</p> <p>3 – Negado o indulto ao detento portador de AIDS, em São Paulo;</p> <p>4 – Brasil não tem hábito da camisinha;</p> <p>5 – Cônsul nega existência de exames contra a AIDS;</p> <p>6 – AIDS provoca suicídio em massa nos E. Unidos;</p> <p>7 – AIDS: 2ª fase da campanha começará ainda este mês;</p> <p>8 – Imigrantes infectados com AIDS terão de sair dos EUA;</p> <p>9 – Vacinação infantil no programa da ONU para controlar AIDS;</p> |
| Epidemia | 10 | <p>1 – Recém-nascido morre de AIDS em Rio Preto;</p> <p>2 – Transfusão contaminada por AIDS;</p> <p>3 – Médicos desmentem uma epidemia de AIDS entre homossexuais;</p> <p>4 – Até o ano de 2000, Brasil terá mais de 1 milhão de aidéticos;</p> <p>5 – Aumenta o número de vítimas fatais da AIDS na Holanda;</p> <p>6 – Susto com número de mulheres com AIDS nos E. Unidos;</p> <p>7 – Casos novos de AIDS crescem e assustam as autoridades;</p> <p>8 – Uma epidemia mundial;</p> <p>9 – Incidência de AIDS em Minas;</p> <p>10 – AIDS: a cada duas horas três novos casos surgem no mundo;</p> |
| Médico-Científico | 4 | <p>1 – Médico da AIDS virou sua própria cobaia;</p> <p>2 – AIDS não é transmitida pelos contatos</p> |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| | | casuais; 3 – Unisef recomenda medidas para evitar AIDS entre crianças; 4 – Testes favoráveis com uma nova droga para Aidéticos; |
| Social | 0 | ----- |
| Arte | 0 | ----- |
| Pessoas Vivendo com HIV | 4 | 1- Padeiro / AIDS 2- Paralelo entre a AIDS e a Peste Negra; 3- Portador de AIDS volta a morar com a família; 4- Morre vítima de AIDS; |
| TOTAL | | 27 |

Fonte: Elaboração do Autor

É interessante pensar que a maior parte das matérias veiculadas no jornal no mês de abril de 1987 estava voltada ou para ações do poder público em resposta ao HIV/AIDS ou para uma visão da síndrome a partir de dados estatísticos. O que nos faz inferir que havia uma preocupação do jornal em trazer informações sobre a síndrome de instituições de saúde ou de quantitativos epidemiológicos. Entretanto, esses números e essas medidas adotadas pelo poder público, na maioria das vezes, são de governos estrangeiros e não privilegiam o que está sendo feito pelo governo do Pará, ou pela prefeitura de Belém, levando os leitores a conhecerem ações de outros lugares, mas possivelmente desconhecer o que há em resposta à síndrome em sua própria cidade. Além disso, as matérias da variável Epidemia não mostram o boletim epidemiológico produzido pelo MS, apesar de apresentarem alguns números epidemiológicos.

Destacamos duas matérias que trazem dados nacionais. A primeira, com o título: “Até o ano de 2000, Brasil terá mais de 1 milhão de aidéticos”, veiculada no dia 7 de abril de 1987, mostra o Brasil como “o segundo campeão mundial de AIDS”, trazendo uma previsão do coordenador do Programa de Pesquisa e Combate à AIDS do Hospital “Gaffre e Guinle”, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dr. Carlos Alberto Moraes de Sá, de que o Brasil “bem antes do ano 2.000 deverá contar com mais de milhão de pessoas infectadas pela doença”. O texto destaca que “Embora as estatísticas oficiais apontem para a existência de pouco mais de 1.100 casos de AIDS em todo país, Carlos Alberto acredita que a doença já atingiu de 10 a 20 mil pessoas”.

Outro texto jornalístico que enfatiza dados epidemiológicos nacionais tem o título “Casos novos de AIDS crescem e assustam as autoridades”, veiculado no dia 21 de abril de 1987, e destaca: “Já são 1.542 os registrados até o último dia de março, a grande maioria adquirida por relações sexuais. Isto significa que o número de aidéticos triplicou só nos primeiros três meses deste ano desde que foi registrado o primeiro caso, em 1982.”. O texto encerra: “Pelas últimas estatísticas, divulgadas pelo Ministério da Saúde, subiu para 1.005 o número de aidéticos homossexuais e bissexuais; 65 hemofílicos; 32 politransfundidos; 35 usuários de drogas; 80 por fator de risco não identificado; e 309 ainda em investigação”.

É possível perceber que na primeira matéria são utilizados dados considerados como “estatísticas oficiais”, entretanto não cita em nenhum momento quais são essas estatísticas, quem as produziu e onde essas informações podem ser acessadas. Além disso, durante a matéria, o entrevistado diz que “as estatísticas oficiais da AIDS no Brasil estão bem aquém da realidade”, ou seja, na única reportagem feita no jornal, na redação, o médico desqualifica a qualidade do levantamento epidemiológico nacional. Já no segundo caso, o texto inicia com o número de casos registrados até o último dia de março (1.542), mas não comunica onde esses casos foram registrados e quem os divulgou. Além disso, o texto encerra com as últimas estatísticas divulgadas pelo Ministério da Saúde, com um número diferente do que foi informado no início da matéria, o que nos leva a acreditar que as informações não são do mesmo local. Entretanto, é impossível saber de onde foi retirada a primeira informação.

Inferimos com isso que as informações presentes no jornal no mês de abril de 1987 sobre os dados epidemiológicos do HIV/AIDS ou apareciam sem sua devida fonte, ou com números descontraídos, o que deve ter contribuído para desinformação sobre a síndrome no período em questão. Alia-se a isso o fato de nenhuma das matérias citar a formulação do boletim epidemiológico do HIV/AIDS elaborado Ministério da Saúde, o que contribuiria para a padronização das informações epidemiológicas nacionais e permitiria que não houvesse desencontros quanto aos números considerados oficiais.

Outro dado importante levantado foi referente às Fontes de Informação. Ao todo, nós encontramos 51 fontes de informação ao longo dos 27 textos jornalísticos coletados, distribuídas no quadro abaixo:

Tabela 8: Tabela de Fontes de Informação

| FONTES DE INFORMAÇÃO | |
|---|-----------------------|
| Categorias | Número de Veiculações |
| Médica (Grupo de Vigilância Epidemiológica do | 1 |

| | |
|---|---|
| Escritório Regional de Saúde – São José do Rio Preto) | |
| Presidente dos EUA Reagan | 1 |
| Dr. Sven Danner (Chefe da Unidade de Tratamento da AIDS no centro Médico de Amsterdam) | 1 |
| Jeanne Tromp Meesters (psicóloga porta voz da Sociedade Holandesa par Eutanásia) | 1 |
| Mariela Della Negra de Paula (Médica do Hospital Emílio Ribas) | 1 |
| Secretaria de Saúde de São Paulo | 1 |
| Padeiro Giordano Villan | 1 |
| Ministro da Saúde de Israel, Shoshana Arbeli Almozlino | 1 |
| Hospital Penitenciário do Estado de São Paulo | 1 |
| Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo | 1 |
| John Potterat, Diretor da Divisão de Doenças Infecciosas do Departamento de Saúde do Estado do Colorado Springs | 1 |
| Centro Federal para o Controle de Doenças de Atlanta | 3 |
| Dr. Robert Redfield e Dr. David Wright, médico do hospital Watter Reed – do Exército em Washington | 1 |
| Roger L. Shinn (professor de ética do seminário teológico da União e ex presidente da Sociedade Teológica Americana) | 1 |
| Dr. Daniel Zagury, pesquisador da University de Pierre e Marie Curie | 1 |
| Dr. Carlos Alberto Moraes de Sá, Coordenador do Programa de Pesquisa e Combate a AIDS do Hospital “Gaffre e Guinle” da UFRJ | 1 |
| Van Jan Wijngaarden, porta-voz do Centro de Coordenação Nacional da Holanda sobre AIDS | 1 |
| Gerard Dankmeijer, Porta-voz do Ministério da Saúde da Holanda | 1 |
| Ciheiel Plugge, Porta voz dos fabricantes do Retrovir da farmacêutica britânica Burroughs -Wellcome Co. | 1 |
| Steven Steiber, Pesquisador do Instituto Gallup | 1 |
| Felipe Pereira, Cônsul da Venezuela | 1 |
| Hospital Raul Leoni, em São Feliz, Venezuela | 1 |
| Peter Goldblum, psicólogo da Universidade da Califórnia – São Francisco | 1 |

| | |
|---|---|
| Dr. Marshall Forstein, psiquiatra da Escola Médica da Universidade de Harvard | 1 |
| Dr. Jerone Motto, da Universidade de Califórnia – São Francisco | 1 |
| Philip Ramu, assistente social especializado em AIDS – Nova Iorque | 1 |
| Departamento de Saúde de Massachusetts | 1 |
| Rodger McFarlane, professor contratado para pesquisa do Governo Americano sobre AIDS | 1 |
| Scott Brinkmier, pesquisador da Central de Crises de Saúde de Miami | 1 |
| Western Journal of Medicine | 1 |
| Dr. Neil M. Flynn, Diretor da Clínica para Tratamento de AIDS do Centro Médico Davis da Universidade da Califórnia | 1 |
| Journal Of The American Medical Association | 1 |
| Unisef | 2 |
| Lair Guerra de Macedo, Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e do Programa de Controle da AIDS no Brasil | 1 |
| Ministério da Saúde | 1 |
| Dr. Carlos Cruz, Diretor do Departamento de Ações Especiais da Secretaria Estadual de Saúde do Pará | 1 |
| James Turnage, Diretor Distrital, de San Diego, do Serviço de Imigração e Naturalização - INS | 1 |
| Everett Koop, Secretário de Saúde dos EUA | 1 |
| Guilherme Soberon, Secretário de Saúde do México | 1 |
| Ministério da Saúde da União Soviética | 1 |
| Organização das Nações Unidas (ONU) | 1 |
| Organização Mundial da Saúde (OMS) | 2 |
| Romeu Ibrahim Carvalho, presidente do Centro de Hematologia do Hospital Felício Rocho, de Belo Horizonte | 1 |
| Gabriel Lúcio Rodrigues, pessoa vivendo com o vírus HIV | 1 |
| Bea Roaman, integrante do projeto Shanti | 1 |
| Prefeitura de São Francisco | 1 |
| Jean Marie Lang, pesquisador do Serviço de Oncologia do | 1 |

| | |
|---|-----------|
| Centre Hospitalaire Universitaire de Hasntepierre | |
| TOTAL | 51 |

Fonte: Elaboração do Autor

De posse desses dados, nós elaboramos cinco categorias que contemplam todas as fontes coletadas, são elas: Instituições/Organizações de Saúde, Fontes médico-científicas vinculada a instituições, fontes individuais e outras. Chegando ao seguinte quantitativo:

Tabela 9: Tabela de Categoria de Fontes de Informação

| CATEGORIA DE FONTES DE INFORMAÇÃO | |
|--|------------------------------|
| Categoria | Número de Veiculações |
| Instituições/Organizações de Saúde | 16 |
| Fontes médico-científicas vinculada a instituições | 30 |
| Fontes individuais | 2 |
| Outras | 3 |
| Total | 51 |

Fonte: Elaboração do Autor

Percebe-se que o maior percentual de fontes de informação utilizado pelo jornal no período estudado foi de Médicos/cientistas vinculados a uma instituição, com 30 aparições, seguido de instituições/Organizações de Saúde, com 16, e fontes individuais, ou seja, pessoas não vinculadas a instituições, normalmente vozes de pessoas vivendo com HIV, apareceram 2 vezes, e Outros, não incluídos em nenhuma das categorias anteriores, 3 vezes.

Percebemos, também, que há, nesses dados das matérias sobre HIV/AIDS, um predomínio de fontes de informação conhecidas como oficiais, ou seja, instituições ou organizações de saúde e seus respectivos funcionários (médicos, enfermeiros, diretores, pesquisadores...), em detrimento de fontes individuais, como pessoas vivendo com HIV. Ou seja, há uma possível ausência de lugar de fala dessas pessoas dentro do jornal.

Partimos do conceito de Silenciamento, de Orlandi (2010) para refletirmos sobre essa ausência. Interessa-nos pensar a partir da perspectiva do silêncio, pois é nele “que as diferentes vozes do sujeito se entretecem em uníssono. Ele é o amálgama das posições heterogêneas” (ORLANDI, 2010, p. 90). No silêncio emergem significações. O homem não está no simbólico, o é por natureza “‘condenado’ a significar. Com ou sem palavras, diante do mundo, há uma injunção à ‘interpretação’: tudo tem de fazer sentido (...) O homem está irremediavelmente constituído pela sua relação com o simbólico” (ORLANDI, 2010, p. 29).

Segundo a autora, o silêncio relaciona-se à posição do sujeito no sentido. O silêncio não é o que sobra da linguagem, mas está situado em posição fundamental ao discurso. Para Orlandi (2010, p. 10): “o silêncio, mediando as relações entre linguagem, mundo e pensamento, resiste à pressão de controle exercida pela urgência da linguagem e significa de outras e muitas maneiras”. Nessa perspectiva, o silêncio não é “um”, não está preso a um padrão ou manual, não se limita em um espaço pré-determinado, não se faz entender numa possibilidade. Ele se exerce a partir das relações entre locutores, da troca, do jogo, das formações discursivas entre eles. Ele é assim a ‘respiração’ da significação; um lugar de recuo necessário para que se possa significar, para que o sentido faça sentido. Reduto do possível, do múltiplo, o silêncio abre espaço para o que não é ‘um’, para o que permite o movimento do sujeito (ORLANDI, 2010, p.13).

Para pensar o silêncio, a autora o classifica em dois funcionamentos: o silêncio fundador e o silenciamento (dividido em silêncio constitutivo e silêncio local). O silêncio fundador está no atravessamento das palavras. Não se encontra na palavra em si, mas em sua expansão. É matéria significativa. A partir dela toda a significação se faz possibilidade, pois é ela que torna possível o movimento dos sentidos. Nessa perspectiva, o silêncio está atrelado a não totalidade do discurso, que por ser incompleto produz multiplicidades, base da polissemia (AGUIAR, 2016). Por isso, o silêncio é intrínseco à palavra, pois “quando dizemos que há silêncios nas palavras, estamos dizendo que elas são atravessadas de silêncio; elas produzem silêncio; o silêncio ‘fala’ por elas; elas silenciam” (ORLANDI, 2010, p.14).

Com relação ao silenciamento, a polissemia não é mais o foco, pois estamos diante do que foi escolhido não dizer, ou seja, do que foi ocultado. Há, então, um enquadramento entre “o que se diz e o que não se diz” (ORLANDI, 2010, p.73). Para tanto, a autora distingue duas constituições do silenciamento: o silêncio constitutivo e o silêncio local. No silêncio constitutivo, a autora trabalha com a ideia de apagamento de determinados sentidos, que são indesejáveis, ou seja, todo dizer cala alguma coisa, diz-se (y) para significar (x), isso significa que todo dizer tem sentidos silenciados. Seria o “silenciamento como forma não de calar, mas de fazer dizer ‘uma’ coisa, para não deixar dizer ‘outras’” (ORLANDI, 2010, p. 53).

No silêncio local, a interrupção da fala está exposta de forma clara. Um exemplo dessa realidade está circunscrito nos movimentos de censura, que se refere aquilo “que é proibido dizer em certa conjuntura” (ORLANDI, 2010, p.24). O dizer, então, passa a ter facetas do que é possível dizer e o que não é, ou seja, do “dizer devido e do dizer proibido” (AGUIAR, 2016).

No caso dos dados levantados no mês de abril de 1987 no jornal *O Liberal*, escolhe-se falar sobre ações do governo, para não falar sobre iniciativas da sociedade civil de busca por direitos ou sobre como o preconceito com pessoas vivendo com o vírus naquela época. É esse silêncio que diz o que não está dito. Essa falta revela que a presença de pessoas vivendo com o vírus no jornal paraense foi ausência nesse período. O que nos mostra o quanto essas linhas abissais contribuem para a desigualdade em comunicação no Brasil, especificamente no jornal estudado nesta. Quando se escolhe dizer sobre ações do governo contra o HIV/AIDS, cala-se outras discussões como preconceito, direitos, sobre sua luta e, também, cala-se sua voz, seu existir, tornando-as inexistentes e condenadas a viver do outro lado da linha, invisíveis.

O silêncio constitutivo, elaborado por Orlandi (2010), aplica-se a essa análise justamente por permitir com que seja possível visualizar quais sentidos foram calados, quando outros foram ditos. O “apagamento” de assuntos voltados para a humanização de pessoas vivendo com o vírus é fruto de um dizer de fontes legitimadas que falam sobre a síndrome, fontes apoiadas desse lado da linha porque detém o conhecimento da verdade científica, mas esquecem o doente, tratando-os como números, porcentagens de uma planilha, como se fossem inexistentes.

Sem força de fala, a pessoa vivendo com HIV fica à margem da linha, onde sua voz é abafada por ações governamentais, testes e campanhas. As instituições de luta pelos direitos de pessoas vivendo com HIV no Pará nem aparecem no mês em questão. Ou seja, “o sujeito não pode ocupar diferentes posições: ele só pode ocupar o ‘lugar’ que lhe é destinado, para produzir os sentidos que não lhe são proibidos” (ORLANDI, 2010, p.81). A pessoa vivendo com HIV torna-se inexistente. Falta-lhe identidade para lhe dar autoridade de fala, “a censura afeta, de imediato, a identidade do sujeito” (idem).

Vale ressaltar que, para além do silenciamento, podemos inferir também que sua ausência no jornal pode ser ocasionada por uma censura própria, baseada no sentimento de vergonha por estar vivendo com o vírus que controla sua aparição pública e, conseqüentemente, sua voz nos meios de comunicação. Seria o que Foucault (1999) chama de Panóptico¹⁶. Ao estudar a sociedade disciplinar, o autor mostra como seus mecanismos de vigilância são capazes de fazer interiorizar a culpa e causar na pessoa remorso por seus atos:

¹⁶O Panóptico era um edifício em forma de anel, no meio do qual havia um pátio com uma torre no centro. O anel dividia-se em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Em cada uma dessas pequenas celas, havia, segundo o objetivo da instituição, uma criança aprendendo a escrever, um operário a trabalhar, um prisioneiro a ser corrigido... Na torre havia um vigilante. Como cada cela dava ao mesmo tempo para o interior e para o exterior, o olhar do vigilante podia atravessar toda a cela; não havia nenhum ponto de sombra e, por conseguinte, tudo o que o indivíduo fazia estava exposto ao olhar de um vigilante que observava através de persianas, de modo a poder ver tudo sem que ninguém ao contrário pudesse vê-lo.

...induzir no detido um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento autoritário do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente nos seus efeitos (...) que a perfeição do poder tenta tornar inútil a actualidade do seu exercício (...) O Panóptico (...) tem seu princípio não tanto numa pessoa como numa certa distribuição concertada dos corpos, das superfícies, das luzes, dos olhares; numa aparelhagem cujos mecanismos internos, produzem a relação na qual se encontram presos os indivíduos (...) Pouco importa, conseqüentemente, quem exerce o poder. Um indivíduo qualquer, quase tomado ao acaso, pode fazer funcionar a máquina: na falta do director, sua família, os que o cercam, seus amigos, suas visitas, até seus criados (...) Quanto mais numerosos esses observadores anónimos e passageiros, tanto mais aumentam para o prisioneiro o risco de ser surpreendido e a consciência inquieta de ser observado (FOUCAULT, 1999, p. 191-192).

Nesta análise, podemos considerar que a ausência das pessoas vivendo com HIV no jornal também pode ser reflexo de uma autocensura de não querer aparecer, ou seja, não expor sua condição à sociedade, para não sofrer com o preconceito. É possível que haja um controle da vontade e do corpo sobre esse indivíduo que se isola e se cala ao perceber o jornal como um panóptico, e seus leitores como seu inspetor que a todo o momento sinaliza que a culpa de viverem com o HIV é deles próprios.

Por último, fazemos um levantamento dos termos utilizados para designar pessoas vivendo com HIV. O quadro abaixo mostra o quantitativo encontrado:

Tabela 10: Tabela de termos utilizados para designar pessoas vivendo com HIV

| TERMOS UTILIZADOS PARA PESSOAS VIVENDO COM O HIV | |
|--|-----------------------|
| TERMOS | Número de Veiculações |
| Portador (a) | 14 |
| Aidético (os, a, as) | 13 |
| Contaminado (os, a, as) | 13 |
| Doente (s) | 20 |
| Viciado (s) | 3 |
| Grupo de Risco | 2 |
| Pacientes | 30 |
| Infectado (os, a, as) | 16 |
| Vítima (as) | 14 |
| Mulheres com AIDS | 5 |
| Crianças com AIDS | 4 |
| Pessoa com AIDS | 1 |

| | |
|----------------|---|
| Homem com AIDS | 1 |
|----------------|---|

Fonte: Elaboração do Autor

Percebemos que os termos Doente (s) e Paciente (s) aparecem com mais frequência nas matérias, 20 e 30 vezes, respectivamente, possivelmente porque no ano em questão o descobrimento de sorologia positiva se dava no desenvolvimento da síndrome clínica, ou seja, quando o indivíduo já apresentava doenças oportunistas em função de sua baixa imunidade e não com detecção inicial de infecção com o HIV. Termos estigmatizantes também foram utilizados para caracterizar pessoas vivendo com HIV, como: Portador(a) (14 vezes), Aidético(s, a, as) (13), contaminado(s, a, as) (13) e viciado(s, a, as) (3), infectado(s, a, as) (16).

Podemos inferir que a utilização dos termos estigmatizantes nas matérias encontradas sobre HIV/AIDS foi mais pelo quantitativo de textos publicados de agências de notícias do que propriamente utilizados por jornalistas do próprio jornal. Entretanto, nas duas matérias produzidas na redação, uma, com o título: “Até o ano 2000, Brasil terá mais de 1 milhão de aidéticos”, apresenta cinco termos para caracterizar pessoas vivendo com HIV. São eles: Infectadas, Doentes, Pacientes de AIDS, Portadoras e Aidéticos; a outra, com o título: “AIDS: 2ª fase da campanha começará ainda este mês”, utiliza-se de dois termos: Paciente e Doente. É possível que a utilização desses termos nas matérias próprias do jornal seja mais por motivos de reprodução do que foi produzido em notícias internacionais ou, talvez, por desconhecimento de seus significados ou sentidos que poderiam ser criados a partir deles; o que pode ser observado na primeira matéria descrita, uma vez que o responsável pelo texto utilizou cinco termos.

3.2 ANÁLISE DA ENTREVISTA

Para problematizar sobre a elaboração do primeiro Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, entrevistamos o Diretor Substituto do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, Gerson Pereira. Ele foi escolhido em função de ter participado na equipe de elaboração do primeiro boletim epidemiológico de HIV/AIDS, em 1987, e desde então ter continuado no departamento atuando na elaboração desse documento.

A entrevista foi realizada por e-mail no dia 11 de dezembro de 2017. Para ele “os boletins de AIDS são feitos e divulgados desde a criação do programa de AIDS em 1987.

Têm como objetivo tornar conhecidos os dados de AIDS, segundo todos os estados e regiões” (PEREIRA, 2017). Entretanto, apesar de afirmar na entrevista que eles são feitos desde 1987, não há como acessar o primeiro documento elaborado pelo órgão hoje.

Todos os documentos epidemiológicos deveriam estar disponíveis no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (www.aids.gov.br). Porém, hoje o portal só possui os boletins lançados a partir de 2001. Ou seja, há uma lacuna de 14 anos de informação em saúde sobre AIDS. Isso vai de encontro ao fato que todas as pessoas têm direito à informação, não apenas a garantia de acesso a ela, mas, também, ao provimento de meios e condições para que haja de fato o acesso. Para, Cepik (2000) o direito à informação é como um:

Leque relativamente amplo de princípios legais que visam a assegurar que qualquer pessoa ou organização tenha acesso a dados sobre si mesma que tenham sido coletados e estejam armazenados em arquivos e bancos de dados governamentais e privados, bem como o acesso a quaisquer informação, sobre o próprio governo, a administração pública e o país, ressalvados o direito à privacidade, o sigilo comercial e os segredos governamentais previstos em lei (CEPIK, 2000, p.4).

Portanto, todos estamos dessegurados quanto a informação sobre os boletins epidemiológicos sobre o HIV/AIDS do MS feitos até o ano de 2000. Essa ausência é uma falha de Informação e Comunicação em Saúde presente no processo de divulgação dos boletins. Nesses termos, podemos inferir que não há registro do primeiro boletim epidemiológico, feito em 1987, porque o Ministério não divulgou esse documento ou, se o divulgou, ele não foi utilizado como fonte de informação pelos meios de comunicação, em especial pelo jornal O Liberal, periódico sobre o qual nosso foco está apontado. É importante salientar que o boletim de hoje não teria as mesmas bases do que foi produzido em 1987, pois, como já foi exposto, ele tem como fonte dados do SIM, SINAN, SISCEL e SICLOM. Como o SINAN, SISCEL e SICLOM só foram criados em 1997, é possível inferir que a base para a formulação dos dados viria do SIM, criado em 1975.

Como o primeiro Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS não foi veiculado no jornal O Liberal, em nenhuma matéria sobre HIV/AIDS, no mês em que ele foi produzido, pode-se inferir que sua ausência seja resultado da não utilização dos dados regionais no boletins, ou seja, ele pode apenas ter sido produzido limitando-se aos dados da Região Sudeste, por serem mais expressivos, à época, ou, ainda, que as informações do documento não tenham chegado às mãos dos jornalistas paraenses, pois não havia a facilidade de troca de informações via internet como hoje conhecemos.

Segundo o subdiretor, as informações utilizadas nos primeiros boletins não mudaram ao longo dos anos, são “sempre as mesmas informações: casos de aids, segundo sexo, faixa etária, escolaridade, categoria de exposição etc. No ano de 2014, passou o boletim a divulgar casos de HIV” (PEREIRA, 2017). Entretanto, na ocasião do primeiro boletim epidemiológico, possivelmente tomando por base o SIM, não dispunha de todos os dados que hoje fazem parte dos indicadores para a elaboração dos boletins, o que tornaria o primeiro boletim mais simples, possivelmente com informações apenas de sexo, causa da morte e local da ocorrência. Além disso, o diretor substituto considera que “a imprensa precisa minimamente se apropriar da informação quando da divulgação dos dados”, pois as informações “são utilizadas ou às vezes mal utilizadas para divulgar os dados sobre a epidemia no país, mas nem sempre com um bom entendimento do que está colocado no boletim” (Idem).

É possível inferir com sua fala que o diretor-substituto considera que na maioria das vezes a imprensa divulga as informações sobre os boletins epidemiológicos de forma equivocada, sem se apropriar ou sem entender os dados. A partir do primeiro boletim epidemiológico produzido pelo MS é possível pensar que não havia informações disponíveis para a imprensa, mas sim dados disponibilizados, pois era possível acessar as informações do SIM e identificar quantas morte por causa de AIDS (CID10: B20 a B24) houve em Belém até o momento, por exemplo. Entre dados e informações a natureza midiática opta mais pela informação, uma vez que há uma lógica temporal que pressiona o jornalista a apresentar seus textos cada vez mais rápidos.

Além disso, a fala do entrevistado nos leva a problematizar a questão da disponibilidade dessa informação para imprensa e, não apenas para a imprensa dita nacional, mas para a imprensa regional, especificamente. Como é possível avaliarmos a qualidade da utilização dos dados dos boletins no ano de 1987 se eles não se encontram disponíveis nem por quem o produziu? Ou seja, não é possível que a imprensa se aproprie desse conteúdo e, também a população que também tem direito a essa informação.

Podemos inferir que esse boletim não está nas páginas do jornal O Liberal no período estudado por causa de uma dificuldade em enviar as informações para uma cidade na região Norte, uma vez que a realidade de internet ainda não se fazia presente como o é hoje, e que, também, o Ministério poderia considerar informações epidemiológicas para Belém não tão emergente em função da pouca incidência da síndrome. Além disso, é possível que com essa ausência haja uma valorização de outras fontes que acabam ganhando mais visibilidade no jornal do que um documento oficial lançado com o propósito de auxiliar no combate a síndrome. Podemos pensar como uma das estratégias para a ausência de informação sobre

AIDS produzidas localmente seja a busca por polos informativos internacionais, como agências de notícia.

Com a ausência de informações do Ministério, qualquer dado que apareça em forma de informação pronta para ser divulgada acaba por ganhar visibilidade e ter espaço no jornal, de se fazer “ver” e se fazer “crer”. Como exemplo dessa realidade temos os únicos dois textos locais produzidos pelo jornal no período já informado. O primeiro texto, com o título: “Até o ano 2000, Brasil terá mais de 1 milhão de aidéticos”, informa que o coordenador do Programa de Pesquisa e Combate à AIDS do Hospital “Gaffre e Guinle”, da Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, o médico Alberto Moraes de Sá, foi a Belém para comemorar o aniversário de um amigo e acabou dando entrevista para o periódico. Como não estava com as informações do boletim epidemiológico, o profissional estimou que até o ano 2000 o Brasil teria mais de um milhão de pessoas vivendo com o vírus, o que não se concretizou, porque desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2017, o país teve 882.810 casos de AIDS (condição em que a síndrome já se manifestou).

O texto mostra o médico trabalhando com as suas próprias estatísticas, baseadas em projeções individuais do entrevistado. Ele diz: “Embora as estatísticas oficiais apontem para a existência de pouco mais de 1.100 casos de AIDS em todo país, Carlos Alberto acredita que a doença já atingiu de 10 a 20 mil pessoas, concentradas principalmente nas grandes capitais, entre as quais, Belém”. O texto traz “estatísticas oficiais”, mas em nenhum momento cita quais são elas, quem as produziu e como acessá-las. Além disso coloca um profissional da saúde que não acredita nos “números oficiais”, ou seja, que descredibiliza os dados epidemiológicos, supondo que os números estimados por ele, 15 vezes mais do que os divulgados, sejam mais precisos. Sua estimativa também se apresenta para a cidade de Belém, que segundo dados do SIM, apresentava seis casos de AIDS até aquele mês. Porém, sabe-se que esses números poderiam ser maiores em função dos casos de subnotificações, o que era uma realidade forte na Amazônia (e ainda o é em alguns municípios da Região).

O segundo texto traz como entrevistado o diretor do Departamento de Ações Especiais da Secretaria Estadual de Saúde, doutor Cruz. Ele mostra o Ministério da Saúde como responsável pelo atraso da “campanha de combate e prevenção a AIDS – Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida” que “deveria ter se iniciado em fevereiro, consistindo em informar e esclarecer a população a respeito da doença. ‘Nós estamos apenas aguardando a chegada do material de Brasília para iniciar o trabalho’”, afirmou o médico.

Segundo a entrevista, o médico diz que “‘As pessoas ficam assustadas e com medo de serem contagiadas. Isto só acontece devido à falta de informação’, frisou”. Ou seja, a própria

matéria tende a mostrar que há algo errado com o serviço prestado pelo Ministério da Saúde, uma vez que não há informações sobre a síndrome como todos estão esperando. E completa sobre o atraso: “Isto só não foi feito porque havia a perspectiva da vinda de material de divulgação de Brasília. Atribuindo o atraso do início da campanha à ‘divergência dentro do Ministério da Saúde quanto à forma de trabalhar’, o doutor Carlos Cruz assegurou que o material deverá chegar até o final do mês”. Os dois textos apontam o Ministério da Saúde como um órgão responsável pelo atraso de uma ação importante para a prevenção da síndrome, sendo detentor de informações epidemiológicas que não condizem com a realidade, uma entidade que se faz ausente enquanto produtora de informações em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa se propôs a investigar, discutir e problematizar a influência do primeiro Boletim Epidemiológico (B.E) sobre HIV/AIDS, elaborado pelo Ministério da Saúde, na construção de sentidos sobre o vírus e sobre a síndrome nos textos veiculados no jornal O Liberal, no mês de abril de 1987, momento histórico onde as informações sobre o problema de saúde começavam a ganhar visibilidade. Tendo em vista os objetivos que nos propusemos e considerando nosso percurso analítico, podemos chegar a algumas considerações finais, apresentadas a seguir.

Nossa proposta inicialmente era identificar o primeiro Boletim Epidemiológico produzido pelo Ministério da Saúde e entender a influência dele na cobertura de HIV/AIDS no jornal O Liberal no mês de seu lançamento. Entretanto, não foi possível encontrá-lo, pois ele não está disponibilizado em nenhum site oficial do MS e nem em arquivo impresso. Então, a partir dessa constatação, não poderíamos fazer o que antes nos propusemos. Para tentar identificar possíveis informações sobre o documento, nós entrevistamos Gerson Pereira, diretor-substituto da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde. Toda a análise da entrevista em conjunto com as informações obtidas junto às matérias coletadas no jornal são inferências no movimento de entender como a cobertura sobre o HIV/AIDS se deu a partir da ausência desse documento e como ela poderia ser, caso ele se fizesse presente.

Dito isto, percebemos que possivelmente a falta do B.E no jornal O Liberal, no mês de seu lançamento, seja reflexo de um negligenciamento vivenciado pela Amazônia e, mais precisamente de Belém, com relação ao que é produzido pela Região Sudeste. Esse entendimento parte do pressuposto que há, tomando como referência as palavras de Boaventura de Sousa Santos, *uma linha abissal* entre essas regiões. O que está do lado de lá desconsidera o que está do lado de cá, ou seja, trata-a como uma área de inexistência, em consonância com Boaventura. A Amazônia, então, pode ter sido desconsiderada no levantamento das informações desse documento e, portanto, por isso, não apareceu no jornal, ou seja, Belém pode não ser foco do boletim por uma série de questões, como poucos números de casos, grande número de subnotificações e outras. Essa reflexão se alicerça no fato dessa Região ser estigmatizada pela imprensa da Região Sudeste como uma grande floresta, homogênea e sem singularidades, com atrasos políticos, culturais e sociais, como já

problematizamos. Ou seja, essa abissalidade não está apenas no Campo Midiático, mas, também, no Científico e, portanto, mais precisamente no Campo da Comunicação e Saúde.

Com relação a cobertura sobre HIV/AIDS feita pelo jornal no período estudado, concluímos, à luz do nosso olhar no Campo da Comunicação e Saúde, ao analisar os 27 textos jornalísticos selecionados, que o primeiro boletim epidemiológico sobre HIV/AIDS não chegou a ser divulgado pelo jornal O Liberal no mês em que ele foi lançado e nem ao menos sua criação foi citada em nenhum texto ou nota. O que nos leva a afirmar que, de certa forma, ele não alcançou a totalidade de seus objetivos, uma vez que não chegou pelo mesmo mês de abril de 1987, ao conhecimento da população por meio da divulgação no principal jornal de Belém, indo de encontro do que foi dito na entrevista com Gerson Pereira: “Tem como objetivo divulgar os dados da AIDS segundo todos os estados e regiões” (PEREIRA, 2017).

Isso implica sugerir que a população paraense foi negligenciada, pois não teve acesso a informações importantes naquele momento sobre a situação epidemiológica do HIV/AIDS do estado e do município. Tais informações poderiam contribuir tanto para o SUS daquela região, como para comportamentos de prevenção e reflexões sobre a síndrome naquele momento.

Não entendemos aqui que o jornal seria a única forma de propagação desses dados em Belém, pois a população também poderia ter acesso a eles por outros meios de comunicação, por contato pessoal com amigos ou pessoa próximas e, também, em postos de saúde, hospitais e outras fontes. Porém, problematizamos que um documento como esse teria um grande apelo midiático (e, conseqüentemente, grande impacto nas formulações que representava a síndrome) por trazer informações novas e oficiais sobre um tema que muito se especulava e poucos tinham acesso a materiais informativos. O próprio campo científico ainda estava construindo seu discurso, que ainda se encontrava com muitas lacunas, assim como o campo jornalístico também o tentava fazer por meio de outras fontes.

É importante lembrar que, além do boletim epidemiológico não estar presente nas páginas do jornal no período estudado, ele também não está disponível hoje para consulta, pois o Ministério não tem arquivo desse documento e, no site da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, só é possível encontrar os boletins criados a partir do ano 2000.

Destacamos, também, que o entrevistado da pesquisa, Gerson Pereira, reconhece que os Boletins Epidemiológicos de HIV/AIDS “são de extrema importância para a imprensa e para os técnicos dos estados e municípios”. Mostrando, com sua afirmação, que não só a área

da saúde necessita dessa informação para a formulação de estratégias de combate e prevenção, mas, também, a imprensa precisa se apropriar desse material e divulgá-lo para que a população também possa entender sobre a síndrome (prevenção, sintomas e tratamento). Fato que não aconteceu no jornal estudado. Além disso, ele completa sua fala afirmando que acredita que os dados podem ser difíceis para interpretação de leigos: “Para a população em geral, talvez o dado tenha que ser traduzido para uma linguagem mais popular”.

Em consonância com nosso referencial e a partir do que Gerson Pereira diz, nos sentimos autorizados a dizer que os boletins epidemiológicos representam um duplo movimento de comunicação. Um que vai ao encontro do Campo Científico, de natureza esotérica, em que é possível a utilização mais técnica de sua linguagem, servindo de base para a elaboração de estratégias de promoção, proteção e prevenção da saúde, além de formulação de políticas públicas. E outro que deve ser apropriado pelos meios de comunicação, de natureza exotérica, para que haja uma construção textual mais abrangente, uma vez que esses dados devem ser lidos e entendidos por todos os consumidores.

O que nos leva à conclusão de que o boletim epidemiológico de HIV/AIDS, apesar de ser uma elaboração do Campo da Saúde, só alcança seus objetivos e só vai ao encontro do direito a informação da população quando é incorporado ao Campo da Comunicação. Então, passa a não ter uma autoria única, uma vez que os meios de comunicação também passam a imbuir nele sentidos próprios de sua lógica de funcionamento. Portanto, ele não é um produto de um campo utilizado por outro, ele é um documento em atravessamento constante entre campos, ele é próprio do campo Comunicação e Saúde e, portanto, de natureza, interdisciplinar.

A passagem do boletim epidemiológico de HIV/AIDS pelo Campo da Comunicação é processo constituinte do documento. Nessa perspectiva, o pensamos como um produto científico e jornalístico de natureza dupla, ele é tanto exotérico na medida que o é esotérico. Sua funcionalidade está condicionada ao duplo movimento entre ciência e jornalismo.

Quando analisamos os textos jornalísticos coletados, de abril de 1987, percebemos a lacuna que a ausência desse documento deixa na cobertura sobre HIV/AIDS. Sem o parâmetro epidemiológico, próprio do boletim, as informações epidemiológicas acabam por vagarem sem autoria, como na matéria com o título “Bem antes do ano 2.000 deverá contar com mais de milhão de pessoas infectadas pela doença”, onde o jornal utiliza “estatísticas oficiais”, mas não identifica a origem desses dados e nem como obtê-los; ou sem uma unicidade, como no texto com o título: “Casos novos de AIDS crescem e assustam as autoridades”, em que se inicia com a informação de que “Já são 1.542 os registrados até o

último dia de março, a grande maioria adquirida por relações sexuais” e se encerra com “Pelas últimas estatísticas, divulgadas pelo Ministério da Saúde, subiu para 1.005 o número de aidéticos homossexuais e bissexuais; 65 hemofílicos; 32 politransfundidos; 35 usuários de drogas; 80 por fator de risco não identificado; e 309 ainda em investigação”, ou seja, um número diferente do que foi mencionado no início da matéria, pois totalizaria 1.526. Vale destacar que a origem dos dados citados no início não é informada.

Não estamos defendendo que o boletim deveria aparecer no jornal, estamos refletindo sobre as possíveis questões que fizeram com que ele não aparecesse, ou seja, pensar o porquê que em Belém os dados epidemiológicos do MS acabam por serem, de certa forma, negligenciados ou silenciados. Ou, em alguns casos, o porquê de o Ministério ter aparecido nas únicas duas matérias como o responsável pelo atraso da campanha de combate ao HIV/AIDS local ou como propagador de informações imprecisas, uma vez que um médico do Rio de Janeiro afirmou que suas estimativas sobre pessoas que viviam com o HIV estavam muito acima “das estatísticas oficiais”.

Outra inferência possível seria a de que o jornal não teve acesso ao conteúdo do boletim e por carecer de informações sobre o HIV/AIDS e de fontes consideradas oficiais no país, abriu espaço para outros discursos concorrentes que circulavam sobre o assunto no mesmo período. Para afirmar isso, tomamos como base o quantitativo de textos jornalísticos coletados de origem internacional. Foram 16 de agências de notícias de fora do país, ou seja, mais da metade do material, que em sua totalidade trazia informações de como alguns países respondiam ao combate do HIV/AIDS. Mais 9 de agências nacionais, concentrando o foco em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas, e apenas 2 produzidos pelo jornal.

Além disso, percebemos que não há textos opinativos sobre o tema no período estudado, com prevalência do gênero informativo, com 22 Notícias, 3 notas e 1 reportagem. Inferimos que as pessoas vivendo com o HIV não tiveram quase nenhum espaço no jornal nesse período, aparecendo quatro vezes em pequenas notas que exploravam sua morte (Título: morre vítima de AIDS) ou a discriminação sofrida (Título: Padeiro / AIDS; Título: Paralelo de AIDS e a Peste Negra; Título: portador de AIDS volta a morar com a família).

Entendemos, também, que houve silenciamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, pois apesar de terem quatro textos sobre pessoas vivendo com HIV ou com a síndrome clínica, apenas duas foram ouvidas e uma delas nem apresentava positividade em sua sorologia, apenas foi ouvida por ter prejuízo em sua padaria por espalharem um boato de que tinha AIDS. Esse silenciamento está tanto no número de textos, quanto no número de vezes em que sua voz foi ouvida. Além disso, podemos inferir também que o jornal neste período

pode ter funcionado como um Panóptico, uma prisão de produção de sentidos sobre as pessoas que vivem com o HIV. Ou seja, é possível que neste mês e ano as pessoas evitassem dizer que viviam com o vírus e, portanto, também se silenciavam, buscando ocultar sua sorologia para o HIV afim de evitar represálias, como o preconceito.

Preconceito esse também expresso nas páginas do jornal por meio da utilização de termos para pessoas vivendo com HIV ou com a síndrome clínica, como “portador”, “aidético”, “contaminado”, “viciado” e “infectado”. Inferimos, a partir disso, que se o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS chegasse ao jornal é possível que ele servisse de base para a elaboração de novas matérias com a utilização de termos corretos que não estivesse carregado de sentidos preconceituosos.

Entendemos que o Boletim Epidemiológico já foi pensado como um produto do campo Científico que é utilizado por outros campos, como o da Comunicação e da Informação. Nesta dissertação, identificamos que ele é um produto em atravessamento de campos, e por isso de natureza múltipla. Ele é um exemplo da interdisciplinaridade da Informação, Comunicação e Saúde. Está na porosidade desses três campos, que ora convergem em sintonia, ora disputam por lugar de fala. Entendo, assim, que sua aparição ou não nos meios de comunicação não é apenas fruto de uma relação amistosa, mas de entrechoques e disputas por poder simbólico nos três campos.

Finalmente, destacamos o desafio metodológico que foi buscar os núcleos de sentidos das matérias sobre HIV/AIDS do jornal O Liberal, no mês de abril de 1987, e ao mesmo tempo começar um caminho de leitura sobre a construção de sentidos em torno do mesmo objeto. Ou seja, pensar o objeto a partir da Análise de Conteúdo, mas começar a caminhar em direção a Análise dos Discursos Sociais. Assim, o que fizemos foi utilizar elementos da Análise de Conteúdo para chegar aos nossos objetivos, mas já começando a problematizá-lo a partir de outra visão, identificando que é possível vislumbrá-lo futuramente a partir de outra perspectiva. Não se trata de diminuir a importância da nossa metodologia primeira, mas, sim, de fazer um movimento de ponderação sobre por quais caminhos essa mesma metodologia pode nos levar e de que podemos começar a ampliar a reflexão sobre nosso objeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, R. Invisibilidade. In: _____. **Fazer o bem sem olhar a quem? Visibilidades e invisibilidades discursivas sobre a doação de medicamentos para doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 600 f. Tese (Comunicação e Informação em Saúde) – Programa de Pós-graduação em Comunicação e Informação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2016.
- AMARAL FILHO, O. Verde que te quero verde: a estética da marca Amazônia. In: MALCHER, M. A.; SEIXAS, N. S. dos A; LIMA, R. A.; AMARAL FILHO, O. (Orgs.) **Comunicação midiaticizada na e da Amazônia**. Belém: Fadesp, 2011, p. 83 – 100.
- ANDRADE, S. M. O. de. Opinião sobre AIDS e Possíveis Mudanças de Comportamento de Heterossexuais Masculino. **Caderno de Saúde Pública**, vol.7, Nº 1. Rio de Janeiro Jan/Mar. 1991.
- ARAUJO, I.S. de; CARDOSO, J. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- ARAUJO, I. S. de. O Campo da Comunicação e saúde: contornos, interfaces e tensões. In: XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2013, Manaus. **XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação - INTERCOM**. Comunicação em tempo de redes sociais: afetos, emoções, subjetividades. São Paulo: Intercom, 2013. v. 1.
- BAKHTIN, M. **Problemas da poética de Dostoiévski**. Trad. Paulo Bezerra. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
- BARATA, R. B. Epidemiologia Social. **Revista brasileira de epidemiologia**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, A.; DUARTE, J. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. 2Ed. 6ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2012.
- BARROS, D. L. P. de. Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso. In: BARROS, D. L. P. de; FIORIN, J. L. (Org.). **Dialogismo, polifonia e intertextualidade: em torno de Mikhail Bakhtin**. São Paulo: Edusp, 1997.
- BAUER, M; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
- BELTRÃO, J. F. Desenvolvimento sustentável e o papel dos mídia na Amazônia Brasileira. **Revista Brasileira de Comunicação**. São Paulo: INTERCOM/CNPq/FINEP, n. 02, v. XIX, p. 79-92, jul./dez.1996
- BIBLIOTECA PÚBLICA DO PARÁ. **Jornais paraoaras: catálogo**. Belém: Secretaria de Estado de Cultura, Desportos e Turismo, 1985.
- BOURDIEU, P. O Campo Científico. In: ORTIZ, R. (org.). **Coleção Grandes Cientistas Sociais**, n 39, Editora Ática, São Paulo, 1983.
- _____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- _____. **Os usos sociais das ciências: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004.
- _____. **Questões de Sociologia**. trans. Miguel Serras Pereira, Lisboa: Fim de Século, 2007.
- _____. **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997

_____. “L’emprise du journalisme”, In **Actes de la Recherche em Sciences Sociales**, n. 101-102, Paris, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988a. 292 p.

_____. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, PN de DST e AIDS, Ano V, n. 1, jul/dez 2016- jan/jun 2017. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaid-2017>> Acessado em 23 de março e 2018.

_____. Decreto n. 8.080, de 19 de set. de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Brasília, DF, set 1990a.

_____. Decreto n. 8.142, de 28 de dez. de 1990 **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**, Brasília, DF, dez 1990b.

_____. Decreto nº 78.231 de ago. de 1976. **Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências**. Brasília, 1975.

_____. Lei 9313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Diário Oficial da União 1996.

_____. LEI FEDERAL Nº 6.015 de dez. de 1973. **Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências**. Brasília, 1973.

_____. LEI FEDERAL nº 6.216 de jun. de 1975. Altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, **que dispõe sobre os registros públicos**. Brasília, 1975.

_____. LEI FEDERAL Nº 6.259 de out. de 1975. **Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências**. Brasília, 1975.

_____. Ministério da Saúde – PN-DST/AIDS (Brasil). **Manual de Referência Rápida de Dispensação de Medicamentos ARV pelo SICLOM**. Brasília: Editoração eletrônica, 2006

_____. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 2, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 9.313, de 13 de nov. de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 4 de 28 de set. de 2017. **Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.271 de 6 de jun. de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.984 de 12 de set. de 2014. **Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.472 de 31 de ago. de 2010. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.** Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 204 de 17 de fev. de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 205 de 17 de fev. de 2016. **Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.** Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 33 de 14 de jul. de 2005. **Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional.** Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 542 de 22 de dez. de 1986. **Dispõe sobre o sistema nacional de vigilância epidemiológica e dá outras providências.** Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 993 de 4 de set. de 2000. **Altera a Lista de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências.** Brasília, 2000.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.882 de 18 de dez. de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Relato de Experiência: Sistema de Controle logístico de Medicamentos Antirretrovirais – SICLOM.** Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde –** Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005. (Série A).

_____. Ministério da Saúde: **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1988b.

_____. Portaria 236, de 2 de maio de 1985. **Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS.** Brasília, DF, 1985.

BRITO, L. S. F. Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan. In: SEMINÁRIO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Anais.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p. 145-146.

BUENO, M. F. **O imaginário brasileiro sobre a Amazônia.** 197f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CABRAL, E. D. T. **Rede Amazônica de Rádio e televisão e seu processo de regionalização (1968-1998).** Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2000.

CAMINHA, J. A. N., CASARIN, A, BUENO, I. Indicadores de Saúde. **Revista ATM74,** Faculdade de Medicina UFRGS, 1974.

CAPARELLI, S. L. V. **Comunicação e Televisão: desafios da pós-globalização.** São Paulo: Hacker, 2004.

CARVALHO, A. O. **Sistemas de Informação para Municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis Ltda; 1998.

CARVALHO, M. Campo jornalístico, campo da saúde e racionalidades políticas a partir do estudo de caso de um intelectual-jornalista. In: KUSHNIR, B. (org.). **Maços na gaveta: reflexões sobre mídia**. Niterói: Biblioteca EdUFF, 2009.

CARVALHO, V. B. de. **A ciência na imprensa paraense em 130 anos: um estudo de três grandes jornais diários**. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), 2013.

CASTRO, F. F. de. Capital comunicacional, cidadania e território na Amazônia. In: MALCHER, M. A.; SEIXAS, N. S. dos A; LIMA, R. A; AMARAL FILHO, O. **Comunicação midiaticizada na e da Amazônia**. Belém: Fadesp, 2011, p. 65 – 82.

CEPIK, M. A. **Direito à informação: situação legal e desafios**. Rev Inf Pub. [Internet]. Jan/Mar 2000 ;1(1): [14 p.]. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/bibliotecatematica-1/textos/direitos-dacidadania/texto-13-2013-direito-ainformacao.pdf> 3

CHAMPGNE, D.; MARCHETTI, D. The contaminated blood scandal: refraining medical news. In: BESON, R.; NEVEU, E. (Orgs.). **Bourdieu and the journalistic field**. Malden: Polity Press, 2005.

CHAPARRO, M. C. Novos cenários da notícia. **Revista de Jornalismo ESPM**, n.9, abr-jun. 2014, p. 122-6.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5. **Anais**, Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução número 1.359 de 1992**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1359_1992.htm _____; **Resolução número 1.665 de 2003**. Disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm

COSTA, M. **O Brasil e seu futuro: um estudo das fragilidades nacionais**. São Paulo: AlfaOmega, 1997.

D'ARAÚJO, M. C. **Amazônia e desenvolvimento à luz das políticas governamentais: a experiência dos 50 anos**. Revista Brasileira de Ciências Sociais 7 (19), 1992.

DONOS DA MÍDIA. Disponível em: <www.donosdamidia.com.br>. Acessado em: 15 de outubro de 2017.

DUTRA, M. S. **A Natureza da Mídia: Os Discursos da Tv Sobre a Amazônia, a Biodiversidade, os Povos da Floresta**. São Paulo, Annablume, 2009.

FAUSTO NETO, A. **A contaminação da AIDS pelos discursos sociais**. Revista Novos Olhares, número 4, 2º semestre de 1999.

FERREIRA, C. V. de L. **Aids e a exclusão social: um estudo clínico com pacientes com HIV**. São Paulo: Lemos, 2003.

FERREIRA, P. R. Mais de 180 anos de imprensa na Amazônia. In: **III Encontro Nacional de História da Mídia**, 2005, Novo Hamburgo (RS). Anais.Novo Hamburgo (RS), 2005.

FESTA, R. D. Comunicação na selva amazônica. **Revista Brasileira de Comunicação**. São Paulo: INTERCOM/CNPq/FINEP, n. 54, v. IX, jan./jun.1986.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social, in _____, **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- _____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, 1999.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA; FUNDAÇÃO DE EMPREENDIMENTOS CIENTÍFICOS e TECNOLÓGICOS. **Sistema de informações**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. (Série Gestão Operacional de Sistemas e Serviços de Saúde).
- GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/São Paulo: Editora 34, 2000.
- _____, J.A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? (Brazilian policy for the distribution and production of antiretroviral drugs: a privilege or a right?). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 213 – 219, jan-fev, 2002.
- GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Gestão Pública em Saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde**. UFMA. São Luiz, 2016.
- GIACOMINI FILHO, G; GOULART, E. Amazônia: comunicação no contexto da websfera. In: MALCHER, M. A; SEIXAS, N. S. dos A.; LIMA, R. A; AMARAL FILHO, O. **Comunicação midiaticizada na e da Amazônia**. Belém: Fadesp, 2011, p. 17 – 32.
- GOMES JÚNIOR, J. da S; LEVY, D. P. @Fasamazonas: um estudo de caso sobre o uso do microblog Twitter. In: MALCHER, M. A.; SEIXAS, N. S. dos A.; LIMA, R. A; AMARAL FILHO, O. **Comunicação midiaticizada na e da Amazônia**. Belém: Fadesp, 2011, p. 281-296.
- GONÇALVES, C. W. P. **Amazônia, Amazônias**. 3ed. São Paulo: Contexto, 2010.
- GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.21, n.5, pp.1553-1564. ISSN 1413-8123, 2016.
- HANAN, S. A.; BATALHA, B. H.L. **Amazônia: contradições no paraíso ecológico**. São Paulo: Cultura, 1999.
- ICICT. **Compromisso com o SUS**. ICICT.FIOCRUZ.BR, 2018.
- JORGE, M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil / Evaluation of Health Information Systems in Brazil. **Cad. saúde coletiva**, (Rio J.);18(1), jan.-mar. 2010.
- JUNIOR, A. V. **Rondônia-1987 a influência do poder político nos jornais de Porto Velho**. São Paulo: Dissertação (Mestrado, ECA/USP), Universidade de São Paulo, 1993.
- KINZO, M. D'A. G. **A DEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA: um balanço do processo político desde a transição**. São Paulo Perspec. vol.15 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2001
- KLÜC, M, et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **RAS – Vol. 4 nº 16 – Jul-Set, 2002**, p. 27-32.
- KRIPPENDORFF, K. **Metodologia de análisis de contenido: teoria e práctica**. Barcelona, Ediciones Paidós, 1990.
- LAGE, N. **A reportagem: teoria e técnica de entrevista e pesquisa jornalística**. São Paulo: Record, 2001.
- _____. Relacionamento do repórter com as fontes: procedimentos e teoria. **Encontro da Compós, IX**, Porto Alegre, 2000. Disponível em: <http://www.compos.org.br/data/biblioteca_1432.pdf> Acesso em: 7 jun. 2015.
- LAGUARDIA, J. et al. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 135-147, 2004.

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. O sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM Concepção, Implantação e Avaliação. In Brasil, Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2006.

LE COADIC, Y. **A ciência da informação**. Brasília. Editora: Briquet de Lemos, 1996.

LUZ, M.T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80, pp. 131-152. In Guimarães R e Tavares R (orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil, anos 80**. Abrasco/ImS-Uerj/Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1994

MARCHETTI, D. La santé, un enjeu professionnel et comercial. In: _____. **Quand la santé devient médiatique: les logiques de production de l'information dans la presse**. Grenoble: PUG, 2010.

MEDEIROS, K. R. de. et al. O sistema de informação em saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.2, p. 433-440, 2005.

MICHAELIS. Dicionário Disponível em:

<<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=peste>>. Melhoramentos LTDA, 2015. Acesso em: 08/06/2017

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. **9ª edição revista e aprimorada**. São Paulo: Hucitec, 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)**. AIDS.GOV.BR, 2017. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de>> Acessado em: 23 mar. 2017.

_____. **Estatísticas de Mortalidade**, Brasil, 1977/1995. Brasília, 1984-1998.

_____. Nota Informativa: Painel da OMC. **Questiona a Lei de Patentes Brasileira**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, MS, 2001.

_____. Portaria nº 3, de 04 de jan. de 1996. **Responsabilidade dos serviços de saúde na melhoria da qualidade de vida da população brasileira**. Brasília, 1996.

_____. **Terapia Anti-Retroviral e Saúde Pública: Um Balanço da Experiência Brasileira**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, MS; 1999.

MONTEIRO, G. V; COLFERAI, S. A. Por uma pesquisa amazônica em Comunicação: provocações para novos olhares. In: MALCHER, M. A; SEIXAS, N. S. dos A; LIMA, R. A; AMARAL FILHO, O. **Comunicação midiaticizada na e da Amazônia**. Belém: Fadesp, 2011.

MORAES; I. H. S. **Informações em Saúde da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC e ABRASCO; 1994.

NEVES, F. A; JUNGES, F. **Sistema de informação em saúde como instrumento de avaliação da saúde da população**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015.

NUNES, E. D. **Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e Perspectivas**. Physis: ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (1): 13-38, 2005.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.4, p.360-387. 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. rev. São Paulo: CBCD, 1995.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. Campinas: Editora Unicamp, 2010.

OXFAM (The Oxford Committee for Famine Relief). **Companhias Farmacêuticas x Brasil: Uma Ameaça à Saúde Pública**. Recife: OXFAM, 2001

PAES LOUREIRO, J. de J. **Cultura Amazônica**: uma poética do imaginário. São Paulo: Escrituras, 2001.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PANDOLFO, C. **Amazônia brasileira**: ocupação, desenvolvimento e perspectivas atuais e futuras. Belém: CEJUP, 1994.

PEREIRA, G. Entrevista concedida por e-mail a Alan de Jesus. Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2017.

PEREIRA, M. F. Ecologia comunicacional da relação da criança com o entretenimento. In: congresso brasileiro de ciências da comunicação, 25, 2002, Salvador. **Anais**. Salvador: Intercom/UNEB, 2002.

_____. Ecologia comunicacional da relação da criança com o entretenimento. **Revista Famecos**, Porto Alegre, V. 20, p. 81-87, 2003.

_____. Ecologia da comunicação: uma compreensão semiótica. In: encontro anual da Compós, 2008, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Compós/Programa de Mestrado em Comunicação da UNIP, 2008

_____. Videogames e conexões na semiosfera: uma visão ecológica da comunicação. In: SANTAELLA, L; PEREIRA, M. F. (Orgs.). **Mapa do jogo**: a diversidade cultural dos games. São Paulo: Cengage Learning, 2009, p. 195-210.

_____. Ecossistemas comunicacionais: uma proposição conceitual. In: MALCHER, M. A.; SEIXAS, N. S. dos A.; LIMA, R. A.; AMARAL FILHO, O. **Comunicação midiaticizada na e da Amazônia**. Belém: Fadesp, 2011, p. 49- 64.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, M. **Fontes jornalísticas**: Contributos para o mapeamento do campo. Comunicação e Sociedade 2, Cadernos do Noroeste, Série Comunicação, Vol. 14 (1-2), 2000, 277-294.

Disponível:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5512/1/CS_vol2_mpinto_p277-294.pdf> Acesso: 18 set. 2015.

RETKA, N. et al. A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual. In. **Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil**. Cascavel, Paraná, 2003.

RIBEIRO, A. P. G.; BRASILIENSE, D. R. Memória e narrativa jornalística. In: RIBEIRO, A. P. G.; FERREIRA, L. M. A. (Org.). **Mídia e memória**: a produção de sentidos nos meios de comunicação. Rio de Janeiro: Mauad X, 2005. p. 219-235.

RIBEIRO, E. L. **Um jornal de campanha**. Campinas: Editora Komedi, 2007

- RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>.
- RODRIGUES, A. D. Delimitação, natureza e funções do discurso midiático. In: In: PORTO, S. D. (org.) **O jornal: da forma ao sentido**. Brasília: Paralelo 15, 2002. p. 217-233.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SANTOS, B. de S. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes**. Novos Estudos - Cebrap, [s.l.], n. 79, p.71-94, nov. 2007.
- SAKITA, K. M. **Avaliação da implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos/aids: O caso do Distrito Federal**. Dissertação de Mestrado, ESP- FIOCRUZ, 2012.
- SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. O financiamento da saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. **Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006, p. 195-225
- SIQUEIRA, M. C. **Gestão estratégica da informação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.
- SONTAG, S. **Doença como metáfora: Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SOUZA, W. V. de; DOMINGUES, C. M. A. S. Notificação Compulsória de Doenças e Agravos no Brasil: Um Breve Histórico sobre a Criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. In Brasil, Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2009.
- SWAROOP, S. **Estadística sanitaria**, México. DF: Fondo Cultura Económica, 1964.
- VASCONCELLOS, M.M; CAVALCANTE; M.T. **Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação**. Saúde em Debate, 2002; 26(61): 219-235.
- VELOSO, M. do S. F. **Imprensa, poder e contrahegemonia da Amazônia: 20 anos do Jornal Pessoal (1987-2007)**. 2008. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências da Comunicação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008a.
- _____. **Jornal como empresa e política como negócio: um perfil do patronato de mídia no Pará**. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Jornalismo, 2008, São Bernardo do Campo. Anais. São Bernardo do Campo: Associação Brasileira de Pesquisadores em Jornalismo/Universidade Metodista de São Paulo, 2008b.
- VIDOR, A.C., FISHER, P.D., BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev Saúde Pública [Internet]**. 2011 [cited 2014 Oct 03]; 45(1):24-30.
- WOLF, M. **Teorias da Comunicação**. 8. ed. Lisboa: Editorial Presença, 2003.

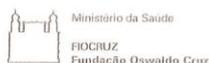
APÊNDICES

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Quando foi e o que motivou a elaboração dos Boletins Epidemiológicos sobre a AIDS?**
Os boletins de aids são feitos e divulgados desde a criação do programa de aids em 1987. Tem como objetivo divulgar os dados de aids segundo todos os estados e regiões
- 2) Quais informações eram utilizadas nos primeiros boletins epidemiológicos e o que mudou ao longo dos anos?**
Sempre as mesmas informações: casos de aids, segundo sexo, faixa etária, escolaridade, categoria de exposição etc. No ano de 2014 passou o boletim a divulgar casos de HIV
- 3) Quando as informações regionais começaram a ser inseridas nos boletins epidemiológicos e por quê?**
Desde o início da divulgação do primeiro boletim
- 4) Como eram feitas as notificações sobre os casos de AIDS no país nos primeiros anos da síndrome e o que mudou ao longo dos anos?**

Através da ficha de notificação no SINAN, seguindo os critérios de definição de casos de aids. Os critérios de definição de casos de aids tiveram sua modificação no ano de 2004. Utiliza-se dois critérios o Rio de Janeiro / Caracas e o CDC adaptado
- 5) Quais as estratégias de divulgação dos boletins epidemiológicos?**
Eles são divulgados no site www.aids.gov.br e através de publicação em papel e distribuída a todos os estados
- 6) Baseado na sua experiência, como as informações dos boletins epidemiológicos são utilizadas pela imprensa?**
Elas são utilizadas ou as vezes mal utilizadas para divulgar os dados sobre a epidemia no país , mas nem sempre com um bom entendimento do que está colocado no boletim
- 7) Você considera que as mudanças epidemiológicas da AIDS ao longo dos anos mudaram a forma com que a imprensa e a população veem a síndrome?**
Não. Considero que a imprensa precisa minimamente se apropriar da informação quando da divulgação dos dados.
- 8) Como você interpreta o papel dos boletins epidemiológicos para o Ministério da Saúde, para a imprensa e para a população?**
Considero que são de extrema importância para a imprensa e para os técnicos dos estados e municípios. Para a população em geral, talvez o dado tenha que ser traduzido para uma linguagem mais popular

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr está convidado/a a participar da pesquisa “*Boletim Epidemiológico e Jornalismo: informação e comunicação na divulgação da AIDS*”, sob a responsabilidade do pesquisador Alan de Jesus Pereira, aluno do curso de mestrado do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica, da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz). A pesquisa, com finalidade exclusivamente científica, vai investigar quais os discursos sociais sobre a AIDS e sobre o HIV foram veiculados no jornal Impresso O Liberal, no mês de abril de 1987, a partir da divulgação do primeiro boletim epidemiológico sobre AIDS produzido pelo Ministério da Saúde e identificar os sentidos a eles associados. Ressaltamos que, por meio de sua participação, o/a Sr/Sr^a estará contribuindo para a reflexão sobre quais fontes de informação que adquirem visibilidade na cobertura da AIDS e do HIV nesse período, inferindo quais não foram ouvidas pelo jornal..

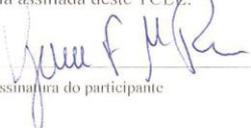
Sua participação é voluntária e não envolve qualquer despesa ou remuneração. Toda pesquisa realizada com a participação de seres humanos implica em algum grau de risco. No caso dessa pesquisa, os riscos estão relacionados ao fato da sua identidade enquanto entrevistado ser divulgada nos resultados da pesquisa. Ela se dará por meio de entrevista, que será gravada e transcrita. Caso queira, você poderá conferir a transcrição da sua entrevista, antes da sua incorporação aos resultados da pesquisa.

O Sr. foi selecionado para ser entrevistado no âmbito desse projeto por integrar o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais e estar envolvido com a elaboração dos Boletins Epidemiológicos sobre a AIDS desde sua primeira edição e, portanto, por possuir informações relevantes para a pesquisa.

Salientamos que, a qualquer momento, o Sr. terá o direito de esclarecer dúvidas e obter informações sobre qualquer aspecto referente à pesquisa, assim como interromper a sua participação, sem nenhum prejuízo ou penalidade.

O pesquisador Alan de Jesus Pereira poderá ser contatado por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV, localizado à Avenida Brasil, nº 4365, Manguinhos (RJ), pelo telefone: (21) 3865-9797 ou pelo e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br, ou diretamente pelos contatos do pesquisador, no e-mail: alanjp.jornalista@gmail.com ou telefone: (21) 96971-9897. Mais informações sobre a pesquisa também podem ser obtidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV.

Com a aceitação deste TCLE, o Sr. assume que tomou conhecimento da finalidade da pesquisa “*Boletim Epidemiológico e Jornalismo: informação e comunicação na divulgação da AIDS*”; leu este documento e esclareceu possíveis dúvidas. Confirma, também, que recebeu uma via assinada deste TCLE.


Assinatura do participante

Data: 14/12/2017

Assinatura do Pesquisador Responsável