

INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA ANÁLISE DE CAMPANHAS TELEVISIVAS DA AIDS NO BRASIL

**Ana Carolina Domingos Cassino¹
Cátia Guimarães²**

Entre o final da década de 1970 e início da de 1980, surgiu uma doença que veio ocupar um importante espaço de discussão na sociedade: a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, na sigla em inglês). Nessa época, foram notificados os primeiros casos da doença; o crescimento rápido no número de portadores foi um indicador de seu caráter infeccioso.

Levando-se em consideração sua letalidade e a sensação de impotência que a doença trouxe em um primeiro momento, rapidamente surgiu na população a necessidade de um melhor esclarecimento sobre seus efeitos, transmissão, prevenção e outras questões.

A Aids estabeleceu-se então como fato, doença e notícia, mundialmente. Sua disseminação foi acompanhada de perto pela mídia, que divulgava notícias e dados científicos acerca da doença.

Como não foi descoberta nenhuma forma de cura da Aids, e nem uma vacina que a prevenisse, tornou-se importante investir em ações preventivas que esclarecessem a sociedade, visando ao controle da epidemia. As campanhas educativas de Aids surgiram nesse contexto, em 1987, para que fosse possível informar melhor a população sobre a doença, e sobre como se prevenir.

¹Ex-aluna do Curso de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, com habilitação em Laboratório de Biotecnologia em Saúde (2005-2008). Contato: ana.carolina.fiocruz@gmail.com.

²Coordenadora de Comunicação, Divulgação e Eventos da EPSJV. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Contato: catiaguimaraes@epsjv.fiocruz.br.

Para que as campanhas conseguissem alcançar a maior parcela da sociedade possível, foram utilizados meios de comunicação de massa na sua veiculação; a televisão foi definida como principal meio de veiculação das campanhas.

As campanhas governamentais contra a Aids transmitidas pela televisão constituem o foco deste trabalho. A escolha dessa mídia justifica-se pelo fato de a televisão, presente na grande maioria dos lares brasileiros, ser um meio importante na difusão de informação, alcançando um alto nível de abrangência da população.

Serão destacadas algumas campanhas, transmitidas em diferentes períodos, analisando suas características principais e seus reais objetivos, de acordo com as diferentes situações nas quais se inserem. O objetivo é, após estudar cada uma das campanhas separadamente, fazer comparações entre as diferentes abordagens percebidas e traçar um paralelo com as diferentes situações que a doença enfrentava no Brasil durante a veiculação de cada uma destas campanhas.

AIDS

Histórico e descrição

A Aids, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), é uma doença que se manifesta após infecção do organismo humano pelo vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), que leva a uma imunossupressão progressiva. O HIV destrói os linfócitos – células responsáveis pela defesa do organismo –, o que torna a pessoa vulnerável a infecções/doenças oportunistas, que surgem quando o sistema imunológico do indivíduo encontra-se enfraquecido. Uma infecção comum pode tornar-se fatal a uma pessoa que esteja contaminada com HIV.

O vírus pode ser adquirido durante a relação sexual, através do sêmen ou da secreção vaginal; pelo contato com sangue contaminado,

por transfusão ou por compartilhamento de seringas contaminadas, e de mãe para filho durante o período de gestação, no parto, ou ainda durante a amamentação.

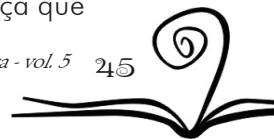
Os primeiros casos ocorreram nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central, entre os anos de 1977 e 1978. O Brasil teve sua primeira notificação em 1980, em São Paulo. Os casos passaram a ser definidos como Aids em 1982, quando se classificou a nova síndrome. Houve ainda uma adoção temporária do nome *Doença dos 5H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês)*, que mostra a percepção de que a doença atingia segmentos específicos, os chamados grupos de risco.

Nos anos seguintes, entretanto, esse conceito foi bastante criticado por reforçar o preconceito e incentivar a ideia da Aids como doença de um outro desviante, favorecendo a disseminação da doença em grupos socialmente valorizados, como adolescentes, homens, heterossexuais, mulheres casadas e, conseqüentemente, seus filhos. (CARDOSO, 2001, p. 122).

Perfil epidemiológico ao longo da história

O início da década de 1980 pode ser encarado como um período de reconhecimento da doença. Sua incidência era consideravelmente maior entre o grupo de homens homossexuais, e muitos faziam referência à doença como “câncer gay”, relacionando diretamente a Aids aos homossexuais.

Como vimos, aos poucos foram sendo notificados casos entre outros grupos, que passaram a ser denominados “grupos de risco”, incluindo os homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Entre 1980 e 1986 predominou a transmissão sexual, principalmente entre homo/bissexuais masculinos de escolaridade elevada. No ano de 1986 foi registrado o primeiro caso da doença perinatal. Tal fato contribuiu para acabar com a sensação de falsa segurança que



acometia os indivíduos que não se encontravam entre os chamados grupos de risco: a doença passou a acometer outros segmentos, não específicos.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2007, já na década de 1980 foi identificada uma redução na proporção entre casos masculinos e femininos. Em 1985, por exemplo, a proporção era de 26,7:1; em 1989, esse índice caiu para 6:1. Também era significativo o número de casos entre UDI (usuários de drogas injetáveis).

Em 1987, nos Estados Unidos, foi aprovado o uso do AZT, medicamento utilizado no tratamento dos indivíduos com HIV/Aids. Essa medida contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos portadores, mas também provocou, nos movimentos sociais, o questionamento sobre os interesses da indústria farmacêutica em relação ao valor dos medicamentos (CARDOSO, 2001).

A partir da década de 1990 foi constatada uma transição do perfil epidemiológico característico dos anos 80 para um novo, que resultou na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia. De acordo com dados fornecidos pela Coordenação de DST e Aids do Ministério da Saúde, em 1988, o percentual de casos registrados por transmissão heterossexual era de 6,6%; entre 1999/2000, esse percentual subiu para 39,2%, o que evidenciava a heterossexualização da doença. Os dados sobre a proporção de casos entre homens e mulheres evidenciavam também uma feminização da Aids. No início da década de 1990 ocorreu um aumento de casos notificados entre mulheres: a proporção de casos masculinos/femininos era de 5:1 (em 1985, a proporção era de 26,7:1).

Segundo dados disponíveis no site do Programa Nacional de DST/Aids, a estratificação por anos de estudo de casos tanto do sexo feminino quanto do masculino, com tipo de transmissão ignorada, revelou que durante a década de 1990 a doença passou a atingir indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos, o que mostra uma mudança em relação aos anos iniciais da epidemia, quando era registrado um maior número de casos em indivíduos que apresentavam maior escolaridade.

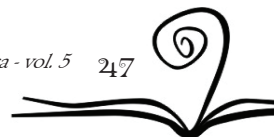
Inicialmente, a epidemia de Aids atingia principalmente as regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro. A partir do final da década de 1980, e ao longo da década de 1990, ocorreu uma disseminação para outras regiões, atingindo também o interior do país. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, durante o período que vai de 1980 a junho de 2007, foram notificados, no total, 474.273 casos de Aids no Brasil. O número de óbitos registrados no país durante esse período foi de 192.709.

Destaca-se atualmente no país o aumento da incidência em mulheres, relacionado com o comportamento sexual dos seus parceiros; e a diminuição em usuários de drogas injetáveis (UDI), consequência dos programas de redução de danos adotados pela política brasileira de combate à doença. Progressivamente, a razão entre os sexos vem diminuindo: em 2007, a relação era de 1,5:1 (H:M). Os casos concentram-se na faixa etária de 25 a 49 anos, em ambos os sexos; contudo, foi possível identificar nos últimos anos um aumento de incidência em indivíduos com mais de 50 anos. No ano de 2006, dos casos registrados em homens, 42,6% foram em heterossexuais; 27,6% em homo/bissexuais e 9,3% em UDI. Durante o mesmo ano, dos casos notificados em mulheres, 95,7% foram em heterossexuais e 3,5% em UDI.

Política Nacional de Aids

Até o ano de 1985 o Ministério da Saúde não havia se manifestado de uma forma expressiva sobre a Aids. As ações governamentais limitavam-se a investimentos na vigilância epidemiológica, em um discurso de alerta e de não discriminação, além da assistência médica. O aspecto preventivo incluía apenas palestras, distribuição de folhetos e utilização da mídia, na forma de reportagens.

Em 1985, foi fundada a primeira organização não governamental voltada para a Aids: o GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids.



Nesse período, diversos estados já possuíam programas organizados. O Ministério da Saúde, reconhecendo a dimensão e a gravidade da epidemia, criou no mesmo ano o Programa Nacional de Aids, que se consolidou em 1986 e passou a estabelecer as diretrizes iniciais para o enfrentamento da Aids no Brasil. Inicialmente, o Programa incorporou parte das iniciativas anteriormente desenvolvidas no país pelas unidades federadas e ONGs.

Ainda em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que as ideias da Reforma Sanitária foram consagradas, tornando-se parte da nova Constituição, promulgada em 1988. Nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS). E a OMS instituiu o dia primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a Aids, incentivando a prevenção e a conscientização da população.

Em 1987 foi instituída a Comissão Nacional de Controle de Aids, na qual estavam incluídos representantes do Ministério da Educação. No ano seguinte, a Comissão incluiu também membros da Ordem dos Advogados do Brasil, ministérios do Trabalho e Justiça, diversas universidades e quatro ONGs (ABIA, GGB – Grupo Gay da Bahia, Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, Centro Corsini de Investigação Imunológica). Fortalecido, o Programa passou a formular as normas e atividades a serem implantadas por todo o país. As campanhas oficiais começaram em 1987. Inicialmente, foi adotado um discurso “agressivo” com a finalidade de amedrontar a população em relação ao risco de contrair Aids. Esse discurso, que mais tarde seria revisto, também acabou por reforçar a discriminação e gerou resistência dos movimentos sociais, principalmente de ONGs defensoras dos interesses de soropositivos. Aos poucos foi surgindo a ideia de que a luta contra o preconceito e a discriminação fazia parte da prevenção, assim como a defesa da solidariedade e dos direitos das pessoas que possuísem a doença.

Essa estrutura foi totalmente alterada durante o governo Collor (1990-1992) que, marcado por um viés neoliberal, investiu na desestruturação de serviços e políticas que garantiam direitos, como saúde e educação. Durante os anos de 1990 e 1991, a Coordenação do Programa Nacional foi desestruturada, a vigilância epidemiológica ficou

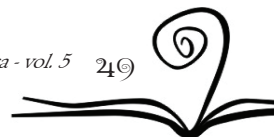
comprometida e as associações com ONGs ficaram completamente fragilizadas. Houve um isolamento do Programa Nacional. Somente em 1992, com o afastamento do ministro Alcení Guerra, o PNDST/Aids se reorganizou, mas iniciou esse novo período marcado, principalmente, pela parceria com o Banco Mundial. Em 1994 foi fechado o projeto Aids I (1994-1998), com o empréstimo do Banco Mundial no valor de U\$ 160 milhões para o controle de DST/Aids no Brasil.

Apesar de a Aids ser considerada pelo Banco um problema mais de desenvolvimento do que de saúde, o empréstimo tem sido destinado ao setor saúde, tendo como eixos a prevenção da doença e a participação das ONGs. O Brasil dedicou parte dos recursos para garantir, além disso, o acesso universal dos pacientes ao tratamento antirretroviral (inicialmente com o AZT, que já estava em uso desde a década de 1980).

O projeto Aids I dedicava cerca de 40% dos recursos à prevenção e 34% ao tratamento da Aids, sendo o restante destinado ao desenvolvimento institucional, à vigilância, pesquisa e avaliação, quadro que se mostra semelhante no projeto Aids II, que se iniciou em 1998, teve seu término em 2002 e contou com um empréstimo de U\$ 165 milhões (TERTO JÚNIOR; MATTOS; PARKER, 2001). Já em 1999, havia quinze medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro, o que pode ter sido um fator que colaborou para a queda de mortalidade dos pacientes e a melhora da qualidade de vida dos portadores do vírus. O projeto Aids III (2002-2006) teve U\$ 100 milhões em empréstimo cedido pelo Banco Mundial.

Em 2003, foi realizado em Havana, Cuba, o II Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, no qual o Programa Brasileiro de DST/Aids foi premiado, recebendo US\$ 1 milhão como forma de reconhecimento das ações preventivas e assistenciais realizadas no país. O valor foi doado às ONGs que atuam junto a portadores de HIV/Aids; o Programa Nacional de DST/Aids brasileiro passou a ser considerado referência mundial.

Atualmente, as principais linhas estratégicas de prevenção para a população baseiam-se na promoção da mudança de comportamento,



através do acesso a informações sobre transmissão e prevenção; em parcerias com ONGs, que ampliam as ações preventivas e a resposta à infecção por HIV; e no estabelecimento de modelos de intervenção, considerando os diversos grupos populacionais, quanto à conscientização de sua vulnerabilidade e risco.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

O principal objeto do campo da Comunicação, entendido no seu sentido mais amplo, é o estudo das interações sociais. Em vez de se pensar na comunicação social simplesmente como uma relação entre mídia/usuários, é importante observar que, através dos meios de comunicação, ocorrem interações sociais gerais, entre setores da sociedade e entre pessoas, não sendo, portanto, uma relação bipolar restrita apenas à mídia e ao usuário diretamente.

Uma das dimensões da comunicação materializa-se nos meios de comunicação, que constituem um sistema produtor e difusor de informação na sociedade. Os meios de comunicação são próteses tecnológicas responsáveis por certo tipo de mediação das interações sociais. Os meios de comunicação de massa são responsáveis pela veiculação de informações de maior abrangência, capazes de atingir os mais variados segmentos populacionais.

A presença constante dos meios de comunicação de massa e a necessidade das mediações provenientes de tais meios tornam a sociedade “mediatizada”. Na sociedade contemporânea, a esfera midiática é capaz de influenciar no comportamento de indivíduos, de dar visibilidade aos mais variados temas e de promover determinadas ideologias no espaço social (OLIVEIRA, 1995).

De certa forma, os meios de comunicação de massa podem ser utilizados com o objetivo de auxiliar um possível processo educativo. Torna-se válido utilizá-los como instrumentos das políticas públicas de saúde, veiculando, por exemplo, campanhas preventivas de Aids. Em-

bora os meios de comunicação de massa promovam campanhas “espontâneas” de certa maneira, e matérias jornalísticas, fazendo com que a Aids esteja constantemente presente na mídia, este trabalho se ocupa apenas das campanhas governamentais, portanto apenas veiculadas – e não produzidas – pela mídia, no caso, a televisão.

O uso da televisão como um dos meios principais para a veiculação de campanhas governamentais voltadas para os interesses da saúde da população pode ser válido, a nosso ver, especialmente por tratar-se de um veículo capaz de atingir uma parcela significativa da população. Embora, naturalmente, não se tenha garantia de atingir os objetivos esperados pelas campanhas, fica facilitado o acesso das pessoas às informações contidas nessas peças que são publicitárias e informativas.

Ainda que a televisão possua alta receptividade, isso não se torna garantia de que tais campanhas obtenham o efeito desejado. Primeiro, por se tratar de um material veiculado em um curto período de tempo e que ocupa um espaço secundário na grade televisiva – o intervalo comercial. Dificilmente um indivíduo liga sua televisão com o objetivo principal de assistir a informes publicitários e produções semelhantes, que são exibidas neste espaço. Portanto, tais produções devem conter algo de atrativo que prenda o telespectador ao conteúdo que está sendo transmitido, ou seja, que detenha sua atenção àquilo que está sendo veiculado.

Considerando tudo o que foi dito até então, a televisão, como meio de comunicação de massa, pode se tornar um significativo instrumento quando se pretende veicular campanhas educativas de saúde, foco deste trabalho, se for utilizada de forma que sejam aproveitadas ao máximo as virtudes que tal meio possui.

Informações de qualidade, fornecidas no momento certo, da maneira adequada, podem constituir um importante instrumento na promoção da saúde. Contudo, é preciso compreender as limitações da comunicação e, mais especificamente, das campanhas publicitárias, que são apenas uma parte da ação necessária do Estado. Não se pode



esperar, portanto, uma relação direta entre veiculação de campanhas, informação da população e mudança de comportamento do indivíduo ou de organização do serviço e dos programas. Essas mudanças não dependem somente da apreensão de informações, mas também de todo um contexto no qual o indivíduo está inserido.

Campanhas no Brasil

A primeira iniciativa registrada de vínculo entre estratégias e meios de comunicação com o setor médico-sanitário no Brasil aconteceu em 1920, quando o sanitarista Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, destinado a associar técnicas de propaganda com educação sanitária.

As campanhas desenvolvidas nessa época utilizavam recursos comunicacionais como um meio de persuasão, na tentativa de alertar e convencer a população sobre a necessidade de cumprirem as devidas medidas sanitárias. Este modelo, que desconsiderava particularidades geográficas, culturais e sociais, adotando uma campanha única, esgotou-se nos anos 60, entendido como insuficiente tanto pelo campo da saúde quanto pelo da comunicação.

Na década de 1970, as campanhas continuaram apresentando um caráter persuasivo, porém com investigação e foco maior nas particularidades do público, e foi a partir desse momento que surgiram inovações como o “ajuste da linguagem” e a noção de “público-alvo” (PITTA, 1995).

Em 1988, com a criação do SUS, foram aprovados dispositivos constitucionais que passaram a atender às demandas sociais de controle da propaganda na área da saúde. Os encontros sobre o tema *comunicação* passaram a buscar novas relações entre o contexto de redemocratização em que o país se encontrava, o modelo de atenção à saúde expresso constitucionalmente e os novos papéis a serem desempenhados pela área de comunicação institucional (PITTA, 1995).

Na década de 1990, no campo da epidemiologia e do planejamento em saúde, foram definidas novas metodologias que passaram a considerar não somente os chamados “grupos de risco” ou “categorias de exposição”, mas também os processos mais complexos de circulação e disseminação da doença, apontando inclusive para formas singulares de intervenção. Também nesse período foi considerada a necessidade de articulação das três áreas – Comunicação, Informação e Educação em Saúde –, assumindo a impossibilidade de separação de tais campos, principalmente por se tratar de um período de convergência entre diversos tipos de tecnologias de Comunicação/Informação.

É possível constatar que a comunicação em saúde é tema constante nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Durante a 12ª CNS, que ocorreu no ano de 2003, foram discutidas questões relacionadas à informação, comunicação e educação em saúde, sendo definidas algumas diretrizes, entre elas a de

promover, através do Ministério da Saúde, campanhas preventivas de saúde, e elaborá-las de forma a considerar o perfil epidemiológico e as realidades locais, fornecendo subsídios aos municípios e estados, e utilizando-se dos meios de comunicação de massa para sua veiculação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

ANÁLISE DAS CAMPANHAS PREVENTIVAS DE AIDS

As campanhas escolhidas para serem analisadas abrangem períodos, estratégias e perfis epidemiológicos diversos envolvidos na epidemia de Aids no Brasil. Foram seguidas as mesmas etapas e adotados os mesmos critérios para a análise de cada uma delas. A seleção das campanhas e dos respectivos vídeos foi orientada por público-alvo, na tentativa de analisá-las a partir do perfil epidemiológico da doença no período de veiculação da campanha.

A princípio, foi feita uma descrição da campanha, indicando a que público se pretendeu atingir. As cenas foram descritas, identifican-



do as formas do discurso (que variou de uma conversa a um discurso científico) e a maneira como foi transmitida a ideia de prevenção, isto é, as medidas sugeridas pela campanha para evitar a contaminação pelo vírus HIV.

Informações mais específicas que pudessem ser relevantes, como as crenças e os valores “morais” expostos nos vídeos, o tratamento adotado com o público, a adequação da linguagem, além de outros elementos importantes presentes nos vídeos, também foram considerados.

Em seguida, a campanha foi situada historicamente, lembrando também o perfil epidemiológico da Aids durante o período em que a campanha foi veiculada, para que fosse possível estabelecer alguma relação entre a situação da epidemia no país e a elaboração de uma certa campanha em determinado período.

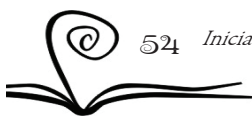
Campanhas

Campanha nº 1: de 1987 (31 segundos)

Slogan: “AIDS, você precisa saber evitar.”

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

Este é apenas um dos nove vídeos que fazem parte da primeira campanha de prevenção à Aids no Brasil, veiculada no ano de 1987. É direcionado, como visto, aos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Utiliza-se de narrativa em *off*, ou seja, não apresenta nenhum diálogo em cena, e sim uma sequência de imagens acompanhadas pelo discurso – antes transcrito – de um narrador, que fornece informações acerca da possibilidade de contrair Aids quando se compartilham seringas ao fazer uso de drogas injetáveis.



A cena se passa em um banheiro, onde os UDIs fazem uso das drogas. Primeiramente, um usuário entra e utiliza uma seringa que já se encontrava em um armário no banheiro. Logo depois entra uma segunda pessoa e então o primeiro usuário passa a seringa para este. Ou seja, a cena mostra o comportamento considerado de risco, acompanhado da fala do narrador, que explica exatamente o porquê da existência do risco.

Ao longo do vídeo, é mencionado o prejuízo à saúde ocasionado pelo vício das drogas, mas o destaque principal é dado ao risco de contrair Aids por meio de tal comportamento.

Há uma clara preocupação em elaborar um discurso de maneira didática, explicando e orientando de forma simples e objetiva como uma pessoa pertencente a um suposto grupo de risco deve agir frente à possibilidade de adquirir o vírus. Trata-se de um discurso direto, com linguagem simples e acessível.

Este modelo persiste em todos os vídeos dessa campanha. Além dos vídeos que se referem mais especificamente à utilização de drogas – que totalizam dois –, há também os que se dirigem à população em geral, ressaltando, por exemplo, os cuidados que se deveria ter ao receber uma transfusão de sangue (que pode ser um simples pedido de teste anti-HIV no sangue que será utilizado na transfusão) e a importância do ato de doar sangue, enfatizando sempre que é importante exigir o uso de seringas descartáveis/esterilizadas durante a doação. Há, ainda, um vídeo pertencente a esta campanha que destaca a importância do apoio ao portador de HIV, de forma a enfatizar que, por meio de carinho, não se pega Aids.

Retornando ao foco da questão que está sendo problematizada, no ano de 1986 foram registrados no total 56 casos de Aids em UDI (47 em indivíduos do sexo masculino e 9 de sexo feminino), de acordo com o Boletim Epidemiológico de dezembro de 1999/junho de 2000, totalizando, em média, 4,7% dos casos de Aids registrados até então.

A campanha aqui descrita é veiculada na televisão no ano de 1987, quando o número de notificações de indivíduos contaminados



pelo uso de drogas injetáveis cresceu (326 casos), causando um consequente aumento na porcentagem de contração dessa categoria de exposição – representando, agora, 11,6% dos casos.

De acordo com esses dados, é visível o crescimento da incidência da Aids, durante o final da década de 1980, entre esse determinado “grupo”. Tal crescimento, portanto, pode ter sido o motivo maior para a elaboração de uma campanha que incluísse informações destinadas a indivíduos que apresentassem comportamentos característicos desse grupo.

O vídeo aqui exposto ilustra essa determinação: direciona-se claramente a quem possui o vício das drogas (no caso, injetáveis), explicando de uma maneira simples e direta como tal comportamento pode ser perigoso para a garantia de sua saúde.

A questão principal tratada no vídeo é o compartilhamento de seringas, apresentado como principal fator de risco. Adotando uma política de “redução de danos”, a estratégia da campanha não é investir numa mudança radical do comportamento do público a que se dirige. Em outras palavras, o foco da campanha não é a de que o usuário de drogas abandone o vício, mas apenas que, quando for fazer uso de drogas que necessitem do uso de seringas, que pelo menos estas não sejam compartilhadas, optando pelo uso de seringas devidamente esterilizadas ou descartáveis.

“Evite seringas usadas, assim pelo menos de AIDS você não morre.” Esta frase traduz exatamente a intenção da campanha. O indivíduo, como usuário de drogas, põe sua vida em risco, pois a droga é prejudicial à sua saúde e pode levá-lo à morte. Aqui, o vício é encarado como algo mais complicado de ser superado; há uma espécie de conformismo, ou tolerância, presente nesta fala ao tratar de tal assunto. Então, a mensagem passa a ideia de que, se o indivíduo não se mostra capaz de superar o próprio vício, que tenha ao menos consciência ao fazer uso das drogas, evitando outra ameaça consequente de suas atitudes: a Aids.

Durante a fala do narrador, são utilizadas palavras de forte impacto, como “vício”, “saúde”, “Aids” e “morre”. O vídeo preocupa-se em “conscientizar” o público sobre sua responsabilidade individual na prevenção. O usuário de drogas é responsabilizado pelos seus atos – se ele contrair a Aids, será por conta do seu comportamento; portanto, cabe a ele se prevenir.

Os dados epidemiológicos dos anos seguintes a esta campanha mostram um crescimento no número de casos entre UDIs, contrariando as possíveis expectativas que havia em torno de tal ação. De acordo com o Boletim Epidemiológico de dezembro de 1999/junho de 2000, no ano de 1988, posterior ao ano de veiculação da campanha aqui exposta, dos casos de Aids notificados no Brasil, cerca de 16,9% correspondiam a UDI. Esse índice entrou em crescimento constante nos anos que se seguiram, alcançando 19,3% em 1989 e 23,9% em 1990.

Como visto, a campanha veiculada em 1987 não fez com que caísse o número de casos notificados entre o público que procurou atingir. Persistiu o aumento durante o final da década de 1980 e início da de 1990, passando então a apenas estabilizar-se até o final dos anos 90, quando finalmente começou a declinar.

Campanha nº 2: de 1998 (quatro vídeos, totalizando dois minutos e três segundos)

Slogan: “Seja viva, evite a AIDS.”

A campanha, veiculada na década de 1990, contou com quatro vídeos. Três deles organizados na forma de pergunta e resposta, em que diversas mulheres fazem perguntas sobre formas de contrair Aids a um narrador, do sexo masculino, que responde “Pega” ou “Não Pega”, de acordo com a pergunta. O vídeo restante não se encaixa nesse modelo, mas também tem a fala de mulheres e de um narrador.

Diferente do vídeo anteriormente descrito, da década de 1980, que estava incluído em uma campanha que continha produções direcionadas a diversos públicos, os vídeos desta campanha direcionam-se a um público comum; desta forma, é válido fazer uma análise dos quatro vídeos em conjunto.



Apesar de essa campanha fornecer informações sobre formas de contágio gerais, que são relevantes para toda a população, a campanha é direcionada ao público feminino, o que fica claro a partir do *slogan*: “Seja viva, evite a AIDS.”

A forma como três dos vídeos se organizam (pergunta e resposta) transmite a ideia de que as mulheres devem mostrar interesse sobre comportamentos que possam oferecer riscos à sua saúde; o discurso ressalta a importância da preocupação individual. Não há uma vítima da Aids: as mulheres devem procurar saber sobre as formas de contágio e se prevenir da maneira que for possível. Portanto, é da responsabilidade da mulher estar ciente e prevenir-se.

Apesar de as mulheres realizarem as perguntas, a voz principal é a do narrador: é ele quem fornece resposta às questões levantadas, ou seja, a informação correta resulta da sua resposta. Sua fala é acompanhada de uma mensagem que aparece no vídeo – “PEGA” ou “NÃO PEGA”, que se encontra sobre um fundo verde ou vermelho, respectivamente.

A principal voz que enuncia representa o campo governamental, que é responsável, portanto, por fornecer as informações devidas sobre as formas de contágio da Aids. Neste caso, o narrador representa este papel.

As cores verde e vermelho também podem vir a caracterizar-se como um elemento que traz significado quando acompanha as falas do narrador: o verde representando algo liberado, permitido, e o vermelho sugerindo precaução em relação a alguma coisa.

A campanha preocupou-se, entre outras coisas, em desmistificar algumas crenças populares. Algumas perguntas realizadas pelas mulheres, seguidas das respostas do narrador, em *off*, ilustram esse objetivo. Vejamos um exemplo:

Pergunta: – “No aperto de mão, ou no abraço, será que eu pego AIDS?”

Resposta: – “Não pega.”



Os vídeos esclarecem o público sobre certos comportamentos que não oferecem risco algum, o que poderia ajudar na questão do preconceito, evitando atitudes discriminatórias por parte da população, como no caso do abraço, ou do aperto de mão, gestos que não representam nenhum tipo de risco.

Outro aspecto que merece destaque nessa campanha é o modo como a informação foi transmitida. Nos vídeos estruturados sob a forma de pergunta e resposta não há referência direta sobre formas de prevenção:

Pergunta: – “Por sexo oral, a gente pega?”

Resposta: “Pega.”

As falas se limitam às formas de transmissão, como pode ser previsto pela maneira como os vídeos são iniciados, com a seguinte fala do narrador: “Saiba como se pega AIDS.” O vídeo disponibiliza informações acerca das mais variadas formas de se contrair o vírus, mas em momento algum faz menção direta aos meios disponíveis para a prevenção.

Desta forma, cabe ao público concluir que, se através dos mais diversos tipos de relações sexuais é possível pegar Aids, é importante utilizar o preservativo; ou então que se devem usar seringas descartáveis para evitar contato com o sangue contaminado, que transmite o vírus. Portanto, é necessária uma interpretação por parte do receptor das informações disponibilizadas. Em nenhum momento é dito “Use camisinha”, por exemplo. Essa atitude deve ser, de certa forma, deduzida por quem está assistindo ao vídeo – espera-se, então, que o subentendido seja compreendido.

Este aspecto encontra-se presente nos três vídeos que se estruturam da maneira que foi descrita. O vídeo restante já não se encaixa completamente nesse modelo.

Esse vídeo inicia-se com a seguinte pergunta, feita pelo narrador:

– “Você usa camisinha?”



Através dessa pergunta é possível verificar que essa produção é diferente das outras. Enquanto as outras se estruturam sob a forma de pergunta e resposta, esta questiona diretamente o uso da camisinha nas relações sexuais, o que sugere de uma forma mais clara que o uso do preservativo tem determinada importância. Nesse vídeo, o tema torna-se mais delicado. A partir do momento que se volta para o público feminino, a campanha abrange todas as mulheres, solteiras ou casadas, e é nesse ponto que se encontra uma difícil questão: como incentivar mulheres casadas, ou com parceiros fixos, a usarem o preservativo, se teoricamente elas acreditam na fidelidade de seus parceiros? Isso é ilustrado na própria campanha, através das falas das mulheres, após a pergunta feita pelo narrador:

- “Mas eu sou casada, preciso?”
- “Ele disse que eu sou a única.”
- “Ele diz que é besteira eu usar camisinha.”

A confiança em seus parceiros é um fator que faz com que as mulheres abram mão do uso do preservativo. A peça publicitária quer mostrar que, embora o casamento não seja condição suficiente para esse comportamento (fidelidade e ausência de risco de contaminação por outros meios), muitos casais que consideram sua relação estável não fazem uso da camisinha. De fato, para a mulher, pode se tornar uma situação complicada exigir que o marido ou o companheiro use a camisinha, a partir do momento em que elas, ao tomarem esta atitude, possivelmente irão transmitir a impressão de dúvida quanto à fidelidade de seus parceiros. Outra possibilidade é de que o homem use camisinha desconfiando, de certo modo, da infidelidade da mulher.

Porém, uma campanha que incentivava tal atitude provavelmente não foi elaborada por acaso. Como o próprio narrador diz, durante este vídeo: “Nos últimos anos, as mulheres tornaram-se um dos grupos mais atingidos pelo vírus da AIDS.”

Na década de 1990, como foi dito em seção anterior, houve uma feminização da epidemia de Aids no Brasil. Os dados epidemiológicos



da época, portanto, devem ter sido o maior incentivo para a produção de uma campanha que se dirigisse ao público feminino.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, a razão de casos entre homens e mulheres vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1987, a razão H:M era de 9:1. No ano de 1998, quando a campanha aqui descrita estava sendo veiculada, a razão já era expressivamente menor: 1,9:1.

Por esse motivo, tornou-se importante desenvolver alguma iniciativa que se voltasse para o público feminino. Nos anos seguintes, essa razão estabilizou-se, e permaneceu em uma média de 1,5:1 (H:M).

Segundo Janine Cardoso (2001), o polêmico filme que questiona sobre o uso da camisinha:

(...) foi suspenso, segundo consta, por problemas na assinatura institucional, que não mencionava o SUS, como nos outros três filmes. Além de ser um problema de solução muito fácil e imediata, o filme trazia outras particularidades: mencionava, explicitamente, a infidelidade conjugal, enquanto as mulheres em cena mostravam-se extremamente crédulas na fidelidade de seus parceiros. (CARDOSO, 2001, p. 99).

Campanha n° 3: de 2002 (35 segundos)

Slogan: "Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças."

Esta é uma campanha inédita lançada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde direcionada aos HSH – Homens que fazem Sexo com Homens.

A campanha teve um filme, veiculado pela televisão, além de filipetas, cartazes e anúncios em mídia impressa, tendo como principal objetivo estimular o uso de preservativo e gel lubrificante nas relações sexuais entre homens. "*Camisinha e lubrificante à base de água. Seus dois parceiros fixos*" é uma mensagem presente em um dos cartazes incluídos na campanha.



O vídeo mostra o caso de um jovem homossexual, que aparentemente brigou com seu parceiro, e que tem total apoio de sua família quanto à sua opção sexual. O filme se passa na casa do jovem; os personagens presentes no filme são: o jovem, seus pais, uma menina, supostamente sua irmã, e o rapaz que provavelmente era seu parceiro, e que vai à sua procura. A menina apenas observa parte do diálogo, que ocorre entre os outros personagens.

O rapaz nem entra na casa; o pai fecha a porta e vai ao encontro do filho, que está junto da mãe, em outro cômodo da casa.

Jovem: – “E aí, pai, ele foi embora?”

O pai afirma que sim através de um gesto com a cabeça.

Mãe: – “Filho, você vai encontrar um rapaz que te mereça.”

Narrador (off): Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças.

O vídeo mostra claramente que os pais (em especial a mãe, através da sua fala) adotam uma posição de aceitação em relação à opção sexual do filho. Portanto, o filme não se limita só à ideia de prevenção. O narrador menciona, através de sua fala ao final, o uso da camisinha, mas ao mesmo tempo reforça a ideia de que respeitar as diferenças também é importante.

Portanto, esse filme não se trata de uma produção que fala somente para os homossexuais. Além disso, fala sobre os homossexuais, a partir do momento em que tenta romper com o preconceito presente na sociedade. Isso quer dizer que, apesar de a campanha ter como foco principal os homossexuais, através de diversas produções além desse filme, o vídeo em si trata da questão de uma forma mais ampla, questionando o preconceito e a discriminação que ainda existem na população brasileira.

Além da ênfase que é dada ao uso de preservativo, o discurso também investe na diminuição dessa discriminação sofrida pelos HSH, tentando promover a aceitação das diferenças. “Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças.” Através desta frase, slogan da campanha, foram ressaltados os dois aspectos fundamentais aqui

citados: a prevenção contra a Aids e outras DST a partir do uso do preservativo e a aceitação das diferenças por parte da população.

Uma situação polêmica foi apresentada: o apoio familiar ao homossexual, uma questão ainda delicada que diz respeito aos valores morais pertencentes à família. Muitos pais ainda não aceitam tal comportamento dos filhos; a campanha, ao mostrar um bom relacionamento entre o filho homossexual e o restante da família, aparentemente procura incentivar a aceitação da opção do filho, respeitando suas “diferenças”.

Esta ideia não se limita apenas aos familiares dos HSH, mas também à sociedade em geral. O preconceito ainda encontra-se presente na sociedade e a campanha visa sua diminuição.

Por tudo o que foi dito até então, é possível concluir que a campanha não se dirige somente aos homossexuais; acaba atingindo o restante da população. A discriminação por parte da sociedade pode constituir um possível fator que contribua para o pouco acesso dos HSH às fontes de informação disponíveis e aos serviços de saúde. Ou seja, um comportamento preconceituoso por parte da sociedade pode contribuir para um distanciamento entre os homossexuais e as informações acerca do HIV, o que torna esse segmento mais vulnerável ao HIV.

Aparentemente, a campanha não foi elaborada com base em um possível aumento nos casos de Aids entre HSH. No início da epidemia, nos anos 80, segundo os dados oficiais, os homossexuais eram os mais atingidos pela doença. Porém, na época em que este vídeo foi veiculado, o quadro não era esse: segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, dos casos registrados em homens no ano de 2002, 17,5% foram entre homossexuais, enquanto 39,2% foram notificados em heterossexuais. Ou seja, não havia uma mudança radical na epidemiologia que indicasse um aumento significativo nos casos de Aids entre HSH; ao contrário, a porcentagem de casos entre esse “grupo” manteve-se constante enquanto o índice em heterossexuais aumentava.

Portanto, esta campanha teve como foco os homossexuais não por conta de um possível aumento no número de casos, mas sim pela



importância desse grupo na dinâmica da Aids no Brasil ao longo da trajetória da epidemia. É importante uma campanha direcionada a esse público que, além de ainda sofrer discriminação por sua opção sexual, por muitos ainda é relacionado com o vírus HIV.

Campanha nº 4: de 2003 (30 segundos)

Slogan: “Mostre que você cresceu: use camisinha.”

Esta é uma campanha de carnaval lançada pelo Ministério da Saúde, protagonizada pela cantora Kelly Key, que procura alcançar adolescentes do sexo feminino, entre 13 e 19 anos, incentivando o uso do preservativo na relação sexual. Foram realizadas produções para o rádio e para a televisão.

A cena do vídeo produzido se passa em uma farmácia, onde a cantora entra à procura de camisinhas. Dois balconistas percebem quem entrou no local e começam uma conversa, tentando deduzir o que ela estaria procurando. Sugerem que ela vai comprar creme, xampu ou batom.

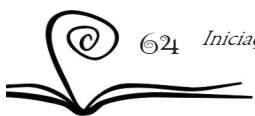
Em nenhum momento passa pela cabeça dos balconistas que ela está procurando preservativos, até que, depois de procurar e não conseguir encontrar, Kelly Key se dirige a eles:

– “Vem cá, onde vocês colocam as camisinhas, hein?”

A pergunta surpreende os balconistas, que logo indicam onde estão as camisinhas. A atitude da cantora, sua iniciativa em procurar por preservativos, foi o que causou essa reação nos dois homens.

A campanha visou estimular nas jovens o uso de camisinha nas relações sexuais e, mais ainda, que elas não tivessem vergonha de tomar a iniciativa de comprar e exigir que o parceiro usasse. A responsabilidade também é da mulher, não só do homem; portanto, ambos deveriam, como devem, preocupar-se com a prevenção.

A campanha de carnaval, através deste vídeo, utilizou o diálogo informal como uma forma de atingir mais facilmente o público ao qual é voltado. No final, entra a fala do narrador:



– “Mostre que você cresceu e sabe o que quer. Neste Carnaval, use camisinha.”

A voz do narrador representa o Ministério da Saúde, que complementa e reafirma o que foi informado através da cena na farmácia, forma mais ilustrativa de mostrar para o público a importância do uso do preservativo.

A utilização da figura de uma pessoa famosa também chama atenção para a campanha, inclusive contribuindo para o seu propósito, já que a cantora Kelly Key tem seu trabalho voltado para o público jovem, o que pode colaborar para uma melhor adesão à ideia de mulher independente transmitida por ela, tanto na campanha quanto em suas letras de música.

A campanha é uma tentativa de quebrar o estereótipo machista, segundo o qual a mulher é identificada como fútil e tem uma função passiva; há uma crítica a este preconceito ao tentar transmitir a ideia de que a mulher pode ter protagonismo na sua vida sexual. O vídeo sugere que, em vez de esperar uma atitude do homem, a mulher deva fazer a sua parte e não encarar a preocupação com o uso de preservativo como uma questão referente apenas ao sexo masculino, mas sim como uma responsabilidade que também lhe pertence.

Dados disponíveis no Boletim Epidemiológico de 2007 apontam, durante o período em que esta campanha foi veiculada, uma inversão na razão de sexo entre jovens de 13 a 19 anos, considerando a predominância geral de casos em indivíduos do sexo masculino. No ano de 2003, a razão era cerca de 0,7:1 (H:M), ou seja, 7 homens para cada 10 mulheres infectadas. Nos anos seguintes, o número de casos notificados caiu em ambos os sexos, mas a razão entre eles permaneceu estável.

Esta campanha serviu como alerta para as mulheres jovens que se encaixam nesse perfil epidemiológico; o fato de ser uma campanha de carnaval ressalta ainda a importância de haver preocupação com o uso de preservativos em um período em que os órgãos que promovem as campanhas contra a Aids parecem considerar como de promiscuidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Aids ainda é um tema delicado e complexo. Ao elaborar uma campanha educativa de prevenção da doença, é necessário refletir sobre diversos fatores que também atuam sobre a sociedade.

Esta é uma doença complexa não apenas no aspecto científico e da saúde; mostra-se também um tema complicado quando ultrapassa esse campo e se encontra presente no imaginário da população, que apresenta uma grande variedade de imagens acerca da Aids.

O fato de ser uma doença incurável até então, causa de um número muito grande de mortes no mundo inteiro, cria diversas percepções na população, como o medo, a sensação de impotência frente à epidemia, o preconceito contra os portadores do vírus HIV e, às vezes, cria também a falsa sensação de que a doença nunca afetará a si mesmo.

A heterogeneidade da população torna complexa a criação de uma campanha direcionada para o público em geral, em função da dificuldade de se organizar informação, conteúdo e linguagem adequados e com potencial de apelo a segmentos tão diferentes da população.

Aparentemente, é essa diversidade populacional que influencia a elaboração de campanhas voltadas para públicos específicos, como foi visto durante a análise das campanhas televisivas escolhidas. Aliado a isso, muitas vezes se considerou o perfil epidemiológico da Aids no Brasil durante o período de veiculação da campanha, para que de certa forma a campanha se adequasse ao quadro que a epidemia apresentava na época.

As quatro campanhas aqui analisadas diferenciam-se muito entre si: cada uma direcionada a um público específico, produzidas em diferentes épocas, com linguagens diferentes, algumas mais esclarecedoras do que outras, enfim, é visível a inexistência de um modelo a ser seguido quando se pensa em elaborar uma campanha preventiva de Aids, a partir do momento em que cada campanha lida com situações e públicos diferentes.



É importante ressaltar, no entanto, que não se procurou, neste trabalho, identificar ou analisar o quanto as campanhas influenciaram a mudança nos índices de contaminação, morte ou mesmo no perfil epidemiológico da doença ao longo do tempo. Até porque, como dissemos anteriormente, qualquer tentativa “fria” de medir o impacto da comunicação em questões que dizem respeito a políticas serão sempre, no mínimo, limitadas. Tentamos, então, analisar as campanhas não pelo que elas produziram como efeito – embora tenhamos inserido no texto algumas informações a esse respeito –, mas sim pelo que elas tentavam “atacar”, a partir dos dados científicos e epidemiológicos que existiam antes de sua elaboração e veiculação. Não se pode, portanto, medir a eficácia de uma campanha contra a Aids; a possível mudança de comportamento esperada pode não ser um resultado relacionado apenas à veiculação de uma campanha educativa. Uma queda ou um aumento no número de casos notificados não pode ser atribuído a uma eficácia ou ineficácia de certa campanha, respectivamente.

Basear-se em dados estatísticos ao elaborar uma campanha é importante, mas não o suficiente, quando se considera a complexidade da epidemia e de sua disseminação. A realização de uma campanha para um segmento específico é importante, mas também é interessante quando o restante da sociedade assiste a uma campanha como essa e entende as formas de prevenção, principalmente o uso da camisinha, que é válido para qualquer tipo de pessoa. Por isso, uma campanha bem elaborada consegue informar além do público considerado foco.

A televisão, como visto, serviu como um importante meio de veiculação dos vídeos pertencentes às campanhas governamentais. O papel da televisão, especificamente, não foi o foco deste trabalho, mas através dele foi possível perceber que a televisão, ao mesmo tempo que serve de veículo para as campanhas do Ministério da Saúde, também disponibiliza diferentes espécies de informação acerca da Aids, através de noticiários e outras matérias jornalísticas, que contribuem para a formação de símbolos e imagens relacionadas à doença no imaginário da população.



Por todos esses fatores aqui citados, é possível perceber que não é tão simples quanto parece elaborar uma campanha educativa. Existe todo um contexto a ser considerado, e mesmo assim não existe a garantia de sucesso quando se lança uma campanha.

Não existem meios de saber se as campanhas são a causa maior da mudança de comportamento em relação à Aids. Tal doença mostrou-se, e ainda se mostra, algo muito complexo, que envolve muitos fatores que vão além do que foi tratado aqui. As campanhas se encaixam nas medidas que foram tomadas, desde o início, na tentativa de atenuar os impactos causados pela epidemia.

REFERÊNCIAS

BARATA, G. F. *A primeira década de Aids no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*. Dissertação de Pós-Graduação na Universidade de São Paulo, 2006.

BELLONI, M. L. *O que é mídia-educação*. Campinas : Autores Associados, 2005.

BRAGA, J. L.; CALAZANS, R. *Comunicação e educação: questões delicadas na interface*. São Paulo: Hacker, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Seminário de comunicação, informação e informática em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes*. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

BRETÁS, B. Comunicação mediática no processo ensino/aprendizagem. In: COSTA, J. W. da; OLIVEIRA, M. A. M. (Orgs.). *Novas linguagens e novas tecnologias. Educação e sociabilidade*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 2, mar.-abr. 2001.



BYDLOWSKI, C. R.; PEREIRA, I. M. T.; WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan.-mar., 2008.

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

CASTILHO, E. A. de; JÚNIOR, A. L. R. A epidemia de Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 321-317, jul.-ago. 2004.

FILHO, C. M. *Televisão*. São Paulo: Scipione, 1994. (Série Ponto de Apoio).

JANES, M. W. *A contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via rádio na Grande de São Paulo*. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2007.

MOREIRA, A. da S. Cultura midiática e educação infantil. *Educação e sociedade*, Campinas, São Paulo, v. 24, n. 85, dez. 2003.

NATANSOHN, G. Comunicação & saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación*, v. 6, n. 2, maio-ago. 2004.

OLIVEIRA, V. C. de. As mídias e a mitificação das tecnologias em saúde. In: PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde & comunicação. Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1995.

PITTA, A. M. da R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: _____ (Org.). *Saúde & comunicação. Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1995.

_____; MAGAJEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Núcleo de Comunicação da Fundação UNI, Botucatu : Fundação UNI, v. 4, n. 7, 2000.



PORTO, T. M. E. As tecnologias de comunicação e informação na escola; relações possíveis... relações construídas. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 31, jan.-abril, 2006.

SOUZA, L. C. C. de F. e. Educação e publicidade. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 14, n. 2, abr.-jun. 2000.

TEIXEIRA, P. R.. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar, 1997.

TERTO JÚNIOR, V.; MATTOS, R. A. de; PARKER, R. As estratégias do banco mundial e a resposta à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, n. 1, 2001. Coleção ABIA, políticas públicas e Aids.

VAZ, P.; POMBO, M.; FANTINATO, M.; PECLY, G. O fator de risco na mídia. *Interface: comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 145-153, jan.-abr. 2007.

VAZ, P. R. G. Corpo e risco. *Forum media, Viseu*, v. 1, n. 1, p. 101-111, 1999.

Sites visitados:

www.aidsbrasil.com, acesso em: set. 2008.

www.aids.gov.br, acesso em: set. 2008.

