

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
CURSO TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE BIODIAGNÓSTICO EM SAÚDE

Ana Carolina Domingos Cassino

**COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE:**  
uma análise de campanhas televisivas de aids no Brasil

Rio de Janeiro

2008

Ana Carolina Domingos Cassino

COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE:  
uma análise de campanhas televisivas de aids no brasil

Trabalho apresentado à Coordenação do  
Laboratório de Formação Geral da Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio –  
EPSJV como requisito parcial para conclusão  
do Curso de Educação Profissional em Saúde  
Integrada ao Ensino Médio

Orientadora: Cátia Guimarães

Rio de Janeiro

2008

Ana Carolina Domingos Cassino

COMUNICAÇÃO, EDUCAÇÃO E SAÚDE:  
uma análise de campanhas televisivas de aids no Brasil

Trabalho apresentado à Coordenação do  
Laboratório de Formação Geral da Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio –  
EPSJV como requisito parcial para conclusão  
do Curso de Educação Profissional em Saúde  
Integrada ao Ensino Médio

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Cátia Corrêa Guimarães- Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Marco Antônio Carvalho Santos- Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>a</sup>. Mônica Mendes Caminha Murito- Fundação Oswaldo Cruz

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, e aos meus pais, Vanda e Jorge, pois sem eles nada disso seria possível, e ao Nicolás, meu irmão, pela paciência que demonstrou ter comigo quando eu passei a ocupar muitas horas escrevendo no computador que ele tanto gosta;

Ao Leandro, meu namorado, meu companheiro, que me deu total apoio durante todas as etapas da minha escolha, e que me motivou durante as fases mais difíceis;

À Cátia, minha orientadora, por ter me acolhido e me aceitado mesmo sabendo que o tempo era curto, por toda paciência que teve comigo, por tudo o que fez por mim, e por ter me ensinado tantas coisas ao longo do percurso;

À Mônica, minha professora do técnico, uma pessoa que eu tive o privilégio de conhecer; agradeço muito pela ajuda, pela boa vontade, pelo apoio, pelo incentivo, por tudo;

Ao Marco Antônio, que infelizmente não foi meu professor durante o ensino médio, mas que eu admiro e sou grata pela força e por ter me acalmado em alguns momentos de desespero;

Agradeço também às minhas amigas do Colégio Paranapuã (Ilha do Governador), que durante os três anos de Politécnica, mesmo longe estiveram presentes e compreenderam minha ausência em muitas ocasiões;

Ao Felipe Gabriel, uma das mais verdadeiras amizades que eu conquistei nesta escola, por ter me aturado nove horas por dia, durante cinco dias na semana, por três anos e ao Rodolpho (mais conhecido como Tic), pelos momentos de risadas e descontração.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2 AIDS</b> .....	7
2.1 HISTÓRICO E DESCRIÇÃO.....	7
2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO AO LONGO DA HISTÓRIA .....	7
2.2.1 ANOS 80 .....	7
2.2.2 ANOS 90 .....	8
2.2.3 DADOS ATUAIS.....	9
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE AIDS .....	10
<b>3 COMUNICAÇÃO</b> .....	14
3.1 COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO .....	14
3.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	18
3.3 OS CONCEITOS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE: A MÍDIA E A SOCIEDADE DO RISCO .....	21
<b>4 ANÁLISE DAS CAMPANHAS PREVENTIVAS DE AIDS</b> .....	25
4.1 METODOLOGIA NA ANÁLISE DAS CAMPANHAS.....	25
4.2 CAMPANHAS .....	25
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	37
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

Entre o final da década de 1970 e início de 1980, surgiu uma doença que veio a 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. É provável que a AIDS tenha se tornado uma das doenças mais presentes na mídia.

Como não foi descoberta nenhuma forma de cura da AIDS, e nem uma vacina que a previna, tornou-se importante investir em ações preventivas, que conscientizassem 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.

Para desenvolver essas atividades, a Coordenação Nacional de DST/AIDS estruturou um aparato de comunicação que lhe vem permitindo manter regularidade e volume de produção sem precedentes e sem correspondência com qualquer outro programa ou setor ministerial – não apenas a realização de campanhas televisivas, mas uma intensa produção de material impresso, radiofônico, etc. e um contínuo trabalho de relação com a mídia, através de releases, manuais e oficinas (CARDOSO, 2001, p.96).

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 de AIDS veiculadas na 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 sobre a população.

Neste trabalho, serão destacadas algumas campanhas, transmitidas em diferentes períodos ao longo da trajetória da AIDS no Brasil, analisando suas características principais e seus reais objetivos, de acordo com as diferentes situações nas quais se inserem.

A intenção é expor as diferentes abordagens de cada campanha, traçando um paralelo com as diferentes situações que a doença já enfrentou no país.

O trabalho estrutura-se em três capítulos principais:

No capítulo intitulado **AIDS**, é apresentada uma breve descrição da doença, acompanhada do histórico da epidemia no Brasil. Além disso, neste capítulo também estão incluídos dados epidemiológicos acerca da AIDS desde seus primeiros casos, e uma parte referente à Política Nacional de AIDS.

No capítulo **Comunicação**, é discutida a questão das possíveis funções e usos educativos do campo educacional, com destaque para os meios de comunicação de massa, em especial a televisão. Em seguida, como o foco principal deste trabalho é o uso dessas contribuições na área da educação em saúde, é apresentado um histórico da Comunicação em Saúde no Brasil, em que se encontram as primeiras iniciativas de unir estratégias do setor da comunicação com o setor saúde no país.

Em **Análise das Campanhas Preventivas de AIDS**, foram destacadas para análise quatro campanhas, promovidas pelo Ministério da Saúde e veiculadas pela televisão, tratando de períodos epidemiológicos diferentes ao longo da epidemia.

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.

## 2 AIDS

### 2.1 HISTÓRICO E DESCRIÇÃO

A AIDS, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência adquirida) é uma doença que se manifesta após infecção do organismo 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, Haiti e 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, Heroínômanos (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. Essa idéia de grupo de risco, no entanto, tornou-se polêmica ao longo dos anos.

Nos anos seguintes, entretanto, esse conceito foi bastante criticado por reforçar o preconceito e incentivar a idéia 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)

### 2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO AO LONGO DA HISTÓRIA

#### 2.2.1 Anos 80

O início da década de 1980, marcado pela notificação dos primeiros casos de AIDS no Brasil, 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.

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 é registrado o primeiro caso da doença perinatal. Todos esses acontecimentos contribuíram para acabar com a sensação de falsa segurança que acometia os indivíduos que não se encontravam entre os chamados grupos de risco: a doença passa a acometer outros segmentos, não-específicos.

Diversos eventos relacionados à AIDS ocorreram nessa época, mundialmente. No Brasil, em abril de 1985 surge a primeira ONG, em São Paulo, o GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS). Sob pressão internacional, a resposta das autoridades sanitárias no Brasil iniciou-se no mesmo ano, em maio, com o surgimento do Programa Nacional de AIDS (PN DST/AIDS), que consolidou-se em 1986. Em seguida, em 1987 é criada a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) no Rio de Janeiro.

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 melhoria da qualidade de vida dos portadores, mas também provocou o questionamento sobre os interesses da indústria farmacêutica no movimento social, em relação ao valor dos medicamentos (CARDOSO, 2001).

### 2.2.2 Anos 90

Durante o governo Collor, os sistemas de informação foram desestruturados e o Boletim Epidemiológico, criado na década de 1980 pelo Ministério da Saúde, foi suspenso. Muitas ONGs foram extintas por falta de financiamento, outras mantinham-se devido a parcerias com o governo.

Apenas em 1992, quando Adib Jatene assumiu o Ministério da Saúde, o Programa Nacional aproximou-se da sociedade civil e passou a investir na aproximação com as ONGs. A divulgação dos casos notificados de AIDS foi restabelecida.

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2007, no ano de 1996, dos casos registrados em homens, 29,4% foram em homo/bissexuais; 25,6% em heterossexuais; e 23,6% em UDI. No mesmo ano, dos casos notificados entre mulheres, 86,1% foram em heterossexuais e 12,6% em UDI.

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 sobe para 39,2%, o que evidencia a heterossexualização da doença.

Os dados sobre a proporção de casos entre homens e mulheres evidencia 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 endereço on-line 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 90, houve uma queda no nível de escolaridade dos portadores do vírus HIV, 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 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.

### 2.2.3 Dados atuais

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 mesmo período foi de 192.709.

Entre os jovens, ocorreu uma inversão na proporção entre casos masculinos e femininos; nos jovens de 13 a 19 anos, no ano de 2005, essa razão chegou a 0,6:1 (H:M).

Segundo relatório da UNAIDS, o Brasil é responsável por um terço dos indivíduos com HIV na América. 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.

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.

Progressivamente, a razão entre os sexos vem diminuindo: em 2007, a relação é de para 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.

### 2.3 POLÍTICA NACIONAL DE AIDS

Desde o início dos anos 80, a AIDS caracterizou-se como um problema quase exclusivo do setor saúde; portanto, a maior parte das políticas públicas emanava deste setor.

Foi no Estado de São Paulo que ocorreram as primeiras iniciativas em torno da AIDS. Em 1983, militantes que participavam do movimento pelos direitos dos homossexuais do Estado de São Paulo recorreram à Secretaria de Estado da Saúde (SES), à procura de uma posição em relação à epidemia que se estabelecia.

Em resposta, a SES criou um grupo composto por técnicos de diversas áreas, coordenados pela Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS). A Divisão, inclusive, já vinha tentando estruturar um serviço para DST. Passaram então a coordenar esse grupo de técnicos que tinham como função estudar e propor medidas que solucionassem os problemas relativos à epidemia.

Entre as principais medidas propostas, estavam: a definição do DHDS como coordenação das atividades de diagnóstico, tratamento, controle e orientação dos casos de AIDS; a Notificação Compulsória, pelos serviços e profissionais de saúde, dos casos suspeitos e diagnosticados; a distribuição de um informativo à população em geral, entre outras medidas.

Apesar do grande impacto que a AIDS provocava na população, até o ano de 1985 o Ministério da Saúde não havia se manifestado de uma forma expressiva. Nesta primeira fase, 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.

É nesse contexto que vem a ser oficialmente fundada, em abril de 1985, a primeira organização não-governamental voltada para a AIDS: o GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS. Durante esse período, diversos estados já possuíam seus programas organizados. O Ministério da Saúde passa a reconhecer a dimensão e a gravidade da epidemia e, em maio do mesmo ano, cria o Programa Nacional de Aids, estabelecendo as diretrizes iniciais para o enfrentamento da Aids no Brasil.

O Programa Nacional de AIDS consolida-se de fato em 1986, quando a atuação do Ministério da Saúde passa a ter expressão pública. Os primeiros anos do Programa caracterizaram-se por uma espécie de incorporação da experiência e das iniciativas desenvolvidas no país anteriormente, pelas unidades federadas e também pelo papel das ONGs, cada vez mais presentes.

Ainda em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que as idéias da Reforma Sanitária são consagradas, tornando-se parte da Carta Magna do país com a promulgação da nova Constituição, em 1988. Nasce o Sistema Único de Saúde (SUS). A OMS institui o dia primeiro de dezembro como dia internacional de luta contra a AIDS, incentivando a prevenção e a conscientização da população, o que acaba alavancando o processo de divulgação de informações e campanhas educativas.

Buscou-se também um envolvimento com diversos setores a fim de formular a política nacional. Anterior à Constituição e à criação do SUS, ainda em 1987 é instituída a Comissão Nacional de Controle de AIDS, na qual estavam incluídos representantes do Ministério da Educação. No ano seguinte, a Comissão inclui 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 Imunológico).

Essas medidas de inclusão de outros setores explicitam a tentativa de mudar a visão de que a AIDS é uma questão referente somente ao setor saúde, caracterizando-a, portanto, como uma questão de interesse nacional.

Ainda em 1987, através do documento "Estrutura e Proposta de Intervenção", o Programa Nacional divulga uma análise do trabalho realizado até então, e o planejamento das ações a serem realizadas nos próximos cinco anos (1988-1992). Fortalecido, o Programa passa a formular as normas e atividades a serem implantadas por todo o país.

As campanhas oficiais tiveram início em 1987. Inicialmente, foi adotado um discurso com a finalidade de intimidar, e que também acabou por reforçar a discriminação; essa

posição gerou resistência dos movimentos sociais, principalmente de ONGs de pessoas soropositivas.

Aos poucos surge a idéia de que a luta contra o preconceito e discriminação fazem parte da prevenção, assim como a defesa da solidariedade e dos direitos das pessoas que possuem a doença.

Essa estrutura é totalmente alterada durante o governo Collor. Durante os anos de 1990 e 1991, a Coordenação do Programa Nacional é desestruturada, a vigilância epidemiológica fica comprometida, e as associações com ONGs ficam completamente fragilizadas. Houve um isolamento do Programa Nacional.

No início de 1992, o ministro Alcení Guerra é afastado devido à denúncias de corrupção; o PNDST/AIDS, então, reorganiza-se. Ocorre a rearticulação com as ONGs e com os organismos internacionais. A parceria com outros setores governamentais não avança, e a AIDS permanece atribuída quase exclusivamente ao setor da saúde.

Inicia-se um novo período marcado, principalmente, pela parceria com o Banco Mundial. Em 1994 é 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 não ser considerada pelo banco como um problema da saúde, e sim de desenvolvimento, o empréstimo tem sido destinado ao setor saúde, tendo como eixos a prevenção da doença e a participação das ONGs. Porém, o Brasil dedicou parte dos recursos para garantir, além disso, o acesso universal dos pacientes ao tratamento anti-retroviral (inicialmente com o AZT, que já estava em uso desde a década de 80).

A distribuição gratuita de medicamentos, a adoção do princípio da saúde como direito universal, e o suposto dever do Estado de garanti-la, não é uma política recomendada pelo Banco Mundial. Apesar disso, 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 iniciou-se em 1998, teve seu término em 2002, e contou com um empréstimo de U\$ 165 milhões. (TERTO JÚNIOR, MATTOS E 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. Este terceiro Projeto de Controle da AIDS e das DSTs no país teve como principais objetivos reduzir a incidência de DST/HIV e melhorar a qualidade de vida dos

portadores de HIV/AIDS.

No ano de 2003, é realizado em Havana, Cuba, o II Fórum em HIV/AIDS e DST da América Latina, no qual o Programa Brasileiro de DST/AIDS é 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 com portadores de HIV/AIDS; o Programa Nacional de DST/AIDS brasileiro passa 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; no estabelecimento de modelos de intervenção, considerando os diversos grupos populacionais, quanto à conscientização de sua vulnerabilidade e risco.

A política de distribuição dos anti-retrovirais reduziu o número de mortalidade, de internações e de infecções por doenças oportunistas; os investimentos na produção dos genéricos traz como consequência uma diminuição de gastos, principalmente, com repetidas internações de pacientes.

### 3 COMUNICAÇÃO

#### 3.1 COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO

O principal objeto do campo da Comunicação, entendido no seu sentido mais amplo, é o estudo das interações sociais. Ao invés 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 um certo tipo de mediação das interações sociais. A tecnologia proveniente de tais meios acelera e diversifica o processo de comunicação, possibilitando o acesso aos mais variados campos de informação, podendo servir como um espaço de socialização.

Os meios de comunicação de massa, como o rádio, a televisão e a mídia impressa, exercem um papel significativo na sociedade atual. São eles os responsáveis pela veiculação de informações de maior abrangência, capazes de atingir os mais variados segmentos populacionais.

Os meios massivos tornaram-se, a partir do século XIX, um importante instrumento utilizado por muitas instituições e atividades da sociedade – seja na política, na saúde, na economia, nas artes, na educação (BRAGA e CALAZANS, 2001).

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).

Mediatizar é o ato de codificar mensagens, traduzindo-as de diversas formas, de acordo com o meio escolhido (como, por exemplo, documento impresso, ou audiovisual). Significa definir como serão apresentados os conteúdos previamente selecionados e elaborados, de forma que as mensagens construídas potencializem ao máximo as virtudes comunicacionais do meio escolhido (BELLONI, 2005).

A mídia de massa em si fornece informações sem necessária obtenção de resposta por parte do receptor; é, portanto, um sistema de comunicação de mão-única. O processo de

comunicação, mais amplo, sim, depende da interação entre o emissor e o receptor, e do receptor com a mensagem.

A questão principal a ser tratada aqui é de que forma os meios de comunicação de massa, que estão presentes na sociedade, podem contribuir para um processo educativo; como disseminar informação, com o objetivo de esclarecer, e alcançar uma possível mudança, ou simples orientação de comportamento. A esse fim servem, por exemplo, as campanhas publicitárias de interesse público, objeto deste trabalho.

Primeiramente, é importante perceber que a sociedade é composta por indivíduos que diferem uns dos outros. A população é heterogênea, portanto há diferentes contextos sociais envolvidos no processo comunicacional que se pretende estabelecer.

Quando se lança uma determinada campanha educativa através da mídia, por exemplo, não existe garantia de que o objetivo seja alcançado, justamente por causa das diferenças existentes entre cada cidadão. Entre outras coisas, este é um fator que inviabiliza a elaboração de uma campanha que seja capaz de conscientizar toda a população, de uma só vez e de uma só maneira, acerca de determinado assunto.

As campanhas educativas de saúde, tratadas neste trabalho, estão inseridas nesse contexto. Direccionam-se, quando necessário, a públicos específicos, desenvolvendo uma campanha que seja adequada à condição que tal grupo se encontra. Apropriam-se de instrumentos da publicidade para tentar promover uma possível mudança comportamental no indivíduo pertencente ao público que visa atingir.

O objetivo da publicidade alterou-se com o tempo. Hoje, além da venda de produtos, serviços e bens simbólicos, ela demonstra modelos a serem seguidos, apresentando, desta forma, um objetivo explícito, que consiste em oferecer as vantagens de determinados produtos, e um objetivo implícito, por intermédio do qual flui sua ação pedagógica. Por meio desta ação, a publicidade propõe transmitir valores sociais e pessoais (SOUZA, 2000).

A essência persuasiva, por exemplo, é um desses instrumentos utilizados pela publicidade, componente importante na elaboração de uma campanha de caráter educativo. Por meio desse recurso tenta-se influenciar nas atitudes do público, utilizando os meios disponíveis para convencê-los de que tal comportamento que está sendo proposto é o adequado para a garantia de sua saúde. É através desse artifício que se busca promover a adesão das “massas” a uma idéia.

Como foi dito até então, os meios de comunicação de massa podem ser utilizados com o objetivo de auxiliar em um possível processo educativo. Torna-se válido utilizá-los como

instrumentos das políticas públicas de saúde, veiculando, por exemplo, campanhas preventivas de AIDS. Embora os meios de comunicação de massa promovam campanhas de certa forma “espontâneas”, 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.

As informações acerca da AIDS estiveram presentes na mídia antes mesmo de que fossem desenvolvidas ações e políticas governamentais em relação à epidemia. A utilização, portanto, de tais recursos midiáticos na veiculação de campanhas, seria uma importante maneira de fornecer à população informações seguras, sistematizadas pelo Ministério da Saúde. De tal forma, a sociedade não se limitaria a ter acesso apenas a notícias veiculadas, por exemplo, em telejornais, ou mídia impressa, de forma generalizada, como ocorria no início da epidemia. Além de se manter atualizada, de forma geral, por esse tipo de informação, a sociedade passaria a contar, através de campanhas governamentais, com dados oficiais acerca da doença, além das principais formas de transmissão e prevenção.

O meio de comunicação de massa que ocupa neste trabalho o espaço principal é a televisão. Atualmente, este é um dos meios massivos que encontra maior receptividade junto à sociedade. Mesmo com o surgimento da internet, que passou a disponibilizar todo o tipo de informação imaginável, a televisão continua sendo um meio de grande popularidade.

A televisão possui uma linguagem marcada pela alta velocidade e alto ritmo de troca de imagens (MARCONDES FILHO, 1994). O dinamismo é o diferencial que esse meio possui. As imagens têm que ser muito rápidas, atraentes, conter uma grande quantidade de informações e apelos ao inconsciente, de tal forma que este fascínio prolongue-se e produza-se durante um tempo contínuo (MARCONDES FILHO, 1994, p.24).

A partir do momento em que a televisão caracteriza-se como um meio que fornece recursos para que as mensagens sejam facilmente codificadas, esta passa a desempenhar uma função crucial também na disseminação de ideologias (BARATA, 2006).

Mais do que apenas reunir várias linguagens em um único meio, a TV seduz com uma nova linguagem que incentiva uma multiplicidade de sentidos em pleno espaço privado, permitindo a visualização e penetração no mundo público e privado, sem os riscos reais que eles oferecem. Essa sedução é certamente maior do que nos outros veículos, primeiro pelas características que reúne, como já citado, a linguagem de áudio às imagens, somadas à temporalidade, agilidade e credibilidade das imagens ao vivo, além de sua ampla capacidade de penetração e acesso ao público (BARATA, 2006, p.52).

A televisão, por meio dos tantos recursos que detém, pode ser capaz de inserir na sociedade, de maneira constante, ideologias que, possivelmente, venham a se incorporar nas interações sociais, desde que utilize formas adequadas de divulgar tais espécies de informações, considerando o contexto social no qual se deseja penetrar.

Portanto, a TV é capaz de disseminar na sociedade os mais variados tipos de informação, com uma infinidade de objetivos possíveis, sempre atentando para a forma como se estrutura cada tipo de produção, de forma que sejam adequadas ao público, para que de fato alcancem o efeito esperado.

Considerando-se o fato de que, por meio da televisão, é possível problematizar os mais diversos assuntos, com a garantia de que pelo menos irá atingir boa parcela da população (sem garantir a interpretação esperada, mas ao menos garantindo, primeiramente, o acesso à informação), a tentativa de, por intermédio de tal meio, veicular campanhas governamentais em saúde pode ser válida.

Aqui, tratando-se de uma análise das campanhas veiculadas durante o tempo disponível para a exibição de informes publicitários, o chamado intervalo comercial, é mais importante ainda ressaltar a idéia de tempo sobre a qual estrutura-se a elaboração de uma determinada campanha a ser transmitida na televisão durante esse período. Esta caracteriza-se, geralmente, por exibir seu conteúdo de forma dinâmica, em um curto espaço de tempo, adequando-se aos modelos cabíveis para tal tipo de produção.

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 que ocupa um espaço secundário na grade televisiva – o intervalo comercial. Dificilmente um indivíduo liga sua televisão com o objetivo principal de assistir aos 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.

Por fim, 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.

### 3.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A educação em saúde é uma prática social que visa a uma possível mudança de hábitos e comportamentos através da apreensão de determinados conhecimentos. Na abordagem deste trabalho, não diz respeito, portanto, à educação formal, que se dá no espaço escolar. A comunicação, através de seus meios e artifícios, se insere nesse campo como um importante veículo mediador capaz de difundir tais conhecimentos.

Desta forma, acredita-se que a sociedade em geral, as famílias e os indivíduos, a partir do momento que se encontram preparados e informados sobre os problemas relacionados à saúde pública, podem vir a mostrar-se mais capacitados a compreender, analisar e avaliar tais problemas, de forma a assumir uma postura consciente acerca dessas questões.

Informações de qualidade, fornecidas no momento certo, da maneira adequada, podem constituir um importante instrumento na promoção da saúde. Contudo, é complicado afirmar que somente através de campanhas de saúde a mudança de comportamento/posição em relação ao que está sendo exposto será de fato alcançada. Essa mudança não depende somente da apreensão de informações, mas também de todo um contexto no qual o indivíduo está inserido.

Portanto, campanhas educativas veiculadas pelos meios de comunicação podem auxiliar na divulgação de informações importantes acerca dos problemas de saúde, orientando a população em geral sobre como proceder frente a um problema que ofereça ameaças à manutenção de sua saúde; mas não se deve atribuir somente a esse campo tal responsabilidade.

Os encontros da comunicação com a saúde nem sempre ocorrem na forma de construções epistemológicas, mas através de iniciativas pontuais em que áreas da saúde tentam incorporar estratégias de comunicação no seu fazer cotidiano (JANES, 2007. p.40).

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

As campanhas de combate às doenças e epidemias 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 campanhista de comunicação para a saúde, que desconsiderava particularidades geográficas, culturais e sociais, adotando uma campanha única, esgotou-se nos anos 60.

Foram incorporadas técnicas mais apuradas apenas na década de 70. As campanhas continuam apresentando um caráter persuasivo, porém há agora uma investigação e um foco maior nas particularidades do público, e é a partir desse momento que surgem inovações como o “ajuste da linguagem” e a noção de “público-alvo” (PITTA, 1995).

Partindo da análise de dados fornecidos pela epidemiologia, portanto, são construídas metas e hipóteses a serem seguidas na intenção de elaborar certo tipo de mensagem para o grupo social que se visa atingir. Passam a ser considerados os traços culturais – comportamento, hábitos – na elaboração de mensagens com a linguagem adequada. O comportamento da população é o alvo das políticas em saúde.

Durante os anos 80 surgiu a noção de saúde como direito civil, o que politizou a questão do acesso à saúde. O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 aponta como pressupostos do direito à saúde a participação da população na organização e controle dos serviços de saúde e o direito a educação e informação plenas.

Em 1988 são consagrados na Constituição Federal os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No mesmo ano são aprovados dispositivos constitucionais que passam a atender as demandas sociais de controle da propaganda na área da saúde. Os encontros sobre o tema comunicação passam a buscar novas relações entre o contexto de redemocratização 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).

Durante a década de noventa, houve um enorme esforço dos setores organizadores da sociedade brasileira em democratizar os meios de comunicação de massa no país, tendo em vista a possibilidade de convergência entre a disseminação da tecnologia da internet e as tecnologias tradicionais (Rádio, Jornais, Televisão), configurando o campo das (tele) comunicações.

Nesse contexto emergem novas identidades sociais, espaços e redes, o que traz a necessidade de reestruturação das demandas de forma policêntrica, com múltiplos objetivos e estratégias. A necessidade de utilizar novas tecnologias de informação/comunicação passou a ser considerada pelo campo governamental.

Na década de noventa, portanto, no campo da epidemiologia e do planejamento em saúde, são definidas novas metodologias que passam 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.

Essa dinâmica policêntrica introduz novos atores nas instituições gestoras do sistema de saúde, que vem demandando novas modalidades de uso dos meios de informação/comunicação, adequando-os às necessidades sociais e de saúde, diagnosticadas e demandadas coletivamente (PITTA, 1995).

Em 1996, ocorre 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), e a partir de então sobressai uma política que fornece mais concretude à relação existente entre comunicação e cidadania. Propõe, entre outras coisas, a relação interativa entre governo e sociedade. As ações dos gestores são sistematizadas sob o item IEC – Informação/Educação/Comunicação. (PITTA e MAGAJEWSKI, 2000).

O item *Informação em Saúde* propõe a implantação de um Sistema de Informações em saúde que passe a subsidiar a produção, organização e divulgação de dados relacionados à saúde, integrando-os com programas de educação e comunicação em saúde.

O item *Educação em Saúde* diz respeito a uma reestruturação nas ações educativas, de forma que respeite a realidade, a diversidade e as particularidades de cada região do país, considerando o aspecto cultural e o perfil epidemiológico ao traçar um planejamento para determinada região.

O item *Comunicação em Saúde* visa o uso de novas tecnologias tanto na formação do cidadão como na formação dos profissionais em saúde, desenvolvendo ações e programas que tratem da promoção da saúde e qualidade de vida.

Esses três conceitos unem-se, portanto, no item “IEC” da 10ª Conferência Nacional de Saúde. A Conferência estabeleceu como forma de integrar as três áreas a criação dos Centros de Documentação, Informação, Comunicação e Educação em Saúde, que tinham como principais funções auxiliar na formulação, no controle e na fiscalização das políticas governamentais, além de gerenciar e planejar as ações, incorporando tecnologias adequadas à estas.

Foi proposta também a criação de Pólos Municipais que se encarregariam de articular as diversas tecnologias com seus devidos usos, relacionando-os às políticas educacionais. Os pólos articulariam tecnologias como Rádio, Televisão, Jornal, Fax, Internet e Telefones Gratuitos (PITTA e MAGAJEWSKI, 2000).

Durante a década de noventa, portanto, é possível verificar que 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 CNS. Durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 2003, foram discutidas questões relacionadas à informação, comunicação e educação em saúde, sendo definidas algumas diretrizes, entre elas:

- Definir, pelo Conselho Nacional de Saúde junto com o Ministério da Saúde, estratégias para a elaboração de políticas que articulem informação, comunicação e educação em saúde para as três esferas de governo, de forma que seja garantida também uma maior visibilidade para as diretrizes do SUS;
- Respeitar as características regionais, étnicas e culturais, além de considerar as possibilidades de acesso por parte das entidades e dos movimentos sociais a tecnologias comunicacionais ao elaborar iniciativas na área de informação/comunicação/educação;
- Desenvolver iniciativas nas três esferas de governo que divulguem para a população as medidas tomadas pelos Conselhos e Conferências de Saúde;
- Divulgar de forma adequada a legislação do SUS e o papel exercido pelos Conselhos de Saúde;
- Promover a democratização das informações científicas e epidemiológicas, disponibilizando-as ao alcance da sociedade;
- 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).

### 3.3 OS CONCEITOS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE: A MÍDIA E A SOCIEDADE DO RISCO

A comunicação em saúde é considerada, ao longo desses processos acima situados, um importante mecanismo relacionado à prevenção de doenças e à promoção da saúde. Torna-se necessário, primeiramente, diferenciar esses dois conceitos importantes na esfera da saúde: a prevenção e a promoção.

As ações denominadas preventivas têm seu discurso baseado no conhecimento epidemiológico. A partir de dados estatísticos, são realizadas intervenções com o objetivo de reduzir a incidência de determinada doença, e sua prevalência nas populações. O resultado decorrido de estudos na epidemiologia caracteriza-se, portanto, como núcleo na formação de práticas de saúde pública.

Por outro lado, o conceito de promoção engloba um universo muito mais amplo que a prevenção. Ultrapassa a noção de uma simples aplicação técnica, lutando, das mais variadas formas e através dos mais variados recursos, pelo fortalecimento tanto da capacidade individual quanto da coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. (CZERESNIA, 2003).

A promoção também utiliza conceitos clássicos, como doença, transmissão e risco, característicos de um típico discurso preventivo. Mas vai, além disso, tentar construir nos indivíduos a capacidade de escolha, e insistir na utilização do conhecimento para atentar para as singularidades dos acontecimentos. Não é suficiente, portanto, ter apenas ciência do funcionamento das doenças e designar mecanismos para o seu controle. Não se trata apenas de normatividade, mas da saúde como construção subjetiva.

As campanhas governamentais de AIDS veiculadas na televisão, que constituem o foco deste trabalho, adotam um discurso preventivo. Através desse exemplo, é possível perceber a relação existente entre promoção e prevenção: as campanhas são preventivas, mas estão inseridas na esfera maior de promoção em saúde. Neste caso, a prevenção é um conceito que está inserido em um outro maior, o de promoção.

A promoção vem sendo entendida como uma importante estratégia para tentar enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam a população humana. Sua principal proposta é a articulação entre saberes técnicos e populares

A questão da saúde passa a ocupar, então, um espaço importante na sociedade, tornando-se um valor que orienta as ações cotidianas (VAZ, 2007). A sociedade passa a se preocupar e atentar para seus hábitos e comportamentos, procurando adequá-los a um padrão considerado saudável.

A mídia, ao expor constantemente uma considerável diversidade de informação acerca do assunto, exerce um papel importante nesse processo. Narrativas de casos reais, relatos de doenças e epidemias, divulgação de dados científicos, reportagens que tratam dos prejuízos, a longo prazo, de determinado hábito, campanhas governamentais veiculadas pelos mais diversos meios de comunicação, são alguns exemplos.

O campo comunicacional participa indiretamente na construção de um futuro a partir do momento que veicula, no caso da saúde, fatos atuais, relacionando-os com um tipo de comportamento passado. Ou seja, expõe uma suposta causa de determinada doença.

A compreensão dessa causa é hoje diferente do que se via na sociedade moderna. Na modernidade, a relação entre causa e efeito tinha uma certa proximidade temporal – a partir desse ponto de vista, contraía-se a doença e rapidamente apareciam os sintomas, que levavam as pessoas a procurarem auxílio médico.

Na sociedade contemporânea, uma das diferenças se encontra justamente nesse modo de pensar: passa a existir uma atenção maior às doenças que podem vir a apresentar um intervalo considerado longo entre a obtenção da doença e a manifestação dos sintomas. Um dos casos mais conhecidos é o da AIDS.

Presente em boa parte das campanhas educativas sobre AIDS está a noção de risco, ou seja, quais são as determinações biológicas e culturais ou tipos de comportamento que tornam as pessoas potenciais portadores da doença.

A primeira formulação sobre o conceito de fator de risco ocorreu na década de 1940. É de significativa importância ressaltar que o risco não é causa suficiente nem necessária para que se adquira determinada doença; é resultado apenas de um estudo das chances de ocorrência que existem.

As campanhas de saúde se voltam para aqueles que podem vir a adoecer. Não se limitam, entretanto, aos indivíduos que possuem algum fator ou comportamento de risco, partindo acima de tudo do princípio de que qualquer indivíduo deve se prevenir e adaptar o seu estilo de vida, tentando evitar ou reduzir possibilidades de adoecer futuramente. Essa ênfase no poder individual que os indivíduos possuem em relação à vida/morte é veiculada em muitas campanhas governamentais pela mídia.

Nossas interações perceptivas e motoras com o meio estão cada vez mais, e mais uma vez, sendo mediadas por tecnologias cognitivas e comunicacionais, de modo a que hoje sejamos obrigados a modificar nossa concepção do que é corpo, espaço e tempo (VAZ, 1999, p.4)

A disponibilização, através da mídia e suas tecnologias, dos mais variados temas possíveis relacionados ao processo saúde/doença, gera nos indivíduos a construção de si como objeto de cuidado, a partir do momento que tais meios têm como um importante papel advertir a existência de riscos e sugerir maneiras para contorná-los.

Passa a haver uma preocupação maior por parte de cada um, gerando uma atenção especial para os modos de agir e se comportar vistos como corretos, além da busca de melhores resultados a longo prazo. Em outras palavras, o conceito de saúde se definirá a partir do exame do que for considerado “normal” na vida humana.

Quando se pensa a decisão individual, o que faz problema é o peso que o indivíduo atribui a esta informação quando está diante da oportunidade de uma ação prazerosa. Uma campanha televisiva sobre a AIDS resume a relação entre mídia, consciência, informação e prazer (VAZ, 1999, p.14).

Nesse exemplo da AIDS, a informação fornecida é capaz de gerar na população que assiste à campanha uma espécie de simulação, na consciência, sobre o que aconteceria com o indivíduo se ele não resistisse à oportunidade de entregar-se ao prazer, sem comportar aí a noção de risco.

A partir dos exemplos fornecidos até aqui, é possível verificar que essas ações de promoção da saúde são de extrema importância ao tentar gerar transformações nos indivíduos, a fim de que passem a atuar como sujeitos na sociedade, sendo capazes de controlar-se nas situações às quais se submetem. A Promoção da Saúde coloca a educação (institucional ou não) como forma de desenvolver o exercício de cidadania para, desse modo, conseguir atitudes que levem à melhoria das condições de saúde e vida (BYDLOWSKI, PEREIRA e WESTPHAL, 2008).

## 4 ANÁLISE DAS CAMPANHAS PREVENTIVAS DE AIDS

### 4.1 METODOLOGIA NA ANÁLISE DAS CAMPANHAS

As campanhas escolhidas para serem analisadas envolvem situações diferentes ao longo do trajeto percorrido pela 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 respectivos vídeos foi orientada por público-alvo.

A princípio, é feita uma descrição da campanha, indicando a que público está pretendendo atingir. As cenas são descritas, identificando as formas do discurso (que pode variar de uma conversa a um discurso científico) e a maneira como é transmitida a idéia de prevenção, isto é, as medidas sugeridas pela campanha para evitar a contaminação pelo vírus HIV.

Informações mais específicas que possam ser relevantes, como os valores expostos nos vídeos, o tratamento adotado com público, a adequação da linguagem a este, e outros elementos importantes presentes nos vídeos também são mencionados.

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

### 4.2 CAMPANHAS

Campanha nº1

Ano: 1987

Slogan: “AIDS, você precisa saber evitar”.

Duração: 31”

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 seqüência de imagens acompanhadas pelo discurso – transcrito acima – 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 UDI 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 deve 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 cresce (326 casos), causando um conseqüente 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 80, 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 a da utilização de seringas que já foram usadas anteriormente entre os UDI, ou seja, o compartilhamento de seringas, apresentado como principal fator de risco. Não há a preocupação em mudar radicalmente o comportamento do público a que se dirige a campanha, isto é, a intenção maior 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 idéia 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 conseqüente de suas atitudes: a AIDS.

Durante a fala do narrador, são utilizadas palavras de forte impacto, como “vício”, “saúde”, “AIDS” e “morre”. Aparentemente, há uma seqüência e uma relação lógica entre essas palavras: o *vício* é prejudicial à *saúde*, e pode ser considerado um comportamento de risco, pois através de seringas contaminadas é possível adquirir *AIDS*, doença que *mata*.

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 UDI, contrariando as possíveis expectativas que havia em volta 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 entra em

crescimento constante nos anos que se seguem, 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 80 e início de 90, passando então a apenas estabilizar-se até o final dos anos 90, quando finalmente começa a declinar.

## Campanha nº2

Ano: 1998

Slogan: “Seja viva, evite a AIDS”.

Duração: 4 vídeos, totalizando 2’03”

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 conta com 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 idéia 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 de sua responsabilidade estar ciente e prevenir-se.

Apesar de as mulheres realizarem as perguntas, a voz principal é a do narrador: é ele quem fornece a 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 encontra-se 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 à alguma coisa.

A campanha preocupa-se, entre outras coisas, em desmistificar algumas crenças que a população possui. Algumas perguntas realizadas pelas mulheres, seguidas das respostas do narrador em off, ilustram esse objetivo:

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

Resposta: - “Não pega”.

Pergunta: - “Usando toalha e sabonete pega?”

Resposta: - “Não pega”.

Pergunta: - “Só de sentar em ônibus pega?”

Resposta: - “Não pega”.

Pergunta: - “AIDS pega na piscina?”

Resposta: “Não pega”.

Os vídeos esclarecem o público sobre certos comportamentos que não oferecem risco algum, o que pode 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 é transmitida. Nos vídeos estruturados sobre a forma de pergunta e resposta, não há referência direta sobre formas de prevenção:

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

Resposta: “Pega”.

Pergunta: - “Pega se fizer sexo pela vagina?”

Resposta: - “Pega”.

Pergunta: - “Usando a seringa dos outros, a gente pega?”

Resposta: - “Pega”.

Pergunta: - “Fazendo sexo anal pega AIDS?”

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 deve 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 estruturam-se 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. Na verdade, o casamento não é a única condição para esse comportamento; 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 que o homem use camisinha desconfiando, de certo modo, da infidelidade da mulher.

Porém, uma campanha que incentive 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”.

Este deve ter sido, então, o motivo principal para se pensar na elaboração de uma campanha como essa. Na década de 1990, como foi dito no capítulo 2, 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, 2002, p.99).

### Campanha nº3

Ano: 2002

Slogan: “Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças”

Duração: 35”

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 contou com 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 HSH. “*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 vai à sua procura. A menina apenas observa parte do diálogo, que ocorre entre os outros personagens.

Transcrição do áudio:

A campainha toca.

Mãe: - “É ele”.

O pai dirige-se a porta para atender.

Rapaz: -“Oi... Eu preciso falar...”

Pai: - “Ele não quer falar com você”.

Rapaz: -“Mas eu preciso falar com ele”.

Pai: -“Não volta mais aqui não, ele não vai falar com você”.

O rapaz nem entra na casa; o pai fecha a porta e vai ao encontro do filho, que se encontra junto com a 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 idéia de prevenção. O narrador menciona, através de sua fala no final, o uso da camisinha, mas ao mesmo tempo reforça a idéia 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 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 existe 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 por parte 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 idéia 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 contribui 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, os homossexuais eram os mais

atingidos pela doença. Porém, na época 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 nº4

Ano: 2003

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

Duração: 30’’

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.

- “O que será que ela vai comprar, hein?”
- “Eu aposto que é um ‘creminho’...”
- “Praquele rostinho...”
- “Ou será um xampu?”
- “Pro cabelinho...”
- “Olha lá, rapaz, olha lá, acho que ela vai pegar um batomzinho!”
- “Praquela boquinha...”

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 tenham vergonha de tomar a iniciativa de comprar e exigir que o parceiro use. A responsabilidade também é da mulher, não só do homem; portanto, ambos 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 idéia de mulher independente passada por ela, tanto na campanha quanto em suas letras.

A campanha é uma tentativa de quebrar o estereótipo machista, segundo o qual a mulher é identificada com futilidades e tem uma função passiva; há uma crítica a este preconceito, ao tentar transmitir a idéia de que a mulher pode ter protagonismo na sua vida sexual. O vídeo sugere que, ao invés de esperar uma atitude do homem, a mulher deve fazer a sua parte e não encarar a preocupação com o uso de preservativo 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 era 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 que os órgãos que promovem as campanhas contra a Aids parecem considerar como de promiscuidade.

## 5 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 dificulta a criação de uma campanha direcionada para o público geral, pois não há uma linguagem ou um discurso organizado de forma que consiga atingir e surtir o efeito esperado sobre toda a 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 que cada campanha uma com situações e públicos diferentes.

Não se pode medir a eficácia de uma campanha de 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 em 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, Germana Fernandes. 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, Maria Luiza. **O que é mídia-educação**. Campinas: Autores Associados, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes. Brasília, Coordenação Nacional de DST e AIDS/ Ministério da Saúde, 1999.
- BRAGA, José Luiz; CALAZANS, Regina. Comunicação e Educação: questões delicadas na interface. São Paulo, Hacker Editores, 2001.
- BRETÃS, Beatriz. Comunicação mediática no processo ensino/aprendizagem. In: COSTA, José Wilson da; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Monteiro (orgs.). *Novas linguagens e novas tecnologias. Educação e sociabilidade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.
- BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, vol. 34, n. 2, março-abril, 2001.
- BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira; WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Revista Saúde e Sociedade*, vol.17, n.1, São Paulo, jan-mar, 2008.
- CARDOSO, JANINE MIRANDA. Comunicação, Saúde e Discurso Preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas de Aids veiculadas pela televisão (1987-1999). Universidade federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil, 2001.
- CASTILHO, Euclides Ayres de; JÚNIOR, Antonio Luiz Rodrigues. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, vol. 37, n. 4, p. 321-317, jul-ago, 2004.
- FILHO, Ciro Marcondes. *Televisão. Série Ponto de Apoio*. São Paulo, Editora Scipione, 1994.
- JANES, Marcelus William. A contribuição da comunicação para a saúde: Estudo de comunicação de risco via rádio na Grande de São Paulo. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2007.
- TERTO JÚNIOR, Veriano; MATTOS, Ruben Araújo de; PARKER, Richard. As estratégias do Banco Mundial e a resposta á AIDS no Brasil. Coleção ABIA, Políticas Públicas e AIDS, n.1. Rio de Janeiro, ABIA, 2001.

MOREIRA, Alberto da Silva. Cultura midiática e educação infantil. *Educação & Sociedade*, vol.24, n. 85, Campinas, Dez./2003.

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

OLIVEIRA, Valdir Castro de. Os mídias e a mitificação das tecnologias em saúde. In: PITTA, Aurea Maria da Rocha (org.). *Saúde & Comunicação. Visibilidades e Silêncios*. São Paulo: Editora Hucitec – Abrasco, 1995.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. Interrogando os Campos da Saúde e da Comunicação: notas para o debate. In: PITTA, Aurea Maria da Rocha (org.). *Saúde & Comunicação. Visibilidades e Silêncios*. São Paulo: Editora Hucitec – Abrasco, 1995.

PITTA, Aurea Maria da Rocha; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. In *Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Núcleo de Comunicação da Fundação UNI*, vol. 4, n.7, Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000.

PORTO, Tania Maria Esperon. As tecnologias de comunicação e informação na escola; relações possíveis... relações construídas. *Revista Brasileira de Educação*, vol. 11, n. 31, jan-abril, 2006.

SOUZA, Luiz Carlos Carneiro de Faria e. Educação e Publicidade. *São Paulo em Perspectiva*, vol.14, n.2, São Paulo, abr-jun, 2000.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard (org.). *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

VAZ, Paulo Roberto Gibaldi. Corpo e Risco. *Forum Media, Viseu*, vol.1, n.1, p.101-111, 1999.

VAZ, Paulo; POMBO, Mariana; FANTINATO, Maria; PECLY, Guilherme. O fator de risco na mídia. In *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol.11, n.21, p. 145-153, jan-abr, 2007.

Sites consultados:

[www.aidsbrasil.com](http://www.aidsbrasil.com), acesso em setembro de 2008.

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em setembro de 2008.