



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ÁDRIA JANE ALBARADO

MUSEU DE GRANDES NOVIDADES:
UM OLHAR SOBRE CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO DE HIV E AIDS NO
BRASIL

Brasília-DF
Abril de 2025



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ÁDRIA JANE ALBARADO

MUSEU DE GRANDES NOVIDADES:
UM OLHAR SOBRE CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO SOBRE HIV E AIDS NO
BRASIL

Tese apresentada como requisito para a obtenção de título de doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Brasília-DF
Abril de 2025



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Qualificação realizada em 16 de abril de 2025.

BANCA DE DEFESA

Profª. Dra. **Ana Valéria M. Mendonça** (presidente)
Universidade de Brasília

Profª. Dra. **Ximena Pamela Bermudez** (membro titular interno)
Universidade de Brasília

Profª. Dra. **Flávia do Bonsucesso Teixeira** (membro titular externo)
Universidade Federal de Uberlândia

Profª. Dra. **Ana Maria de Brito** (membro titular externo)
Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz/ Pernambuco

Profª. Dra. **Dais Gonçalves Rocha** (suplente)
Universidade de Brasília

Às pessoas vivendo com HIV ou aids e aos gestores, gestoras e profissionais de saúde e de comunicação que atuam em busca da melhoria e da qualidade de vida dessas pessoas, por meio de ações de informação e comunicação de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Meu mais sincero sentimento de gratidão:

Ao meu amor, Beatriz Ruy.

Aos meus filhos, Otto e Lucca.

À minha mãe, Nôra; às minhas irmãs, Angria e Andrezza (*in memoriam*); e à minha sobrinha, Angélica.

Às minhas amigas queridas.

A todas as professoras que me conduziram ou me desafiaram até aqui.

Aos meus colegas de trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB.

À banca.

Cuidar é escutar a demanda da vida. É não tratar como morte o que é vida e como coisa o que é gente.

Eliane Brum

RESUMO

Campanhas midiáticas são as mais comuns estratégias de Comunicação em Saúde no Brasil. De maneira histórica e tradicional, a partir de direcionamentos epidemiológicos, elas são divulgadas em mídias de massa com o objetivo de prevenir doenças infectocontagiosas, inclusive o HIV e a aids, sendo, portanto, utilizadas constantemente como estratégia de Vigilância em Saúde. Todavia, apesar de adotadas desde o início da epidemia de HIV e aids, ano após ano ocorrem novas infecções, em particular entre pessoas vulnerabilizadas. E quando se buscam referências sobre a avaliação dessas intervenções, observa-se uma lacuna nas discussões da Saúde Coletiva. Diante desse contexto, a presente tese avalia as campanhas de comunicação sobre HIV e aids veiculadas pelo Ministério da Saúde brasileiro no recorte temporal de 2012 a 2022. Trata-se de um estudo de caso a partir da triangulação de métodos, que inclui: análise de conteúdo de peças das campanhas; avaliação normativa de notas técnicas e/ou informativas, *briefings* e planos de mídia; análise estatística e comparativa de dados epidemiológicos e operacionais e de políticas públicas; e pesquisa documental e bibliográfica. Quanto às bases epistemológicas adotadas, sob a perspectiva da transdisciplinaridade inerente às áreas, recorre-se a uma série de teóricos da Saúde Coletiva e da Comunicação Social, em especial das subáreas da Epidemiologia, Vigilância e Comunicação em Saúde e da Sociologia da Comunicação, respectivamente. Os resultados demonstram que as campanhas abordam métodos dos níveis de prevenção primária e secundária em 81% e 93% das peças, na respectiva ordem. Os níveis terciário e quaternário só aparecem em 8% e 32%. Os materiais citam os métodos de prevenção sem informações explícitas sobre cada um, dando ênfase às intervenções biomédicas. As campanhas acompanharam a evolução das tecnologias de cuidados, mas possuem graves falhas informacionais. As peças analisadas não respondem à necessidade de promover as intervenções comportamentais e estruturais determinadas pelos avanços políticas públicas de saúde e direitos humanos, em particular sobre HIV e aids. Apesar disso, elas podem ter contribuído para os avanços rumo ao alcance das metas de eliminação da infecção e da doença como problemas de saúde pública no Brasil. Ressalta-se a necessidade e a urgência de aperfeiçoamento das campanhas enquanto estratégia de Comunicação em Saúde adotada com o objetivo prevenir o HIV e a aids, sobretudo se consideradas as especificidades das populações-chave e prioritárias.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde. Vigilância em Saúde. HIV. Aids.

ABSTRACT

Media campaigns are the most common health communication strategies in Brazil. Historically and traditionally, based on epidemiological guidelines, they are disseminated in the mass media with the aim of preventing infectious diseases, including HIV and AIDS. They are therefore constantly used as a health surveillance strategy. However, despite having been adopted since the beginning of the HIV and AIDS epidemic, new infections occur year after year, particularly among vulnerable people. And when we look for references on the evaluation of these interventions, we see a gap in the discussions on Collective Health. In this context, this thesis evaluates the communication campaigns on HIV and AIDS run by the Brazilian Ministry of Health with a time frame from 2012 to 2022. It is a case study based on the triangulation of methods, which includes: content analysis of campaign pieces; normative evaluation of technical and/or information notes, briefings and media plans; statistical and comparative analyses of epidemiological, operational and public policy data; and, documentary and bibliographic research. As for the epistemological bases selected, from the perspective of the inherent transdisciplinarity of the areas, a series of theorists from Collective Health and Social Communication were adopted, especially from the sub-areas of Epidemiology, Surveillance and Health Communication and Sociology of Communication, respectively. The results show that the campaigns address methods from the primary and secondary prevention levels in 81 per cent and 93 per cent of the pieces, in that order. The tertiary and quaternary levels only appear in 8% and 32%. The materials mention prevention methods without explicit information about each one, and biomedical interventions are emphasised. The campaigns have kept pace with the evolution of care technologies, but have serious information gaps. The pieces analysed do not respond to the need to promote behavioural and structural interventions determined by advances in public health and human rights policies, particularly on HIV and AIDS. Despite this, they may have contributed to progress towards the goals of eliminating the infection and the disease as public health problems in Brazil. It is important to emphasise the need and urgency of improving campaigns as a Health Communication strategy adopted with the aim of preventing HIV and AIDS, especially considering the specificities of key and priority populations.

Keywords: Health Communication. Health Surveillance. HIV. AIDS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Marcos históricos do cuidado de HIV e aids no Brasil	24
Figura 2 – Políticas públicas para pessoas vivendo com HIV ou aids no Brasil	30
Figura 3 – HIV no mundo e no Brasil até junho de 2023	32
Figura 4 – Populações-chave e prioritárias e a prevalência de HIV – 1980 a 2022.....	36
Figura 5 – Principais atitudes discriminatórias relacionadas às populações-chave e prioritárias e pessoas vivendo com HIV ou aids no Brasil	38
Figura 6 – Determinantes estruturais e intermediários da saúde.....	41
Figura 7 – Campanhas de aids veiculadas pelo Ministério da Saúde de 1986 a 2023	51
Figura 8 – Principais abordagens da Comunicação em Saúde	58
Figura 9 – Ações promotoras da saúde que utilizam Comunicação em Saúde	65
Figura 10 – Epidemias e a evolução da Vigilância em Saúde no Brasil	69
Figura 11 – Mandala de Prevenção Combinada	78
Figura 12 – Modelo lógico para a avaliação normativa das campanhas de comunicação de HIV e aids – 2012 a 2022	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de abordagens de prevenção ao HIV	76
Quadro 2 – Resumo de objetivos, materiais e etapas metodológicas adotadas	89

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

Abia	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AZT	Zidovudina
Ciedds	Comitê Interministerial para a eliminação de Doenças Determinadas Socialmente
Gapa	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
ISTs	Infecções sexualmente transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia pós-exposição
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PrEP	Profilaxia pré-exposição
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TICs	Tecnologias de informação e comunicação

APRESENTAÇÃO

É opcional incluir uma apresentação em trabalhos acadêmicos como uma tese, mas neste caso ela é necessária, não exatamente para falar sobre mim enquanto acadêmica – pois, apesar de a vida não caber no Lattes, ele atende essa parte –, mas por alguns detalhes que precisam ser anunciados para não serem confundidos com equívocos ou julgados como excesso de criatividade ou ousadia.

Quando fui aprovada para o doutorado em Saúde Coletiva, atendi aos anseios de uma criança que, aos oito anos de idade, decidiu que se tornaria “doutora”. Se tudo correr dentro da normalidade – como tem sido até o momento – receberei o título 28 anos depois de uma decisão um tanto utópica para uma criança da periferia paraense. Não foi fácil chegar até aqui. Meu desafio sempre foi administrar estudos e muitas responsabilidades, pois nunca consegui somente estudar, desde muito cedo. Todo esse percurso me ensinou muito, mas também testou todos os meus limites.

Voltando ao momento da aprovação, tive também uma nova oportunidade profissional que se encaixou perfeitamente ao meu projeto de doutorado. Uma amiga muito querida me incentivou e disse que seria importante eu aceitar para não ter de dividir minha energia intelectual entre dois temas diferentes. Desde então, a caminhada tem sido de puro aprendizado técnico e evolução pessoal. Hoje, sanitarista de fato e de direito, sei que não preciso viver com HIV ou aids ou pertencer às populações-chave ou prioritárias para fazer a diferença enquanto profissional ou acadêmica.

Assim, e embalada por canções diretamente ligadas a essa jornada, produzi esta tese. O referencial teórico é “ideologia” e todas as seções relativas a ele serão designadas por trechos musicais que fazem total sentido – para o bem ou para o mal – em relação às construções apresentadas. Nesta entrega, pessoas vivendo com HIV ou aids não são desumanizadas e reduzidas a siglas, HIV e aids não são separados somente por barra (para não perpetuar o senso comum de que se trata da mesma coisa) e, com exceção de títulos e início de frases, aids não é escrita com inicial maiúscula. Além de uma escolha técnica, esta é também uma iniciativa de quem milita por uma Comunicação em Saúde para além da pesquisa, mas para a prática.

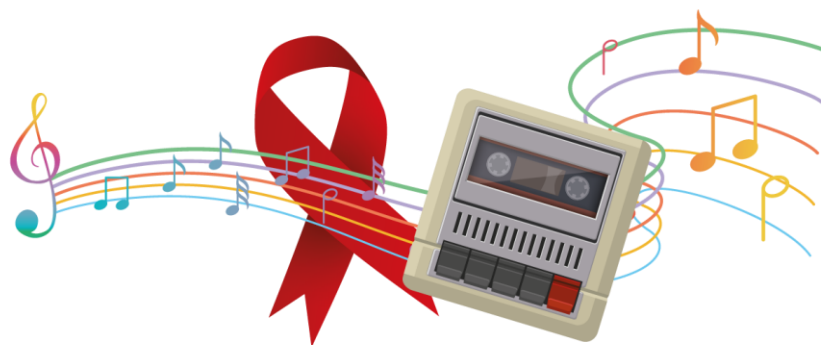
SUMÁRIO

1	“DEMOLIRÁ TODA CERTEZA VÃ”: UMA INTRODUÇÃO	13
2	“IDEOLOGIA”: REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	“A velha bandeira da vida”: políticas públicas, saúde e comunicação.....	18
2.2	“O tempo não para”: HIV e aids na história recente do Brasil	22
2.2.1	“Eu quero uma pra viver”: políticas públicas brasileiras para HIV e aids	28
2.3	“Aids, não tente colocar bandeides”: um panorama epidemiológico	31
2.3.1	“Nós somos cobaias de deus”: populações-chave e prioritárias para o HIV e a aids.....	33
2.3.2	“Para o sangue, sou o veneno”: estigma e discriminação relacionados ao HIV e à aids.....	37
2.3.3	“Você não me vê, mas eu vejo você”: determinantes sociais e ambientais da saúde.....	40
2.4	“Eu vejo o futuro repetir o passado”: Comunicação em Saúde no Brasil	45
2.4.1	“Tuas ideias não correspondem aos fatos”: comunicação em HIV e aids no Brasil	48
2.4.2	“Meus inimigos estão no poder”: Castells, comunicação e saúde	57
2.4.3	“Uma ponta de esperança”: Comunicação em Saúde.....	63
2.5	“Trago boas novas, bobagens num papel”: Vigilância em Saúde no Brasil.....	68
2.5.1	“Eu sou o livre-arbítrio”: prevenção em saúde no contexto do HIV e da aids	74
2.5.2	“Para todo o mal, a cura”: Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids.....	79
2.6	“De aids, ‘êids’, nunca se falou de sexo com tanta franqueza e confiança”: avaliação em saúde.....	84
3	METODOLOGIA.....	88
3.1	Análise de conteúdo das campanhas de comunicação sobre HIV e aids	89
3.2	Avaliação normativa de notas técnicas, <i>briefings</i> e planos de mídia.....	90
3.3	Análise comparativa: campanhas, dados quantitativos e políticas públicas	93
3.4	Aspectos éticos e limitações da pesquisa.....	94
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	96
4.1	Artigo 1 – Que abordagens e tecnologias de prevenção estamos usando? Análise de campanhas de comunicação de HIV e aids no Brasil.....	98

4.2	Artigo 2 – Somos tão jovens: campanhas públicas de prevenção ao HIV e à aids no Brasil entre 2012 e 2022	Erro! Indicador não definido.
4.3	Artigo 3 – Convergência, capitalismo informacional e autocomunicação: desafios e potencialidades da comunicação para a prevenção de HIV e aids no Brasil.....	Erro! Indicador não definido.
4.4	Artigo 4 – Museu de grandes novidades.....	Erro! Indicador não definido.
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS	117
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	138

1

“DEMOLIRÁ TODA CERTEZA VÃ” : UMA INTRODUÇÃO



1 “DEMOLIRÁ TODA CERTEZA VÃ”: UMA INTRODUÇÃO

Campanhas midiáticas são as mais comuns estratégias de comunicação em saúde pública no Brasil, pelo menos desde 1920 (Brandão, 2012; Pessoni, 2009). Ainda que o país viva situações que modifiquem cotidianamente as formas de produção, divulgação, acesso e recepção de informações e de comunicação – uma dinâmica que bem aborda o sociólogo espanhol Manuel Castells em grande parte de sua obra – ano após ano as campanhas de comunicação são utilizadas com o objetivo de influenciar as pessoas a se prevenirem de infecções ou doenças infectocontagiosas.

A base teórica dessas intervenções é difusionista e se origina, em grande parte, de experiências sobre a comunicação para mudança de comportamentos liderada pela Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos (Parvanta *et al.*, 2010). Contudo, vários autores (Tóth; Laro, 2009; Tufte, 2009; French *et al.*, 2014; Albarado, 2018) já apontaram que essas intervenções contribuíram para o aumento do conhecimento sobre saúde, mas não para o uso desse conhecimento no autocuidado ou cuidado coletivo, demonstrando as limitações das campanhas para a transformação de comportamentos sociais, em especial os relacionados à sexualidade. Paulo Freire também foi grande crítico do modelo – como explicitado nas obras *Pedagogia do Oprimido* e *Extensão ou Comunicação*, ambas de 1968 (Freire, 2019; 1983) – e, ainda no século passado, afirmava que era preciso promover a conscientização das pessoas para que elas se tornassem protagonistas de suas próprias histórias.

A partir de artigos com método quantitativo publicados entre 1998 e 2007, a revisão sistemática de Noar *et al.* (2009) mostra que em pelo menos 23 países, incluindo o Brasil, no período investigado, as campanhas de HIV e aids empregaram estratégias como: definição de audiência por meio da segmentação do público; mudança de comportamento, em vez de mudança de conhecimento; utilização de teorias comportamentais; alto investimento em exibição das mensagens; e uso de métodos mais rigorosos para avaliação dos resultados das campanhas, com indicadores relacionados ao comportamento. Ainda assim, os autores destacam que a maioria das intervenções segue usando métodos pré-experimentais para avaliar os resultados.

Há ainda a questão do formato verticalizado das campanhas, que ignora os determinantes sociais (Buss; Pellegrini-Filho, 2007; Garbois; Sodré; Dalbello-Araújo, 2017), mantém o foco nas doenças e compreende a recepção como uma simples etapa passiva, afastando possibilidades de uma participação cidadã (Brasil, 1990) por parte das pessoas em seus momentos da vida e nas comunidades em que elas se inserem (Albarado, 2018). Todavia, como nos afirmam Choo e Blackwood (2017), para alcançar um melhor *status* de saúde em qualquer população, deve-se rechaçar a confiança total na conformidade característica de modelos verticalizados e centralizadores na execução de políticas de saúde. Ao pensar a comunicação e toda a sua transversalidade no mundo, temos ainda a obra de Castells (de 1996 a 1998) e suas contribuições sobre a era da informação e as mudanças na economia, na sociedade e na cultura, bem como os rumos possíveis a partir da convergência das mídias, da autocomunicação de massa e do poder e do contrapoder da comunicação (Castells, 2003; 2013; 2015).

A relação da comunicação com a saúde é tão intrínseca que a Política Nacional de Vigilância em Saúde conceitua a Vigilância em Saúde como:

o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e **disseminação de informações** sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, **intervenção** e **atuação** em condicionantes e determinantes da saúde, para a **proteção e promoção da saúde da população**, **prevenção** e controle de riscos, agravos e doenças (Brasil, 2018a, s. p.) [grifos nossos].

Para o alcance desses objetivos, o governo brasileiro precisa ir além da mera disponibilização de informações, devendo considerar as mudanças ocorridas na sociedade e avaliar as intervenções de comunicação no campo da Vigilância em Saúde, em especial aquelas dirigidas a pessoas afetadas por determinantes sociais que acabam tornando-as mais vulneráveis a infecções ou doenças com alta carga de estigma e discriminação, como o HIV e a aids. Essa aferição é necessária porque, a partir dela, é possível propor iniciativas mais efetivas de informação e comunicação (Hartz; Silva, 2005; Hartz, 2008; Brousselle *et al.*, 2011; Minayo *et al.*, 2011; Noar *et al.*, 2009; Furtado *et al.*, 2018).

Contudo, Vega-Casanova *et al.* (2020) afirmam que há poucos estudos com resultados de avaliação de campanhas de comunicação sobre HIV e aids na América Latina. Os autores também apontam que os poucos trabalhos existentes utilizam métodos pré-experimentais envolvendo unicamente a avaliação pós-teste, sem grupo

de controle. Araújo *et al.* (2021) ratificam a afirmação dos referidos autores e evidenciam a ênfase de French *et al.* (2014) na ausência de um modelo adequado para a avaliação de campanhas de comunicação. Tal panorama é reforçado por pesquisa recente acerca da produção acadêmica brasileira sobre Comunicação em Saúde realizada por Rangel-S *et al.* (2023). O trabalho aponta que somente 8,22% dessa produção têm as temáticas de prevenção, proteção e Promoção da Saúde como objeto de investigação. O número de pesquisas que debatem o controle de riscos ligados a governança, bioética, interdisciplinaridade e legislação nas práticas de Vigilância em Saúde é ainda menor: 2,3%.

Vasconcelos, Oliveira-Costa e Mendonça (2016) analisaram campanhas do Ministério da Saúde (MS) entre 2013 e 2016 e concluíram que as intervenções de Comunicação em Saúde da pasta são focadas na prevenção de infecções e doenças. Todavia, no que se refere ao HIV e à aids, desde o início da epidemia, o país registrou 1.808.988 casos de HIV e 393.996 mortes em decorrência da doença. Somente em 2023, foram notificados 46.495 novos casos de HIV e 38 mil de aids. No mesmo ano, houve 10.338 óbitos associados à aids. Do total de casos no Brasil, mais de 832 mil pessoas com HIV ou aids estavam em tratamento com antirretrovirais (Brasil, 2025d).

Destarte, as questões que motivam a presente pesquisa são: qual a relevância das campanhas de comunicação para a prevenção do HIV e da aids, em particular no contexto da Vigilância em Saúde? Por qual razão elas seguem sendo a principal estratégia utilizada, a despeito da evolução das formas de produzir informação e comunicar? Diante disso, a tese visa avaliar as campanhas de comunicação sobre HIV e aids veiculadas pelo Ministério da Saúde brasileiro entre 2012 e 2022 a partir da perspectiva da Vigilância e da Comunicação em Saúde, bem como pelo prisma e as expectativas da Comunicação Pública e da concepção de Manuel Castells sobre o poder das redes de comunicação.

2

"IDEOLOGIA": REFERENCIAL TEÓRICO



2 “IDEOLOGIA”: REFERENCIAL TEÓRICO

O conjunto de teorias, pautas, políticas e valores que orientam esta pesquisa e todas as reflexões aqui apresentadas vêm de grandes áreas das Ciências da Saúde e Sociais Aplicadas, Comunicação e Saúde, e de suas subáreas, Comunicação em Saúde, Epidemiologia e Vigilância em Saúde. A partir de traços culturais dos *millennials*, também se aborda uma “ideologia” que fala de vida, sexo, drogas, *rock ‘n’ roll*, mídia e direitos fundamentais.

Para além de um referencial teórico, o conteúdo está dividido em seis subseções que destacam o desejo de “saber quem se é” e de “deixar de assistir a tudo em cima do muro”, quando o tema é Comunicação em Saúde Pública voltada ao HIV e à aids. Assim, parte-se da premissa de que tal “ideologia” pode influenciar a maneira como gestores, gestoras e profissionais da Comunicação em Saúde percebem o mundo, interpretam eventos e tomam decisões.

A primeira subseção aborda as políticas públicas basilares necessárias à “velha bandeira da vida”. O tema em comum entre Comunicação e Saúde são o bem público, a prevenção da infecção pelo HIV e a Promoção da Saúde. Na segunda, demonstra-se que o tempo não parou o HIV e a aids e, por meio do percurso histórico, destacam-se marcos e políticas brasileiras que tornaram o Brasil uma referência mundial no cuidado às pessoas vivendo com HIV ou aids.

No meio da história, surge então um retrato desafiador, para o qual não há “bandeides” e que afeta principalmente pessoas vulnerabilizadas socialmente. Na terceira parte, vê-se que, além da carga da infecção ou da imunodeficiência, essas mesmas pessoas também enfrentam uma série de estigmas e discriminações que, juntamente com suas realidades de vida, aumentam ainda mais os desafios relacionados à eliminação da epidemia de HIV e aids como problema de saúde pública.

A quarta subseção mostra, então, o “futuro repetindo o passado” e a urgência de reestruturar as práticas de Comunicação em Saúde, em especial aquelas pensadas para prevenir o HIV e a aids, pois as evidências apontam que “as ideias não correspondem aos fatos”. Por isso, é necessário compreender a convergência entre as mídias e o modo como as relações de poder se modificaram a partir das novas

tecnologias de informação e comunicação, bem como de participação social, inclusive para a Comunicação em Saúde.

A quinta parte do referencial, por sua vez, envereda pelos caminhos das “boas novas” relacionadas à evolução da Epidemiologia e da Vigilância em Saúde em busca da prevenção de novas infecções e do cuidado integral e da Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids. Essa evolução também perpassa por avanços nas tecnologias de saúde, em particular no que se refere à prevenção – em diferentes níveis – e ao tratamento dessas pessoas.

Por fim, na sexta subseção, apresentam-se trabalhos sobre avaliação em saúde, particularmente a análise das intervenções de Comunicação em Saúde Pública conhecidas como campanhas. O cerne é a temática HIV e aids e, por vezes, as infecções sexualmente transmissíveis. A partir disso, é possível verificar se se falou de “sexo e ‘êids’ com franqueza e confiança”.

2.1 “A velha bandeira da vida”: políticas públicas, saúde e comunicação

O âmbito das políticas públicas é uma realidade da comunicação e da saúde, e todas as questões que parecem conceituais e teóricas são necessárias àquilo que Lulu Santos canta como “a velha bandeira da vida”. De forma operacional, Saravia (2006) define políticas públicas como um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para alcançar os objetivos estabelecidos.

Quando se fala em políticas públicas, deve-se ter em mente que elas se referem à resolução de conflitos, problemas ou necessidades de interesse público e coletivo (Di Giovani; Nogueira, 2018). Assim, a finalidade da comunicação e da saúde enquanto políticas públicas deve ser o bem público decorrente da prevenção de agravos e da promoção da saúde. Por conseguinte, é imprescindível à comunicação pública empreender esforços e fomentar ações capazes de subsidiar indivíduos, gestores(as) e profissionais de saúde a fazer escolhas e tomar decisões que protejam a saúde das pessoas e promovam seu bem-estar e qualidade de vida, individual ou coletivamente.

Nesse contexto, o sentido de “público” está imbricado aos conceitos de democracia e cidadania. A cidadania pressupõe um modelo de integração e sociabilidade. Definida por Marshall (1967) como uma conjuntura de igualdade mínima concedida a todos os integrantes de uma comunidade política (Estado), ela prevê a democracia como uma de suas expressões. A democracia, por sua vez, refere-se a um conjunto de regras que estabelecem quem está autorizado a tomar decisões e mediante quais procedimentos (Bobbio, 1992). Esses conceitos são fundamentais ao exercício da política, uma vez que o alcance do bem público exige uma atuação democrática.

No Brasil, essas definições e a noção de sociedade civil foram impulsionadas e incorporadas ao senso comum principalmente a partir das décadas de 1970 e 1980, durante a resistência política ao regime militar por parte do movimento supraclassista, suprapartidário e supraideológico surgido em prol da democracia e dos direitos sociais, civis e políticos (Ramos, 2007). A Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) e as primeiras iniciativas de resposta à epidemia de aids foram resultado desse movimento (Paim, 2008; Teodorescu; Teixeira, 2015; Souza; Santos; Oliveira, 2015).

Desse período, em uma perspectiva internacional, dois documentos foram – e ainda são – de extrema importância para a comunicação e a saúde: o Relatório MacBride e a Carta de Ottawa. O primeiro resultou do trabalho realizado por uma comissão da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), presidida por Sean MacBride e composta por Juan Somavía e Gabriel García Márquez, dentre outros colaboradores, com o objetivo de conhecer os problemas de comunicação em nível global a partir da percepção das desigualdades na infraestrutura e no acesso às informações (MacBride *et al.*, 1983).

O relatório define comunicação democrática como aquela em que as pessoas deixam de ser somente receptoras para tornarem-se parceiras e protagonistas no processo comunicacional. O documento também descreve experiências e situações de desigualdades em vários países, além de fazer recomendações para minimizá-las e de trazer uma rica discussão sobre a comunicação e seu papel para o fortalecimento da democracia (Ramos, 2005; MacBride *et al.*, 1983). Já a Carta de Ottawa é o produto final da reunião realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Canadá em 1986, que definiu a promoção da saúde como estratégia adequada para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (WHO, 1986).

Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde e a informação tornaram-se direitos, sendo a última descrita na forma de liberdade de pensamento, de expressão, de culto e de reunião enquanto insumo fundamental para a cidadania (Ramos, 2005). Entretanto, o direito de ser informado, por mais amplo que possa ser, é restritivo e sempre será insuficiente. Por isso, é necessário “retomar o debate sobre direito à comunicação enquanto novo direito fundamental e quem sabe, mais adequado para amparar inesgotáveis expectativas de avanço crescente da democracia da igualdade em todo o mundo” (Ramos, 2005, p. 247). Compreende-se, assim, que a simples disponibilização das informações não é comunicação, nem atende às diretrizes dos direitos à informação e à participação social. “Sem a participação dos leitores, espectadores e dos ouvintes na adoção de decisões e na constituição dos programas dos meios de comunicação social, a verdadeira democratização não chegará a ser uma realidade” (Ramos, 2005 p. 250).

E por que tal não se verifica nas intervenções de Comunicação em Saúde Pública, que já conta com a premissa da participação social? Afinal, a Constituição de 1988 reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, [2025a]). Grande relevância foi dada à informação e à participação social com a criação do SUS e o estabelecimento de seus princípios e diretrizes, dentre os quais se destacam: direito à informação, pelas pessoas assistidas, sobre sua própria saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo(a) usuário(a); e participação da comunidade (Brasil, 1990).

O trabalho das assessorias de comunicação das instituições públicas abriu caminhos para o que hoje se entende como Comunicação em Saúde. Xavier (2006) afirma que “o âmbito da Comunicação em Saúde é institucional e diz respeito às diretrizes de comunicação pública a partir do Estado e de suas políticas e instrumentos” (idem, p. 43). Com base na revisão dos conceitos definidos por quase duas dezenas de autores – dentre eles, Mosquera (2003), Araújo e Cardoso (2007), Schiavo (2007), Mendonça (2014) e Rangel-S (2023) – pode-se afirmar que as finalidades da Comunicação em Saúde são a prevenção de enfermidades e o incentivo à cidadania por meio da participação social e prestação de contas, bem

como a promoção da saúde das pessoas em diferentes contextos sociais mediante relações interpessoais, mídia e conhecimento (Albarado, 2018).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo que proporciona às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre ela (WHO, 1986). Essa definição implica ações permanentes que comprometem todos os atores da sociedade, com a intenção explícita de fortalecer habilidades de indivíduos e grupos por meio de um processo político e social (Salazar, 2004). A responsabilidade por esse processo, por sua vez, foi apontada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) em 1990 como a “soma das ações da população, dos serviços de saúde, autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, dirigidos para o desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva” (Salazar, 2004, p. 21).

Nessa perspectiva, observa-se estreita relação entre a comunicação e a promoção da saúde com as discussões sobre a democratização e participação na comunicação pública, bem como com suas respectivas finalidades. Entre os anos 1970 e 1980, a comunicação pública de natureza publicitária foi usada como sinônimo de comunicação estatal na divulgação de ações dos governos e, em seguida, em iniciativas de cunho educativo (Brandão, 2012). A posterior associação do conceito à democracia e à cidadania resultou das transformações sofridas durante a transição para o atual regime democrático (Duarte; Veras, 2006). No âmbito acadêmico, Pierre Zémor é um dos precursores dessa discussão, com a obra *La Communication Publique*, de 1995. Por sua vez, Duarte e Veras (2006) sistematizaram diferentes abordagens a partir das definições de teóricos como o próprio Zémor (1995) e outros, para explicar que a comunicação pública

[...] ocorre na esfera pública, que é um espaço de discussão sobre diferentes temas, de manifestação de opiniões e onde também se manifesta a democracia [...] é praticada pelo Terceiro Setor, quando este se relaciona com o Estado, com o mercado e com a sociedade. [...] realizada por meio da radiodifusão pública. Ela é resultado do movimento de democratização ocorrido durante a década de 80 e surgiu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que instituiu, mesmo que implicitamente, três sistemas complementares de serviços de radiodifusão, quais sejam o privado, o público e o estatal (art. 23 da CF/88). [...] realizada pelo setor público e legitimada pelo interesse geral e pela utilidade pública das mensagens [...] Pesquisadores brasileiros, ao adaptarem o entendimento francês sobre Comunicação Pública à realidade da estrutura democrática brasileira, formataram uma outra abordagem de Comunicação Pública, a quinta, a qual enfatiza o Governo como ator do processo (Duarte; Veras, 2006, p. 11-12).

Brandão (2012) também aponta múltiplos significados e acepções referentes à comunicação pública e acrescenta que o sentido de informação para a cidadania ganha *status* no início do governo Lula, com a proposta de uma Política Nacional de Comunicação que misturava educação cívica, propaganda e *marketing* político, em um moralismo filosófico que percebe a comunicação como instrumento pedagógico de ideias políticas.

Bucci (2015) tece uma série de críticas quanto às questões abordadas acerca da comunicação pública no que se refere à permissividade semântica e define que:

[...] a comunicação pública se compõe de ações informativas, consultas de opinião e práticas de interlocução, em qualquer âmbito, postas em marcha por meio do emprego de recursos públicos, mediante processos decisórios transparentes, inclusivos e abertos ao acompanhamento, críticas e apelações da sociedade civil e à fiscalização regular dos órgãos de controle do Estado (Bucci, 2015, p. 69).

Quanto às características da comunicação pública, Duarte (2012) aponta o compromisso em privilegiar o interesse público em relação ao interesse individual ou corporativo; a centralização do processo no(a) cidadão(ã); o tratamento da comunicação como um processo mais amplo do que a simples informação; a adaptação dos instrumentos às necessidades, possibilidades e interesses públicos; e a exigência de assumir a complexidade da comunicação, tratando-a como um todo uno.

Já no que se refere às suas finalidades, Bucci (2015) afirma que a comunicação pública existe para “promover o bem comum e o interesse público, sem incorrer, ainda que indiretamente, na promoção pessoal, partidária, religiosa ou econômica de qualquer pessoa, grupo, família, empresa, igreja ou outra associação privada” (idem, p. 69). A essa lista, acrescenta-se a prestação de contas e participação política envolvendo Estado e sociedade, na forma de ouvidorias, conselhos e audiências públicas, dentre outras que possibilitam participação mais ativa e consciente de cidadãos e cidadãs (Brandão, 2012; Paulino, 2007).

2.2 “O tempo não para”: HIV e aids na história recente do Brasil

A história da aids e das políticas públicas brasileiras está registrada por uma vasta lista de autores e autoras: Marques (2002); Bastos (2006); Pereira e Nichiata (2011); Souza, Santos e Oliveira (2015); Teodorescu e Teixeira (2015); Greco (2016);

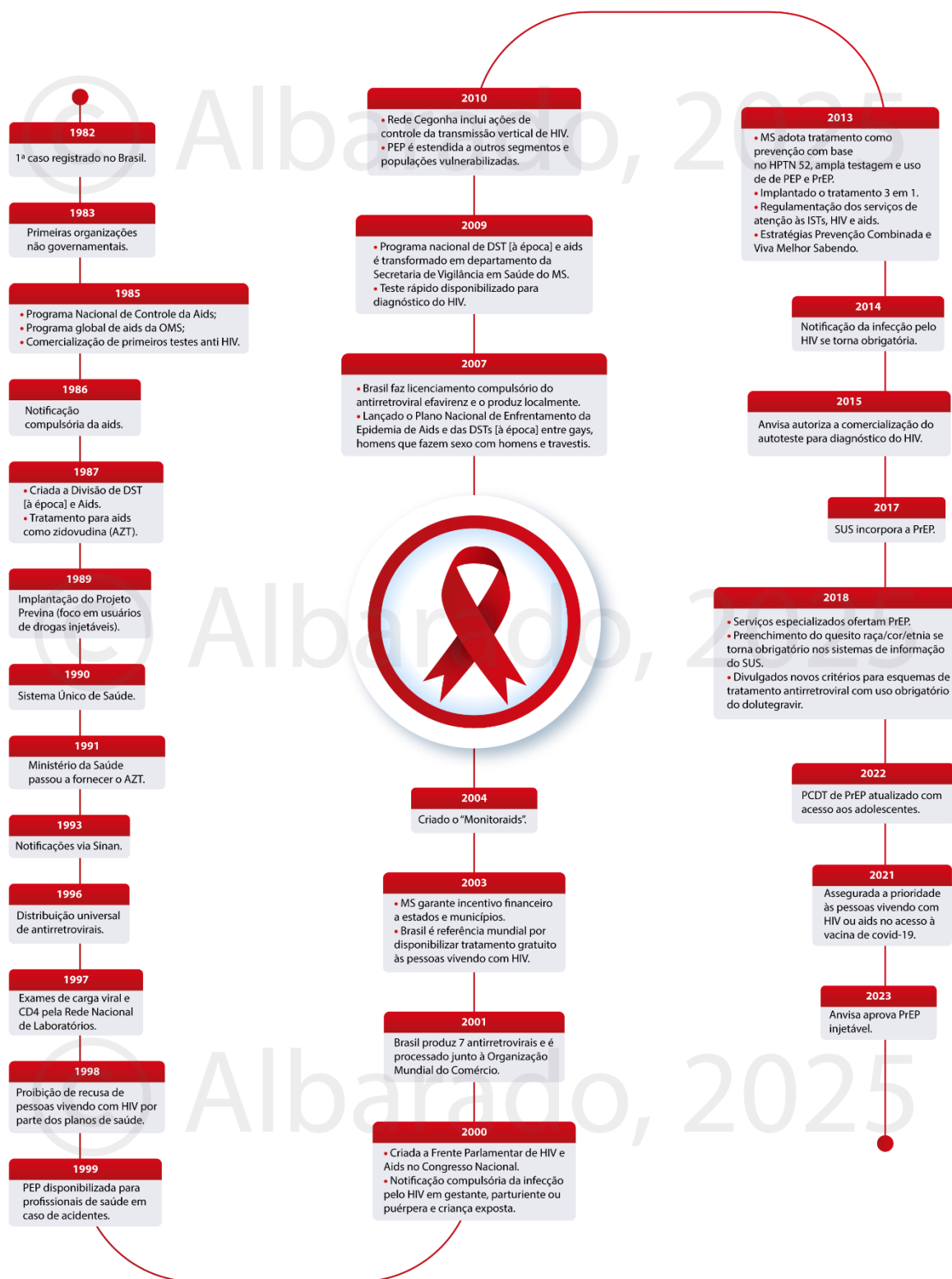
Barros (2018), dentre outros. Além de importantes registros históricos, eles(as) identificaram as principais políticas públicas sobre os temas a partir de 1980. Como disse Cazuya, “o tempo não para” (Figura 1).

De acordo com esses(as) pesquisadores e pesquisadoras, a resposta à aids teve início com a redemocratização do país e os debates estruturantes para a saúde brasileira, que incluíram os movimentos da Reforma Sanitária, da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da proposição do SUS em 1988. A veia militante por direitos sociais e contra o estigma e a discriminação em relação à infecção e à doença sempre marcaram essa história, em que “o partido” eram “corações partidos” por dores que foram muito além da perda de artistas e personalidades como Michel Foucault, Cazuya, Freddie Mercury, Renato Russo e Betinho, entre tantas outras pessoas.

O primeiro registro de caso de aids no Brasil foi realizado em 1982, em São Paulo. Um ano depois, surge a primeira resposta governamental à doença, com o Programa de Aids do estado de São Paulo e as primeiras organizações e entidades não governamentais do país, que tiveram e têm importante papel na resposta contra a epidemia no Brasil. Dentre elas, destacam-se o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) (Pereira; Nichiata, 2011; Barros, 2018).

O Programa Nacional de Controle da Aids foi criado por meio da Portaria do Ministério da Saúde n.º 236, de 2 de maio de 1985, inicialmente ligado à Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNEPS). No mesmo período, a OMS reconheceu a aids como problema de saúde pública e criou o Programa Global para a doença. Também foram comercializados os primeiros testes anti-HIV, criando outra categoria de pessoas vivendo com HIV, os “soropositivos” (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Figura 1 – Marcos históricos do cuidado de HIV e aids no Brasil



Fonte: elaborado pela autora.

A aids foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória em 1986, mesmo ano em que se organizou o Sistema de Informação Nacional da Aids, com dados de todos os estados. Segundo Teodorescu e Teixeira (2015), com a centralização das notificações em Brasília, no ano citado obteve-se o primeiro balanço nacional do número de casos de aids no Brasil (Marques, 2002; Greco, 2016; Brasil, 2023c).

Em 1987, o Ministério da Saúde publicou portaria criando formalmente a Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST [à época] e Aids. Nesse ano, já havia conhecimento sobre a etiologia do HIV, as formas de infecção e os testes que permitiam a identificação e o controle de qualidade do sangue para a resposta à epidemia – Lei n.º 7.649, de 1988 (Brasil, 1988b) e Portaria MS n.º 721, de 1989 (Brasil, 1989). De acordo com Barros (2018), *a priori*, o MS incentivou estratégias com ênfase na Promoção da Saúde e prevenção, como educação em saúde e estímulo ao uso de preservativos. Ainda em 1987, um fármaco utilizado para leucemia – a zidovudina (AZT) – passou a ser usado internacionalmente como antirretroviral contra o HIV. Dois anos depois, foi implantado o Projeto Previna, com foco em usuários(as) de drogas injetáveis.

No Brasil, a pressão do movimento social fez com que gestores estaduais adquirissem o AZT. O Ministério da Saúde passou a fornecer o medicamento em 1991 e, a partir de 1996, a distribuição universal de antirretrovirais foi incorporada à política brasileira de saúde, por meio da Lei n.º 9.313 (Brasil, 1996a). Em 1993, as notificações para o controle dos novos casos começaram a ser estruturadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o Sinan (Bezerra, 2019).

Ainda segundo Bezerra (2019), em 1997 teve início a implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pessoas com infecção pelo HIV que estavam em tratamento com antirretrovirais. O objetivo da rede era a realização de exames de carga viral e a contagem de células CD4, responsáveis, em parte, pelo sistema de defesa do organismo. Um ano depois, via Lei n.º 9.656, de 1998 (Brasil, 1998a), foi proibido às operadoras de planos de saúde recusar clientes com infecção pelo HIV, bem como criar cláusulas que excluíssem o tratamento de HIV ou aids. Em 1999, a profilaxia pós-exposição (PEP) de risco ao HIV foi disponibilizada no SUS para profissionais de saúde em caso de acidentes (Brasil, 2024c; Unids, 2023).

No ano 2000, foi criada a Frente Parlamentar de HIV e Aids no Congresso Nacional e, conforme a Portaria MS n.º 993, de 4 de setembro de 2000 (Brasil, 2000),

tornou-se obrigatória a notificação da infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV. Um ano depois, o Brasil produzia sete antirretrovirais, pelo que foi processado junto à Organização Mundial do Comércio. Quando o Ministério da Saúde ameaçou declarar o licenciamento compulsório dos medicamentos, os laboratórios concordaram em reduzir os preços e a denúncia contra o país foi retirada (História, 2014; 40 anos, 2023; Brasil, 2015).

Em 2003, a pasta ministerial garantiu incentivo financeiro a estados e municípios que desenvolvessem projetos relacionados ao enfrentamento da epidemia de aids, e o Brasil se tornou referência mundial por disponibilizar tratamento gratuito às pessoas vivendo com HIV. Desde então, o incentivo de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), HIV e aids segue ocorrendo. Em 2022, os valores repassados foram alterados por meio da Portaria MS n.º 232 (Greco, 2016; Barros, 2018; Brasil, 2015; 2022c; 40 anos, 2023).

Conforme Souza, Santos e Oliveira (2015), com o objetivo de embasar novas iniciativas e políticas públicas de controle do HIV e da aids, em 2004 foi criado o “Monitoraids”, um programa de monitoramento dos casos de aids no Brasil. Em 2007, o governo brasileiro licenciou compulsoriamente o antirretroviral efavirenz, permitindo sua fabricação local. Nesse mesmo ano, também se inaugurou a primeira fábrica estatal de preservativos do país e foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DSTs [à época] entre gays, homens que fazem sexo com homens e travestis (Souza; Santos; Oliveira, 2015; Greco, 2016; Brasil, 2015; 2019b; 40 anos, 2023).

Em 2009, o Programa Nacional de DST [à época] e Aids foi transformado em departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS (Brasil, 2019b). Ainda nesse ano, por meio da Portaria n.º 151, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar o teste rápido para o diagnóstico do HIV. Um ano depois, a Rede Cegonha incluiu ações de controle da transmissão vertical do vírus, e o teste rápido foi ampliado para todas as gestantes durante o pré-natal na atenção primária (Brasil; 2015; 40 anos, 2023).

Também em 2009, o MS bateu um recorde com a distribuição de mais de 465 milhões de preservativos no Brasil (Bezerra, 2019). Um ano depois, a PEP foi estendida a outros segmentos e populações vulnerabilizadas, além de ser

disponibilizada na rede de urgência e emergência para pessoas que se expusessem a situações de risco via relações sexuais (Brasil, 2015; 40 anos, 2023).

O ano de 2013 foi marcado por uma série de fatos históricos. O MS adotou a tese do tratamento como prevenção, a partir de evidências científicas divulgadas internacionalmente – em particular o estudo HPTN 52 –, bem como a ampla testagem e o uso de antirretrovirais pré e pós-exposição ao HIV. Além disso, a utilização dos medicamentos antirretrovirais como tratamento passou a ser indicada para qualquer fase da doença, independentemente do CD4, e foi implantado o “3 em 1”, unindo os antirretrovirais em um único comprimido. Também houve a publicação da Portaria Conjunta n.º 1, de 16 de janeiro de 2013, que regulamentou os Serviços de Atenção às ISTs, HIV e aids (Brasil, 2013), e a confirmação, pelo Conselho Federal de Enfermagem, da competência de profissionais enfermeiros(as) para a realização de testes rápidos.

Com base nessas informações, em 2013 também surgiram a estratégia da “Prevenção Combinada” e o projeto “Viva Melhor Sabendo”. A primeira consiste no uso simultâneo de diferentes métodos de prevenção – por meio de intervenções biomédicas, comportamentais e/ou estruturais – aplicadas em múltiplos níveis, ou seja, individualmente, nas parcerias sexuais e em comunidades, dentre outros, para responder a necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV. O segundo é uma abordagem de educação entre pares que visa a realização de ações de Prevenção Combinada, em particular a testagem, para as populações mais afetadas pela epidemia.

Em 2014, a notificação da infecção pelo HIV tornou-se obrigatória por meio da Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014 (Brasil, 2014b). Em 2015, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou a comercialização do autoteste para diagnóstico do HIV; porém, o primeiro registro do insumo só ocorreu dois anos depois.

Também em 2017, a profilaxia pré-exposição (PrEP) foi incorporada ao SUS e passou a ser ofertada em 2018 pelos serviços especializados, mesmo ano em que se tornou obrigatória a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor/etnia nos sistemas de informação do SUS e foram divulgados novos critérios para esquemas de tratamento antirretroviral com uso obrigatório do dolutegravir (Brasil, 2019b).

Após o período mais difícil da pandemia de covid-19 e com o surgimento da vacina para a doença em 2021, foi assegurada a prioridade de acesso ao imunizante às pessoas vivendo com HIV ou aids. Em 2022, o MS atualizou o Protocolo Clínico e

Diretrizes Terapêuticas (PCDT) sobre profilaxia pré-exposição (PrEP) para garantir o acesso à profilaxia a todas as pessoas acima dos 15 anos de idade, sexualmente ativas (Brasil, 2022d).

Por fim, em 2023, a Anvisa aprovou o primeiro medicamento injetável que pode ser usado para a prevenção da infecção pelo HIV no Brasil, conhecido como PrEP injetável. Além disso, foi instituído o Comitê Interministerial para a Eliminação de Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), incluindo a aids (Brasil, 2023b). Menos de um ano depois, em fevereiro de 2024, foi lançado o Programa Brasil Saudável – Unir para cuidar (Brasil, 2024a), como desdobramento do Comitê Interministerial. Tanto o Ciedds quanto o Brasil Saudável serão detalhados adiante.

2.2.1 *“Eu quero uma pra viver”: políticas públicas brasileiras para HIV e aids*

Após a apresentação de uma breve história diretamente ligada aos primeiros casos de aids e à busca por acesso aos cuidados – em particular, por intervenções biomédicas –, é necessário trazer “boas novas” que foram além de intervenções voltadas ao cuidado físico e fisiológico. A Figura 2 sintetiza as políticas que serão apresentadas daqui em diante.

A Constituição Federal garantiu direitos fundamentais às pessoas vivendo com HIV ou aids e a todos os cidadãos e cidadãs brasileiros, dentre os quais a dignidade humana e o acesso à saúde pública. Esse acesso foi confirmado pelos princípios da universalidade e da integralidade dispostos na Lei n.º 8.080, de 1990 – a Lei Orgânica da Saúde.

Ainda em 1988, foi determinada a isenção de imposto de renda para as pessoas vivendo com HIV ou aids pela Lei n.º 7.713 (Brasil, 1988c) e, em 1990, elas tiveram direito a realizar o saque do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) – nos moldes de casos de doenças graves – por intermédio da Lei n.º 8.036. Um ano depois, as pessoas vivendo com HIV ou aids ou com hepatopatia grave conquistaram o direito ao benefício da aposentadoria por invalidez, ficando dispensadas da reavaliação pericial para verificar suas condições de saúde, conforme a Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991 (Brasil, 1991).

Em 1992, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução n.º 1.359, sobre o dever dos médicos de atenderem pessoas sob risco de se infectar ou

infectadas pelo HIV ou com aids (CFM, 1992). O documento foi revogado em 2003 e sucedido por outro mais completo (Resolução CFM n.º 1.665/2003), que incluiu a proibição aos médicos de solicitarem, de forma compulsória, exames sorológicos para o HIV (CFM, 2003). Essa proibição, por sua vez, consta no artigo 168 da Consolidação das Leis de Trabalho. Ainda em 1992, a Portaria Interministerial n.º 796 (Brasil, 1992a) – conhecida como “Sheila Cartopassi” – proibiu a discriminação de crianças vivendo com HIV ou aids nas escolas. Outra Portaria Interministerial dessa época, de n.º 869 (Brasil, 1992b), também proibiu a testagem anti-HIV de funcionários públicos federais.

Um ano depois, por meio da Lei n.º 8.742, de 1993 (Brasil, 1993), foi garantido um salário mínimo de benefício mensal à pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho – incluindo pessoas vivendo com HIV ou aids que comprovassem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la suprida por sua família. Conforme a legislação, esse benefício independe de contribuições para a Previdência Social.

Já em 2002, a Lei n.º 10.409 (Brasil, 2002) introduziu e normatizou a redução de danos como estratégia de saúde pública – importante medida de prevenção e cuidado em HIV e aids, especialmente em relação às pessoas com problemas de abuso e dependência de drogas injetáveis. Contudo, essa normativa foi revogada pela Lei n.º 11.343/2006 (Brasil, 2006), que trouxe, por sua vez, o conceito de vulnerabilidade nas ações e políticas de saúde (Brasil, 2006; Souza; Santos; Oliveira, 2015).

O artigo 18 da referida Lei afirma: “Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para **a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção**” [grifo nosso]. Um ano antes, a Portaria MS n.º 1.028/2005 (Brasil, 2005) já havia regulado as ações voltadas à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas causadoras de dependência.

Após uma imensa lacuna, em 2014 foi sancionada a Lei n.º 12.984 (Brasil, 2014a), que tornou crime punível com reclusão de um a quatro anos e multa a discriminação de pessoas vivendo com HIV ou aids por meio de atitudes como negar matrícula escolar, emprego ou atendimento à saúde, dentre outras. Quatro anos depois, a Lei Geral de Proteção de Dados – n.º 13.709, de 2018 (Brasil, 2018b) – ratificou o sigilo da condição de pessoa vivendo com HIV ou aids. Em 2022, a

preservação do sigilo foi novamente reforçada e tornou-se obrigatória por meio da Lei n.º 14.289 (Brasil, 2022a).

Figura 2 – Políticas públicas para pessoas vivendo com HIV ou aids no Brasil



Fonte: elaborado pela autora.

Pouco antes, a Nota Informativa n.º 5/2019 (Brasil, 2019a), do então Departamento de HIV, Aids e Hepatites Virais, informou sobre o conceito “indetectável = intransmissível” para pessoas vivendo com HIV em tratamento e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses. Em 2023, a OMS levou essa informação a outro patamar, afirmando – pela primeira vez explicitamente – que carga viral indetectável é igual a zero risco de transmissão do HIV. A divulgação foi uma vitória contra o estigma e a discriminação relacionados às pessoas vivendo com HIV ou aids (WHO, 2023).

Em abril de 2023, foi publicado o já citado Decreto n.º 11.494, que institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças

Determinadas Socialmente (Ciedds), dentre elas a aids e a transmissão vertical do HIV (Brasil, 2023b). O Ciedds tem a finalidade de promover ações que contribuam para a eliminação de infecções e doenças enquanto problemas de saúde pública no país até 2030. No caso do HIV e da aids, a perspectiva é atender as metas e os objetivos mensuráveis acordados internacionalmente, bem como reduzir a incidência da transmissão, como no caso da transmissão vertical do HIV.

Também conforme anteriormente mencionado, em fevereiro de 2024, como desdobramento das ações do Comitê, foi lançado o Programa Brasil Saudável – Unir para cuidar. Um trecho do artigo 5º do Decreto que instituiu a iniciativa reflete mais uma conquista do movimento social: “o Programa Brasil Saudável [...] será coordenado e acompanhado pelo Ciedds [...], com a participação dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil” (Brasil, 2024a, *on-line*).

2.3 “Aids, não tente colocar bandeides”: um panorama epidemiológico

O panorama epidemiológico do HIV e da aids no Brasil e no mundo é atualizado e disponibilizado anualmente pelo Ministério da Saúde e organismos internacionais como a OMS e as Nações Unidas. Para além da contagem dos números, a Epidemiologia permite a identificação de riscos e padrões de disseminação do HIV e da aids entre as pessoas. Os indicadores servem para a avaliação, o planejamento e a administração das estratégias de prevenção, vez que, por meio dessas respostas, é possível direcionar intervenções conforme as mudanças e a dinâmica da epidemia (Rouquayrol; Silva, 2021; Almeida-Filho; Medronho; Barreto, 2023).

É impossível “colocar bandeides” quando o assunto é a infecção pelo HIV ou o adoecimento por aids (Figura 3). Desde o início da epidemia em 1980, 88,4 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus e 42,3 milhões morreram em decorrência de doenças relacionadas à aids no mundo (Unaid Brasil, [2025]). Atualmente, a estimativa é que existam cerca de 40 milhões de pessoas vivendo com HIV globalmente. Destas, 1,3 milhão foram infectadas no último ano e 630 mil morreram por aids como causa básica. Outras 30,7 milhões estão em terapia antirretroviral (Unaid Brasil, [2025]; OMS Brasil, [2025]).

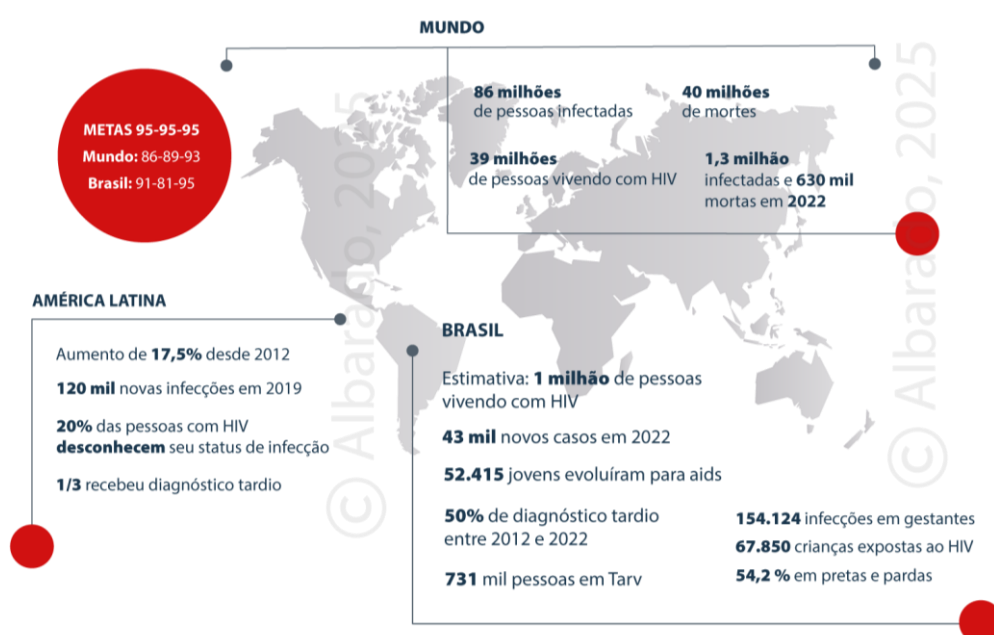
A estimativa da OMS é que o número de novos casos de HIV na América Latina tenha aumentado 9% desde 2010, com aproximadamente 120 mil novas pessoas

infectadas somente em 2023. Outra estimativa preocupante da Organização é que cerca de 12% das pessoas com HIV na América Latina e no Caribe desconhecem seu *status* de infecção e cerca de um terço foram diagnosticadas tardiamente, ou seja, com aids e imunodeficiência avançada (OMS Brasil, [2025]).

No Brasil, estima-se que há mais de um milhão de pessoas vivendo com HIV. O número de casos de HIV registrados no Sinan é de 541.759. Somente em 2023, foram notificados aproximadamente 46,5 mil novos casos de infecção pelo vírus. A faixa etária mais prevalente é a de 25 a 34 anos de idade, concentrando 66,5% dos casos. Quando se observa somente o sexo masculino, esse mesmo grupo etário corresponde a mais de 50% dos casos. Quanto à categoria de exposição, em 2024, 43,9% dos casos notificados de aids ocorreram entre pessoas do sexo masculino homossexuais e bissexuais.

Entre 2012 e 2022, um total de 52.415 jovens – de 20 a 39 anos de idade – vivendo com HIV, de ambos os sexos, evoluiu para aids. Mesmo com esse alto (e infeliz) número, é possível observar uma diminuição na taxa de detecção de aids durante o período analisado – o que é positivo, uma vez que, com o tratamento, é possível evitar o avanço do HIV e o adoecimento por aids. Em 2013, a taxa era 21,9 a cada 100 mil pessoas, passando para 17,1 em junho de 2024.

Figura 3 – HIV no mundo e no Brasil até junho de 2023



Fonte: elaborado pela autora.

Houve redução também na mortalidade pela síndrome. Em 2023, a taxa padronizada foi de 3,9 por 100 mil pessoas, a menor da série histórica da epidemia de aids no país. Conforme dados do monitoramento clínico realizado pelo MS, o percentual de diagnóstico tardio no referido período é de cerca de 50% e, das pessoas com imunodeficiência avançada, mais de 63% têm 50 anos ou mais (Brasil, 2023d).

Desde o início da epidemia, foram registradas cerca de 394 mil mortes por aids como causa básica, tendo cerca de 60% delas ocorrido de 1980 a 2011, ou seja, morreram menos pessoas nos últimos dez anos. Essa redução pode ter relação com os avanços do tratamento, em particular no que diz respeito à eficácia e à menor toxicidade dos atuais antirretrovirais. Mais de 832 mil pessoas estão em tratamento antirretroviral no país (Brasil, [2025b]).

A taxa de detecção do vírus em gestantes tem aumentado ano a ano, o que significa que a capacidade de diagnóstico de estados e municípios brasileiros vem crescendo. A taxa de transmissão vertical era de 2,4 a cada mil nascidos vivos em 2013, chegando a 4,0 em junho de 2023. Os dados mostram que mais de 75% das gestantes infectadas pelo HIV possuem menos de oito anos de estudo, 54,3% são pretas e pardas e 53,1% estão na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (Brasil, 2024b).

Para alcançar as metas de eliminação do HIV e da aids como problemas de saúde pública propostas pelas Nações Unidas, 95% das pessoas que vivem com HIV devem conhecer seu *status* sorológico; 95% das pessoas que sabem que vivem com HIV devem estar em tratamento antirretroviral; e 95% das pessoas em tratamento devem alcançar a supressão da carga viral, ou seja, tornar o HIV indetectável. O Brasil chegou às marcas de 96%, 83% e 96%, respectivamente (Un aids Brasil, [2025]; Brasil, [2025b]).

2.3.1 *“Nós somos cobaias de deus”: populações-chave e prioritárias para o HIV e a aids*

Ao observar os dados de HIV e aids disponíveis desde o início da epidemia até o momento, é possível constatar que os casos de HIV estão concentrados em pessoas do sexo masculino (73,6%); em jovens de 20 a 39 anos de idade (63,6%); em pessoas pretas e pardas (62,8%); em pessoas com baixa escolaridade (27,4%); e em gays e outros homens que fazem sexo com homens (34,6%, chegando a 42,3% em 2022).

Insta ressaltar que, a partir de 2016, a categoria de exposição via relações homossexuais ultrapassou a categoria de exposição heterossexual, que até então era a principal forma de infecção pelo HIV entre pessoas do sexo masculino (Brasil, 2024b).

Além disso, estudos de Bastos *et al.* (2018), Szwarcwald *et al.* (2018) e Kerr *et al.* (2018) demonstram que a prevalência do HIV é maior entre populações vulnerabilizadas quando comparadas à população geral: 36,7% em mulheres trans e travestis; 18,4% em gays; 6,9% em pessoas que usam drogas injetáveis; e 5,3% em mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo. O Unaid (2023) também traz dados que ratificam essas informações: 10,3% entre pessoas trans; 7,5% entre homens gays e homens que fazem sexo com outros homens; 5% entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis; 2,5% entre profissionais do sexo; e 1,4% entre pessoas privadas de liberdade.

Estar diante desse contexto é como ouvir as frases de Cazuzu: “Se você quer saber como eu me sinto, vá a um laboratório ou a um labirinto. Seja atropelado por esse trem da morte”, afirmadas por cada pessoa vulnerabilizada (Figura 4). A denominação inicial de “grupo de risco” só aumentou o estigma e a discriminação contra as pessoas hoje chamadas de populações-chave e prioritárias para o HIV, nomenclaturas a serem explicadas adiante. Tal denominação foi desconsiderada e substituída pelo conceito de “comportamento de risco”, também posteriormente relegado devido ao seu alto potencial de culpabilização individual – afinal, a mudança de comportamento não depende apenas de informação e boa vontade. Eis que, finalmente, se alcançou a concepção de vulnerabilidade.

Conforme Alves (2015), o termo vulnerabilidade surgiu na advocacia internacional para denominar grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente no que se refere à promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Ayres *et al.* (2009) apontam que, no campo da saúde, a expressão foi mais amplamente utilizada a partir das discussões do livro *Aids in the World*, parcialmente reeditado no Brasil, por Mann, Tarantola e Netter (1993). Conforme os autores, a noção de vulnerabilidade pode ser considerada o resultado do processo de progressivas interseções entre o ativismo diante da epidemia de aids e o movimento dos direitos humanos, sendo particularmente dividida em fragilidades individuais e coletivas.

Posteriormente, o conceito foi aperfeiçoado por Ayres (1997; 2014; 2022) e Ayres *et al.* (2003), pelo que se pode compreender que a efetividade da prevenção ao HIV requer informação educativa, acesso a serviços de saúde e de assistência social e um ambiente social solidário. Anos depois, essas discussões culminaram em um modelo multidimensional, apresentado pelo mesmo autor, para analisar a vulnerabilidade ao HIV e à aids. A dimensão individual inclui aspectos relacionados ao conhecimento e aos comportamentos da pessoa, como o conhecimento sobre HIV e as formas de se prevenir; atitudes e crenças em relação ao sexo e à prevenção; habilidades de negociação para o sexo protegido; e o uso de álcool e outras drogas. Cabe ressaltar que, como assumido pelo próprio Ayres (2022), “Mesmo no que se refere à dimensão individual, busca-se fortalecer uma compreensão que supere a ideia de um sujeito ‘mônada’ [único ou simples]” (idem, p. 199).

Já a dimensão social envolve fatores societários e culturais, como iniquidades de gênero, pobreza e exclusão social, estigma e discriminação. A dimensão programática, por fim, se refere aos serviços de saúde e às políticas públicas, como o acesso às tecnologias de prevenção, diagnóstico e tratamento, a qualidade dos serviços de saúde e as políticas públicas de promoção à equidade e de enfrentamento ao estigma e à discriminação (Ayres, 1997; 2014; 2022; Ayres *et al.*, 2003). Em 2006, a já citada Lei n.º 11.343, de 23 de agosto, utilizou explicitamente o conceito de vulnerabilidade.

Di Giovanni e Nogueira (2018) ressaltam que, na Saúde Coletiva, a definição de vulnerabilidade é epidemiológica e se estrutura na identificação e caracterização de grupos, situações e comportamentos de risco, adotando uma abordagem tanto descritiva quanto inferencial. Essas abordagens visam, portanto, a explicitação dos fatores que configuram as vulnerabilidades observadas.

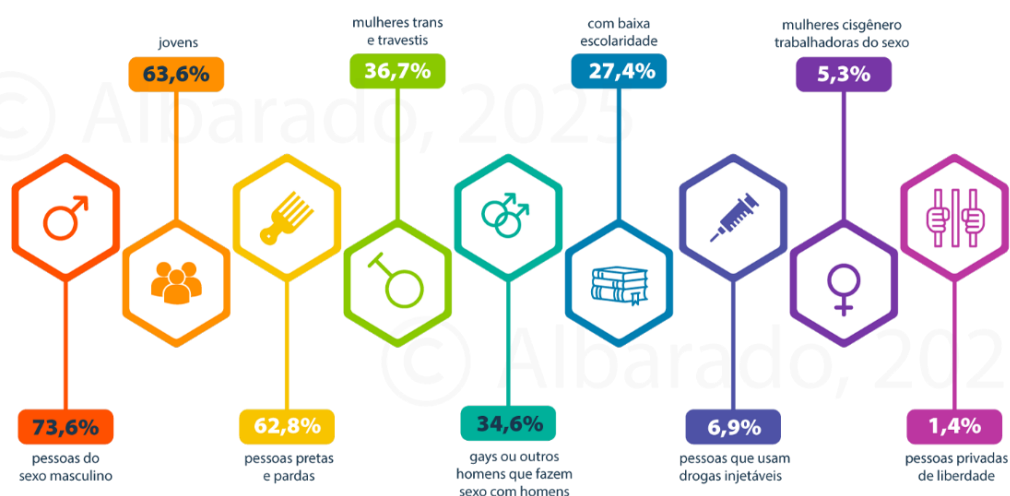
Os autores também conceituam a palavra a partir da perspectiva das políticas públicas. Para eles, o tratamento dado ao tema se resume da seguinte maneira: inicialmente, ocorre a identificação da presença de riscos e a relação das possíveis vulnerabilidades. Em seguida, se estabelece a magnitude, a frequência e a duração do risco, bem como a história de risco em específico. O próximo passo consiste em adotar uma das opções, *ex-ante* ou *ex-post*, para administrar o risco e a resposta a ele. A primeira promove esforços para reduzir a exposição ao risco e organizar compensações para perdas consumadas. Já a segunda investe recursos de origem e

natureza variados para compensar perdas e estabelecer redes públicas de segurança capazes de absorver o impacto ocorrido.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016) conceitua populações-chave como grupos definidos que, devido a comportamentos específicos de alto risco, correm um risco acrescido de infecção pelo HIV, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local, além das questões jurídicas e sociais relacionadas aos seus comportamentos que aumentam a sua vulnerabilidade ao HIV. Tais populações constituem os gays e outros homens que fazem sexo com homens, as pessoas transexuais e travestis, as pessoas que usam álcool e outras drogas, as pessoas privadas de liberdade e as trabalhadoras do sexo.

Outrossim, em determinadas situações ou contextos, alguns grupos populacionais são particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV, porquanto afetados de forma prevalente pela epidemia. No Brasil, esses grupos são chamados prioritários e constituem os adolescentes e jovens, as pessoas pretas e pardas, os indígenas e a população em situação de rua (Brasil, 2025c). Outras características a serem consideradas na avaliação de vulnerabilidades ao HIV e que se relacionam diretamente com as discussões desta tese referem-se à escolaridade, em função da facilidade ou não de acesso a informação, compreensão de direitos e renda, para o correspondente acesso aos meios de comunicação, em particular a internet. Entretanto, tais dados não estão disponíveis nos documentos analisados.

Figura 4 – Populações-chave e prioritárias e a prevalência de HIV – 1980 a 2022



Fonte: elaborado pela autora.

Desse modo, é concebível compreender que as populações-chave e prioritárias para o HIV são pessoas vulnerabilizadas – tanto como adjetivo, pois se encontram socialmente vulnerabilizadas, como participio de vulnerabilizar, ou seja, aqueles que a sociedade e o governo vulnerabilizam. Conforme dito, além das populações-chave, outros segmentos populacionais com determinantes relacionados às dinâmicas sociais e às suas especificidades são prioritários para o HIV e a aids, a saber, adolescentes e jovens e populações negra, indígena e em situação de rua (Brasil, 2017b; [2025c]).

2.3.2 *“Para o sangue, sou o veneno”: estigma e discriminação relacionados ao HIV e à aids*

Afora a infecção pelo HIV e o necessário cuidado para não desenvolver imunodeficiência, as pessoas vivendo com o vírus enfrentam violências que são como “veneno” para sua qualidade de vida e, quase sempre, estão relacionadas ao estigma e à discriminação (Figura 5). O termo estigma vem do grego e significa “marca” ou “mancha”, o que reflete crenças e atitudes depreciativas, de caráter manifesto, que culminam na exclusão social de determinadas pessoas, ou seja, na discriminação. Esta, por sua vez, é qualquer tipo de distinção, exclusão ou restrição arbitrária que afeta uma pessoa, geralmente e não necessariamente, por causa de características pessoais. Ambos os conceitos se caracterizam por um alto grau de diversidade e complexidade intercultural e estão longe de ser construções individuais (Goffman, 1981; Parker; Aggleton, 2003; Unaid, 2023).

Segundo o Índice de Estigma – estudo inédito no Brasil realizado por um vasto grupo de movimentos sociais, pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Unaid, em 2019 –, mais de 64% das pessoas vivendo com HIV entrevistadas sofreram atitudes de estigma ou discriminação, como: comentários discriminatórios ou especulativos (46,3%); assédio verbal (25,3%); perda de fonte de renda ou emprego (19,6%); exclusão de atividades familiares (17,3%) e religiosas (7,6%); chantagem (10,9%); e até agressões físicas (6%) (Unaid Brasil, 2019).

Há pouco mais de dez anos, Monteiro *et al.* (2013) mostraram que, até 2010, os principais temas da produção científica brasileira sobre estigma e discriminação eram: raça/cor, ISTs/aids e gênero e sexualidade, com ênfase na população de

lésbicas, gays, bissexuais, transexuais-travestis, pessoas *queer*, intersexo, assexuais-agênero-arromânticas, pan ou polisssexuais, não binárias e mais outras identidades e orientações sexuais não mencionadas na sigla LGBTQIAPN+.

Não por acaso, os dois temas têm a ver com ISTs e aids. Em pesquisa sobre estigma e discriminação relacionados às pessoas LGBTQIAPN+, verificou-se que 34% delas já foram excluídas de atividades familiares; 59,2% foram vítimas de comentário discriminatório ou fofoca na família; 61,9% foram assediadas; e 29,7% foram agredidas fisicamente por serem gays ou bissexuais. As situações se repetem com pessoas trans e travestis, pessoas em uso e abuso de drogas e profissionais do sexo (Unaid Brasil, 2019). Conforme apontado por Bastos (2013), trata-se de questões que perpassam por iniquidades, pela falta de vontade política, pela escassez e má gestão de recursos, pela falha na formação de profissionais de saúde para lidar com populações vulnerabilizadas e por estigma e discriminação.

Várias pesquisas (Monteiro *et al.*, 2013; Facchini; Pinheiro; Calazans, 2018; Magno *et al.*, 2019; Maia; Reis Junior, 2019; Fonseca *et al.*, 2020; Cazeiro; Silva; Souza; 2021; Rodrigues, 2022) demonstram que as populações-chave e prioritárias e/ou as pessoas vivendo com HIV são historicamente oprimidas e têm seus direitos sistematicamente negados ou negligenciados por causa de diversas discriminações. Essas ações se refletem no esfacelamento de laços familiares e comunitários, na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, na ampliação de suas vulnerabilidades – inclusive à infecção pelo HIV ou ao adoecimento por aids – e na prevalência mais alta de HIV e aids, dentre outras violências.

Figura 5 – Principais atitudes discriminatórias relacionadas às populações-chave e prioritárias e pessoas vivendo com HIV ou aids no Brasil



Fonte: elaborado pela autora.

A discriminação nos serviços de saúde é aterradora. Mais de 15% das pessoas vivendo com HIV ou aids entrevistadas na pesquisa “Índice de Estigma” afirmaram ter sofrido algum tipo de discriminação por parte de profissionais de saúde, incluindo violação dos direitos sexuais e reprodutivos (8,9%), esquiva ao contato físico (6,8%) e quebra de sigilo quanto ao *status* sorológico (5,8%). Na população de trans e travestis, 90,3% das pessoas relataram já ter vivido pelo menos uma das situações de discriminação avaliadas no estudo (Unaid Brasil, 2019).

Assim como vários estudos demonstram a relação entre estigma e discriminação e a prevalência de casos de HIV e aids nas populações-chave e prioritárias, eles também são unânicos quanto à consideração dessas questões na criação e na implementação das políticas públicas de saúde. Para além disso, indicam que tais considerações também são úteis para ações de promoção dos direitos humanos e da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

2.3.3 “Você não me vê, mas eu vejo você”: determinantes sociais e ambientais da saúde

O título desta seção dialoga diretamente com as discussões de Almeida-Filho, Medronho e Barreto (2023) quando esses autores afirmam que a Epidemiologia brasileira se destaca nos planos ambiental, social e cultural. Os teóricos ratificam os avanços do país, com foco em “aspectos coletivos da saúde-doença-cuidado particularizado nas relações interpessoais simbólicas e políticas determinantes de desigualdades sociais em saúde” (idem, p. 1.333). Os determinantes da saúde são “o principal fundamento conceitual e operacional da Promoção da Saúde” (Buss; Esperidião, 2023, p. 798), sendo considerados na Epidemiologia e também na Vigilância em Saúde, mas não na prática de Comunicação em Saúde, nos referidos contextos.

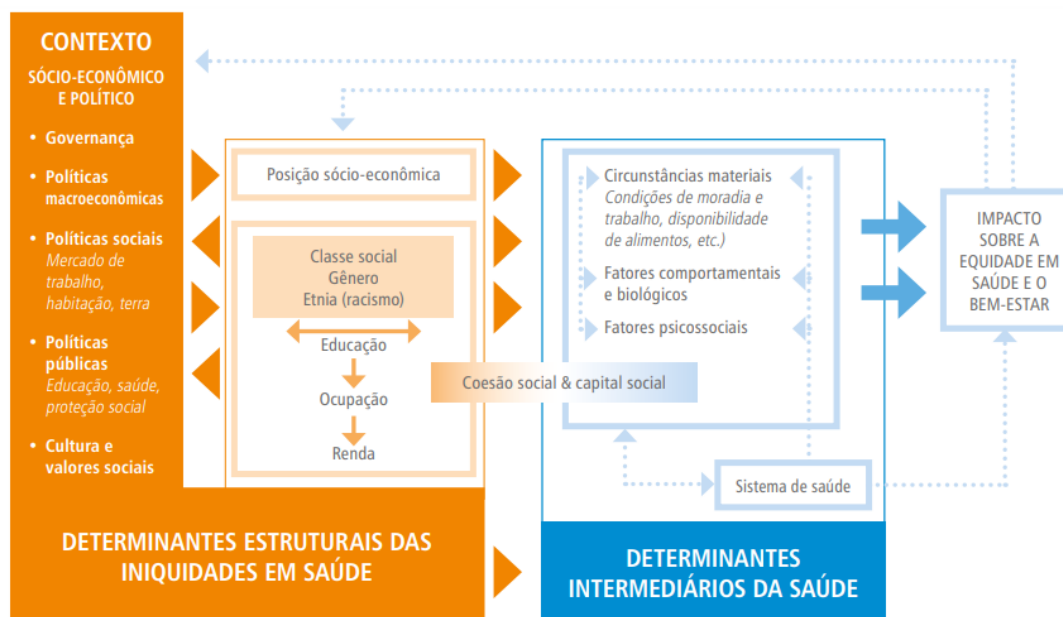
As vertentes etno e socioepidemiológica, características das escolas latino-americanas de Saúde Coletiva, foram essenciais para a construção da resposta aos problemas de saúde que afetam a população no Brasil. *A priori*, o conjunto de doenças infecciosas que monopolizou esse campo de estudos foi redefinido pela epidemia paradoxal de HIV e aids. As novas abordagens foram essenciais, pois introduziram novos significados à pesquisa sobre determinação social de doenças (Almeida-Filho; Medronho; Barreto, 2023).

Há 18 anos, Buss e Pellegrini (2007) foram bastante objetivos ao perguntar e responder o que se entendia por determinantes sociais da saúde, explicando que as “condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (idem, p. 78). Para além dessa objetividade, os pesquisadores debateram didaticamente os níveis do modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead, destacando desafios de cada um deles. Tal modelo havia sido adotado pela Organização Mundial da Saúde em 2005, por meio da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2010).

Em 2010, a Organização apresentou um marco conceitual da temática (Figura 6), segundo o qual os determinantes estruturais atuam por intermédio de determinantes intermediários que, por sua vez, determinam os efeitos na saúde. Em tal modelo, questões sociais, econômicas e políticas dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas em que as pessoas são estratificadas de acordo com

características relacionadas a renda, educação, ocupação, raça/cor/etnia, gênero e outros fatores “estruturais”. Já as posições socioeconômicas definem vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde e mostram o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais (Solar; Irwin, 2010).

Figura 6 – Determinantes estruturais e intermediários da saúde



Fonte: OMS, 2010.

Um ano depois, Galvão, Finkelman e Henao (2011) trouxeram temas da saúde ambiental como determinantes da saúde, preocupados, mais uma vez, com a ascensão de reformas medicalizantes na área. Conforme os autores, quando as modificações no ambiente se somam aos problemas ambientais mais básicos e a outros de âmbito local não resolvidos, os efeitos acumulados afetam de maneira crescente a saúde das pessoas. Quando se observa especificamente o caso do HIV e da aids, de forma superficial, podem-se citar entre esses problemas as desigualdades de acesso a água potável, saneamento básico e alimentos nutritivos, bem como a interrupção do acesso a medicamentos e cuidados contínuos de saúde em situações de desastres ambientais.

Os novos conceitos – em particular os característicos do modelo de Solar e Irwin (OMS, 2010) – podem ser apontados como introdutórios às proposições de Carvalho (2013), que traz a questão econômica de forma explícita nas discussões sobre os determinantes sociais. Nos debates anteriores, essa questão parecia

subentendida. O pesquisador ressalta as iniciativas da OMS para que os governos assumissem compromissos voltados à promoção da equidade por meio de ações sobre os determinantes da saúde, inclusive em momentos de crises econômicas. Para tanto, ele destaca três princípios de ação: 1) melhorar condições de vida cotidianas; 2) atuar frente à distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e, por fim, 3) quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto das ações.

Essa discussão tem total convergência com as cobranças e necessidades há muito apontadas por pessoas vivendo com HIV ou aids, principalmente por meio de coletivos organizados. Além do acesso regular aos antirretrovirais para prevenção e tratamento do HIV e aos cuidados contínuos de saúde, esses coletivos têm sido enfáticos em relação à importância das oportunidades de moradia e emprego, por exemplo.

Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017) surgem, então, com uma abordagem crítica quanto à noção de determinantes sociais da saúde adotada pela OMS. Para as autoras, essa percepção é insuficiente para analisar as mudanças sociais da sociedade, pois enfoca um social fragmentado, com consequências práticas e políticas:

[...] entende-se que insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade. Reforça a fragmentação da vida e constrói atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Abordar os acidentes e as mais variadas formas de violência como 'causas externas' ao setor saúde é reduzir a capacidade política de todos os atores sociais para agir perante essas complexas questões sociais (idem, p. 74).

Mais uma vez, a teoria e a prática estão em convergência no caso do HIV e da aids e, por isso, a inclusão do tópico “Eu quero uma pra viver”: políticas públicas brasileiras para HIV e aids nesta tese. Para além das políticas voltadas às intervenções biomédicas, como testagem, tratamento e controle de carga viral, as pessoas vivendo com HIV ou aids necessitam de respostas quanto ao acesso a educação, moradia, renda e cultura, dentre outros recursos que podem melhorar seu bem-estar e sua qualidade de vida.

Damião *et al.* (2022) analisaram as implicações da descentralização dos cuidados às pessoas vivendo com HIV ou aids para a Atenção Primária à Saúde (APS) no sentido da redução ou da produção de vulnerabilidades. Os autores apontam os efeitos paradoxais da lógica territorial e as tensões entre a organização do processo de trabalho na APS e as necessidades e/ou expectativas dos(as) usuários(as). Para

eles, embora a ampliação do acesso seja almejada, ela pode resultar na produção de novos riscos, os quais afetam a continuidade e a qualidade do cuidado. Além disso, é necessário fortalecer as interações entre trabalhadores(as) e usuários(as), bem como refletir sobre novas abordagens com a finalidade de proteção e cuidado às pessoas, evitando a ampliação das vulnerabilidades.

Recentemente, Ribeiro, Feijó e Santos (2023) se debruçaram sobre o atual perfil dos problemas de saúde da população brasileira e, consequentemente, sobre a discussão de alguns de seus determinantes, em particular a influência das iniquidades sociais e regionais no processo de adoecimento das pessoas. Questões como urbanização, demografia, trabalho e desigualdade social foram pontualmente debatidas, bem como as doenças infecciosas, incluindo o HIV e a aids. Dentre os desafios citados, inclui-se a ameaça à democracia. Para os autores e autora,

“[...] somente mediante a garantia da democracia e da retomada das ações de combate às desigualdades, com políticas intersetoriais coordenadas e participação ativa da sociedade e dos diferentes níveis de governo, será possível superar as complexidades existentes no Brasil e garantir o direito à saúde para todas e todos os brasileiros” (idem, p. 305).

A discussão em relação a essas conceituações rendeu um debate altamente intelectual entre Minayo, Breilh e Almeida-Filho em 2021. Tudo começou com um artigo de Maria Cecília Minayo (2021a) sobre o uso acrítico da expressão “determinação social da saúde” e seus apontamentos sobre a inconveniência desse conceito para representar a complexidade do fenômeno e das situações de saúde-doença, além de todas as questões que envolvem o campo da Saúde Coletiva. Breilh (2021) publicou então uma réplica em que se defende do que ele chama de “acusação de positivismo linear”. Em seu texto, ele afirma:

“Assumimos, então, a determinação social como um movimento complexo em vários sentidos: (a) porque implica a presença generativa de processos em múltiplas dimensões interdependentes; (b) porque esse movimento se desenvolve na oposição entre relações de subsunção do mais complexo em relação ao menos complexo e a possibilidade de autonomia relativa do menos complexo; e (c) porque, como temos defendido desde 1977 e ao longo das nossas publicações – [...] a determinação social – o princípio do movimento complexo – incorpora não apenas a contradição entre processos saudáveis e não saudáveis, mas inclui outras formas de movimento que caracterizam a vida social, ecossistêmica e a saúde humana, tais como as de: causalidade, retroalimentação, estocasticidade e mesmo incerteza” (idem, p. 2).

Almeida-Filho (2021) também respondeu ao artigo de Minayo, destacando avanços teóricos que, segundo ele, vão além da determinação, ou seja, a sobredeterminação. O pesquisador fez questão de reafirmar as bases filosóficas e políticas que, em sua percepção, foram contestadas por Minayo (2021). Para Almeida-Filho (2021), a sobredeterminação é uma categoria geral, cujas modalidades seriam formas específicas de sínteses de determinações. As modalidades, por sua vez, seriam: “causação nos planos biológicos e clínicos; determinação da situação e das condições de vida; construção de políticas e instituições de saúde; produção de práticas e modos de saúde; invenção dos sentidos e narrativas da saúde” (idem, p. 3).

Por fim, Minayo (2021b) respondeu a ambos, afirmando questionar há anos o uso do conceito de determinação social, pois o termo parece ter se tornado um eufemismo para abordar dificuldades da população pobre e, portanto, acaba substituindo problematizações e distinções que buscam a compreensão da realidade. Para a autora, os problemas apontados como determinações sociais são, na verdade, tudo “ação humana na História [...]”. É a mesma ação humana que supera os obstáculos, as opressões, as desigualdades e as discriminações contra as quais nós, ativistas sociais, lutamos” (idem, p. 3). E ainda: “[...] são os sujeitos históricos que atuam para o bem e para o mal, não uma força exterior, porque, como dizem os melhores cientistas sociais, todas as estruturas são ações humanas objetivadas” (Minayo, 2021b, p. 2).

Diante de todo esse debate e quiçá por bebermos da mesma fonte que Minayo – as Ciências Sociais, ainda que aplicadas – é impossível não concordar com seu argumento. Ainda que haja compreensão dos pontos destacados por Breilh (2021) e Almeida-Filho (2021), a “força externa” apontada como “social” só alcança a dimensão que tem porquanto emana individualmente de cada pessoa. E se essa pessoa tem, por exemplo, poder político, financeiro e/ou comunicacional, ela possivelmente influenciará outras pessoas com mais facilidade, sustentando a ilusão de que a força é, de fato, coletiva. Por isso, é tão importante a discussão do poder da comunicação, a ser destacada nas próximas seções.

2.4 “Eu vejo o futuro repetir o passado”: Comunicação em Saúde no Brasil

Por mais que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja descentralizada, muito do que se conhece como Comunicação em Saúde realizada na área da saúde no Brasil se origina no âmbito da gestão federal. Nessa lógica, pode-se afirmar: “eu vejo o futuro repetir o passado”, no sentido da falta de corresponsabilização por parte de estados e municípios, de participação social e de intervenções efetivas, bem como de uma política de comunicação pública em saúde que direcione as intervenções de comunicação no país.

A relação entre saúde e comunicação no Brasil ainda segue a lógica das experiências iniciadas nas duas primeiras décadas do século passado, quando o Departamento Nacional de Saúde Pública utilizou propagandas com explicações sobre o surgimento, a disseminação e o combate às doenças para educação sanitária. Personi (2009) relembra que um marco institucional significativo dessas experiências foi a Reforma Carlos Chagas, ocorrida em 1920. A tradição campanhista permanece no país: proposições de adesão às ações governamentais – “use camisinha”, por exemplo – por meio de ações de comunicação de massa.

Desde 1980, quando passaram ao âmbito oficial do Ministério da Saúde, ligadas diretamente ao gabinete do(a) ministro(a) da saúde, as campanhas se tornaram prática comum após os resultados positivos em ações de vacinação. Contudo, a decisão de realizar grandes campanhas de massa ainda causava relutância naquela época, pois aqueles que defendiam ações de rotina acreditavam que medidas pontuais como as campanhas de comunicação “deseducariam” a população, em lugar de fazer com que as pessoas utilizassem sistematicamente os serviços de saúde (Brasil, 1996b, p. 12; Albarado, 2018).

Naquele momento, além das atividades de assessoria de imprensa e produção de campanhas, a Coordenação de Comunicação Social do ministério desenvolvia ações conjuntas com as extintas Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e Fundação de Serviços de Saúde Pública e, ainda, com a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Brasil, 1996). Como vimos anteriormente, a estrutura do MS se modificou quase que por completo, exceto pela comunicação. Esta segue vinculada ao(a) ministro(a) da saúde, e inclui serviços de agências privadas de comunicação.

Com os avanços tecnológicos, em 2002, por meio do Portal Saúde, a pasta ministerial deu início ao compartilhamento de informações na internet. A participação nas atualmente conhecidas mídias sociais digitais se deu por intermédio de um perfil no Facebook em 2008 e no Instagram em 2013, que atualmente conta com 2,8 milhões de seguidores. Em 2018, páginas de *streaming* de áudio – *podcasts* – foram as mais recentes inserções na rede (Pinto, 2023). Mais uma vez, tais iniciativas envolvem uma série de desafios, pois trabalhar com comunicação pública em saúde em mídias que se tornaram um verdadeiro mercado e que estão repletas de informações voltadas ao entretenimento e à desinformação – culposa e dolosa – definitivamente não é uma tarefa fácil, mas, ao mesmo tempo, oferece uma infinidade de possibilidades.

Cardoso e Rocha (2018) refletem sobre projetos e estratégias de Comunicação em Saúde e problematizam tensões, desafios e potencialidades relacionados à cultura digital, à cobertura jornalística e à comunicação pública nas instituições de saúde no Brasil. Os autores abordam a ampliação das questões que envolvem a comunicação – principalmente as relacionadas à participação social e à democratização do Estado e das políticas públicas – e acreditam que não ocorrerão avanços na comunicação do SUS enquanto não se ultrapassar e, simultaneamente, transformar as áreas técnicas. Ainda de acordo com os autores, é preciso ir além do conjunto de serviços especializados e tecnologias, radicalizando o direito à comunicação. Na mesma escala de importância, é necessário compreender as especificidades sem compartimentalizar espaços e tecnologias. Essa comunicação deve ser pensada e praticada segundo os princípios do próprio SUS (Albarado, 2018).

Contudo, para radicalizar o direito à comunicação na saúde, é preciso antes se preocupar também com o básico. Como dissemos acima, a gestão do Ministério da Saúde conta com serviços especializados de agências de comunicação; entretanto, mesmo somente na perspectiva produtivista ou funcional, eles não são suficientes para fazer frente às ações de informação e comunicação necessárias em um país continental como o Brasil. Assim, a Comunicação em Saúde também necessita ser descentralizada, mas os desafios tomam proporções ainda maiores quando se trata de estados e municípios.

O estudo de Nardi *et al.* (2018) investigou as características dos serviços de Comunicação em Saúde a partir da Rede dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) no Brasil. Cerca de 65% dos municípios participantes não

possuíam assessoria de comunicação. Entre os que contavam com esses serviços, as instalações de trabalho eram precárias; os profissionais tinham pouco tempo de trabalho nas assessorias e não possuíam estabilidade empregatícia ou assento nos conselhos gestores. Os dados apontam grandes dificuldades, pois se trata de dimensões importantes para os modos organizativos de gerir a saúde nos municípios.

Tal se explica porque a gestão da Comunicação em Saúde envolve muito mais do que notícias e campanhas sobre saúde – que, em geral, são na verdade sobre doenças. O MS conta com a página Saúde de A a Z no Portal Saúde, e o Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs, com um site nos moldes do próprio Portal. Observa-se que o segundo oferece maior disponibilidade de informações sobre os temas, mas, em ambos, é possível enxergar problemas relacionados à correção, à atualização, à tradução e/ou literacia em saúde, bem como à inclusão (WHO, 2013; Arriaga, 2019).

Não obstante, a pesquisa de Bender *et al.* (2024) reforça a utilidade dessas ferramentas para o apoio à prática clínica e à educação permanente das equipes de saúde, destacando a necessidade de investimentos em infraestrutura e recursos humanos na utilização dessas tecnologias. Apesar de o estudo ter tido a Atenção Primária à Saúde (APS) como objeto, podemos considerar que os achados se aplicam ao Sistema Único de Saúde como um todo; afinal, a APS é a organizadora do cuidado no SUS. Com a nova gestão do governo federal, em 2023, foi criada a Secretaria de Informação e Saúde Digital no âmbito do Ministério da Saúde. Sua competência é apoiar as demais secretarias da pasta, gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) no planejamento, uso e incorporação de produtos e serviços de informação e tecnologia da informação e comunicação (Brasil, 2023a). Entretanto, dada a recente data que foi criada, ainda não é possível obter registros mais contundentes acerca de sua atuação.

Grande parte das dificuldades percebidas na Comunicação Pública está relacionada à formação de profissionais e gestores(as) da saúde e da comunicação. Se os(as) profissionais de comunicação, por um lado, não possuem expertise para compreender a saúde para além de números e casos de doenças, por outro, têm extrema dificuldade em sair de seus mundos e linguagem altamente técnicos. Outrossim, a comunicação – interprofissional e colaborativa por definição – ainda é um desafio para as equipes de saúde, no sentido de conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador (Previato; Baldissera, 2018).

Outro desafio diretamente ligado a esse contexto e a uma trilha mais rápida e fácil para amenizar diversos dos problemas apontados acima é a comunicação pública da ciência e da saúde. A pandemia de covid-19 notabilizou as lacunas relacionadas a esses temas, as quais ficaram ainda mais evidentes ao se misturarem ao desserviço realizado pelo desenvolvimento acelerado de iniciativas para a disseminação de informações falsas. Fossem as diferenças entre o *timing* da mídia, da ciência e da urgência da população em obter informações sobre uma doença que dizimou mais de 700 mil pessoas no Brasil, ou a intensa utilização de mídias digitais para o compartilhamento de informações, a ausência de uma política para a comunicação pública – que norteia a comunicação científica e em saúde – fez uma falta imensa a gestores(as) e comunicadores(as).

Nessa conjectura, as reflexões e o relato de Lemos e Pinheiro (2023) demonstram a importância de estruturar políticas públicas de comunicação para enfrentar a desinformação e de fortalecer a carreira de comunicadoras e comunicadores públicos. De forma objetiva, as autoras abordam questões conceituais a respeito da comunicação pública e as lições aprendidas na pandemia, bem como destacam os desafios e a iniciativa do projeto de Lei Geral da Comunicação Pública apresentado à Câmara dos Deputados e a proposta de estruturação de uma política nacional de comunicação pública do SUS. Para elas, com essas iniciativas, “a comunicação passa a ser percebida não mais por sua dimensão instrumental, mas como uma política pública que atende a direitos” (idem, p. 754).

2.4.1 *“Tuas ideias não correspondem aos fatos”: comunicação em HIV e aids no Brasil*

Em resgate ao que se trouxe na introdução e na seção anterior, sabe-se que a mais tradicional intervenção de Comunicação em Saúde adotada pela gestão federal é a campanha. De outra sorte, as “ideias” divulgadas sobre HIV e aids “nem sempre corresponderam ou correspondem” aos fatos. A primeira campanha acerca do tema foi veiculada em 1985, na televisão e em cartazes, e ficou conhecida como a “campanha do Sócrates”. Contudo, foi considerada tímida, pois não abordou o uso do preservativo, além de ter sido muito criticada. Para diversos atores – em particular dos movimentos sociais – o Ministério da Saúde teria negado verbas para organizar uma

campanha de relevância nacional. Logo em seguida, tornou-se público que, em 1985, a pasta não havia garantido recursos compatíveis com a dimensão da epidemia (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Barros (2018), por sua vez, aponta que a campanha “Aids, você precisa saber evitar!” (Figura 7), de 1987, foi a primeira iniciativa governamental do tipo, resultante do trabalho em parceria com o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa). Conforme a autora, a campanha contava com cartazes e vídeos de 30 segundos exibidos na TV aberta, abordando temas como o uso de preservativo e o risco de infecção por meio do compartilhamento de seringas. Ainda segundo ela, a campanha ressaltou que a aids não se transmitia por meio da convivência diária com as pessoas que possuíam a infecção e, ainda, incentivava a doação de sangue. Entretanto, as peças faziam referência ao medo e à morte relacionados à aids.

Semelhante abordagem ficou mais explícita em 1988, quando a campanha “Quem vê cara não vê aids” também recebeu inúmeras críticas de organizações da sociedade civil. Um documento intitulado “Quem semeia pânico colhe epidemia: caras e máscaras de uma campanha equivocada”, divulgado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia, 1991), registrou inúmeras delas. Errada, hipócrita, irresponsável, mentirosa, falsa, preconceituosa, alarmista, simplista, obscurantista, elitista e inútil são os 11 adjetivos usados pela Abia para criticar a campanha: “Só mesmo o mais completo desinteresse pela saúde pública pode justificar a sucessão de equívocos que modelou esta campanha” (idem, p. 1). Para não ser registrada como uma crítica somente pela crítica, a entidade listou pontos importantes para uma campanha informativa sobre o tema. A partir de 1989, o Ministério da Saúde passou a convidar organizações sociais para a elaboração das campanhas (Barros, 2018).

“Entre o desejo e a culpa”, de Arraes (2015), é uma tese que aborda a transformação do comportamento sexual e as mudanças da noção de risco nas campanhas de prevenção à aids no Brasil de 1981 a 2013. Dentre as principais conclusões da autora, ela aponta que, no decorrer dos anos da epidemia, a comunicação destacou o medo, o pânico social e as transformações que ocorriam no campo da saúde. Nos anos 1980, as peças enfatizaram o medo e a morte. Na década de 1990, o uso do preservativo e a “feminização da aids” foram o foco. A partir dos anos 2000, a associação com a morte deu lugar ao que a pesquisadora julgou como “preceitos da chamada promoção da saúde” – do que se pode discordar, pois as campanhas são somente preventivas (Vasconcelos; Costa-Oliveira; Mendonça, 2016;

Albarado; Prado; Mendonça, 2019) e ainda distantes das intervenções estruturais relacionadas à autonomia dos indivíduos, à equidade e aos determinantes sociais (Albarado; Ruy; Mendonça, 2024), como também é possível compreender a partir das discussões da seção 2.5.2 desta tese.

A tese de Santos (2002) analisa um conjunto de anúncios televisivos sobre as campanhas oficiais de prevenção ao HIV e à aids de 1986 a 2000 e identifica o deslocamento dos discursos conforme as estratégias de prevenção vigentes. O autor classificou esses discursos em dois tipos, publicitário biomédico e publicitário comercial, sendo que o segundo foi pautado no *marketing* social. Por meio da análise de uma série de dimensões, tais como sazonalidade, moralismo, uso do medo e da culpabilização, imperativo do uso do preservativo, dentre outras, Santos demonstra como a individualização preconizada em campanhas oficiais de prevenção é vital ao governo da vida coletiva. As reflexões do autor são fundamentais para a compreensão do desenvolvimento das campanhas realizadas a partir de então.

O trabalho de Gonçalves e Varandas (2005) dialoga com a tese de Santos (2002) quando visa verificar se a mídia considerou os rumos da epidemia de aids à medida que ela se modificava entre 1980 e 2001. As reflexões das autoras sobre as assimetrias de gênero, sexualidade e processos de socialização são essenciais e abrem caminhos para outras inúmeras reflexões e constatações quanto à complexidade envolvida na realização de campanhas para a prevenção da infecção pelo HIV. Todavia, afirmar, como fazem as autoras, que é necessário chamar estudiosos – esquecendo as pessoas estratégicas à prevenção ou vivendo com HIV ou aids – para a construção das campanhas e direcionar prescrições aos meios de comunicação é paradoxalmente equivocado. Primeiro, porque a participação do público estratégico é fundamental, e segundo, porque a idealização das campanhas é realizada por gestores(as) do Ministério da Saúde.

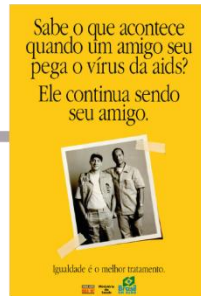
Figura 7 – Campanhas de aids veiculadas pelo Ministério da Saúde de 1986 a 2023



continua

continuação

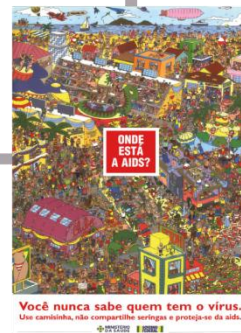
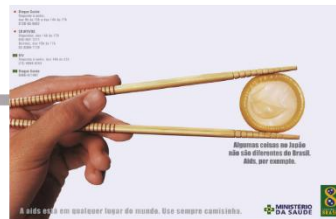
1998



1999



2000



2002



2003



2004



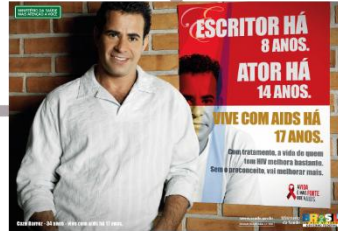
continua

continuação

2005



2006



2007



2008



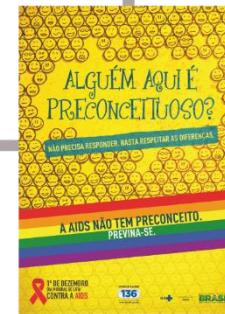
2009



2010



2011



2012



2013



continua

continua

2014



2015



2016



2017



2018



continuação

continua

2019



2020



2021



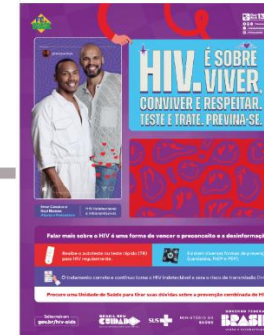
2022



2023



2024



Fonte: elaborado pela autora.

Os achados de Wolfgang, Portinari e Ferreira (2017) sobre os rumos da prevenção de HIV e aids a partir de uma investigação para tese de doutoramento são como um tesouro para quem quer conhecer a história das campanhas de aids no Brasil. Além disso, os autores fazem uma análise à luz dos conhecimentos sobre *design* gráfico para demonstrar como as campanhas de 1987 a 1996 e os respectivos enunciados, opções temáticas e descobertas médicas relacionadas ao tratamento da aids foram determinantes para a manutenção da prevenção a partir do discurso imperativo do “sexo seguro”, em prejuízo das informações e da interação com o público. Entre os resultados e discussões da presente tese, há um artigo que verificou especificamente os tipos de prevenção abordados nas campanhas no período de 2012 a 2022.

Eis que Garcia, Bellini e Pavanello (2011) trazem então resultados de um estudo comparado das campanhas do Brasil e de França, Argentina e Estados Unidos entre 2000 e 2006, com observações sobre os questionamentos realizados por Santos (2002) e Gonçalves e Varandas (2005). Enquanto os recursos retóricos escolhidos pelas intervenções brasileiras abordaram alternativas mais agradáveis e informativas, as campanhas francesas, argentinas e americanas destacaram sentidos de terror ligados à aids e sua prevenção. Com uma afirmação convidativa ao debate – que será guardado para as discussões nos resultados desta tese, por meio de artigos – os autores afirmam, a partir de diferentes perspectivas e recortes temporais: “É nítida nas campanhas brasileiras a superação de preconceitos em relação à homossexualidade, ao negro e mesmo de questões religiosas marcantes na cultura do povo brasileiro” (Garcia, Bellini; Pavanello, 2011, p. 76).

Seguindo os passos dessa trilha cronológica – que, como já deve ter sido observado, segue os recortes temporais dos artigos e materiais adotados como referencial teórico e não necessariamente o período em que foram publicados – Barcelos e Aguiar (2019) brindaram pesquisadores e pesquisadoras de Comunicação em Saúde interessados(as) na temática do HIV e da aids com uma abordagem para além da caracterização de campanhas. As estudiosas investigam as dimensões comunicacionais nas práticas de profissionais de saúde por meio de uma revisão de literatura especializada de 2000 a 2018. Elas encontram apontamentos para favorecer transformações em direção às necessidades das pessoas, porém confirmam que a comunicação seguiu sendo empregada como mero instrumento de incentivo à prevenção, à testagem e ao tratamento do HIV. Todavia, a comunicação também

passou a ser observada como competência para lidar com dilemas éticos e morais – o que converge, sem desvios, com as afirmações da seção anterior.

Alinhados à evolução das descobertas e discussões sobre a comunicação acerca da epidemia de HIV e aids, Lermen *et al.* (2019) apontaram que, desde a sua adoção em 2013, a Prevenção Combinada passou a orientar as campanhas de prevenção, abandonando-se o enfoque das campanhas anteriores, que privilegiavam o uso imperativo do preservativo externo e a abordagem às populações-chave. Pelo recorte temporal da presente tese e com base na análise de peças relativas às campanhas sobre HIV e aids de 2012 a 2022, é possível contra-argumentar os autores no que diz respeito à camisinha externa. De fato, ela deixou de ser protagonista a partir do período investigado pelos referidos estudiosos, mas, em se tratando de mensagem, ela continua a ser incentivada em praticamente todas as campanhas.

Por fim, cessa-se esta breve caminhada de aprendizado sobre a comunicação em HIV e aids no Brasil com as reverberações – e o ultraje – da discussão travada por Oliveira *et al.* (2021). Sem comedimentos, os autores afirmam que “a sazonalidade das campanhas brasileiras [de carnaval] prejudica a consolidação de uma proposta informativa e educativa sobre as práticas sexuais” (idem, p. 5), e se rendem às tentações da presunção ao julgarem não somente a ação do governo, mas o comportamento dos brasileiros: “[...] ainda que se saiba que, nessa época, o **aumento da promiscuidade** e das relações sexuais desprotegidas aumente” [grifo nosso] (Oliveira *et al.*, 2021, p. 5). Tal comentário é bastante contraditório, uma vez que os referidos autores reconhecem que as questões culturais interferem diretamente nas campanhas publicitárias, principalmente nas noções de prevenção e Promoção da Saúde. Além disso, vale frisar que a pesquisadores e pesquisadoras cabe fazer afirmações informadas por evidências científicas e não com base em estigmas ou crenças pessoais.

2.4.2 “*Meus inimigos estão no poder*”: Castells, comunicação e saúde

No Brasil, a Constituição Federal é soberana ao definir que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e que o acesso à informação de interesse particular ou coletivo é um direito fundamental. A Lei de Acesso à Informação (Brasil, 2011a) foi um grande avanço no país, mas, historicamente, os órgãos e as instituições públicas

brasileiras apresentam inúmeras dificuldades de comunicação. Com base em Wolton (2011), entende-se que comunicar não é informar e que, para comunicar, dependemos do outro. Ou seja, minimamente, precisa-se da participação social. Entretanto, quase sempre, quem está no poder – por mais simbólico que ele seja – não consegue ou não quer promover essa participação.

Mosquera (2003) e o relatório de pesquisa sobre a Gestão da Comunicação Aplicada à Vigilância em Saúde (Brasil, 2008) elencam as principais abordagens da comunicação no âmbito da saúde (Figura 8). Não obstante, diversos autores apontam que prevalecem formatos, estratégias e estruturas cuja utilização na comunicação ocorre como mero instrumental de transmissão da informação. Além disso, com raras exceções no caso de instituições públicas, permanece o modelo de assessorias de comunicação estruturadas de forma fragmentada, com equipes divididas por especialidades, que priorizam o atendimento à imprensa e estão ligadas diretamente aos(as) gestores(as) das respectivas instituições, ou seja, a ministros(as) e secretários(as) de saúde (Brasil, 2008; Araújo; Cardoso, 2007; Ferreira; Saraiva-Pinheiro, 2008; Nardi *et al.*, 2018).

Araújo (2009) trouxe importantes reflexões sobre as disputas de poder existentes no âmbito da Comunicação em Saúde. Absorta nos pensamentos de Bourdieu, a pesquisadora afirma que as pessoas ocupam sempre diferentes lugares de interlocução e não se apresentam ao consumo simbólico de uma forma homogênea e estável. Ainda de acordo com ela, a comunicação é um processo permanente de negociação. Tais ponderações reverberam *insights* importantes quanto à necessidade de aprofundar essa discussão, pois, diferentemente dos debates no âmbito da mídia enquanto mercado, interessa analisar a Comunicação em Saúde à luz da comunicação pública e das transformações tecnológicas da comunicação.

Figura 8 – Principais abordagens da Comunicação em Saúde



Fonte: elaborado pela autora.

Nesse contexto, a terceira fase da Comunicação em Saúde no Brasil emerge com inovações científicas e tecnológicas que tiveram impacto significativo na saúde e com novas tecnologias de informação e comunicação (TICs). De acordo com Rangel-S *et al.* (2023), tais inovações

[...] expandem o acesso à informação em todas as áreas; redefinem relações comunicacionais [...], noções de tempo e espaço; facilitam interações presenciais e a distância. Criam-se, expandem-se e potencializam-se redes sociais em torno de temas e problemas específicos, trazendo à tona as conexões da saúde com diversos campos do conhecimento. Torna-se evidente o caráter interdisciplinar da saúde e transversal da comunicação, com seu potencial de produzir e disseminar múltiplos sentidos; aproximar e integrar pessoas e grupos sociais; criar novos espaços de interação e comunicação que potencialmente colocam em questão relações de poder do “mundo real”, possibilitando a expansão de ideais de saúde em várias direções, modificando relações e gerando novas necessidades e demandas. [...] se destacam iniciativas que buscam relacionar a comunicação com o direito à saúde e a participação pública para o exercício do controle social sobre o SUS como forma de exercício desse direito social (idem, p. 1478).

Esse quadro alinha-se aos debates e conceitos trazidos por Castells (2021; 2018; 2020; 2015; 2013; 2003). Famoso por sua teoria da “Sociedade em rede” – exposta em uma trilogia cujo primeiro livro, homônimo, foi publicado em 1996 –, o autor afirma que o mundo vive uma era de redes globais que desempenham um papel central na formação da sociedade contemporânea a partir das tecnologias de informação e comunicação. Estas, por sua vez, afetam a estrutura social, a política, a economia e a cultura. Ainda de acordo com Castells, essas redes de comunicação, ou seja, mídias sociais, notícias *on-line* e outras plataformas digitais – são “redes de poder” usadas por elites e atores influentes para consolidar e expandir sua influência. Tal expansão inclui o uso dessas redes para moldar a opinião pública e promover seus interesses (Castells, 2021).

Um interessante e multiuso conceito do autor, essencial para a compreensão crítica da comunicação atual, é a convergência das mídias. Trata-se de um fenômeno em que diferentes canais de comunicação se interligam e se integram, em decorrência dos avanços tecnológicos e das mudanças na forma como as pessoas consomem informações e entretenimento (Castells, 2021). Tais mudanças de consumo, seja na forma ou no conteúdo, foram ponto de partida para que Castells cunhasse um outro conceito fundamental ao êxito de estratégias de comunicação na sociedade contemporânea, inclusive na área da saúde: a autocomunicação de massa. Tal ação refere-se à capacidade de produção e distribuição de conteúdo de forma autônoma por parte das pessoas, em um movimento em que estas são participantes ativas na comunicação de massa, em vez de meras receptoras passivas (Castells, 2021).

No segundo volume da trilogia – “O poder da identidade”, lançado um ano após o primeiro –, mais uma vez, Castells (2018) traz contribuições cruciais sobre a importância das identidades na sociedade, ao explorar como estas são construídas e

mantidas por meio da comunicação e da interação social. Ele destaca a função de redes e meios de comunicação na formação e na disseminação das identidades e sua possível utilização como instrumentos de resistência, mobilização e poder, especialmente em um contexto de mudanças sociais e políticas. Esse debate chega como luz em análises de campanhas de Comunicação em Saúde com o objetivo de prevenir a infecção pelo HIV ou a imunodeficiência, pois a infecção e a doença têm como populações-chave e prioritárias perfis que, até recentemente, eram omitidos pela mídia.

No terceiro volume do trio de livros – “Fim de milênio”, de 1998 – por sua vez, Castells (2020) demonstra como a globalização econômica e a revolução tecnológica afetaram profundamente a sociedade, a economia e a política. Além disso, o teórico debate o surgimento de movimentos sociais e culturais e como essas iniciativas transformaram a sociedade no final do século XX. É ainda nessa obra que o autor aborda questões que, mais uma vez, dialogam diretamente com os temas desta tese: capitalismo informacional, pobreza e exclusão social, chamadas de o quarto mundo pelo sociólogo. Para ele, a ascensão do capitalismo informacional no mundo pode ser caracterizada pelo desenvolvimento e subdesenvolvimento econômicos simultâneos, bem como pelo paradigma da inclusão e da exclusão social.

Logo em seguida à publicação da trilogia, Castells (2003) lançou “A galáxia da internet”, cuja primeira edição é de 2001. Outra vez, o autor aborda um tema relacionado à Comunicação em Saúde: o empoderamento. Segundo ele, trata-se de um termo proporcionado pela internet – afinal, no referido livro, ele destaca como a rede mundial permite a participação ativa e a expressão de diversos grupos. É também nessa publicação que Castells (2003) explora o afloramento de uma nova cultura digital, caracterizada pela produção colaborativa, pelo compartilhamento de informações e pela interação constante entre as pessoas. Cabe ressaltar que o estudioso aborda as desigualdades de acesso à internet, pois analisa as disparidades sociais diante da globalização.

Além disso, ainda na mesma obra, o autor examina como as organizações e instituições se adaptam ou resistem às mudanças digitais, e como novas formas de poder e controle surgem nesse contexto (Castells, 2003). Esse exame também é fundamental para as discussões e análises – em particular dos resultados – desta tese, pois, para além de compreender como se dá a comunicação nos tempos atuais,

é necessário incorporar debates sobre o que se pode chamar de convergência da comunicação pública às mídias.

Oito anos depois, é possível encontrar outra obra de Manuel Castells (2015) para somar às bases teóricas do presente trabalho. Trata-se de “O poder da comunicação”, originalmente lançado em 2009. Além de reafirmar que a comunicação tem uma função central na sociedade e influencia o poder, bem como é fundamental para a disseminação de ideias e a organização de movimentos sociais, o sociólogo destaca pontos antagônicos da era da informação, tais como o controle da informação, a privacidade e a censura.

Esses tópicos são fundamentais diante da problemática causada pela desinformação – culposa ou dolosa –, particularmente relacionada ao HIV e à aids. Afinal, a comunicação digital permite mais participação cidadã e mobilização social, o que, de acordo com Castells (2021; 2015; 2013), pode levar a mudanças no poder, à medida que organizações, coletivos e movimentos da sociedade civil se organizam – especialmente *on-line* – e desafiam as estruturas tradicionais desse poder. A questão é que esse desafio pode ser para o bem ou para o mal.

Por tal razão, o último livro da bibliografia do autor selecionada para este referencial – “Redes de indignação e esperança”, de 2012 – tem tanta importância. Com a monetização das redes sociais e o mercado de curtidas e seguidores, a resposta à desinformação, ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV e à aids é fundamental, tanto para a prevenção da infecção ou da imunodeficiência quanto para a promoção dos direitos e da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV ou aids.

No livro, Castells (2013) analisa como organizações e movimentos da sociedade civil utilizam a comunicação em rede para expressar indignação em relação a questões socioeconômicas e políticas, e como esses coletivos podem gerar esperança e transformação social. Tal partilha convém, de maneira plena, ao entendimento e às reflexões acerca da comunicação pública em saúde e à compreensão sobre como deveria ocorrer a participação social do público interessado, para que a Comunicação em Saúde seja efetiva tanto para prevenir infecções e doenças quanto para promover saúde. Ainda mais quando “os inimigos estão no poder”, como se deu no último quadriênio investigado nesta tese.

2.4.3 “Uma ponta de esperança”: Comunicação em Saúde

Em oposição às prescrições teóricas, mas em busca de um “farol que iluminará uma ponta de esperança”, esta seção se dedica a construir um breve resumo histórico dos principais conceitos e fases da Comunicação em Saúde, bem como a descrever algumas características fundamentais da subárea, tanto para a teoria quanto para a prática daquelas e daqueles que ousam atuar em busca de uma comunicação promotora da saúde. Todavia, não necessariamente nessa ordem.

A partir da revisão de artigos científicos publicados de 1987 a 2022, Rangel *et al.* (2023) nos brindam com o mapeamento e a análise do estado da arte sobre Comunicação e Saúde no Brasil. As autoras e o autor apontam uma definição segundo a qual a subárea é um campo ou uma área de interface entre a Comunicação e a Saúde – por isso o uso do “e” e não do “em” –, em que a Comunicação se apropria da saúde para a produção de materiais informacionais e comunicacionais, e a Saúde, por sua vez, utiliza os saberes e práticas da Comunicação para prevenir doenças e promover saúde.

Ocorre que, ainda em 2018, após analisar conceitos cunhados por quase duas dezenas de pesquisadores da área em livros e artigos publicados entre 1998 e 2017, bem como realizar estudos sobre Comunicação Pública e reunir vivências em instituições promotoras de direitos fundamentais, surgiu-nos uma inquietação em relação às definições que deixavam lacunas evidentes quanto à Comunicação em Saúde – “em”, pois, definitivamente, não se trata de mera interface de áreas. Eis, portanto, uma proposta de conceituação para Comunicação em Saúde:

Campo de estudos e conhecimentos que se refere a processos dialógicos e à utilização de estratégias comunicacionais que respeitam os direitos à informação, à educação e à saúde. Sua finalidade inclui a prevenção de enfermidades, o incentivo à cidadania por meio da participação social, a transparência na gestão da saúde, bem como a promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas em seus diferentes contextos sociais, por meio de relações interpessoais, da mídia e do conhecimento (Albarado, 2018).

Antes de aprofundar esse debate, é necessário fazer um breve resgate histórico. Parvanta (2010) destacam a contemporaneidade dos estudos de Comunicação em Saúde e aponta suas origens a partir do movimento de psicologia humanista que teve início nos anos 1950. Personi (2009) vai ao encontro dos ensinamentos da autora e ambos ressaltam que a ascensão desses estudos ocorreu

por volta dos anos de 1950 a 1970, mesmas décadas da convergência nos campos da Psicologia, da Sociologia Médica e da Medicina, que produziu duas frentes distintas nos primórdios da Comunicação em Saúde, da prestação de serviços de saúde e da Promoção da Saúde.

A primeira incluiu debates sobre a influência da comunicação interpessoal e grupal na prestação de cuidados à saúde, em particular na relação entre fornecedor e provedor e entre profissionais e usuários(as) de serviços de saúde, assim como na tomada de decisão em saúde e na provisão de apoio social. Por sua vez, a segunda frente, definida pela promoção da saúde, preocupou-se com “o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de campanhas de comunicação persuasivas para prevenir os principais riscos à saúde e promover a Saúde Pública” (Parvanta, 2010, p. 7).

No Brasil, Rangel-S *et al.* (2023) apontam que a Comunicação em Saúde envolve três abordagens. A primeira esteve vinculada ao sanitarismo e às práticas próprias do campanhismo: centralização, verticalização, especialização (infecções, doenças ou agravos) e unidirecionalidade. Essa visão fundamentou e até hoje fundamenta tentativas ineficazes de realizar mudanças comportamentais a partir de modelos comunicacionais amplamente criticados por pressuporem uma relação mecânica entre a emissão e a recepção de mensagens.

A segunda, por sua vez, se refere às práticas desenvolvidas em consonância com o desenvolvimento do complexo médico-industrial em que a saúde é divulgada como mercadoria, ou seja, uma aquiescência ao modelo biomédico. A terceira, por fim, acompanha a consolidação de direitos fundamentais desde a Constituição Federal (Brasil, [2025a]), em particular a do Sistema Único de Saúde, a partir da década de 1990, bem como os avanços proporcionados pelas novas tecnologias de informação e comunicação. Nesse período, ainda de acordo com Rangel-S *et al.* (2023), destacam-se estudos que abordam o desafio de definir práticas e políticas de comunicação dialógicas, participativas, diversas e que compreendam os modos de produção, circulação e apropriação de produtos e mensagens de comunicação. Ora, é nessa abordagem, portanto, que a pesquisa em questão se enquadra.

Destarte, se justifica o incômodo com conceitos simplistas para Comunicação em Saúde, vez que ela ocorre em múltiplos contextos, com distintos objetivos e é tanto da Comunicação quanto da Saúde. Tudo é Comunicação, tudo é Saúde, tanto pelo interesse público, quanto pelo direito à informação, à comunicação e à participação

social. A Comunicação em Saúde é útil a uma infinidade de ações, sendo as principais apresentadas na Figura 9.

Figura 9 – Ações promotoras da saúde que utilizam Comunicação em Saúde



Fonte: elaborado pela autora.

Além disso, a Comunicação em Saúde possui características essenciais para a Promoção da Saúde. A primeira delas é que a saúde deve ser mais importante que a doença, ou seja, ao invés de despendar energia e recursos falando sobre a doença, devem-se enfatizar os caminhos para a manutenção e os cuidados da saúde, sempre de maneira holística, promovendo informações sobre a importância de determinada ação para a saúde individual e comunitária.

Em segundo lugar, é importante que a Comunicação em Saúde seja contra hegemônica – afinal, a saúde é um direito de todos e não uma mercadoria. Além disso, as pessoas não são partes, mas um todo que precisa de cuidados além dos especializados. Em direta convergência com a referida característica, podemos citar a essencialidade de respeitar e valorizar a opinião e os saberes tradicionais ou populares de outrem no cuidado compartilhado em saúde.

Outra particularidade da Comunicação em Saúde é a preocupação com a equidade de gênero, raça/cor/etnia, corpos, orientações sexuais, territórios, escolaridade, renda, línguas – Libras e Braille, por exemplo – dentre outras, especialmente em materiais audiovisuais e impressos. Além disso, é importante cuidar das generalizações e lembrar que a saúde das pessoas é determinada por fatores econômicos, políticos, culturais e ambientais que são geradores de extremas desigualdades no Brasil.

A comunicação não violenta também é um atributo da Comunicação em Saúde e, ao considerar que a linguagem molda o pensamento e pode influenciar ações, é necessário fugir de termos e atitudes que estigmatizam e podem ter efeito reverso, particularmente quando se trata de populações vulnerabilizadas. A esse contexto podem-se, inclusive, acrescentar preocupações relacionadas ao tecnicismo próprio de alguns campos de conhecimento. Para tanto, basta traduzir, simplificar e exemplificar.

Pelo exposto, uma das principais qualidades da Comunicação em Saúde é a criação, produção e divulgação de materiais a partir da participação social, do protagonismo do público interessado e da não culpabilização das pessoas, por meio do acolhimento de suas histórias, vivências, contextos, saberes, características etc., além do respeito aos seus direitos fundamentais à informação e à saúde.

2.5

**“Trago boas novas,
bobagens num papel”:**

Vigilância em
Saúde no Brasil



2.5 “Trago boas novas, bobagens num papel”: Vigilância em Saúde no Brasil

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde, em 2003 (Brasil, 2003; 2019b), é um marco para as ações em saúde no Brasil. Contudo, como política, a Vigilância em Saúde só passou a existir em 2018 (Brasil, 2018). Afinal, o que tem sido então a Vigilância em Saúde, “boas novas” ou “bobagens num papel”? Esta seção visa fazer um breve histórico (Figura 10) dessa área da Saúde Coletiva.

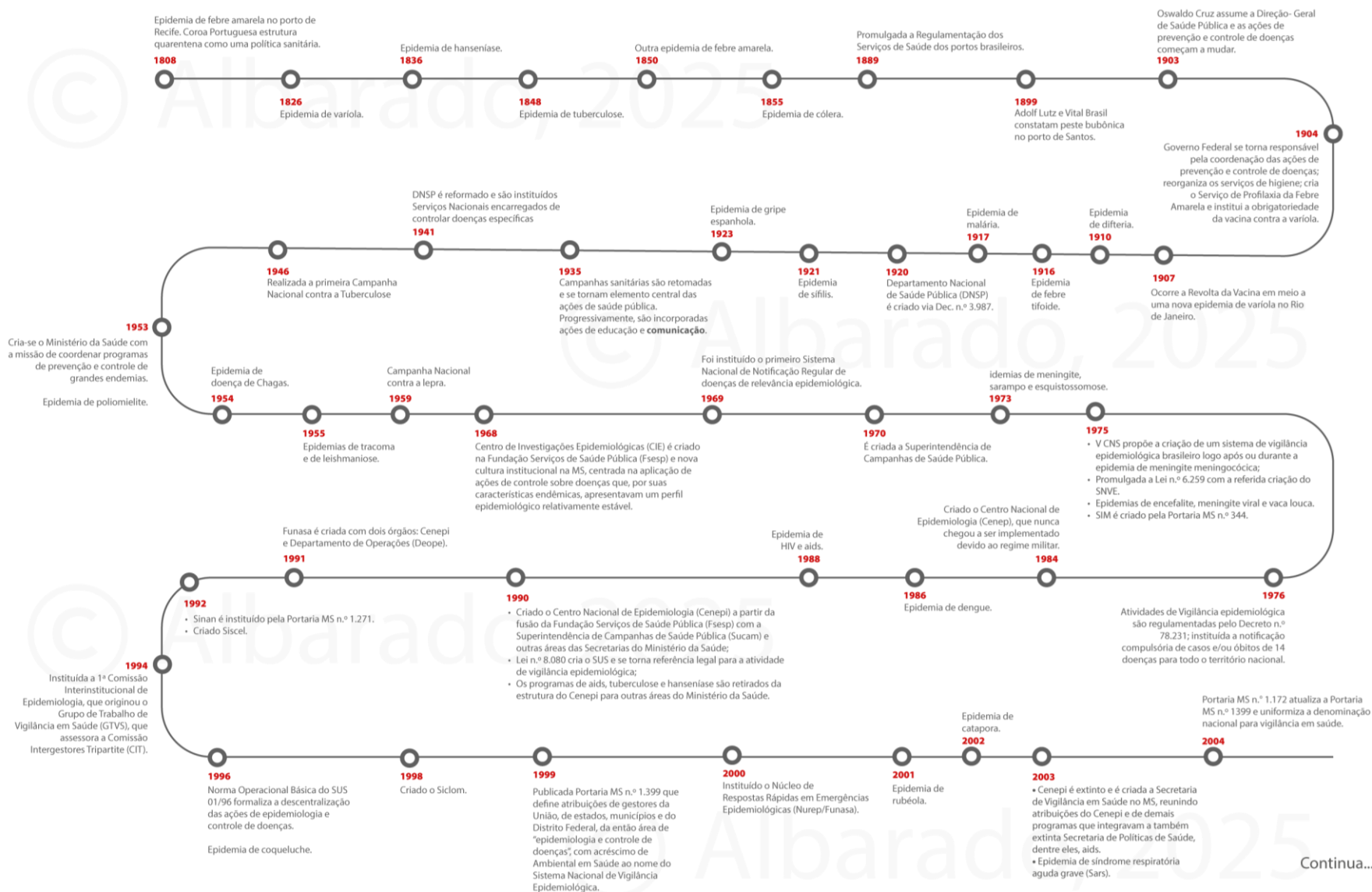
Em 2019, o Ministério da Saúde lançou um boletim especial destacando as principais ações e políticas priorizadas pela pasta em uma espécie de linha do tempo. Dentre os 11 avanços apontados à época, estavam a redução da transmissão vertical do HIV, a diminuição da morbimortalidade associada à aids e o aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV ou aids. Porém, o mesmo documento não listou a infecção e a doença como problemas prioritários para o SUS (Brasil, 2019b), o que já oferece muitas pistas do que ocorreu entre 2019 e 2022 – basta observar o cenário epidemiológico apontado na seção 2.3.

Começamos então com o resgate do conceito apontado na Introdução, segundo o qual a Vigilância em Saúde é

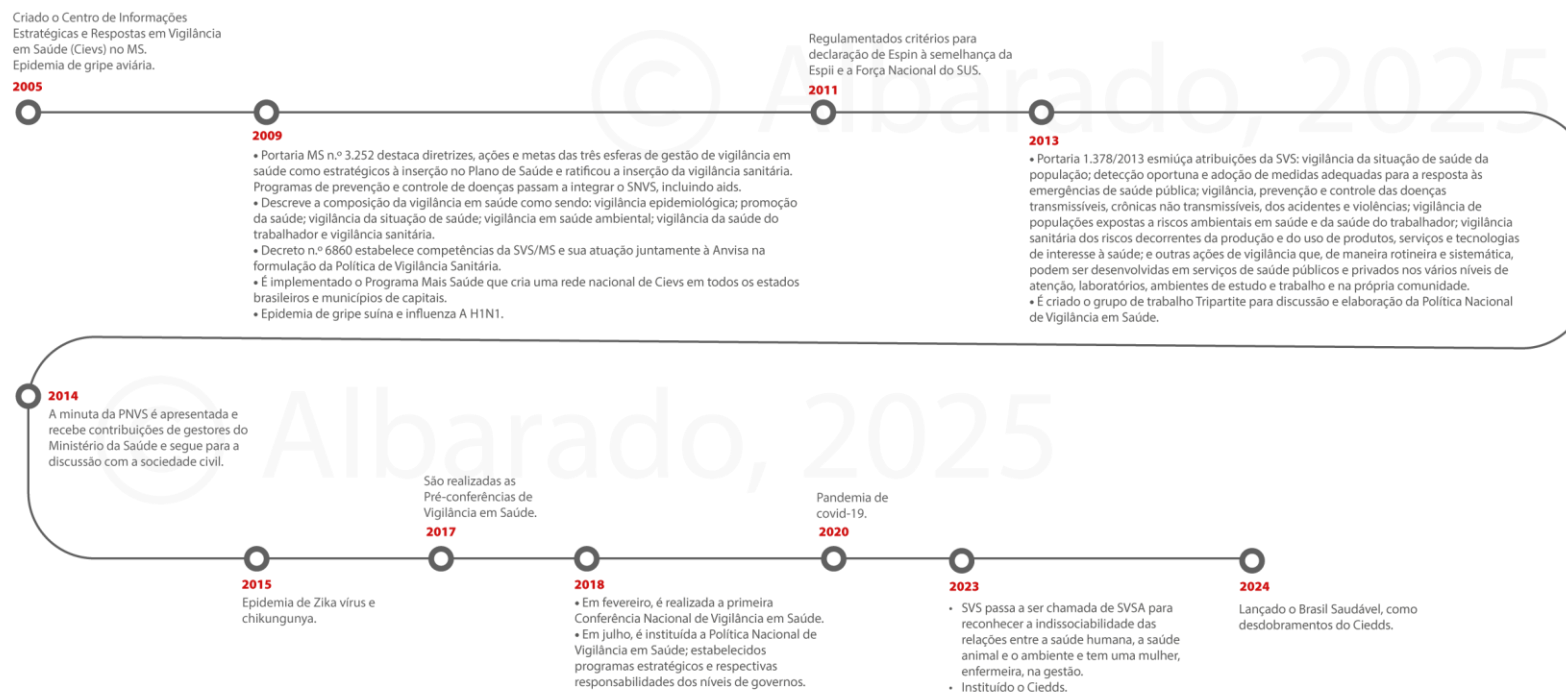
o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e **disseminação de informações** sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, **intervenção** e **atuação** em condicionantes e determinantes da saúde, para a **proteção e promoção da saúde da população**, **prevenção** e controle de riscos, agravos e doenças (Brasil, 2018) [grifo nosso].

Em seguida, vale relembrar o trabalho de Silva-Júnior (2004) para o registro da construção do conceito de Vigilância em Saúde e como este se perpetuou no Brasil até aquele ano. Pouco tempo antes, o autor havia se tornado o gestor da recém-criada Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. Em editorial para a também recém-criada Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS (Ress), ele afirmou que a criação da secretaria possibilitaria a ampliação do escopo da Vigilância em Saúde Pública no Brasil, e que sua estrutura reuniria novamente áreas de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis da esfera federal que se encontravam separadas em diferentes órgãos da pasta (Silva-Júnior, 2003).

Figura 10 – Epidemias e a evolução da Vigilância em Saúde no Brasil



Continua...



,Fonte: elaborado pela autora.

De fato, pode-se observar que parte desse objetivo foi alcançado ao olhar as reflexões de Arreaza e Moraes (2010). Os autores nos apresentam as formas, o conteúdo e a projeção operacional da vigilância epidemiológica como instrumento indispensável para o campo do saber e as práticas da saúde pública. E, apesar de estarem focados na Epidemiologia, demonstram que o modelo de vigilância da saúde estabelece uma ampliação de conceitos operacionais ao integrar práticas coletivas e individuais em diferentes dimensões das necessidades de saúde para além do controle de riscos e danos, ou seja, ao considerar determinantes sociais e ambientais.

Oliveira e Cruz (2015) também trazem importantes reflexões ao percurso político e organizacional da Vigilância em Saúde no Brasil e recordam que o modelo sugerido por Silva-Júnior (2003; 2004) foi a principal proposta, após os debates dos anos 1990, sobre a necessidade de incorporar intervenções que fossem além da prevenção e/ou do controle de danos. Isso porque a ênfase da área é justamente a busca por respostas efetivas para demandas e problemas por meio de trabalho integrado e específico aos contextos da população, ou seja, para além de serviços especializados.

Silva, Teixeira e Costa (2023) complementam então que, com a atualização das normas da Vigilância em Saúde ocorrida em 2009, os programas de prevenção e controle de doenças de relevância em Saúde Pública – como foi o caso do HIV e da aids – passaram a ser definidos como componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Contudo, as constantes reformas organizacionais relacionadas à história da implantação desse sistema e o respectivo debate sobre a integração ou separação dos programas seguiram por alguns anos (Silva-Júnior, 2004; Brasil, 2019b; Silva; Teixeira; Costa, 2023; Teixeira *et al.*, 2023). Quiçá tais indefinições existam até hoje, pois as ações se subdividem em setores que atuam conforme suas infecções e/ou doenças de atenção (Oliveira; Cruz, 2015). No caso do HIV e da aids, ainda se observam discussões sobre o papel do Departamento que outrora foi um programa.

Além da série de reformas administrativas ocorridas no governo federal e no Ministério da Saúde, adotou-se uma abordagem que articula as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária. Para Oliveira e Cruz (2015), a incorporação do conceito “Vigilância em Saúde” simboliza uma perspectiva ampliada que visa evitar a superposição de ações direcionadas a hospedeiros, agentes etiológicos, ambientes e produção e comercialização de remédios e alimentos. Tal medida é de extrema

relevância, pois a vigilância em saúde é uma das quatro grandes categorias de organização do SUS e possui um caráter coletivo (Souza; Bahia, 2023).

Guimarães *et al.* (2017) abordaram os desafios para a elaboração, a implantação e a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), com o objetivo de subsidiar os debates para a constituição da política. Dentre as dificuldades elencadas pelos autores, incluem-se as iniquidades sociais existentes no país; os problemas relacionados à compartimentalização das vigilâncias e à interação da análise da situação de saúde, das condições de vida e da base territorial na proposição de ações; as mudanças práticas na cultura organizacional do Ministério da Saúde e o respectivo contorno de confusão entre as competências de atuação da Vigilância e da Atenção à Saúde; a oferta de informações epidemiológicas que reconheçam as desigualdades de desenvolvimento de cada região; a importância do georreferenciamento para as análises de vigilância; a qualificação técnica de gestores(as) e profissionais para homogeneizar o fluxo de informações e comunicação direcionado à análise de situação de saúde integrada entre os diferentes níveis de gestão; o uso de práticas e decisões informadas por evidências; e a relevância da multidisciplinaridade, com expertise em saúde e também em demografia, estatísticas oficiais e políticas públicas.

Franco-Netto *et al.* (2017) realizaram o mesmo exercício dos autores citados acima e afirmaram que a complexidade da realidade brasileira demanda que a Vigilância em Saúde esteja alinhada aos princípios e diretrizes do SUS. Eles destacaram a necessidade de estruturar um sistema de vigilância que considere dinâmicas de produção, consumo e modos de vida das comunidades. Além disso, sugeriram que a Política incorporasse categorias e valores relacionados à determinação social da saúde, à responsabilidade estatal na regulação sanitária e ao direito à informação.

A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada de 27 de fevereiro a 2 de março de 2018, foi um marco para a construção da PNVS. Garcia e Duarte (2018) registraram que a relevância da Vigilância em Saúde para a promoção e proteção da saúde da população brasileira foi amplamente reconhecida e enfatizada no evento, bem como a valorização, a qualificação e a garantia das condições de trabalho adequadas para trabalhadores e trabalhadoras da vigilância. As autoras destacaram ainda o desafio de transformar, em curto prazo, as propostas da Conferência em diretrizes norteadoras para a política. Em contrapartida, elas também

ressaltaram a responsabilidade de conferir – em médio e longo prazo – concretude à política formulada, estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação dos resultados e efeitos sobre a saúde da população.

Em complemento aos apontamentos das referidas autoras, Teixeira *et al.* (2018) destacam que, ao longo do percurso histórico da Vigilância em Saúde, é possível perceber uma expansão tanto de seus objetos de estudo quanto de suas intervenções, a partir da consolidação e da integração entre as diversas áreas da vigilância, bem como do aprimoramento da sua capacidade de previsão e intervenção. Para os estudiosos, inicialmente, a área esteve centrada na vigilância das pessoas, perpassando pela vigilância de doenças e, mais recentemente, voltando-se para a vigilância de riscos à saúde. Contudo, apesar desses avanços, o ideal de uma Vigilância em Saúde ainda não foi plenamente alcançado.

Em 2023, a Secretaria de Vigilância em Saúde completou 20 anos de existência e incorporou a dimensão ambiental em sua denominação. Em editorial para a Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (Ress), a secretária e epidemiologista Ethel Maciel destaca avanços e números da organização, explica o porquê da inclusão da palavra “ambiente” ao nome do órgão e anuncia a criação do Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica (CNIE), ocorrida em 2024. De acordo com ela, trata-se de um fundamento essencial para assegurar mais habilidade na utilização de dados para a produção de informações oportunas e qualificadas. “Após um período de pandemia, em que a negação da ciência foi a conduta normativa da gestão, voltar a posicionar a ciência no centro da tomada de decisão é não apenas simbólico, mas também essencial” (Maciel, 2023, p. 2).

Após visitação à literatura, é possível observar que, mesmo após 2009, quando os programas e as políticas especiais passam a ser oficialmente responsabilidade da Vigilância em Saúde, poucos artigos abordaram de forma aprofundada como esses programas e políticas se adequaram, ou não, ao novo modelo. Contudo, diante das informações anteriormente referidas sobre as dificuldades relacionadas à cultura organizacional, e considerando que muitas ações seguem ocorrendo de forma compartimentalizada, é possível deduzir que as mudanças continuaram somente na teoria.

Especificamente sobre o HIV e a aids, cabe destacar que, desde os anos 2000, o atual Departamento responsável pela gestão dessas doenças no país cruza dados de quatro diferentes sistemas para divulgar os dados sobre HIV e aids; são eles, por

ordem de criação, o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (1975); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan e o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – Siscel (1993); e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – Siclom (1998). O objetivo do referido cruzamento de dados é amenizar problemas relacionados à subnotificação de caso e também à duplicidade de registros (Brasil, 2011b).

Até 2013, a notificação era obrigatória somente para pessoas vivendo com HIV que tivessem desenvolvido a aids. Seguindo uma recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a partir de 2014, a notificação da infecção pelo HIV se tornou compulsória. Contudo, desde 2006, o algoritmo do próprio Sinan já definia os casos de HIV e de aids. Além disso, a partir dos dados do Siscel, também já era possível classificar os casos como infecção ou imunodeficiência (Brasil, 2024b).

E somente para não encerrar esta seção sem falar da Comunicação em Saúde, além dos destaques feitos no conceito a partir da Política, o Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2022b) apresenta, na parte sobre HIV e aids, um tópico intitulado “Ações de informação, comunicação e educação em saúde”. É digno de nota que a primeira linha do referido tópico utilize a expressão “ações para prevenção do HIV/aids [sic]” como sinônimo do título. Além disso, o texto destaca os determinantes sociais, ambientais e culturais e a importância de direcionamentos para populações-chave e segmentos populacionais vulnerabilizados. Um gancho perfeito para a próxima seção.

2.5.1 “Eu sou o livre-arbítrio”: prevenção em saúde no contexto do HIV e da aids

O dicionário define prevenção como um conjunto de medidas ou preparação antecipada que visa prevenir um mal. Na saúde, há males – no plural – e eles são infecções, doenças e agravos. Assim, a prevenção tem a finalidade de, além de evitar o surgimento e reduzir a incidência e a prevalência dessas infecções, doenças e agravos na população, eliminá-los como problemas de saúde pública ou até erradicá-los (Almeida, 2005).

É importante ressaltar que as medidas de prevenção são fundamentadas em conhecimentos técnicos e científicos próprios de cada período. Com o avanço científico, as orientações para o controle, a eliminação e a erradicação de infecções e

doenças acompanharam esse progresso ao longo dos anos, e algumas delas passaram a ser evitáveis (Teixeira *et al.*, 2023).

As ações de prevenção são divididas em diferentes níveis. Almeida (2005) propõe conceitos desde a prevenção primordial até a quaternária, totalizando cinco níveis de prevenção. Tais conceitos estão apresentados no artigo “De que estratégias de prevenção estamos falando? Uma análise das campanhas de comunicação sobre HIV e aids no Brasil”, disponível nos resultados e discussões e foi

No caso do HIV e da aids, os avanços nesse sentido foram tão importantes que atualmente se fala em “livre arbítrio” em relação a como se prevenir da infecção pelo HIV ou da aids. Essa afirmação vai ao encontro dos objetivos de Leite, Terto Júnior e Parker (2020), que consistem em enfatizar o direito à prevenção em um contexto mais amplo de direitos humanos e considerar as práticas sexuais como inerentes à vida das pessoas. Além disso, os autores argumentam que o mundo passa por transformações no que se refere às questões de gênero e sexualidade, sendo necessário discuti-las – a despeito de valores sociais hegemônicos – no âmbito da saúde sexual e, logicamente, na resposta à epidemia de HIV e aids.

Seffner (2020) elenca quatro pontos para a reflexão e a reinvenção da prevenção. O primeiro deles diz respeito às lacunas de duas ou três gerações existentes entre pesquisadores(as) e ativistas comprometidos com a prevenção. O segundo é sobre a necessidade de promoção do diálogo entre conceitos e práticas e de revitalização de uma rede acadêmico-ativista bastante enraizada no Brasil, mas que, por razões conjunturais, tem perdido algum ímpeto, reconhecendo que ambos os domínios, academia e ativismo, são locais essenciais de pensamento. O terceiro ponto está relacionado à urgência de refletir sobre os embates passados e as lições deles extraídas, a fim de evitar olhar para o novo como algo que suprime o antigo, pois, segundo o pesquisador, recordar algumas lições da história do enfrentamento à epidemia no Brasil é fundamental para fortalecer o campo para o futuro. O quarto, por fim, se refere à necessidade de, a partir de uma perspectiva educacional, compreender que, quer se queira ou não, “[...] uma campanha de prevenção é um artefato cultural que se propõe a influenciar as percepções das pessoas” (idem, p. 12).

Para Ferraz e Paiva (2015), o êxito da resposta brasileira à aids está baseado em uma abordagem alinhada aos direitos humanos e executada mediante o reconhecimento do direito universal à saúde integral e de qualidade. Isso tem sido concretizado por meio de iniciativas fundamentadas em discussões científicas e no

direito à informação integral. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda a adoção da estratégia de Prevenção Combinada.

Quadro 1 – Tipos de abordagens de prevenção ao HIV

Biomédicas		
Tradicionais	Antirretrovirais	Testagem
Preservativos internos e externos Gel lubrificante	Profilaxias pré e pós-exposição (PrEP e PEP) Tratamento antirretroviral	Testes rápidos Autoteste Pré-natal
Comportamentais		
• Incentivo à prevenção por meio do uso de insumos de prevenção. • Acolhimento e aconselhamento sobre HIV, aids e outras ISTs. • Estímulo à testagem – inclusive durante a gestação –, à adesão de intervenções biomédicas, à vinculação e à permanência nos serviços de saúde. • Redução de danos para pessoas que usam álcool e substâncias ilícitas. • Estratégias de comunicação e de educação entre pares, dentre outras.		
Estruturais		
• Ações contra o racismo, o sexismo, a LGBTQIAPN+fobia etc. • Promoção e defesa dos direitos humanos. • Promoção da equidade de gênero.		

Fonte: elaborado pela autora.

O conceito de Prevenção Combinada está relacionado à integração de diversas medidas preventivas em relação ao HIV e aos fatores associados à sua transmissão, sendo este o seu ponto de partida. Sua definição parte da premissa de que distintas abordagens devem ser harmonizadas em uma estratégia coesa, na qual as partes não devem ser dissociadas do todo que constituem. Nesse contexto, o termo implica a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção ao HIV: a **biomédica**, a **comportamental** e a **estrutural** (Brasil, 2017b; [2025c]).

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, [2025c]), a simples combinação das referidas abordagens não esgota todos os significados inerentes ao termo “Prevenção Combinada”. Além disso, depreende-se que as ações de prevenção devem considerar as especificidades das pessoas e de seus respectivos contextos, suas características individuais e o momento de vida em que se encontram.

As intervenções biomédicas são as formas mais comuns de prevenção e, por isso, as mais conhecidas (Quadro 1). Elas consistem em medidas direcionadas à diminuição do risco de exposição ao HIV, intervindo na interação entre o vírus e o indivíduo suscetível à infecção. Essas ações podem ser categorizadas em três grupos distintos: a) tradicionais, ou seja, que empregam métodos de barreira física ao vírus; b) baseadas no uso de antirretrovirais para prevenção ou tratamento do HIV; e c) apoiadas na aplicação de testes para diagnóstico oportuno.

As intervenções comportamentais, por sua vez, são as iniciativas que contribuem para a ampliação da informação e da percepção do risco de exposição ao HIV, buscando reduzi-lo por meio do estímulo a mudanças comportamentais individuais e coletivas. Ao incentivar a prevenção, as campanhas de comunicação se enquadram nas intervenções comportamentais, por se tratar de uma estratégia que pode, ainda, colaborar com a educação das pessoas, em particular por meio da literacia em saúde ou tradução do conhecimento.

Por fim, as intervenções estruturais visam abordar fatores e condições socioculturais e ambientais que influenciam diretamente a vida das pessoas ou de grupos sociais específicos para o HIV, tais como gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e travestis, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras do sexo. Além disso, essas abordagens implicam ações com respostas multissetoriais ao estigma, à discriminação e a outras formas de violação dos direitos fundamentais e das garantias à dignidade humana (Brasil, 2017; [2025c]).

Tais aspectos podem estar relacionados às discussões trazidas por Ferraz e Paiva (2015) e Seffner (2020). As primeiras autoras afirmam que a relutância em incorporar as profilaxias nos programas de prevenção decorre do receio de incentivar a adoção de comportamentos de compensação de risco e o aumento de práticas sexuais desprotegidas, entre outras preocupações. Esses e outros questionamentos provavelmente estão relacionadas aos valores conservadores associados a gênero e sexualidade apontados por Seffner (2020).

Figura 11 – Mandala de Prevenção Combinada



Fonte: Ministério da Saúde.

Como veremos nos resultados e discussões desta tese, pelo menos na prática, as ações de prevenção do Ministério da Saúde ainda precisam avançar para além das intervenções biomédicas. Apesar de a pasta indicar a Prevenção Combinada como a principal estratégia de prevenção ao HIV e à aids, principalmente as abordagens biomédicas, algumas delas sequer foram amplamente divulgadas no país. Como exemplos dessa lacuna, podemos citar a PrEP e o “I = zero” (WHO, 2023; Brasil, [2025c]), ainda que a disseminação de informações ou a realização de ações educativas sobre esses temas sejam essenciais para a implementação de abordagens comportamentais e estruturais.

2.5.2 *“Para todo o mal, a cura”: Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids*

Buss e Esperidião (2023) ratificam que o conceito de Promoção da Saúde e as práticas correlatas surgiram e se fortaleceram a partir dos anos 1970. A evolução do conceito se deu, principalmente, nos países desenvolvidos. Os autores explicam que as conferências internacionais sobre o tema foram basilares para as respectivas definições e políticas criadas pelos países. A despeito dos equívocos em relação à prevenção, em particular à primária, a Promoção da Saúde – aqui abordada como política e prática de saúde – pode ser “a cura” para grande parte dos problemas que afetam as pessoas vivendo com HIV ou aids, pois “promover saúde coincide com enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde” (idem, p. 796).

A revisão da literatura recente no Brasil aponta temas que constituem desafios para a Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids. Em alguns desses temas observam-se mais avanços, tais como os biomédicos, a exemplo do acesso ao tratamento antirretroviral, fundamental para a supressão da carga viral e a manutenção da saúde imunológica, assim como o seguimento regular para acompanhar a condição física geral e abordar quaisquer problemas emergentes de saúde, incluindo a prevenção de infecções oportunistas, além do monitoramento da carga viral e da contagem de CD4 para avaliar a eficácia do tratamento e identificar a necessidade de ajustes medicamentosos.

Outras temáticas necessitam de um pouco mais de atenção, como a oferta de serviços de aconselhamento e apoio psicológico para lidar com o estigma, o estresse emocional e outros desafios psicossociais associados ao HIV; o acesso à educação contínua sobre o HIV, seu cuidado e a prevenção de infecções oportunistas; o incentivo às práticas de autocuidado, incluindo adesão ao tratamento, atividade física regular, alimentação saudável e envolvimento comunitário por meio de grupos de apoio; ações de resposta ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV e à aids, promovendo ambientes inclusivos e respeitosos; orientação e apoio para garantir direitos sexuais e reprodutivos e, assim, possibilitar relações sexuais, gestações, partos e cuidados perinatais adequados. Tais desafios estão diretamente relacionados ao fato de que, como dito na seção 2.3, a prevalência de HIV e aids é maior em pessoas vulnerabilizadas.

O cuidado à **saúde mental** é basilar para a Promoção da Saúde das pessoas vivendo com HIV ou aids. A partir do contexto sociocultural do estado crônico do vírus, dos estigmas e das discriminações que essas pessoas experimentam, Silva, Pinto e Souza (2023) analisaram as possibilidades da atuação do(a) psicólogo(a) no cuidado a essa população e destacaram momentos ou ações em que esse cuidado é fundamental, como em casos de testes reagentes e atividades de Promoção da Saúde em grupo, inclusive com a família. Não obstante, a reflexão dos autores não converge com as discussões sobre a Promoção da Saúde, pois eles privilegiam a atuação de profissionais da Psicologia no âmbito hospitalar e ambulatorial, em detrimento de escolas, organizações sociais e comunitárias, dentre outras.

Outra ação fundamental para a efetivação da Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids é o **acesso à informação**, em particular na era das tecnologias de informação e comunicação (TICs). Todavia, o trabalho de Neto *et al.* (2021) destaca que, no âmbito da Promoção da Saúde, as TICs seguem o modelo hegemônico, ou seja, a lógica biomédica, com foco em patologias específicas ou grupos etários particulares. Tal informação é divergente, por exemplo, das discussões – que já têm mais de 30 anos – sobre Promoção da Saúde.

Por outro lado, um exemplo auspicioso do uso das TICs para a Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids vem a partir da dissertação de Santos (2021). A mestra afirma que, devido ao estigma e à discriminação associados, muitas pessoas enfrentam o isolamento social como uma realidade cotidiana, o que pode resultar na fragilização ou até mesmo na ruptura dos laços afetivos. A partir de pesquisa documental e entrevistas individuais e coletivas com usuários(as) e profissionais de um serviço especializado de atenção à saúde, a autora identificou estratégias de interação para o desenvolvimento de um Ambiente Virtual Interativo (AVI) intitulado “Vida Positiva”. Nele, é possível promover interação social, estimular o autocuidado e a adesão terapêutica e melhorar a capacidade de enfrentamento ao isolamento social, ao estigma e à discriminação.

Ainda sobre o acesso à informação como ação de Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids, Gonçalves-Santos (2019) defende que a universidade tem a responsabilidade social de contribuir para a compreensão das questões sociais e intervir para reduzir os impactos das desigualdades por meio de iniciativas educativas. Para a autora, esse objetivo pode ser alcançado pela

construção de conhecimento que, por sua vez, melhora as condições de vida, fortalece as políticas e aumenta a visibilidade das necessidades.

Por meio da problematização sobre a responsabilidade social da universidade, Gonçalves-Santos (2019) também debate os desafios de um contexto de invisibilidade, de representações sociais e de construção de saberes e cultura de direitos humanos para a promoção da cidadania das pessoas. De acordo com a autora, além dos desafios enfrentados por causa dos tabus associados ao diagnóstico, outras questões exacerbam as condições desfavoráveis para o acesso ampliado à garantia de direitos, como a transmissão vertical da infecção, a comercialização de serviços sexuais, a LGBTQIAPN+fobia, o contexto de pessoas em situação de rua e daquelas privadas de liberdade etc.

Os resultados de Desconsi e Martins (2021) convergem com os achados de Neto *et al.* (2021) citados anteriormente. As pesquisadoras investigaram a produção científica sobre o tema no Brasil e observaram que a maioria dos trabalhos brasileiros destacou o envolvimento do(a) usuário(a) e seu comprometimento com o tratamento. Em seguida, analisaram artigos sobre a importância da atenção dos profissionais da saúde e, por fim, sobre a insatisfação quanto à expropriação do sistema de saúde. Elas reconheceram que tais questões integram um conjunto de medidas para o alcance da qualidade de vida e da Promoção da Saúde; todavia, ressaltam que a ação vai muito além do cuidado individual das pessoas e deve incluir as famílias e a comunidade. E completam: “[...] para tais acontecimentos, as atividades de saúde pública e o cumprimento das leis se faz necessário” (Desconsi e Martins, p. 484).

Costa *et al.* (2018), por sua vez, analisaram fatores associados à **insegurança alimentar**. Os resultados apontaram alta prevalência de insegurança alimentar entre pessoas vivendo com HIV ou aids: 47,3%, sendo que 10,7% das pessoas estavam em nível grave e 11,7% em nível moderado de insegurança. Esse achado esteve relacionado a características demográficas e socioeconômicas, tais como faixa etária, número de pessoas por domicílio, escolaridade e renda mensal domiciliar.

Os autores explicam que há uma estreita relação entre o HIV, a aids e a insegurança alimentar, bem como o estado nutricional da pessoa, pois essa conexão resulta na diminuição da adesão e da eficácia da terapia antirretroviral. Isso ocorre devido à redução das células de diferenciação (CD4) e ao aumento da carga viral. Tais fatores, combinados com as infecções oportunistas, podem intensificar os

impactos das pessoas vivendo com HIV ou aids, acelerando a progressão da doença e diminuindo os índices de sobrevivência individual (Costa *et al.*, 2018).

Por último, não menos importante e longe de esgotar as discussões, trazemos o trabalho de Melo (2015). A pesquisadora abordou dimensões comportamentais a respeito da **saúde sexual** de pessoas vivendo com HIV. Ela observou que as pessoas se baseavam em crenças do senso comum ligadas ao estigma, às iniquidades de gênero e de sexualidade, à desinformação sobre o HIV e às formas de conduzir a sexualidade de forma saudável em suas vivências. Além disso, a autora constatou que os desejos de mudança comportamental e de atitude em relação à saúde sexual e reprodutiva são silenciados pelo medo do estigma e pela falta de apoio familiar e conjugal para a tomada de decisões.

As questões apresentadas acima são apenas parte dos aspectos relacionados à Promoção da Saúde de pessoas vivendo com HIV ou aids. Debates recentes – mais uma vez incitados pelos movimentos sociais – cobram do governo federal: “a gente não quer só remédio”. Com a criação do Comitê Interministerial para a Eliminação de Doenças Determinadas Socialmente, incluindo a aids e a eliminação da transmissão vertical do HIV (Brasil, 2023b) – e seu respectivo e recente desdobramento na implantação do “Programa Brasil Saudável – Unir para cuidar” (Brasil, 2024a), esse debate ampliou-se ainda mais.

Coletivos que representam as pessoas vivendo com HIV ou aids cobram moradia, emprego, educação e vários outros direitos fundamentais para a melhoria da sua qualidade de vida. Afinal, como observado por Domingues, Oliveira e Marques (2018), no núcleo central da representação da “qualidade de vida” para essas pessoas, estão elementos como boa alimentação, cuidados de saúde, lazer, interação social – que, conseqüentemente, inclui a não estigmatização e discriminação –, trabalho, saúde sexual e reprodutiva, dentre outros.

Em suma, a Comunicação em Saúde, tanto em seu conceito instrumental quanto sob uma perspectiva mais holística, é transversal às diversas ações de Promoção da Saúde. Ela desempenha um papel crucial no cuidado às pessoas vivendo com HIV ou aids, por meio do fornecimento de informações de qualidade, de apoio emocional, profissional ou comunitário, de comunicação interpessoal, da capacitação e facilitação do acesso a serviços de saúde adequados fundamentada na tradução do conhecimento, na literacia em saúde e na comunicação pública, entre diversos outros mecanismos de apoio.

2.6

"De aids, 'êids', nunca se falou de sexo com tanta franqueza e confiança":

Avaliação em Saúde



2.6 “De aids, ‘êids’, nunca se falou de sexo com tanta franqueza e confiança”: avaliação em saúde

O título desta seção provavelmente é o mais assertivo de todos os escolhidos para a presente tese. Ao observar as campanhas do período analisado, bem como a literatura visitada para a construção do referencial teórico, é possível caetanear e melodiar: “de aids, ‘êids’, nunca se falou de sexo com tanta franqueza e confiança”. Os ensinamentos de Hartz e Vieira da Silva (2005) foram o ponto de partida para esse embasamento, por direcionarem seu trabalho a profissionais de saúde, sejam da prática ou da pesquisa, que questionam a integridade, a qualidade e a integração das intervenções dentro do SUS. Neste caso em específico, na Vigilância em Saúde.

Noar *et al.* (2009) atualizaram a revisão sistemática de Myhre e Flora (2000) de 1998 a 2007 sobre a avaliação de campanhas de HIV e aids. Além de constatar que a maioria delas continua usando projetos de avaliação de resultados que eles chamaram de “fracos”, os autores observaram que, ao contrário dos resultados apontados por Tóth e Laro (2009) – que afirmam que as campanhas de Comunicação em Saúde são úteis para aquisição de conhecimento, mas limitadas para a transformação de atitudes, práticas sociais e ideologias – Noar *et al.* (2009) encontraram evidências, cuja qualidade julgaram pertinente, sobre mudanças de comportamentos ou intenções comportamentais, principalmente quanto ao uso do preservativo, à testagem e à ampliação do conhecimento sobre HIV e aids.

Além de relevantes resultados sobre esses efeitos, os citados autores descreveram achados sobre o processo e os resultados das campanhas, que interessam diretamente à investigação realizada na presente pesquisa. Contudo, há outras dimensões sobre a avaliação de campanhas de comunicação sobre HIV e aids: pesquisa formativa, uso de teorias da comunicação, segmentação de público e de mensagens, seleção de canais e alcance (Noar *et al.*, 2009). Tais dados foram considerados para a fase 1 da metodologia adotada nesta pesquisa.

Costa de Araújo *et al.* (2021) mapearam indicadores de avaliação de campanhas de comunicação com foco em saúde, sendo que, do total de nove trabalhos avaliados, seis estavam relacionados ao HIV (4) e às infecções sexualmente transmissíveis (2). Ao todo, os autores identificaram oito indicadores. No que se refere às campanhas de comunicação sobre HIV, os indicadores apontados foram: 1)

compreensão das mensagens, 2) efeitos, 3) impacto e 4) aceitabilidade das campanhas. As de ISTs destacaram 5) alcance e 6) eficácia da comunicação.

Para averiguar o primeiro indicador – a compreensão das mensagens –, ainda de acordo com os referidos autores, foi utilizada a pesquisa de opinião sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos das pessoas entrevistadas diante do conteúdo exposto na campanha de comunicação. Quanto aos efeitos, esse segundo indicador deveria ser explorado a partir da avaliação sobre se os objetivos da campanha foram alcançados, em consonância com o plano de mídia definido. Contudo, diante da dificuldade de mensurar as variáveis comportamentais com precisão, o provável efeito determinado foi o desencadeamento de discussões públicas ou privadas acerca do tema tratado na campanha, ou seja, um impacto social.

Em relação ao terceiro indicador, Costa de Araújo *et al.* (2021) afirmam que “a avaliação de impacto de campanhas de comunicação pública é algo quase impossível de sustentar” (idem, p. 10). Em seu trabalho, os pesquisadores citaram as campanhas contra o tabagismo e de estímulo ao uso de preservativo feminino; entretanto, eles concluíram que não há parâmetros de similaridade de aplicação desse indicador. Estranhamente, os autores afirmam que essa característica “[...] o torna mais flexível para ser aplicado em pesquisas incumbidas de avaliar campanhas de comunicação pública” (Costa de Araújo *et al.*, 2021, p. 10).

O indicador de aceitabilidade resulta da avaliação integrada do conteúdo das mensagens e da qualidade dos anúncios veiculados nas campanhas. Tal mensuração foi feita, portanto, a partir da atratividade visual, considerando a importância da visão de receptores, ou seja, novamente, pesquisa de opinião. Além disso, os autores destacaram fatores que podem influenciar a aceitabilidade de uma campanha: identificação do público de interesse, mensagens simples e de fácil entendimento e adequação da mensagem ao público.

No que diz respeito ao indicador de alcance, Costa de Araújo *et al.* (2021) destacam que as avaliações se adaptaram às variáveis associadas ao público, aos dispositivos e às estratégias de mídia utilizadas. Assim, incluíram fórmulas matemáticas, aplicação de questionários, número de acessos-visualizações-interações, dentre outros. Sobre a eficácia da comunicação, por fim, os autores observaram que não houve fórmulas exatas e que cada estudo definiu critérios próprios para investigar se a campanha cumpriu, ou não, seu papel comunicacional.

Ainda como referencial teórico, o mapeamento bibliométrico quanto à Comunicação em Saúde sobre HIV e aids realizado por Farias *et al.* (2020) traz outras evidências relevantes à discussão apresentada acerca das campanhas. Os autores analisaram 13 trabalhos de abordagens quantitativa (3) e qualitativa (10) que investigam as relações entre as estratégias de comunicação empregadas na saúde pública e os fatores estruturais, culturais e subjetivos envolvidos na prevenção e no tratamento do HIV e da aids.

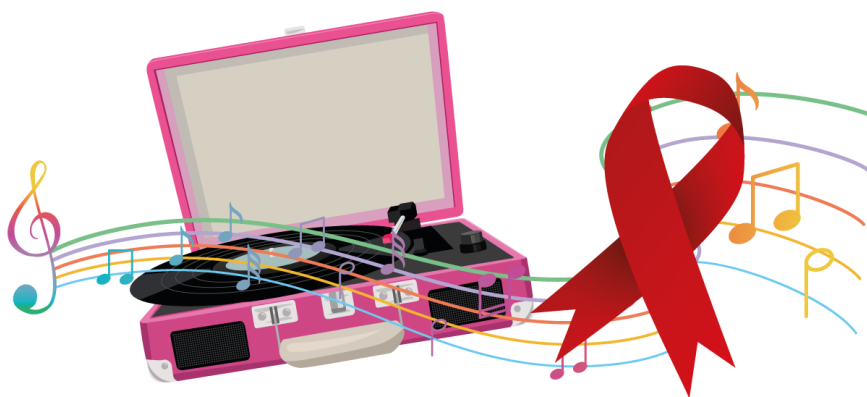
Entre os trabalhos de métodos quantitativos, de maneira geral, foi problematizada a necessidade de melhoria na comunicação junto às populações que vivem em regiões com alta prevalência de casos de infecção pelo HIV. Dois trabalhos eram avaliações, sendo um sobre o impacto de uma intervenção *on-line* para a melhoria da comunicação sobre educação sexual entre pais e filhos e outro sobre a viabilidade e aceitabilidade de um programa *web*, também de educação sexual, entre adolescentes. Ambos eram estudos quase experimentais. A diferença foi que o primeiro incluiu uma autoavaliação assistida e o segundo contava com um questionário padronizado.

Já os estudos qualitativos investigaram as dimensões interpessoal e intrapessoal na comunicação entre profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV ou aids e a comunidade, bem como seus efeitos na adesão à testagem e ao tratamento da infecção. Além disso, eles correlacionaram os modelos de crença em saúde com os fatores emocionais e comportamentais envolvidos no cuidado ao HIV. Os principais métodos observados foram entrevistas, grupos focais, narrativas de usuários(as) e análises documentais.

Diante do exposto, novamente, é possível observar uma ausência de modelos adequados para a avaliação de campanhas de Comunicação em Saúde. Essa lacuna se abre ainda mais quando se enfocam o HIV e a aids no âmbito da Vigilância em Saúde. Outrossim, ainda há outras questões importantes e não avaliadas nos trabalhos citados acima, como a necessária abordagem dos determinantes sociais da saúde, as barreiras em dialogar sobre práticas sexuais para além do risco de infecção, o padrão comercial utilizado e a incoerência em relação ao conceito amplo de saúde e ao direito à saúde e à informação. Cenas para os resultados e discussões.

3

METODOLOGIA



3 METODOLOGIA

Entendendo a complexidade inerente à compreensão dos fenômenos e a diversidade de fontes investigadas nesta pesquisa, optou-se pela **triangulação de métodos**. Conforme Minayo (2014; 2016), trata-se de uma abordagem de pesquisa que envolve a utilização de diferentes métodos e fontes de dados para investigar um fenômeno ou problema, com o objetivo de verificar a validade e a confiabilidade dos resultados ao comparar diferentes métodos ou fontes de dados.

Essa abordagem busca superar as limitações intrínsecas a um único método de pesquisa. Minayo (2016) orienta investigações que combinam abordagens quantitativas e qualitativas. Segundo ela, essa associação permite a convergência e a complementaridade das informações durante a coleta, a análise ou a interpretação dos dados. Além disso, os diferentes métodos podem ser utilizados em momentos distintos do processo de pesquisa para obter uma compreensão mais completa sobre temas complexos (Minayo, 2014; 2016).

No que se refere ao tipo de pesquisa, trata-se de um **estudo de caso**, pois visa-se alcançar uma compreensão aprofundada sobre o uso e a avaliação de campanhas de comunicação sobre HIV e aids no âmbito da Vigilância em Saúde, com objetivos exploratórios, descritivos e analíticos (Minayo, 2016; Yin, 2014; Gil, 2019). Considerando a convergência da terceira fase da Comunicação em Saúde no Brasil com a evolução das tecnologias de informação e comunicação (Rangel-S, 2023), o momento em que o Ministério da Saúde se inseriu nas mídias sociais digitais (Pinto, 2023), as discussões com a obra de Manuel Castells (2003 a 2021) e a evolução do acesso à internet no Brasil (Lins, 2013; Da Silva, 2015), o **recorte temporal definido** foram os anos de **2012 a 2022**.

Para a melhor sistematização dos demais percursos metodológicos e a descrição de outros elementos, esta investigação foi organizada em **cinco fases**, conforme materiais e abordagens de pesquisa (Quadro 2): 1) análise de conteúdo de campanhas de comunicação; 2) revisão de literatura científica; 3) avaliação normativa de notas técnicas e outros documentos que direcionaram a produção de campanhas; 4) análise comparativa de dados epidemiológicos e conteúdo das campanhas; e 5) comparação entre campanhas e temas de políticas públicas, todos sobre o tema HIV e aids no período de 2012 a 2022.

Quadro 2 – Resumo de objetivos, materiais e etapas metodológicas adotadas na tese

OBJETIVO GERAL: AVALIAR CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO SOBRE HIV E AIDS NO BRASIL ENTRE 2012 E 2022.			Minayo, 2014; 2016; Yin, 2016.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MATERIAIS E TÉCNICAS DE COLETA	MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE	REFERENCIAL TEÓRICO
1 - Analisar campanhas de comunicação sobre HIV e aids veiculadas entre 2012 e 2022.	Peças das campanhas e notas técnicas e/ou informativas, briefings e planos de mídia de campanhas sobre HIV e aids veiculadas pelo Ministério da Saúde entre 2012 e 2022, por meio de pesquisa bibliográfica e documental.	Triangulação de métodos por meio de abordagens quanti e qualitativa, a partir de análises de conteúdo e estatística, bem como avaliação normativa.	Minayo, 2014; 2016; Bardin, 2011; Bauer; Gaskell, 2015; Toledo; Ovalle, 2018; Gil, 2019; Yin, 2014; Brousselle <i>et al.</i> , 2011.
2 - Compreender as contribuições das campanhas de comunicação para a vigilância em saúde pública.			
3 - Identificar possíveis relações entre os perfis de personagens das campanhas de comunicação e os dados epidemiológicos e operacionais relacionados ao HIV e à aids no Brasil.	Campanhas, notas técnicas e/ou informativas; dados epidemiológicos; leis, decretos e portarias; pesquisa bibliográfica e documental.	Análise comparativa, a partir de análises de conteúdo e estatística, bem como de pesquisa bibliográfica e documental.	Gil, 2019; Michel, 2015; Marconi; Lakatos, 2022; Yin, 2014; Bardin, 2011; Bauer; Gaskell, 2015.
4 - Comparar os objetivos das campanhas de comunicação com as principais políticas públicas implantadas sobre a temática no período analisado.			

Fonte: elaborado pela autora.

3.1 Análise de conteúdo das campanhas de comunicação sobre HIV e aids

Durante a primeira fase, foram coletados **cartazes**, **vídeos** e **spots** de rádio de campanhas de comunicação sobre HIV e aids veiculadas pelo Ministério da Saúde entre 2012 e 2022. Os materiais foram levantados nos portais virtuais da saúde e da aids entre 2020 e 2022. No total, foram identificados **66** cartazes, **24** vídeos e **20** spots. Destes, **exclusivamente** sobre HIV e aids contaram-se **45** cartazes, **15** vídeos e **9** spots. Os demais também abordaram outras infecções sexualmente transmissíveis. Os materiais foram transcritos e/ou descritos em uma planilha *Excel*, sendo

observadas as seguintes informações: **quantidade de peças por ano; temas abordados; perfil dos personagens; e conteúdo.**

Além da **pesquisa documental** (gil, 2019), os resultados foram investigados à luz da **análise de conteúdo** e da **estatística**. Bardin (2011) e Bauer e Gaskell (2015) explicam que a Análise de Conteúdo serve para a descrição objetiva, sistemática, quantitativa e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Trata-se de um método das Ciências Humanas e Sociais destinado à investigação de fenômenos simbólicos por meio de várias técnicas de pesquisa.

A principal razão da escolha desse método de análise é que o seu objetivo é a inferência, ou seja, interpretações e *insights* destinados a extrair conhecimentos sobre aspectos latentes dos objetos analisados. Por meio dessa técnica, é possível explorar o campo das comunicações e suas significações para descobrir elementos que estão sublinhados em conteúdos explícitos, para além das aparências e dos objetivos funcionais do que é comunicado (Bardin, 2011; Bauer; Gaskell, 2015).

A **estatística**, por sua vez, é uma técnica desenvolvida para a coleta, a classificação, a apresentação, a análise e a interpretação de dados quantitativos e a utilização desses dados para a tomada de decisões (Toledo; Ovalle, 2018). Assim, além da descrição dos achados e do seu uso para construção de gráficos, também foram realizadas análises comparativas entre diferentes categorias para a compreensão do fenômeno investigado.

Essa etapa da pesquisa foi útil para atender o objetivo geral da presente tese – avaliar campanhas de comunicação sobre HIV e aids veiculadas pelo Ministério da Saúde no período entre 2012 e 2022 –, bem como todos os demais objetivos específicos.

3.2 Avaliação normativa de notas técnicas, *briefings* e planos de mídia

Na segunda fase, foi realizado um pedido via Lei de Acesso à Informação para a realização da **pesquisa documental** (Gil, 2019) de **notas técnicas e/ou informativas, *briefings* e planos de mídia** executados – com os respectivos valores investidos – para a produção e a veiculação das referidas campanhas. Entretanto, foram disponibilizados somente documentos relativos às campanhas do Dia Mundial de HIV e aids. Os valores, por sua vez, vieram de 2015 a 2022 e incluíram todas as

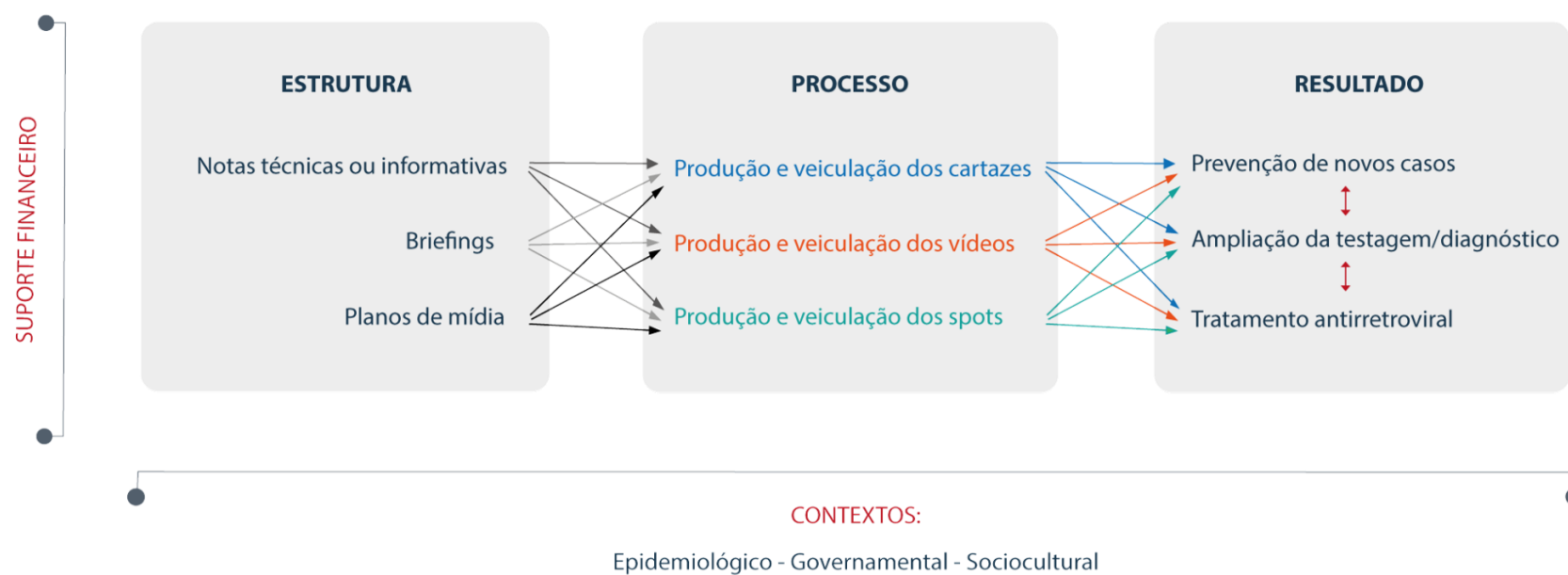
ações de HIV e ISTs. A justificativa do Ministério da Saúde foi que, por se tratar de um trabalho demorado, em razão do volume de documentos a serem reunidos, haveria impacto na produção diária da equipe da Assessoria de Comunicação da pasta.

Assim, foram recebidas **quatro** notas técnicas, **seis** notas informativas, **nove briefings** e **uma planilha** com valores investidos a partir de 2015 acerca da temática. Os materiais foram transcritos e/ou descritos em uma planilha *Excel*, sendo observadas as seguintes informações: **objetivos das campanhas; público de interesse; abordagem/conteúdo e plano de mídia propostos.**

Na análise desses materiais, por sua vez, foi adotada a **abordagem avaliativa** sob a perspectiva de Brousselle *et al.* (2011). As autoras e o autor explicam que a avaliação deve ser compreendida como uma ferramenta habitual e indispensável à formulação das ações, bem como sua implementação e melhoria. Isso converge completamente com as motivações para realizar a presente investigação. Como se trata de objetivos exploratórios, e devido às limitações da pesquisa, será investigada a **dimensão normativa** das campanhas de comunicação analisadas.

Essa etapa responderá aos terceiro e quarto objetivos da presente tese: avaliar campanhas de comunicação sobre HIV e aids veiculadas entre 2012 e 2022 e identificar possíveis relações entre os perfis de personagens das campanhas e os dados epidemiológicos no período analisado. A intenção é emitir um julgamento reflexivo sobre a intervenção. Para tanto, a estrutura, os serviços, os bens produzidos – ou seja, o processo – e os resultados obtidos serão comparados com os critérios e as normas que guiaram a campanha. Com base nessa abordagem avaliativa, será possível averiguar a relação entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais da intervenção (Rossi; Freeman, 1993 *apud* Brousselle *et al.*, 2011).

Figura 12 – Modelo lógico para a avaliação normativa das campanhas de comunicação de HIV e aids – 2012 a 2022



Fonte: elaborado pela autora.

3.3 Análise comparativa: campanhas, dados quantitativos e políticas públicas

Foram analisados a Ficha de Notificação/Investigação de Aids do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan) e os dados epidemiológicos e operacionais relacionados à infecção pelo HIV e a aids entre 2012 e junho de 2024. As informações foram coletadas no site gov.br/aids entre 2020 e 2024.

Os referidos materiais e informações foram sistematizados em uma planilha a partir das técnicas de coleta e/ou procedimentais da pesquisa documental (Gil, 2019) e analisados à luz das análises de conteúdo (Bardin, 2011; Bauer; Gaskell, 2015) e da estatística (Toledo; Ovalle, 2018). Para tanto, consideraram-se as seguintes informações: **número de casos; número de pessoas em tratamento antirretroviral; sexo biológico; raça/cor/etnia; faixa etária; e provável categoria de exposição.**

Em seguida, os achados foram comparados com as análises realizadas nas fases de 1 a 3. O **método comparativo** consiste na comparação sistemática de elementos, variáveis ou casos para identificar semelhanças, diferenças, padrões ou relações entre eles. Conforme Gil (2019), a análise comparativa funciona para a investigação de fenômenos ou fatos com a finalidade de ressaltar divergências e convergências. Assim, segundo Michel (2015), tal método permite o confronto e o paralelo entre os elementos investigados, considerando suas particularidades e relações. Em complemento, Marconi e Lakatos (2022) acrescentam que a técnica permite analisar o dado concreto, deduzindo dele quais são os componentes constantes, abstratos e gerais.

Desse modo, além da seleção das políticas de saúde que serão objeto de comparação, as quais já foram apontadas no referencial teórico, as pesquisas bibliográfica e documental foram fundamentais para a descrição dos contextos político, econômico, cultural e ambiental em que as políticas foram implementadas. Os critérios comparados estão diretamente relacionados aos objetivos e ao período de criação e/ou implementação das políticas públicas.

3.4 Aspectos éticos e limitações da pesquisa

Esta pesquisa integra o projeto “Comunicação Promotora de Saúde: estratégias de enfrentamento de epidemias de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais em população jovem” desenvolvido entre 2020 e 2024 com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O estudo observa os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Assim, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS), sob o CAAE n.º 29854020.0.0000.0030.

Quanto às limitações da pesquisa, elas serão elencadas fase a fase. Na primeira, observou-se que algumas peças das campanhas não se repetiam em todos os anos; assim, com o objetivo de qualificar o *corpus* da pesquisa, foram selecionados somente materiais basilares, comuns a todas as campanhas. Além disso, no que se refere à orientação sexual abrangida no perfil dos personagens incluídos nas campanhas, a identificação foi feita somente quando a referida descrição era explícita.

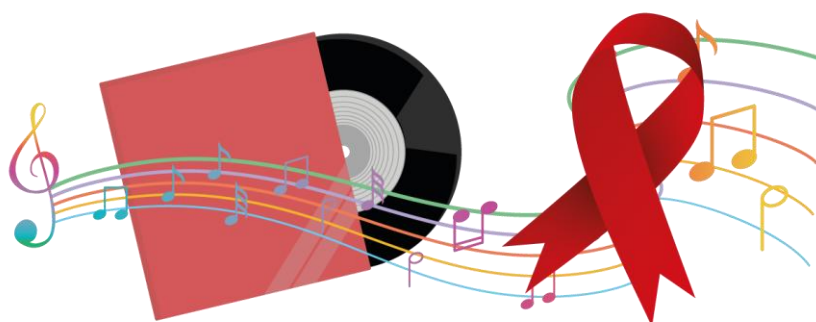
Na fase 2, somente os documentos referentes às campanhas especificamente sobre HIV e aids, ou seja, relativos às campanhas do Dia Mundial da Aids, foram localizados ou disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Ademais, quanto aos planos de mídia executados, apenas foi concedido acesso ao período entre 2015 e 2022.

Quanto às fases 3 e 4, foi necessário adaptar o recorte temporal da pesquisa ao fato de o Ministério da Saúde não utilizar anos epidemiológicos fechados conforme o calendário gregoriano, que se inicia em 1º de janeiro e termina em 31 de dezembro. A pasta disponibiliza os dados referentes a 1º de julho a 30 de junho.

Outro fato que poderia ser caracterizado como um possível viés da pesquisa é que integro a equipe de comunicação do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs do Ministério da Saúde desde maio de 2021, sendo a referência técnica da área desde 2023. Contudo, até 2022, a tomada de decisão quanto às estratégias de comunicação ou quaisquer outras formas de influência nas campanhas sequer eram participadas à referida equipe departamental. Esse cenário somente se modificou a partir de junho de 2023.

4

RESULTADOS E DISCUSSÕES



4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como dito anteriormente, os resultados e as discussões desta tese serão dispostos em formato de artigos científicos, apresentados a seguir. O **primeiro**, “Que abordagens e tecnologias de prevenção estamos usando? Análise de campanhas de comunicação de HIV e aids no Brasil”, foi aceito e publicado pela Revista Ciência e Saúde Coletiva.

O **segundo** observou o perfil de personagens que protagonizaram as campanhas e o perfil epidemiológico de prevalência para o HIV e a aids, inclusive considerando as populações-chave e prioritárias para a temática. O artigo “Somos tão jovens: campanhas públicas de prevenção ao HIV e à aids no Brasil entre 2012 e 2024” está em avaliação pela Revista de Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis) desde outubro de 2024.

Em uma **terceira produção**, foi escrito o **ensaio teórico** “Convergência, capitalismo informacional e autocomunicação: desafios e potencialidades da comunicação para a prevenção de HIV e aids no Brasil”, com base na obra de Manuel Castells. O artigo foi submetido à Revista Interface em janeiro de 2025 e aguarda avaliação.

Finalmente, o **quarto texto**, “Museu de grandes novidades: avaliação mista de campanhas de HIV e aids de 2012 a 2022 no Brasil”, discute se as campanhas observaram as diretrizes de notas técnicas ou informativas, *briefings* e planos de mídia elaborados para a respectiva produção e veiculação, bem como os dados epidemiológicos e operacionais do período. O artigo está em revisão textual e será submetido à Revista *Journal of Health Communication*.

ARTIGO 1

4.1 Artigo 1 – Que abordagens e tecnologias de prevenção estamos usando? Análise de campanhas de comunicação de HIV e aids no Brasil

Ádria Albarado^I - <https://orcid.org/0000-0003-2519-7690>; Maria Beatriz Ruy^{II}; Ana Valéria Machado Mendonça^I (Universidade de Brasília - I e Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - II)

RESUMO: Campanhas de saúde são realizadas há um século no Brasil para prevenção de doenças, inclusive HIV e aids. Mas afinal, que abordagens e tecnologias de prevenção são utilizadas nessas ações? Buscou-se identificá-las e discuti-las nas campanhas de HIV e aids publicadas pelo Ministério da Saúde entre 2012 e 2022. Trata-se de estudo quali-quantitativo, exploratório, a partir de análise temática de conteúdo e estatística descritiva. As categorias primária, secundária, terciária e quaternária foram debatidas à luz da literatura pertinente. Observou-se que as campanhas utilizam abordagens e tecnologias dos níveis de prevenção primária (81%) e secundária (93%) das peças analisadas. Os níveis terciário e quaternário só aparecem em 8% e 32%, respectivamente. As campanhas citam os métodos de prevenção sem informações explícitas sobre cada um e abordam, majoritariamente, as intervenções biomédicas. Há uma atuação positiva para o incentivo de métodos de barreira e testagem em massa, e lacunas informacionais quanto ao tratamento como prevenção, à resposta aos determinantes sociais e à prevenção combinada. As campanhas precisam de avaliação e aperfeiçoamento enquanto estratégia de comunicação em saúde adotada com o objetivo de prevenir HIV e aids, em especial, entre populações-chave e prioritárias.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; aids; Vigilância em Saúde; Prevenção; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT: Health campaigns have been carried out for a century in Brazil to prevent diseases, including HIV and AIDS. But what approaches and technologies are used in these actions? The aim was to identify and discuss prevention strategies in HIV and AIDS campaigns published by the Ministry of Health between 2012 and 2022. This is a qualitative-quantitative exploratory study based on thematic content analysis and descriptive statistics. The primary, secondary, tertiary and quaternary categories were discussed in the light of the relevant literature. It was observed that the campaigns use approaches and technologies from the primary (81%) and secondary (93%) levels of prevention in the pieces analyzed. The tertiary and quaternary levels only appear in 8% and 32%. The campaigns mention prevention methods without explicit information about each one and mostly deal with biomedical interventions. There is positive action to encourage barrier methods and mass testing, and information gaps regarding treatment as prevention, the response to social determinants and combined prevention. The campaigns need to be evaluated and improved as a health communication strategy adopted with the aim of providing information for HIV and AIDS prevention, especially the specificities of key and priority populations.

KEYWORDS: HIV; AIDS; Health Surveillance; Prevention; Health Communication.

Introdução

Existem aproximadamente 39 milhões de pessoas vivendo com HIV ou aids no mundo¹. Dessas, cerca de um milhão estão no Brasil, sendo 70,5% dos casos notificados em pessoas do sexo masculino e 29,5% em pessoas do sexo feminino. A distribuição percentual dos registros segundo raça, cor e etnia aponta que pretos e pardos são 34,2% e brancos 32,2%. Em 2022, 62,8% dos novos casos ocorreram na população negra. No tocante à escolaridade, 43,9% têm menos de nove anos de estudo e, no que se refere à faixa etária - entre 2007 e junho de 2023 - 62,3% estão concentrados em jovens de 15 a 34 anos de idade no sexo masculino e, 48,9% no feminino^{2,3}.

Entre 2012 e 2022, a taxa de detecção de infecção pelo HIV em gestantes aumentou de 2,4 para 3,1². No mesmo período, um total de 52.415 jovens com HIV, de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, evoluiu para aids, alertando para a necessidade de promover iniciativas para a vinculação aos serviços e a adesão à terapia antirretroviral (Tarv). Atualmente, o Brasil registra 731 mil pessoas em Tarv e, destas, 95% estão em supressão viral³. Para alcançar as metas de eliminação da epidemia de HIV e aids como problema de saúde pública, o Brasil precisa diagnosticar mais 4% das cerca de um milhão de pessoas infectadas pelo HIV no país - que não sabem seu status sorológico - e aumentar em 14% o tratamento de pessoas diagnosticadas. Somente a meta da supressão viral foi alcançada¹.

O alcance dessas metas está intrinsecamente ligado a ações de prevenção e, no caso do HIV e da aids, envolve todos os níveis de prevenção. O dicionário define prevenção como um conjunto de medidas ou preparação antecipada que visa prevenir um mal⁵. Na saúde, há males - no plural - e eles são infecções, doenças e agravos. A prevenção tem a finalidade de, além de evitar o surgimento, reduzir a incidência e a prevalência dessas infecções, doenças e agravos na população, eliminá-los como problemas de saúde pública ou até erradicá-los^{6,7}.

Nesse sentido, a prevenção primária se baseia em ações que buscam evitar ou remover a exposição das pessoas ao risco antes que patologias se desenvolvam⁷. Por exemplo, a utilização de tecnologias como preservativos ou profilaxias pré e pós-exposição de risco ao HIV (PrEP e PEP), que são barreiras à infecção pelo vírus. Já a prevenção secundária tem a finalidade de detectar um problema de saúde numa fase precoce e impedir que se torne mais grave. A título de exemplo, o diagnóstico

precoce e oportuno da infecção pelo HIV, pois, em casos positivos, dá-se início imediato ao tratamento que, por sua vez, pode impedir o desenvolvimento da aids, bem como a transmissão para parcerias sexuais ou vertical, em casos de gestação.

A prevenção terciária dispõe-se à redução de custos sociais e econômicos do adoecimento das pessoas por meio da reabilitação e reintegração, inclusive, potencializando a capacidade funcional das pessoas. Ela está relacionada especialmente às doenças crônicas e objetiva o tratamento e o controle⁷. No caso do HIV, pode-se exemplificar, mais uma vez, com o tratamento da infecção que impede a aids e o surgimento de doenças oportunistas.

Quanto à prevenção quaternária, são contempladas tecnologias e ações que tencionam evitar ou atenuar o excesso de intervenções médicas. Além disso, ela se propõe a qualificar as pessoas sob os cuidados de profissionais de saúde por meio do fornecimento de informações sobre vantagens e inconvenientes dos métodos de prevenção, ou terapêuticos, para que elas possam tomar decisões autônomas e conscientes^{7,8}, tal como ocorre com a estratégia da prevenção combinada. Essa estratégia consiste no uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção, aplicadas em diversos níveis, para responder às necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e formas de transmissão do HIV⁹.

No Brasil, tradicional e sazonalmente, são utilizadas campanhas de comunicação com a finalidade de prevenir doenças infectocontagiosas^{10,11}. As campanhas são dispositivos estratégicos para a gestão da comunicação que visam “alcançar uma meta definida a partir da integração de uma série de instrumentos e ações em um prazo previamente determinado e com um objetivo claramente definido” (p.7)¹². No âmbito da vigilância em saúde, este objetivo é a proteção e a promoção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças por meio, dentre outras ações, da disseminação de informações¹³.

Por meio das campanhas de comunicação busca-se prevenir infecções pelo HIV, o diagnóstico precoce e oportuno; a diminuição de ocorrências de casos de aids e da mortalidade; o aumento da adesão ao tratamento e do acesso aos insumos de prevenção. Mas afinal, que abordagens de prevenção são utilizadas nessas campanhas de comunicação? Qual a constância da utilização de cada uma? Por meio de quais mensagens-chave? Este estudo visa identificar e discutir as abordagens e tecnologias de prevenção apresentadas nas campanhas de HIV e aids publicadas pelo Ministério da Saúde no período de 2012 a 2022.

Ressalta-se que tal análise visa a compreensão de como a intervenção em saúde conhecida como campanha de comunicação é utilizada para a prevenção de HIV e aids no Brasil, sob a perspectiva da vigilância e da comunicação em saúde. Trata-se de um estudo inédito no país, pois analisa um período recente da história da epidemia de HIV e aids, além de demonstrar lacunas informacionais existentes na estratégia de comunicação e de apresentar um retrato da promoção de tecnologias e/ou abordagens adotadas pela gestão nacional de saúde.

Nesse contexto, a saúde e a comunicação são trazidas para além de discussões conceituais ou funcionais, pois se tratam de direitos fundamentais, especialmente a comunicação, uma vez que é transversal a quaisquer culturas, e desempenha papel crucial na expressão de ideias, desejos e opiniões, na participação social e no acesso à informação, essenciais à prevenção de HIV e aids.

Materiais e métodos

No total, foram analisados 66 cartazes, 24 vídeos e 20 áudios que citavam direta ou indiretamente o HIV e a aids em campanhas de comunicação produzidas pelo Ministério da Saúde do Brasil entre 2012 e 2022. Materiais que não eram constantes nas campanhas ou que se caracterizavam como brindes, tais como: leques, camisetas, bonés etc, foram excluídos. As peças foram localizadas nos sítios gov.br/aids e gov.br/saude e, em seguida, descritas ou transcritas, codificadas - considerando o tipo e o período em que foram veiculadas - e organizadas em planilhas. Além do tipo e do ano de veiculação, a descrição detalhou mensagens, personagens e indicação de sites e/ou páginas de redes sociais.

Trata-se de um estudo quali-quantitativo¹⁴, de caráter exploratório, a partir da análise temática de conteúdo^{15,16} e da estatística descritiva¹⁷. Também foram adotadas técnicas procedimentais das pesquisas documental e bibliográfica para coleta e análise dos dados¹⁸.

Optou-se por seguir o modelo fechado de categorização¹⁹. A investigação analisou os tipos de tecnologias e abordagens de prevenção utilizadas nas campanhas e as classificou segundo os níveis de prevenção. Estes, por sua vez, foram transformados em categorias temáticas de análise: primária; secundária; terciária; e quaternária⁷.

Na primeira, incluíram-se conteúdos referentes aos preservativos, profilaxias pré e pós-exposição de risco ao HIV (PrEP e PEP). Na segunda, entraram dados sobre teste, autoteste, pré-natal e tratamento. Na terceira, registraram-se temas como estigma, preconceito e respeito. Por fim, na quarta, entraram achados relativos à prevenção combinada.

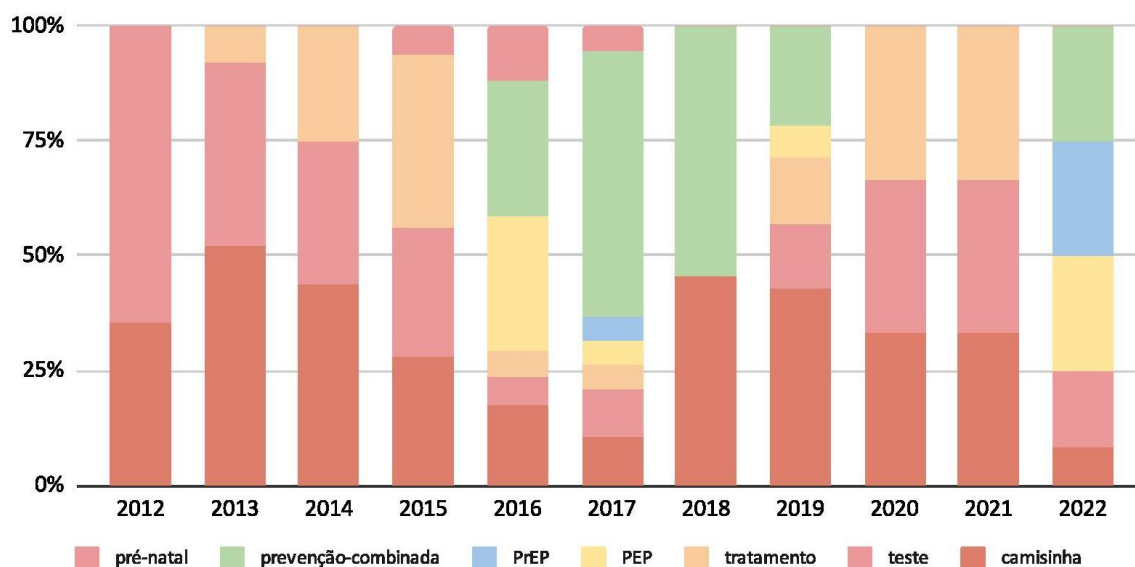
Os resultados foram analisados à luz da literatura sobre vigilância e comunicação em saúde, com ênfase na prevenção. As informações deste artigo são resultantes de pesquisa de avaliação de campanhas para tese de doutoramento, com recorte temporal de onze anos - 2012 a 2022, inserida em projeto de pesquisa nacional desenvolvido entre 2020 e 2023 com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resultados e discussão

No total, foram analisadas 109 peças de campanhas de comunicação sobre HIV e aids em 11 anos, sendo 66 cartazes, 24 vídeos e 19 áudios. No período analisado, constatou-se uma produção média de 9,9 peças por ano. Observou-se ainda que os anos com maior frequência na produção de peças foram: 2015, com 12 cartazes, 3 vídeos e 3 áudios e, 2017, com 11 cartazes, 3 vídeos e 3 áudios. Os anos 2013, 2018 e 2019 se destacaram com a disponibilização de 9 cartazes, 6 vídeos e 3 áudios, respectivamente.

Conforme os achados, nos últimos onze anos, as campanhas de comunicação sobre HIV e aids do Ministério da Saúde destacaram, principalmente, as estratégias de prevenção primária e secundária, sendo que a secundária ocorreu 13 vezes mais que a primária, registrada, por sua vez, em 90 peças. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que a PEP e a PrEP passaram a ser ofertadas no SUS em 2015²⁰ e 2017²¹. Assim, as camisinhas foram verificadas em 63 peças e em todos os anos (Figura 1). Mesmo assim, vários estudos apontam que essa estratégia de barreira não tem sido efetiva na mesma proporção que tem sido indicada.

Figura 1 – Distribuição de tecnologias ou abordagens de prevenção identificadas nas campanhas de HIV e aids no período de 2012 a 2022 no Brasil.



Fonte: elaboração das autoras.

Alguns achados chamam a atenção nesse contexto. Dourado e colaboradores, por exemplo, apontam que falta abordagem sobre o papel do prazer e do sexo nas intervenções sobre o uso de preservativos. Ainda de acordo com eles, há poucos estudos sobre fatores associados ao uso de preservativo entre os grupos nos quais a epidemia se concentra²². Nas campanhas analisadas, sexo e prazer sequer são citados, demonstrando que o tabu social em torno desses assuntos é perpetuado nas pesquisas científicas e nas campanhas de prevenção ao HIV. Isso é um desafio aos gestores e comunicadores da saúde, pois a sexualidade é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos e que está diretamente ligada aos direitos humanos à saúde sexual e reprodutiva²³.

Figura 2 – Cartaz da campanha de carnaval, 2019.

NÃO IMPORTA SE SEU NOME É JENIFER, JOÃO, JÉSSICA OU JORGE, USE CAMISINHA.

O número de pessoas que vivem com HIV tem aumentado no Brasil e 73% dos novos casos são em homens de 15 a 39 anos.

A aids ainda não tem cura. Então, por que se arriscar?

PARE, PENSE E USE

VISTA-SE

GABRIEL DINIZ
Cantor

Conheça todas as formas de prevenção em aids.gov.br

136
www.saude.gov.br

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL
GOVERNO FEDERAL

@minsaude
/minsaude
MinSaudeBR
/minsaude
#UseCamisinha

Fonte: Ministério da Saúde.

Outro fato a ser destacado em relação à **categoria primária** é a parca quantidade de informações quanto aos preservativos. As frases são quase sempre imperativas para usá-las, mas, no período analisado, somente em duas peças de vídeo - campanhas do Dia Mundial de 2016 e de 2022 - há informações sobre as camisinhas afirmando que é a “forma mais simples de prevenção” e “masculina ou feminina”. Nos cartazes, é possível localizar informações sobre a gratuidade e, que o uso é responsabilidade de todos (Figuras 2 e 3). Contudo, não há informações sobre segurança, materiais, tamanhos disponíveis, importância da associação ao gel lubrificante etc.

Os achados dão pistas sobre o porquê há falta de conhecimento acerca do uso de preservativos entre pessoas jovens como afirmado em outros estudos^{24,25}. Esse público quer ampliar a gama de informações sobre sexualidade e prevenção, porém, enfatiza a escassez de informações e que a mídia acaba não sendo uma fonte de informação capaz de satisfazer curiosidades e dúvidas, pois não aprofunda, contextualiza ou aborda o assunto de maneira completa. Além disso, possui

interpelação pouco didática e esclarecedora, com linguagem de difícil compreensão e que presume anterior domínio de informações sobre prevenção²⁴⁻²⁶.

Figura 3 – Cartaz da campanha contra ISTs, 2019.



Fonte: Ministério da Saúde.

Isso fica explícito quando observadas as ocorrências sobre PEP e PrEP nas peças, pois surgem, literalmente, como mágica. Primeiro a PEP, chamada de medicamento pós-exposição (áudio, cartaz e vídeo da campanha do Dia Mundial de 2016) e a única informação sobre: “PEP? É. A medicação pós-exposição. Você tem que tomar até 72h após a transa, porque aí você impede a infecção pelo HIV, sacou? Já é um tipo de tratamento”. Na vez da PrEP, ela é inserida ao lado da PEP em cartazes de campanhas a partir de 2016. Todavia, só ocorre quatro vezes e a única ocorrência de orientação é encontrada no vídeo do Dia Mundial de 2018: “Informe-se sobre a PEP e a PrEP com seu médico”.

Quanto à **categoria secundária**, as peças comunicacionais focaram, na maioria, em testagem, com ocorrência em mais de 60% dos produtos analisados nesta categoria. O tratamento apareceu em segundo lugar, com 34% de registros e, por

último, com apenas 6%, o pré-natal. A imperatividade e a superficialidade das informações sobre os temas são as mesmas que ocorrem nos casos da categoria de prevenção primária. A ênfase da informação nas mensagens sobre o teste é que ele “é gratuito, rápido, seguro e sigiloso” e que uma unidade de saúde deve ser procurada. Em 2013, a campanha destacou a importância do insumo para o diagnóstico precoce. O autoteste foi observado somente na campanha de 2022.

A referida testagem está associada diretamente ao tratamento como prevenção (TcP), pois, com esse cuidado e o alcance da supressão viral, as pessoas com a infecção pelo HIV deixam de transmiti-la às suas parcerias sexuais²⁷⁻²⁹. Ocorre que essas informações não são repassadas nas campanhas de forma explícita. Além disso, pesquisas apontam que na percepção de indivíduos sobre o uso que faziam do teste, essa iniciativa raramente foi considerada para caracterizar este uso como rotina de prevenção e cuidado³⁰. Esse é um dos desafios de gestores e comunicadores da saúde, pois prevalece uma superposição entre prevenção e assistência, sugerindo maior peso aos conhecimentos e práticas biomédicos. Tal perspectiva se apresenta contrária aos determinantes sociais relacionados ao HIV e à aids - em especial o estigma e a discriminação-, bem como ignora a participação de ativistas e pessoas vivendo com HIV ou aids como conhecedores e realizadores de práticas preventivas²⁹.

Outro empecilho, é a adesão e a manutenção do tratamento. Essa questão foi abordada na campanha de comunicação do Dia Mundial de Aids de 2015 com afirmações sobre o tratamento não ser fácil, mas que era necessário para a manutenção da saúde com qualidade de vida. Mais uma vez, a questão foi apresentada de forma superficial, pouco informativa e sem abordar respostas aos determinantes sociais³¹. Por mais que o tratamento seja ofertado gratuitamente no SUS, para que ele funcione, as pessoas precisam acessá-lo e ter uma alimentação saudável. Porém, muitas pessoas vivendo com HIV ou aids não conseguem ir buscar os antirretrovirais nos serviços de saúde por falta de dinheiro para pagar passagens de transporte, por exemplo ou, quando os acessam, têm dificuldades de usá-los porque falta alimentação³². Mais à frente, serão apontadas questões relacionadas à supressão viral e a intransmissibilidade, que também não são esclarecidas nas campanhas.

A raridade de peças visando a prevenção do HIV durante o pré-natal é uma surpresa. Do total de peças analisadas, somente 6% abordam o tema. A eliminação da transmissão vertical do vírus é um objetivo da Organização Mundial da Saúde

desde 2011. Esse tema está totalmente alinhado aos conceitos e práticas da prevenção secundária, mas ainda é restrito nas campanhas do Ministério da Saúde e entre gestantes e profissionais da saúde. No caso de gestantes e profissionais, essa restrição está ligada ao medo do diagnóstico, preconceito da doença, uso de drogas e falta de qualificação profissional^{34,35}. Afinal, é no pré-natal que são feitas as testagens, o acompanhamento - nos casos de gestantes vivendo com HIV - e os cuidados preventivos ou terapêuticos necessários que evitam a transmissão vertical e garantem qualidade de vida para gestantes e crianças³⁶. Novamente, fica demonstrado possível relação entre a ausência de abordagem e informação nas campanhas e o comportamento da população.

Ao observar a **terceira categoria**, percebeu-se imensa lacuna no que se refere à prevenção terciária, uma vez que ocorreu apenas em 8% das peças e somente nas campanhas de 2015 e 2018. Na análise da referida categoria, partiu-se do pressuposto que mensagens com os objetivos de evitar o estigma e o preconceito e promover o respeito se enquadram no conceito de prevenção terciária, pois, sem essas barreiras e com respeito aos direitos e às pessoas vivendo com HIV ou aids, é possível realizar o tratamento e o controle da infecção pelo HIV para que elas alcancem a supressão viral e a intransmissibilidade^{27,28} que podem garantir a melhoria de sua qualidade de vida a ponto de poderem trabalhar, praticar esportes, se relacionar sexualmente, constituir família, dentre outras experiências humanas.

Em 2015, a questão do respeito à diversidade foi citada num áudio para uma campanha direcionada à Parada Gay de São Paulo. Já em 2018, a intervenção abordou os 30 anos da história da epidemia de HIV e aids e incluiu a frase “Combata o estigma e o preconceito com informações corretas e atitudes positivas” em 5 cartazes. Essas foram as únicas vezes em que se abordou esses assuntos nas peças. Ressalta-se que são o segundo e o terceiro produtos de campanhas de comunicação, pois, em geral, a peça principal é o vídeo, uma vez que inclui elementos visuais, gráficos e auditivos e é considerado mais completo no quesito comunicacional.

A literatura acerca deste tema é tão incipiente quanto a abordagem dele nas campanhas sobre HIV e aids no Brasil³⁷. Entretanto, o estigma e a discriminação são tão fortes na sociedade que 81% de pessoas vivendo com HIV ou aids entrevistadas numa pesquisa nacional afirmaram que em pleno século XXI ainda é muito difícil revelar ter infecção pelo HIV. Essas pessoas também revelaram que foram vítimas de comentários discriminatórios e fofocas (46,3%), perderam renda ou emprego (19,6%)

e foram até excluídas de atividades familiares por serem PVHA (17,3%)³⁸. A discriminação dessa população no ambiente de trabalho ainda é uma realidade no Brasil por meio de efeitos visíveis - perda da independência financeira, informalidade e impossibilidade de realizar concursos públicos - e invisíveis - dificuldade de reinserção no mercado de trabalho, isolamento social e desenvolvimento de problemas psicológicos³⁹.

O estigma e a discriminação, bem como o desrespeito aos direitos das pessoas vivendo com HIV e aids reverberam também em outras violências contra essas pessoas, principalmente a estrutural^{40,41} ou simbólica^{42,43} que ocorrem, inclusive, em serviços de saúde. Considerando a lógica de organização do SUS e a ampliação do papel desse nível de atenção no cuidado de PVHA, deve-se voltar um olhar especial para a Atenção Primária à Saúde. Diferentes questões podem comprometer ou melhorar as práticas desse cuidado, tais como as desigualdades de acesso ao diagnóstico e tratamento devido à violência urbana e relações de gênero em um contexto de entrecruzamento de vulnerabilidades, fortemente marcado pelo estigma⁴⁴. Não obstante, há políticas públicas suficientes para o cuidado integral da saúde e proteção dos direitos das pessoas. Para tanto, é preciso ampliar o acesso à educação - incluindo qualificação profissional-, que resultem em mais proteção e cuidado às pessoas, evitando a ampliação de vulnerabilidades⁴⁵. Nesse contexto, as campanhas de comunicação têm imenso potencial e são necessárias para a prevenção terciária e a promoção dos direitos humanos.

No tocante à **categoria quaternária**, o total de 34% das peças analisadas abordou a prevenção combinada ou 'todas as formas de prevenção' ao HIV e à aids. Conforme informações do Ministério da Saúde, essa estratégia de prevenção faz uso simultâneo das abordagens de prevenção biomédica, comportamental e estrutural aplicadas em múltiplos níveis - individual, nas parcerias ou relacionamentos, comunitário, etc - para responder às necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV^{9,46}. Assim, a prevenção combinada se enquadra no nível de prevenção quaternária, em especial no que diz respeito à fornecer alternativas para prevenção além dos preservativos⁴⁸. Entretanto, isso não é dito nas campanhas. Novamente, não há informações - nem para população geral, nem para profissionais da saúde - sobre o que se trata, como proceder e a sua importância.

A prevenção combinada permitiu a ampliação de tecnologias biomédicas para a prevenção, mas somente a disponibilidade dessas tecnologias não é suficiente, pois o acesso vai muito além disso. Como apontado por Ferraz⁴⁷, é preciso retomar os pilares da atenção integral à saúde, da defesa e promoção dos direitos humanos e da mobilização social. As peças analisadas trabalham muito a pergunta “Vamos combinar?”, mas todas no âmbito individual e ligadas às intervenções biomédicas. Isso converge com os achados de Lucas, Böschmeier e Souza. Elas apontam que as situações que aumentam a vulnerabilidade das pessoas ao HIV, o isolamento das ações e programas, as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e de suporte social, a crise financeira mundial, e a persistência de posturas de preconceito e discriminação relacionados ao HIV, não foram suficientemente superados para promover uma maior inclusão das PVHA e das populações-chave nas políticas sociais e de saúde⁴⁸.

Assim como nas categorias anteriores, há muitas lacunas informativas nas campanhas de comunicação sobre prevenção combinada. Em 2016, foi a primeira vez que a estratégia foi abordada nos materiais analisados. Um vídeo de 1 minuto e 30 segundos da campanha do Dia Mundial de 2016 - raríssimo em campanhas, pois adotam o tempo padrão de 30 segundos estabelecido comercialmente - trouxe um diálogo entre dois jovens sobre diferentes formas de se prevenir contra o HIV. Nele é possível observar várias intervenções biomédicas, mais uma vez, de maneiras isoladas e que se caracterizam como outros níveis de prevenção, mas que divergem do conceito apresentado pelo próprio Ministério da Saúde. As intervenções estruturais e comportamentais, diretamente conectadas aos determinantes sociais - são completamente ausentes⁴⁹.

Considerações finais

A categorização das abordagens e tecnologias de prevenção ao HIV por níveis: primário, secundário, terciário e quaternário podem proporcionar maior compreensão por parte da população para escolher como se prevenir do HIV e da aids em diferentes contextos. Entretanto, os achados na análise em questão demonstram que o Ministério da Saúde promove principalmente as estratégias de prevenção primária e secundária, à luz do incentivo ao uso de métodos de barreira, testagem em massa e do tratamento como prevenção. Todavia, ainda tem dificuldade em promover

campanhas sobre os métodos dos níveis terciário e quaternário, principalmente por envolverem intervenções que vão além da biomédica e relacionadas aos determinantes sociais da saúde.

Outro fato que merece atenção em todas as peças analisadas, é a superficialidade das informações indo, até mesmo, na direção contrária a estudos - em especial os de conhecimentos, atitudes e práticas - que afirmam que as campanhas de comunicação têm papel importante para aquisição de conhecimentos sobre as formas de prevenção. As campanhas - enquanto estratégia de comunicação em saúde adotada com o objetivo de disponibilizar informações para prevenção de HIV e aids - precisam ser avaliadas para que possam ser aperfeiçoadas, em especial, para prevenir HIV e aids entre as populações-chave e prioritárias à infecção e à doença.

Uma possível limitação desta análise é o recorte temporal de onze anos, pois analisa somente parte das campanhas veiculadas no decorrer da epidemia de HIV e aids no país. Além de um estudo de avaliação das campanhas de HIV e aids, é de extrema relevância a realização de um trabalho de estudos comparados com países que possuem sistema único de saúde semelhante, incluindo determinantes sociais e ambientais de saúde.

Referências

1 Unaid. Estatísticas [Internet]. Unaid: Brasil, 2023. [Citado em 4 out 2023] Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>

2 Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2023. Editora MS: Brasília, 2023. p. 78 [Citado em 2 dez 2023] Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids>

3 Ministério da Saúde (Brasil). Painel de indicadores e dados básicos de HIV e aids nos municípios brasileiros. Ministério da Saúde: Brasil, 2023.[Citado em 2 dez 2023] Disponível em: <https://indicadores.aids.gov.br/>

4 Ministério da Saúde (Brasil). Painel de indicadores e dados básicos de monitoramento clínico de HIV. Ministério da Saúde: Brasil, 2023.[Citado em 4 out 2023] Disponível em: <https://indicadoresclnicos.aids.gov.br/>

5 Dicionário On-line de Português [Internet]. Prevenção. 7Graus: Brasil, 2023. [Citado em 4 out 2023] Disponível em: <https://www.dicio.com.br/prevencao/>

6 Ministério da Saúde (Brasil). Conceitos da OMS de eliminação e erradicação de doenças. Ministério da Saúde: Brasil, 2023.[Citado em 4 out 2023] Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/ciedds#:~:text=Conceitos%20da%20OMS%20de%20elimina%C3%A7%C3%A3o,elimina%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20denominado%20de%20valida%C3%A7%C3%A3o>.

7 Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Revista portuguesa de saúde pública. [Internet]. 2005. [Acesso em 10/10/2023]; v. 23, n. 1, p. 91-6. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/97871/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202005%20-%20v23n1a07%20-%20p91-96.pdf>

8 Tesser CD. Why is quaternary prevention important in prevention?. Rev. saúde pública [Internet]. 2017Dec.4 [cited 2023 Dec.10];510:116. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141548>

9 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs. Prevenção combinada. [Internet]. [Citado em: 2023 out 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada>

10 Albarado AJ. Campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde contra dengue, Zika e chikungunya nos anos de 2014 a 2017: análise das estratégias de comunicação em saúde. [Dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 2018.

11 Vasconcelos WRM de, Oliveira-Costa MS de, Mendonça AVM. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 30º de junho de 2016 [citado 29 de outubro de 2023];10(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1019>

12 Duarte J, Veras L. Glossário de comunicação pública. Brasília: Casa das Musas, 2006. Campanha; p. 7.

13 Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Vigilância em Saúde.[Internet]. 2018 junho 12 [Citado em 2023 out 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>

14 Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

15 Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.

16 Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis,RJ: Editora Vozes Limitada; 2017.

17 Toledo GL, OValle II. Estatística básica. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2018. 459 p. ISBN 9788522417919.

18 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas SA; 2008.

19 Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre, RS: Penso; 1999.

20 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 34, de 22 de julho de 2015. Torna pública

a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) profilaxia antirretroviral pós-exposição a risco para infecção pelo HIV (PEP) no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Diário Oficial da União. 2015 jul 22 [citado em 2023 out 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2015/prt0034_22_07_2015.html

21 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 21, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 mai 25 [citado em: 2023 out 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2017/prt0021_29_05_2017.html

22 Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisiting the use of condoms in Brazil. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2015 Sep;18:63–88. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>

23 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 26.1. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 300 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

24 Vieira GN, Ferreira LM, Araujo Sousa RJ, Sousa Costa AG, Filgueiras LA, Almeida YS. O HIV/AIDS entre os jovens no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Health and Biosciences*. 2021 abr 28 [citado em 2023 nov 2]; 2(1), 16-30. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/healthandbiosciences/article/view/32460>

25 Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, Lima DD, Garcia A de A, Fujioka RT. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr; 22(4):1343–52. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>

26 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira 2013. Brasília, DF; 2016 [cited 2023 nov 2]. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>

27 World Health Organization. The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055179>

28 Ferreira RC, Torres TS, Marins LMS, Ceccato M das GB, Bezerra DRB, Luz PM. HIV knowledge and its correlation with the Undetectable = Untransmittable slogan in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2022 [cited on 2023 nov 2];56:87. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004168>

29 Monteiro SS, Brigeiro M, Vilella WV, Mora C, Parker R. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019 May [cited on 2023 nov 3]; 24(5):1793–807. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>

- 30 Redoschi BRL, Zucchi EM, Barros CR dos S, Paiva VSF. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited on 2023 nov 3]; 33(4):e00014716. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014716>
- 31 Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 Jun [cited on 2023 nov 3]; 15:1201–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>
- 32 Ferraz D, Paiva V. Sex, human rights and AIDS: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2015 Sep [cited on 2023 nov 3]; 18:89–103. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050007>
- 33 World Health Organization (WHO). Global health strategy of HIV/AIDS 2011-2015. Geneva: WHO, 2011. Available from: <https://www.paho.org/en/node/70076>
- 34 Fernandes DL, Gomes EDNF, da Silva Souza A, Godinho JSL, da Silva EA, da Silva GSV. HIV em gestantes e os desafios para o cuidado no pré-natal. *Revista Pró-univerSUS*. 2022 jun 29 [citado em 2023 nov 3]; 13(1), 108-117. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3123>
- 35 Previati SM; Vieira DM, Barbieri M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 7, n. 1 (Jan-Mar), p. 75-81, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2017.1.22695>
- 36 Redmond AM, McNamara JF. O caminho para eliminação da transmissão vertical do HIV. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2015 Nov [cited on 2023 nov 3]; 91(6):509–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.08.004>
- 37 Monteiro S, Villela W, Pereira C, Soares P. A produção acadêmica sobre estigma e discriminação, saúde e aids no Brasil. In: Monteiro S, Villela W. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. pp.59-79.
- 38 UnaidS (Brasil). Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS - BRASIL. Resumo executivo. UnaidS, 2020 jan [citado em 2023 nov 3]. 92p. Disponível em: https://unaidS.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Exec_Sum_ARTE_2_web.pdf
- 39 Pereira C. A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL: Análise da discriminação no universo do trabalho [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/26337/carla_pereira_icict_dout_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 40 Galtung J. Violencia, guerra y su impacto. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia, *Polylog*. Foro para filosofía intercultural [Internet]. 2004. [citado em 2023 nov 3]; v. 5, p. 1-29. Disponível em: <https://them.polylog.org/5/fgj-es.htm>.
- 41 Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, [Internet]. 1969. [citado em 2023 nov 3]; v. 6, n. 3, p. 167-191. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/422690>.

42 Bourdieu P, Passeron JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema do ensino. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 275 p.

43 Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk; São Paulo: EdUSP, c2006. 556 p.

44 Damião JDJ, Agostini R, Maksud I, Filgueiras S, Rocha F, Maia AC, Melo EA. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?. Saúde em Debate [Internet]. 2022 [cited on 2023 nov 3]; 46:163-174. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XqmLCJ7cLZg94kp8DjjqKSy/#>

45 Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [citado em 2023 nov 3]; v. 21, p. 1553-1564. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65XMXBCdW7mX6mMY5Zp4QHS/?lang=pt#>

46 Unaid. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A Unaid Discussion Paper. [Internet]. Unaid, 2007 [cited on 2023 oct 4]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf

47 Ferraz DAS. Prevenção combinada baseada nos direitos humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. Boletim. [Internet]. Rio de Janeiro: ABIA, 2016 [citado em 2023 out 4]; n.61, p.9-12. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43623/Dulce%20Ferraz.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

48 Lucas MCV, Böschmeier AGE, Souza ECF. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2023 [citado em 2023 out 4]. v.33, p.e33053. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/M8zKMJsFMBSPbXgnDVmQtnk/#>

49 Breilh J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2021 [citado em 2023 out 4]; v.37, p.e00237621. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n12/e00237621/>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as campanhas de comunicação sobre HIV e aids veiculadas pelo Ministério da Saúde do Brasil entre 2012 e 2022 sob a perspectiva da Vigilância e Comunicação em Saúde, da Comunicação Pública e da teoria das redes de comunicação de Manuel Castells, a presente tese evidenciou a complexidade e os desafios da área no contexto brasileiro. Os resultados obtidos foram apresentados em quatro artigos científicos que revelam a necessidade de o governo brasileiro ir além

da mera inclusão da pauta na mídia.

O simples exercício de investigar que abordagens e tecnologias de prevenção estão sendo divulgadas nas campanhas demonstrou que há uma atuação positiva por parte do Ministério da Saúde para o incentivo a métodos de barreira e testagem em massa com foco na prevenção. Contudo, também destacou importantes lacunas informacionais quanto ao tratamento como prevenção, além de uma abordagem equivocada e insuficiente em relação às intervenções estruturais, mais diretamente ligadas aos determinantes sociais da saúde e às populações-chave e prioritárias para a prevenção de HIV e aids.

As mudanças ocorridas na sociedade – especialmente os avanços nos direitos humanos e nas tecnologias de informação e comunicação – exigem uma avaliação contínua e aprofundada das intervenções de comunicação no campo da Vigilância em Saúde. A análise realizada demonstrou a relevância de considerar nas campanhas, de forma mais objetiva, as forças humanas – chamadas de determinantes sociais – que vulnerabilizam pessoas e populações específicas para a infecção pelo HIV ou mesmo o adoecimento por aids. Ou seja, não basta incluir um jovem, preto, gay como protagonista da campanha; é preciso destacar o porquê de ele continuar sendo a principal vítima da infecção pelo HIV e como superar esses problemas nas diferentes dimensões da prevenção para que as campanhas finalmente tragam resultados mais efetivos para a Vigilância em Saúde.

Os resultados debatidos por meio dos artigos científicos produzidos a partir desta pesquisa contribuem para um alerta ao campo da Saúde Coletiva quanto à necessidade de trazer a Comunicação em Saúde para a centralidade das discussões acerca da implementação de políticas públicas de saúde, em particular as de HIV e aids. Afinal, foi observado que os avanços biomédicos conquistados ao longo dos anos analisados refletiram-se nas campanhas, exceto – e novamente – os que se referem aos direitos humanos e às dimensões estruturais da prevenção ao HIV e à aids. É contraproducente criar e implementar políticas públicas inovadoras quanto aos direitos básicos, mas seguir utilizando uma estratégia de divulgação dessas políticas que não condiz com o que elas mesmas propõem e ainda esperar resultados positivos – no caso, para a Vigilância em Saúde –, sem sequer avaliar e/ou monitorar a execução e estratégia.

A eliminação do estigma, da discriminação ou de quaisquer outras formas de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana quiçá pareça

inalcançável ao próprio Ministério da Saúde, sobretudo para a equipe de comunicação, por ela não beber da mesma fonte que a equipe técnica responsável pelos cuidados de vigilância em saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e qualidade de vida em HIV e aids, que, aliás, é desafiada – desde o início da epidemia e cotidianamente – por organizações da sociedade civil e movimentos sociais a construir respostas mais humanizadas e que contemplem o enfrentamento às vulnerabilidades.

Comunicação e cuidados precisam caminhar juntos. Só assim será possível – e isso não significa necessariamente que será fácil – fazer rupturas quanto ao padrão prescritor, que ignora as potencialidades do protagonismo e da participação social; que demoniza a educação sexual; que omite a naturalidade do sexo como uma fonte de prazer e destaca apenas o perigo da infecção e do adoecimento, mesmo em mídias mais liberais como as redes sociais digitais, e em tempos tão sombrios em que a promoção da desinformação é feita de forma dolosa. É preciso se agarrar aos princípios do SUS e aos direitos constitucionais para sustentar e promover a convergência das mídias na comunicação em saúde para a prevenção ao HIV e à aids.

Com base nos resultados e nas reflexões alcançadas, espera-se a realização de outras pesquisas sobre o impacto das campanhas de comunicação para a Vigilância em Saúde e a prevenção de HIV e aids, além da proposição de estratégias de informação e comunicação que considerem as especificidades das populações vulnerabilizadas e a adoção de novas tecnologias e linguagens para alcançar as populações-chave e prioritárias, com respectivo registro, monitoramento e avaliação, a fim de garantir sua efetividade e disseminação para o aprimoramento das políticas de comunicação em saúde no Brasil. Esses desafios poderão ser superados com profissionais de saúde e de comunicação formados(as) a partir de uma perspectiva ampliada da Comunicação em Saúde, a quem deixo essa trilha desenhada e espero um dia contribuir para além desta tese.

REFERÊNCIAS

40 ANOS de Luta contra a Aids no Brasil. [S. l.: s. n.], 8 dez. de 2023. 1 vídeo (13 min). Publicado pelo canal Coletivo 105 Comunicação. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ThNRnwlvuck&t=57s>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ALBARADO, Ádria Jane. **Campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde contra dengue, Zika e chikungunya nos anos de 2014 a 2017**: análise das estratégias de comunicação em saúde. 2018. 292 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, DF, 2018.

ALBARADO, Ádria Jane; PRADO, Elizabeth Jesus; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Um, dois, três – gravando: as campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde sobre dengue, chikungunya e Zika de 2014 a 2017. **Dossiê: Comunicação e riscos em saúde**, v. 13, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1596>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ALBARADO, Ádria Jane; RUY, Maria Beatriz; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Que abordagens e tecnologias de prevenção estamos usando? Análise de campanhas de comunicação de HIV e aids no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, out. 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/que-abordagens-e-tecnologias-de-prevencao-estamos-usando-analise-de-campanhas-de-comunicacao-de-hiv-e-aids-no-brasil/19400?id=19400>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; MEDRONHO, Roberto de Andrade; BARRETO, Maurício Lima. Estado da arte em epidemiologia no Brasil. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2023. *E-book* (712 p.).

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 12, p. e00237521, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HZmd7mMMGtHJ9PqZdpWVxtC/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ALMEIDA, Lúcio Meneses de. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, vol. 23, 1, p. 91-96, 2005. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

ALVES, José Augusto Lindgren. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo, SP: Perspectiva, 2015.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **Revista Eletrônica**

de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, v. 3, n. 3, 2009. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reiis/article/view/755>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2007. 152 p.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde. Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, London, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ARRAES, Grazielle Regina de Amorim. **Entre o desejo e a culpa: a transformação do comportamento sexual e as mudanças da noção de risco nas campanhas de prevenção à aids no Brasil (1981-2013) e Estados Unidos durante a década de 1980**. 2015. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em História, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/160558>. Acesso em: 28 mar. 2025.

ARREAZA, Antonio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, p. 2215-2228, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nC4LpHzs3bS7RVztSq8SZnc/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ARRIAGA, Miguel Telo de. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor Literacia em Saúde do cidadão. *In*: LOPES, Carlos; ALMEIDA, Cristina Vaz de. **Literacia em saúde na prática**. Lisboa: Ispa, 2019. p. 11-15. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7658>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Boletim Especial**. Rio de Janeiro, RJ: Abia, abr. 1991. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/aids_boletim02.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo, SP: Hucitec, 1997. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001057816>. Acesso em: 22 mar. 2025.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2003. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001528349>. Acesso em: 22 mar. 2025.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. *In*: BARROS, Sônia; CAMPOS, Paulo F. S.; FERNANDES, João J. S. (org.). **Atenção à saúde das populações vulneráveis**. Barueri, SP: Manole, 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde Debate**, v. 46, n. spec. 7, dez. 2022 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MmhcvVjggvV9myjqgz3XJTh/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BARCELOS, Patrícia Estrella Liporace; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. **Revista Española de Comunicación en Salud**, Madrid, supl. 2, p. 100-111, 2019. Disponível em: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4473/3525>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo, SP: Edições 70, 2011.

BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador, BA: Edufba, 2018. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/jb7tc>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BASTOS, Francisco Inácio *et al.* HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. **Medicine**, [s. l.], v. 97, Suppl. 1, p. S16-S24, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2018/05251/hiv_hcv_hbv_and_syphilis_among_transgender.7.aspx. Acesso em: 12 fev. 2024.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2006.

BASTOS, Francisco Inácio. Da persistência das metáforas: estigma e discriminação & HIV/AIDS. *In*: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2013. p. 91-103.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2015.

BENDER, Janaína Duarte *et al.* O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 1, p. e19882022, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RMGFtwjzx55kFM4fNNZtgCy/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BEZERRA, Vladimir. Cenários políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e ISTs. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, RJ, ano 22, n. 45, set./dez. 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_45_art_1.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Campus, 1992. 217 p.

BRANDÃO, Elizabeth. Conceito de comunicação pública. In: DUARTE, J. (org.) **Comunicação Pública**: estado, mercado, sociedade e interesse público. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012. p. 1-20.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2025a]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 588, de 12 de julho de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 155, p. 80-87, 13 ago. 2018a.

BRASIL. Decreto n.º 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, ed. esp., p. 262, 1 jan. 2023a.

BRASIL. Decreto n.º 11.494, de 17 de abril de 2023. Institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 14, 18 abr. 2023b.

BRASIL. Decreto n.º 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, e altera o Decreto n.º 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 7 fev. 2024a.

BRASIL. Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 12, 10 jun. 2003.

BRASIL. Lei n.º 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 14 jan. 2002.

BRASIL. Lei n.º 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 2, 24 ago. 2006.

BRASIL. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990; [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, ed. extra, p. 1, 18 nov. 2011a.

BRASIL. Lei n.º 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 3, 3 jun. 2014a.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei n.º 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 59, 15 ago. 2018b.

BRASIL. Lei n.º 14.289, de 3 de janeiro de 2022. Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 4 jan. 2022a.

BRASIL. Lei n.º 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1609, 27 jan. 1988b.

BRASIL. Lei n.º 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 25283, 23 dez. 1988c.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 182, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 14809, 25 jul. 1991.

BRASIL. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 18769, 8 dez. 1993.

BRASIL. Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 23725, 14 nov. 1996a.

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 4 jun. 1998a.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 796, de 29 de maio de 1992. Veda práticas discriminatórias, no âmbito da educação, a pessoas portadoras de HIV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 jun. 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de Informação, Educação e Comunicação: Perspectivas para Avaliação**. Brasília, DF: MS, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: MS, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórias de Luta contra a Aids**. Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids**. Brasília, DF, n. esp., dez. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids**. N. esp. Brasília, DF: MS, dez. 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos de Monitoramento Clínico de HIV**. Brasília, DF: MS, [2025b]. Disponível em: <https://indicadoresclnicos.aids.gov.br/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação, Educação e Comunicação: Uma estratégia para o SUS**. Projeto Nordeste. Brasília, DF: MS, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e Administração. Portaria Interministerial n.º 869, de 11 de agosto de 1992. Proíbe, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste para detecção do vírus de imunodeficiência adquirida, [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 10958, 12 ago. 1992b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa n.º 5/2019-DIAHV/SVS/MS**. Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6 (seis) meses. Brasília, DF: MS, 14 maio 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n.º 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 12, p. 42, 17 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 126, p. 5, 2 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 67, 9 jun. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 63, 1 set. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 232, de 7 de fevereiro de 2022. Aprova os novos valores da transferência fundo a fundo do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais, [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 27, p. 62, 8 fev. 2022c [retif. 4 mar. 2022].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 721, de 9 de agosto de 1989. Aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 11 ago. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000. Altera a lista de doenças de notificação compulsória e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 172-E, p. 28, 5 set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV**: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada**. Brasília, DF: MS, [2025c]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids**. Brasília, DF: MS, [2025d]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-integrado-de-monitoramento-do-cuidado-do-hiv>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, DF: MS, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central->

[de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_peg_-_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf](#). Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, DF: MS, 2022d. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep-versao-eletronica-22_09_2022.pdf/view. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2022**. Brasília, DF: MS, 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2022.pdf/view>. Acesso em: 28 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de pesquisa**. Gestão da comunicação aplicada à vigilância em saúde: a percepção dos gestores. Brasília, DF: MS, 2008. 443 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003 | 2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 50, n. esp., p. 1-154, set. 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/raiva/boletim-especial-vigilancia-em-saude-no-brasil-2003-2019.pdf/view>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BREILH, Jamie. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 12, p. e00237621, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n12/e00237621/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BROUSSELLE, Astrid *et al.* (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2011.

BUCCI, Eugênio. **O Estado de Narciso**: a comunicação pública a serviço da vaidade particular. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; ESPERIDIÃO, Monique A. Promoção da saúde e seus fundamentos – determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2023. *E-book* (712 p.).

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento**: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com

homens. 2018. 233 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP, 2018.

CARDOSO, Janine Miranda; ROCHA, Rogério Lannes. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 6, p. 1871-1880, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pTXBdCDZGJGbpX93xQd3gGK/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. População e perfil sanitário. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2, p. 19-38. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CASTELLS, Manuel. **A galáxia da internet**: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2003. 243 p.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**: a era da informação, economia, sociedade e cultura. v. 1. 23. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2021. 630 p.

CASTELLS, Manuel. **Fim de milênio**: a era da informação, economia, sociedade e cultura. v. 3. 9. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2020. 504 p.

CASTELLS, Manuel. **O poder da comunicação**. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015. 629 p.

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**: a era da informação, economia, sociedade e cultura. v. 2. 9. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra, 2018. 602 p.

CASTELLS, Manuel. **Redes de indignação e esperança**: movimentos sociais na era da internet. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2013. 272 p.

CAZEIRO, Felipe; SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da; SOUZA, Emilly Mel Fernandes de. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, Supl. 3, p. 5361-5370, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WgVQktqZ8VtzLxk4Vxf3wPt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CHOO, Monica Seungah; BLACKWOOD, R. Alexander. School-based health education in Yucatan, Mexico about the Chikungunya virus and mosquito illness prevention. **Infectious Diseases Reports**, Basel, v. 9, n. 2, p. 6894, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28626536/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n.º 1.359, de 11 de novembro de 1992. Normatiza o atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 16.054, 19 nov. 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n.º 1.665, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da sida (aids) e soropositivos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 jun. 2003.

COSTA, Lorena Nogueira Frota da *et al.* Fatores associados à insegurança alimentar em pessoas que vivem com HIV/AIDS. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/35629>. Acesso em: 12 fev. 2024.

COSTA DE ARAÚJO, Ana Claudia *et al.* Avaliação de campanhas de saúde: uma revisão integrativa sobre a construção de indicadores. **Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social “Disertaciones”**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/disertaciones/a.9432>. Acesso em: 12 fev. 2024.

DA SILVA, Sivaldo Pereira. Políticas de acesso à Internet no Brasil: indicadores, características e obstáculos. **Cadernos Adenauer**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 3, p. 151-171, 2015. Disponível em: https://ctpol.unb.br/wp-content/uploads/2019/04/2015_SILVA_Acesso-Internet.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus *et al.* Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 46, n. 132, p. 163-174, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XqmLCJ7cLZg94kp8DjjqKSyl/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

DESCONSI, Denise; MARTINS, Islane Cristina. Promoção da saúde de pessoas portadoras do HIV: uma revisão. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, SP, v. 7, n. 3, p. 484-494, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/793>. Acesso em: 12 fev. 2024.

DI GIOVANNI, Geraldo; NOGUEIRA, Marco Aurélio (org.). **Dicionário de políticas públicas**. 3. ed. São Paulo, SP: Unesp, 2018.

DOMINGUES, Juliana Pereira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARQUES, Sergio Correa. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 27, p. e1460017, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5R9K5zZmctvRtgTzwMwkL3S/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

DUARTE, Jorge (org.). **Comunicação Pública**: estado, mercado, sociedade e interesse público. Barueri, SP: Atlas, 2012.

DUARTE, Jorge; VERAS, Luciara. **Glossário de comunicação pública**. Brasília, DF: Casa das Musas, 2006.

FACCHINI, Regina; PINHEIRO, Thiago Félix; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Prevenção de HIV/aids, produção de diferenças e processos de mudança social. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, p. 253-262, 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/GsnWvhC4PmtzcxjWxMf5Nqk/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FARIAS, Iaralyz Fernandes *et al.* Comunicação em saúde sobre HIV/Aids: mapeamento bibliométrico de artigos científicos internacionais (2007-2017) e caracterização dos artigos de acesso aberto (2017). **Em Questão**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 173-195, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/98739>. Acesso em: 9 fev. 2024.

FERRAZ, Dulce; PAIVA, Vera. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, v. 18, supl. 1, p. 89-103, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/TRFLXnFqfpVFzj3xdBKPDLg/?lang=pt#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FERREIRA, Antônio Sergio de Freitas; SARAIVA-PINHEIRO, João Carlos. Comunicação em saúde em Órgãos Governamentais. *In*: MENDONÇA, Ana Valéria Machado *et al.* (org.). **Comunicação da informação em saúde**: aspectos de qualidade. Brasília, DF: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação, 2008. p. 33-34.

FONSECA, Luciana Kelly da Silva *et al.* Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. **Gerais – Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, maio/ago. 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200007. Acesso em: 28 mar. 2025.

FRANCO-NETTO, Guilherme *et al.* Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 10, p. 3137-3148, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gkJPYXnymhVD4TG5MSdN9MG/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação? (1968)**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido (1968)**. Ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2019. p. 95-101.

FRENCH, Rebecca S. *et al.* An exploratory review of HIV prevention mass media campaigns targeting men who have sex with men. **BMC Public Health**, London, v. 14, p. 616, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089926/pdf/1471-2458-14-616.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FURTADO, Juarez Pereira *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 7, p. e00087917, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n7/e00087917/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

GALVÃO, Luís Augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel (org.). **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Brasília, DF: Opas/Fiocruz, 2011. 601 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51687>. Acesso em: 12 fev. 2024.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. e20180002, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000200001. Acesso em: 12 fev. 2024.

GARCIA, Marcelo Leandro; BELLINI, Marta; PAVANELLO, Regina Maria. Análise retórica das campanhas sobre HIV/AIDS no Brasil e em outros países. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Niterói, RJ, v. 4, n. 1, 2011. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/view/21099>. Acesso em: 12 fev. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2019.

GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Dicionário de Políticas Públicas**. 3. ed. São Paulo, SP: Unesp, 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma (1963)**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1981.

GONÇALVES-SANTOS, Camila. O papel social da universidade para promoção da cidadania com pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). **Disciplinarum Scientia – Ciências Sociais Aplicadas**, Santa Maria, RS, v. 15, n. 1, p. 127-140, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumSA/article/view/2525>. Acesso em: 12 fev. 2024.

GONÇALVES, Erli Helena; VARANDAS, Renata. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, p. 229-235, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3NWXXFnQJN3ngf5GKLBXGMK/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, p. 1553-1564, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65XMXBCdW7mX6mMY5Zp4QHS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 5, p. 1407-1416, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Nk7DzDXghCHQJHzSjVcHMPz/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em: 12 fev. 2024.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, BA: Edufba; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2005. 272 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40023>. Acesso em: 12 fev. 2024.

HISTÓRIA Ilustrada da Aids. [S. l.: s. n.], 1 dez. 2014. 1 vídeo (6 min). Publicado pelo canal do Departamento de Doenças Crônicas e IST. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ShaCZ9b1MKs>. Acesso em: 12 fev. 2024.

JESUS, Giselle Juliana de *et al.* Construção e validação de material educativo para a promoção de saúde de pessoas com HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/b584msKGkNrYLJyXBbhVWsh/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

KERR, Ligia *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, [s. l.], v. 97, Suppl. 1, p. S9-S15, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2018/05251/hiv_prevalence_among_men_who_have_sex_with_men_in.11.aspx. Acesso em: 12 fev. 2024.

LEITE, Vanessa; TERTO JÚNIOR, Veriano; PARKER, Richard (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2020. Disponível em: https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

LEMOS, Cláudia; PINHEIRO, Débora. Comunicação pública da ciência e da saúde no pós-pandemia. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 4, p. 751-756, 2023. Disponível em: <https://homologacao-reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/4060/2659>. Acesso em: 12 fev. 2024.

LERMEN, Helena Salgueiro *et al.* Aids em cartazes: representações sobre sexualidade e prevenção da Aids nas campanhas de 1º de dezembro no Brasil (2013-2017). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 24, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rhBqPxCMWsbr3Nt6ZBhVPKS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

LINS, Bernardo Felipe Estellita. A evolução da Internet: uma perspectiva histórica. **Cadernos Aslegis**, Brasília, DF, v. 48, p. 11-45, 2013. Disponível em: https://www.belins.eng.br/ac01/papers/aslegis48_art01_hist_internet.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

MACBRIDE, Sean *et al.* **Um mundo e muitas vozes**. Rio de Janeiro, RJ: FGV, 1983.

MACIEL, Ethel Leonor Noia. 20 anos da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente: análise de duas décadas e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. e2023373, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/pmqkdGt3wTZQY7RCWWkkyPr/?lang=pt#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MAGNO, Laio *et al.* Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 4, p. e00112718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8rxk9ZKGG9GWhCTXW7QBskh/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MAIA, Érica Catarine Ataíde; REIS JUNIOR, Leandro Passarinho. Modos de enfrentamento do HIV/AIDS: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista Nufen**, v.11, n. 1, p.178-193, 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2175-25912019000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2025.

MANN, Jonathan M.; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará, 1993. 321 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 9. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2022.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, v. 9, supl.1, p. 41-65, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SJHgNdc3WBMKgNGfjKQvqfM/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1967. 220 p.

MELO, Géssyca Cavalcante de *et al.* Saúde sexual de pessoas vivendo com HIV/AIDS sob a ótica da promoção da saúde. 2015. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2015. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1497>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma Política Necessária. *In*: SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Brasília, DF: Saberes, 2014. p. 701-719.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**: um guia prático para acompanhamento da disciplina de trabalhos monográficos. 3. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/21160/Importancia.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Determinação social, não! Por quê?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 12, p. e00010721, 2021a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qCJn9YH3zYqFSWt5dcvPfQC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Dialogando sobre o conceito de determinação social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 12, p. e00254221, 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YZqM3qFbB5ZcrN3WvSCrr4z/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro, RJ: Hucitec/Fiocruz, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. 5. reimpr. Rio de Janeiro, RJ: Hucitec/Fiocruz, 2016.

MONTEIRO, Simone; VILELLA, Wilza; PEREIRA, Carla *et al.* A produção acadêmica sobre estigma e discriminação, saúde e aids no Brasil. *In*: MONTEIRO, Simone; VILLELLA, Wilza. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2013. p. 59-79.

MOSQUERA, Mario. Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. **Comunit – La iniciativa de la comunicación**, [s. l.], 1 feb. 2003. Disponível em: <https://www.comunit.com/la/content/comunicaci%C3%B3n-en-salud-conceptos-teor%C3%ADas-y-experiencias>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MYHRE, Sonja L.; FLORA, June A. HIV/AIDS Communication Campaigns: Progress and Prospects. **Journal of Health Communication**, Philadelphia, v. 5, Supl. 1, p. 29-45, 2000. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/108107300126731>. Acesso em: 12 fev. 2024.

NARDI, Antônio Carlos Figueiredo *et al.* Comunicação em saúde: um estudo do perfil e da estrutura das assessorias de comunicação municipais em 2014-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. e2017409, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/VvbSGwMt8pvGY7nv46cgpkK/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

NETO, André Pereira *et al.* O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação na promoção da saúde: iniciativas brasileiras. *In*: PEREIRA NETO, André; FLYNN,

Matthew B. (org.). **Internet e Saúde no Brasil: Desafios e Tendências**. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2021. p. 517-552. Disponível em: <https://andreperreiraneto.com.br/wp-content/uploads/2024/05/LIVRO-NA-INTEGRA-INTERNET-e-SAUDE.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2025.

NOAR, Seth M. *et al.* A 10-Year Systematic Review of HIV/AIDS Mass Communication Campaigns: Have We Made Progress?, **Journal of Health Communication**, Philadelphia, v. 14, n. 1, 15-42, 2009. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730802592239?scroll=top&needAccess=true&role=tab>. Acesso em: 12 fev. 2024.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 39, p. 255-267, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYmJZ63cRJWnts4SDG7wN5C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

OLIVEIRA, Isabelly Gomes de *et al.* Análise de campanhas televisivas sobre HIV/aids: interfaces entre Brasil e Angola. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, BA, v. 35, p. e38280, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38280/23499>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). **Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final. Portugal: OMS, 2010. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf. Acesso em: 5 dez 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **HIV/aids**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hiv aids>. Brasília, DF: OMS Brasil, [2025]. Acesso em: 12 fev. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.

PARVANTA, Claudia F. *et al.* **Essentials of public health communication**. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 2010.

PAULINO, Fernando Oliveira. Comunicação e responsabilidade social: modelos, propostas e perspectivas. *In*: RAMOS; Murilo Cesar; SANTOS, Suzy dos. **Políticas**

de comunicação: buscas teóricas e práticas. São Paulo, SP: Paulus, 2007. p. 177-199.

PEREIRA NETO, André *et al.* O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação na promoção da saúde: iniciativas brasileiras. *In:* PEREIRA NETO, André; FLYNN, Matthew B. (org.). **Internet e saúde no Brasil:** desafios e tendências. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2020. p. 516-550. Disponível em:

https://www.academia.edu/49866736/O_uso_das_Tecnologias_da_Informa%C3%A7%C3%A3o_e_Comunica%C3%A7%C3%A3o_na_promo%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAde_iniciativas_brasileiras. Acesso em: 12 fev. 2024.

PEREIRA, Adriana Jimenez; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. A sociedade civil contra a aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 7, p. 3249-3257, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QmK8fCk6HLwYzgSkfr7XxdK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PESSONI, Arquimedes. História da Interface Comunicação e Saúde. *In:* PAULINO, Fernando Oliveira (org.). **Comunicação e Saúde**. Brasília, DF: Casa das Musas, 2009. p. 31-42.

PINTO, Pâmela Araujo. **Boas práticas de saúde pública no Instagram:** Estudo comparado entre Portugal e Brasil. 1. ed. Aveiro: UA, 2023. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/node/2389>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 22, Supl. 2, p. 1535-1547, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS (UNAIDS). **Estatísticas**. Brasília, DF: Unaid Brasil, [2025]. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS (UNAIDS). **Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil**. Brasília, DF: Unaid Brasil, 10 dez. 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS (UNAIDS). **O caminho que põe fim à aids:** Relatório Global do Unaid 2023. Genebra: Unaid, 2023. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2023/07/JC3082_GAU2023-ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

RAMOS, Murilo Cesar. Comunicação, direitos sociais e políticas públicas. *In:* MELO, José Marques de; SATHLER, Luciano. **Direitos à comunicação na sociedade da informação**. São Bernardo do Campo, SP: Unesp, 2005.

RAMOS, Murilo Cesar. Sobre a importância de repensar e renovar a ideia de sociedade civil. *In*: RAMOS, Murilo Cesar; SANTOS, Suzy dos. **Políticas de comunicação**: buscas teóricas e práticas. São Paulo, SP: Paulus, 2007. p. 19-48.

RANGEL-S., Maria Ligia *et al.* Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no Campo da Saúde. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2023. *E-book* (712 p.).

RIBEIRO, Guilherme de Sousa; FEIJÓ, Fernando Ribas; SANTOS, Kionna Oliveira B. S. Problemas de Saúde da População Brasileira e seus determinantes. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2023. *E-book*.

RODRIGUES, Maria Heloisa Souza. **O estigma e a discriminação como barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids**. 2022. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Ciências Humanas, UnB, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/33549>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo (org.). **Rouquayrol**: epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2021. *E-book* (1818 p.).

SALAZAR, Ligia de. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud**: guía de evaluación rápida. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública/OPS, 2004.

SANTOS, Antônia Regina Ribeiro dos. **Vida positiva**: desafios da interação social de pessoas vivendo com HIV AIDS (PVHA). 2021. 108 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Gestão Social) – Escola de Administração, UFBA, Salvador, BA, 2021. Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/handle/ri/35955>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil**: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000). 2002. 284 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, UFRGS, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/242585>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. *In*: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). **Políticas públicas**: Coletânea. Vol. 1. Brasília, DF: Enap, 2006. p. 5 a 42.

SCHIAVO, Renata. **Health communication**: From theory to practice. Hoboken: John Wiley & Sons, 2007.

SEFFNER, Fernando. Pedagogias e políticas no campo da aids: o desafio de superar o desperdício da experiência e reinventar a prevenção. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JÚNIOR, Veriano; PARKER, Richard (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2020. Disponível em: https://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. A nova face da vigilância epidemiológica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 5-6, 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000100001&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 12 fev. 2024.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, SP, 2004. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/324073>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SILVA, Gerluce Alves Pontes da; TEIXEIRA, Maria da Glória; COSTA, Maria da C. Nascimento. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos – campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2023. *E-book* (712 p.).

SILVA, João Mateus Pereira da; PINTO, Paula Julianna Chaves; SOUZA, Thaysa Mendes de. O Papel do Psicólogo e Medidas de Prevenção e Promoção de Saúde para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. **Revista FSA**, Teresina, PI, v. 20, n. 3, 2023.

SILVA, José Carlos Pacheco da *et al.* Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 7, p. 2643-2652, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TCJ6mXyyK4pB94FDNhjZZc/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2023. *E-book*.

SOUZA, Welynton Antonio de; SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da aids. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 487-500, 2 fev. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2577>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. **Medicine**, [s. l.], v. 97, Suppl. 1, p. S54-S61, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2018/05251/factors_associated_with_hiv_infection_among_female.1.aspx. Acesso em: 12 fev. 2024.

TEIXEIRA, Maria da Glória *et al.* Prevenção, Atenção e Controle de Doenças Transmissíveis. *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2023. *E-book*.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Vigilância em Saúde no SUS – construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FxcSJBQq8G7CNSxhTyT7Qbn/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

TEODORESCU, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da aids no Brasil**: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília, DF: MS, 2015. 2 vols.

TOLEDO, Geraldo Luciano; OVALLE, Ivo Izidoro. **Estatística básica**. 2. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2018. 459 p.

TÓTH, Mariann; LARO, Rodrigo. O Potencial Limitado das Campanhas Massivas de Comunicação para a Transformação de Comportamentos Sociais. *In*: PAULINO, Fernando Oliveira (org.). **Comunicação e Saúde**. Brasília, DF: Casa das Musas, 2009. p. 45-53.

VASCONCELOS, Wagner Robson Manso de; OLIVEIRA-COSTA, Mariella Silva de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1019>. Acesso em: 29 out. 2023.

VEGA-CASANOVA, Jair *et al.* Revisión integradora sobre la evaluación de las campañas de comunicación en salud para la prevención del VIH en medios de comunicación masiva en América Latina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 24, p. e200154, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200154>. Acesso em: 12 fev. 2024.

WOLFGANG, Simone M.; PORTINARI, Denise B.; FERREIRA, Patrícia Castro. Campanhas educacionais de prevenção ao HIV no Brasil de 1987 a 2002. **Revista Carioca de Ciência, Tecnologia e Educação**, Rio Comprido, RJ, v. 2, n. 1, 2017. Disponível em: <https://recite.unicarioca.edu.br/rccte/index.php/rccte/article/view/12>. Acesso em: 12 fev. 2024.

WOLTON, Dominique. **Informar não é comunicar**. Porto Alegre, RS: Sulina, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. 2016 Update. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379694/pdf/Bookshelf_NBK379694.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health literacy**: the solid facts. Copenhagen: WHO, 2013. Disponível em:

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>. Acesso em: 28 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission**. Policy brief. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240055179>. Acesso em: 12 fev. 2024.

XAVIER, Caco. Mídia e saúde, saúde na mídia. *In*: SANTOS, Adriana (org.). **Caderno mídia e saúde pública**. Belo Horizonte: Funed, 2006. p. 43-55.

YIN, Robert. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

ZÉMOR, Pierre. **La communication publique**. Paris: PUF, 1995.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, Ana Isabella Sousa; RIBEIRO, José Mendes; BASTOS, Francisco Inácio. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, p. 837-848, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pqb9fWrZ5yG45zbXyZJ3PXQ/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ALVES, Bernardo Lago; LAGO, Regina Ferro do; ENGSTROM, Elyne Montenegro. O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 46, n. esp. 7, p. 31-47, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YbBQsd9BDLmgGZjbGjpXKTK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, n. 3, p. 565-574, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n3/565-574/pt/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, London, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, Seção 1, p. 437, 8 jan. 1920.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 376/2023-CGAHV/.DATHI/SVSA/MS**. Orienta sobre a incorporação do conceito “I=I” e de “risco zero” de transmissão sexual, no cuidado contínuo das pessoas que vivem com HIV ou aids no Brasil. Brasília, DF: MS, 21 dez. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-376-2023-cgahv-dathi-svsa-ms.pdf/view>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painéis de indicadores e dados básicos**. Brasília, DF: MS, 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/paineis-de-indicadores-e-dados-basicos>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 190, supl., p. 61, 3 out. 2017a.

BRASIL. Senado Federal. **Doenças epidemiológicas no Brasil: da varíola à covid-19 (1826-2020)**. Brasília, DF: Senado Federal, [2020]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/arquivo/documentos-sobre-epidemias-no-brasil>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009. p. 15-38.

CARMO, Rose Ferraz *et al.* Reconnectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 46, n. 135, p. 1107-1122, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n135/1107-1122/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CHAMPAGNE, François *et al.* A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, Astrid *et al.* (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6qhnBYjvpMN6PknYfwVCTnH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CORCORÁN, Nova (org.). **Comunicação em saúde: estratégias para promoção da saúde**. Tradução: Livia Lopes. São Paulo, SP: Roca, 2010. p. 67-86.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009.

FERRAZ, Dulce. Prevenção combinada baseada nos Direitos Humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. **Boletim ABIA**, Rio de Janeiro, RJ, n. 61, p. 9-12, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43623>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FERREIRA FILHO, Renato Gonçalves. Pôde-se cantar o HIV/AIDS? A trajetória do vírus e da síndrome no pop rock brasileiro nas décadas de 1980 e 1990. **Artcultura – Revista de História, Cultura e Arte**, Uberlândia, MG, v. 23, n. 43, p. 124-142, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8216305>. Acesso em: 12 fev. 2024.

HAMADA, Rafael Kenji Fonseca *et al.* Conhecendo o Sistema Único de Saúde: um olhar da população. **Revista de APS**, Juiz de Fora, MG, v. 21, n. 4, out./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16459/20123>. Acesso em: 20 mar. 2025.

JESUS, Giselle Juliana de *et al.* Construção e validação de material educativo para a promoção de saúde de pessoas com HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/b584msKGkNrYLJyXBbhVWsh/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

KOÇOUSKI, Marina. Comunicação pública: construindo um conceito. *In*: MATOS, Heloiza (org.). **Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas**. São Paulo, SP: ECA/USP, 2012. p. 71-96.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. Comunicação pública: direitos de cidadania, fundamentos e práticas. *In*: MATOS, Heloiza (org.). **Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas**. São Paulo, SP: ECA/USP, 2012. p. 13-30.

MAGNUS, Dilan; KLEIN, Carin. “Deu reagente! Vou morrer?”: Influenciadores digitais e seus ensinamentos sobre como viver com HIV/aids. **Diversidade e Educação**, Rio Grande, RS, v. 11, n. 1, p. 579-608, 2023. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/15428>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MAKSUD, Ivia. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 1, p. 311-321, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n1/311-321/pt/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pWG9W7grqFzzQGszmDKzvrb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MONKEN, Maurício; BATISTELLA, Carlos. Vigilância em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 471-8. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2013. 207 p.

MORAES, Denis Roberto. Políticas de Comunicação. *In*: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Dicionário de Políticas Públicas**. 3. ed. São Paulo, SP: Unesp, 2018. p. 777-779.

NEIMAN, Alexandra; GONÇALVES, Geisa Colebrusco de Souza. Sistema Único de Saúde (SUS): Pesquisa de opinião dos brasileiros adultos em consulta online. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 14, n. 2, p. 152-168, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rqs.v14i2.46874>. Acesso em: 20 mar. 2025.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Grupos de Población Clave**. [S. l.]: OPS, [2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/grupos-poblacion-clave>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PAIVA, Vera. Direito à prevenção, à felicidade e ao bem-viver. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JÚNIOR, Veriano; PARKER, Richard (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2020. Disponível em: https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

PARKER, Richard; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, RJ, v. 16. Supl. 1, p. S89-S102, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kLpwTL3XQyJpQMfmCHdP9c/abstract/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PASSOS-NOGUEIRA, Roberto. Políticas de Saúde. *In*: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Dicionário de Políticas Públicas**. 3. ed. São Paulo, SP: Unesp, 2018. p. 732-737.

PITTA, Áurea Maria da Rocha; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 4, n. 7, p. 61-70, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/fX4dWX6hsK97xJmX4hg5K4h/?lang=pt#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS (UNAIDS). **Estigma e Discriminação**. Brasília, DF: Unaid Brasil, [2025a]. Disponível em: <https://unaid.org.br/estigma-e-discriminacao/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS (UNAIDS). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, DF: Unaid Brasil, [2025b]. Disponível em: <https://unaid.org.br/ods/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). **Políticas públicas**: Coletânea – Volume 1. Brasília, DF: Enap, 2006.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa; NERY, Vanda Cunha Albieri. **Para entender as teorias da comunicação**. Uberlândia: Edufu, 2009.

VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2014.

VILLARINHO, Mariana Vieira *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da aids e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, p. 271-277, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/55MrWgd5VNfMv3zPrMW9DmF/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Strategic Communications Framework**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/communicating-for-health/framework-at-a-glance-slides.pdf?sfvrsn=436f459c_2. Acesso em: 8 jan. 2018.