

Prospectiva (Frutal).

Pelo direito de amar: as relações afetivas dos soropositivos.

Caio Ramos Machado de Oliveira, Guilherme Lacerda Sil y Thaiz Cristina Beltrão.

Cita:

Caio Ramos Machado de Oliveira, Guilherme Lacerda Sil y Thaiz Cristina Beltrão (2016). *Pelo direito de amar: as relações afetivas dos soropositivos*. Frutal: Prospectiva.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/repositorio.digital.uemg.frutal/32>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZsz/tt2>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Pelo direito de
amar: as relações
afetivas dos
soropositivos

Caio Ramos Machado de Oliveira
Guilherme Lacerda Silveira
Thaiz Cristina Beltrão

COLEÇÃO
Produzir Cidadania

EDITORA
PROSPECTIVA

**Caio Ramos Machado de Oliveira
Guilherme Lacerda Silveira
Thaiz Cristina Beltrão**

**Pelo direito de amar: as relações afetivas
dos soropositivos**

**Frutal-MG
Editora Prospectiva
2016**

Copyright 2015 by Caio Ramos Machado de Oliveira, Guilherme Lacerda Silveira e Thaiz Cristina Beltrão

Capa: Jéssica Caetano

Foto

de

capa:

<http://www.amrigs.org.br/img/noticia/5781750107.jpg>

Revisão: Os autores

Edição: Editora Prospectiva

Editor: Otávio Luiz Machado

Assistente de edição: Jéssica Caetano

Conselho Editorial: Antenor Rodrigues Barbosa Jr, Flávio Ribeiro da Costa, Leandro de Souza Pinheiro, Otávio Luiz Machado e Rodrigo Portari.

Contato da editora: editorapropectiva@gmail.com

Página: <https://www.facebook.com/editorapropectiva/>

Telefone: (34) 99777-3102

Correspondência: Caixa Postal 25 – 38200-000 Frutal-MG

Pelo direito de amar: as relações afetivas dos soropositivos /Caio Ramos Machado de Oliveira... [et al] – Frutal: Prospectiva, 2016.

73 f.

ISBN: 978-85-67463-98-8

1. AIDS. 2. Relações afetivas. 3. Soropositivos. I. Caio Ramos Machado de Oliveira. II. Guilherme Lacerda Silveira. III. Thaiz Cristina Beltrão. IV. Clarissa Souza Guilherme. V. Universidade do Estado de Minas Gerais. VI. Título.

Aos entrevistados pela coragem e disposição em dividir conosco suas histórias de vida.

Às ONGs “Saiba Viver” e “FALE – Fraternidade Assistencial Lucas Evangelista”, por lutarem contra o preconceito e dar-nos a oportunidade de, por meio do jornalismo, unirmos a esta luta.

AGRADECIMENTOS

Concluir esse trabalho evoca sentimentos de alívio e entusiasmo. Na incerteza sobre o que pesquisar, fui convidado por dois colegas, dos quais eu não compartilhava as mesmas opiniões e preferências, para produzir um documentário sobre o envolvimento amoroso de pessoas com HIV. A combinação de nós três poderia até parecer duvidosa, mas rendeu uma ótima parceria e um vídeo repleto de comoção e carinho.

O sentimento de gratidão é todo dedicado aos meus pais, que sempre pegaram no meu pé para que eu simplesmente estudasse. Sempre prestativa, minha mãe, de forma grudenta, não exitou em demonstrar sua preocupação e saudade, em telefonemas longos, que eu sempre que pude, tentei me esquivar. Não por falta de afeto, mas por ter herdado um pouco da frieza de meu pai, que da sua melhor maneira, depositava sua confiança em mim, e creio piamente, não tê-lo desapontado. De todos os e-mails não lidos e dos puxões de orelha, carreguei durante todos esses anos a essência de tudo que ele tentava transmitir, que sucintamente se consistia em: “estude”, “avance”, e etc. Também sou eternamente grato a

meu pai por todos os livros enviados por correio e pelas infundáveis sugestões de filmes.

Aprendi a lutar contra alguns quilômetros e a trancos e barrancos mantive meu relacionamento, iniciado poucos meses antes de passar no vestibular. A distância era dura. Ora intensificava a saudade, ora fortalecia o desalento. No fim de tudo, percebo que algumas cartinhas trocadas, milhares de horas ao telefone e incontáveis caracteres trocados em sms e mensagens em redes sociais, foram essenciais para eu não desistisse de ser quem eu sempre fui e de lutar por ela. A minha musa inspiradora continua acrescentando melodias e lirismo a minha vida. Distante ou perto, continuamos juntos.

Pra variar conheci pessoas legais, que assim como em anos anteriores de minha trajetória, passaram por minha vida, construíram seus significados e depois, simplesmente desapareceram. É um tipo de sumiço que nem todo o imediatismo e acessibilidade da internet poderá suprir. Por mais que localizemos essas pessoas em redes sociais, o mesmo contato não será mantido. Então, não me resta outra escolha a não ser recordar com ternura de todas as almas que cruzaram por mim nessa conturbada e quente cidadezinha, que pode ser tanto acolhedora, quanto aterradora.

Guardo a lembrança do coração enorme da senhora que me acolheu em sua pensão assim que cheguei na cidade e de como, de forma estúpida, preferi sair de lá para passar por perrengues intermináveis em uma república infernal e por fim terminar com um colega de quarto do qual não criei tanta intimidade. A senhorinha era forte e sempre acompanhada de seu gato, alimentava suas galinhas, e quando podia, proseávamos por horas.

Dos meus amigos, levarei comigo uma amiga da qual pude orientá-la em todas as suas inseguranças e incertezas. Eu fui o guru dela enquanto eu pude. Não fui o mais simpático dos amigos em um momento de perda, mas de certa forma assumi a figura paterna da qual ela necessitava. Musicalmente, levei comigo a figura de um cara brincalhão, que nunca levou muita coisa a sério, mas que ressignificou muitos momentos em que estive nessa cidade. E quem diria que eu iria simpatizar por um rapaz altamente religioso e por outro extremamente cético e ateu. Parecia até que eu era o único neste lugar que conseguia entender aquelas duas mentes tão distintas e insanas. Nunca passou pela minha cabeça que eu iria sentir falta de tudo isso. Que essas pessoas que um dia me acompanharam se tornariam lacunas em branco.

Do corpo docente levarei a lembrança de perfis diferentes. Infelizmente a identidade do curso foi desmoronando ao passar do tempo, devido a burocráticos concursos e problemas da vida. Não favoritei nenhum professor e acredito que cada um deles, complete a experiência e sentido necessários para a palavra “universidade”. Torço para que os novos professores reestruturem o curso, que em todas as suas falhas, engrandeceu minha personalidade em muitos aspectos positivos.

Meu grupo de trabalho é formado por uma conterrânea e por um garoto sofisticado demais para ter saído do interior. Quem iria imaginar que a primeira pessoa que eu iria conversar no curso, morava a apenas alguns quilômetros de minha cidade, (e que eventualmente me salvaria da saudade com um punhado de caronas) estaria em meu trabalho de conclusão do curso? Ou que o cara que estava sofrendo perto de mim no trote universitário também entraria para essa equipe, que com muita risada, e as vezes com alguns surtos de minha parte, elaboraríamos algo tão significativo e enternecedor? Tudo se resume em um simples adjetivo. Obrigado.

Caio Ramos Machado de Oliveira

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, por sempre acreditarem que a educação é a maior aliada na vida e por serem responsáveis por todos os objetivos que alcancei até aqui. A eles, minha eterna gratidão.

Aos docentes, que não só contribuíram para o meu crescimento como profissional, mas também como cidadão.

Aos amigos que Frutal me proporcionou e que fizeram estes quatro anos serem inesquecíveis.

Guilherme Lacerda Silveira

AGRADECIMENTOS

Às vezes reclama-se tanto que as coisas dão errado, não paramos para pensar em como o caminho pode ser redirecionado a possibilidades que ninguém podia prever.

Agradeço primeiramente as coisas que deram errado, ao boleto esquecido, ao desespero instaurado e principalmente ao medo do novo. Esses fatores me trouxeram até aqui.

Obrigada Deus, meu grande amigo faceiro, meu parceiro nas horas difíceis, nas velas acesas, nos momentos de reflexão, na compreensão das pessoas que perdi durante esse ano. O Senhor, sempre rindo da minha cara a cada mudança e dizendo: você não sabe de nada. Tem tantas coisas para descobrir.

Hoje afirmo feliz, consciente da minha pequenez no mundo, obrigada.

Aos meus pais, exemplo de vida, de amor, de respeito, de humildade, de como fazer coisas certas e abrir mão de suas próprias felicidades. Meus maiores apoiadores. Obrigada pela confiança e pela paciência. O maior presente que um pai e uma mãe podem dar a seus filhos é se amarem eternamente. Vocês que permitiram que eu voasse de casa, que eu errasse sozinha. Vocês que me ensinaram a andar, a falar e a ler, dedico nesse momento a minha vontade de mudar

o mundo, de ser a mudança que eu quero ver. Mesmo que eu ligue implorando pra ir embora por um simples prato de comida.

Ao meu irmão, essa pessoa que tem fome de conhecimento. Busca a todo o momento saber de tudo um pouco. Você é inspirador, mesmo sendo um idiota completo.

Aos meus amigos, os novos e os antigos, os que eu perdi durante essa caminhada, meus amores da vida, as pessoas que encontrei que mudaram meu jeito de ser e de pensar. Abriram a minha mente para um mundo completamente novo e diferente; vocês serão para sempre lembrados. Aos amigos da classe, o eterno agradecimento e risadas das lembranças que criamos juntos.

Ao amor que aqui encontrei, digo, grandes coisas simples aprendi contigo.

Aos professores, os responsáveis por consolidar a ponte entre o conhecimento e a experiência minha eterna admiração e agradecimentos. Desde o primeiro ao último ano, são vocês que nos inspiram.

Aos colegas Guilherme e Caio, por aceitarem essa ideia. Muito obrigada! Que os ventos soprem a nosso favor!

As pessoas que perdi durante esse tempo e principalmente esse ano. Meu avô Joaquim e meu tio

Beltrão. Espero que estejam em um bom lugar, assistindo esse momento.

Hoje posso ver o quanto eu cresci. O que espero dessa caminhada só o tempo para dizer. Que essa conquista seja a primeira de muitas que estão por vir. E que eu não caia na tentação de apenas existir, que eu saiba como é de fato, viver.

Thaiz Cristina Beltrão

“Acredita-se que a
AIDS é a doença
mais avassaladora da
humanidade. Para
mim é o preconceito.
Ele exclui, discrimina
e mata, e ninguém
está livre dele.”
Afonso Allan

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição de casos de AIDS no Brasil, segundo região geográfica

Figura 2: Taxa de detecção de AIDS nos estados brasileiros e capitais

Figura 3: Ranking da taxa de detecção da AIDS por capitais dos estados brasileiros

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	04
NOTA DO EDITOR.....	16
INTRODUÇÃO.....	17
1. MEMORIAL AFETIVO – HISTÓRICO E EXPANSÃO DA AIDS.....	23
1.1 Dados do HIV e da AIDS no Mundo, no Brasil e em Minas Gerais.....	32
1.2 O reflexo do HIV e da AIDS: o peso do preconceito.....	40
2. VIDEODOCUMENTÁRIO: CONCEITOS, HISTÓRIA E EVOLUÇÃO.....	46
2.1 Gêneros de videodocumentário.....	56
3. PRODUTO.....	60
3.1 Metodologia.....	63
3.2 Pré-produção.....	67

3.3 Dificuldades.....	68
3.4 Utilização de equipamentos e ferramentas....	70
3.5 Equipe executora.....	71
3.6 Custo do relatório técnico e do videodocumentário.....	71
3.7 Descrição do público-alvo.....	72
3.8 Veiculação do videodocumentário.....	72
4. RESULTADOS.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
APÊNDICES.....	93

NOTA DO EDITOR

O conteúdo aqui publicado em forma de livro digital é originário de um trabalho de conclusão de curso na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – unidade Frutal.

O Professor Plínio Marcos Volponi Leal contribuiu como orientador do presente trabalho, que foi defendido no curso de Comunicação da instituição.

A versão impressa poderá ser consultada na Biblioteca da unidade de Frutal. Nossos parabéns ao autor pela sua postura em contribuir com a popularização da ciência e a divulgação científica ao gentilmente nos permitir publicar seu trabalho e torná-lo acessível para consulta gratuitamente na *internet*.

Professor Otávio Luiz Machado

INTRODUÇÃO

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV¹/AIDS² (2014), divulgado pelo Governo Brasileiro, foram registrados no Brasil 757.042 casos de AIDS desde o início da epidemia no país em 1980 até junho de 2014. A distribuição proporcional dos casos de AIDS no Brasil aponta uma concentração maior nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo respectivamente a 54,4% e 20% do total de casos identificados.

Esses dados fornecidos anualmente pelo Governo Brasileiro contribuem para fomentar uma discussão e dar início a debates sobre a responsabilidade pessoal e pública. Um relatório divulgado pela UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, por exemplo, afirmou que novos casos de infecção por HIV no Brasil aumentou 11% e o índice de mortes atribuídas à AIDS subiu 7%, entre os anos de 2005 a 2013.

¹ HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças.

² A AIDS é o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como também é chamada, é causada pelo HIV. Como esse vírus ataca as células de defesa do nosso corpo, o organismo fica mais vulnerável a diversas doenças, de um simples resfriado a infecções mais graves como tuberculose ou câncer.

Esses dados passam ser relevantes, e estão na contramão da média global, pois os casos diminuíram 13% nos últimos três anos e o número de óbitos relacionados caiu para 35% no mesmo período de tempo.

Não faz parte do conhecimento popular, por exemplo, que ter HIV é diferente de ter AIDS. Esse é um dos objetivos que nos motivaram a tratar desse tema, levar a informação correta e segura, afim de reconstruir este discurso que, por vezes, é carregado de informações equivocadas e preconceitos. Trazer à tona um tema no qual a maioria da população está sujeita.

Esse é um dos fatos que motivou a produção de um videodocumentário acerca das relações afetivas de soropositivos. Como lidaram ao saber que estavam diante de uma doença ainda sem cura? Quais os enlaces afetivos que os rodearam? Em busca dessas informações é que se concretiza o nosso objetivo central: narrar de maneira sentimental e poética a história de seis personagens que contraíram o vírus HIV, relatando desde a descoberta deles até os dias atuais.

Nesse contexto, busca-se na história de vida dos personagens soropositivos³ abordar não apenas o HIV e a AIDS, mas o soropositivo em sua vida cotidiana e suas relações afetivas.

Segundo Fagundes e Zandonade:

Entende-se que o vídeo documentário deve, além de estabelecer ligações entre os assuntos retratados e o mundo em que os espectadores estão inseridos, valorizar os indivíduos em suas potencialidades e capacidades de construção pessoal. Com isso, acredita-se que possa ser possível o surgimento de comunidades valorizadas, que acreditem na força da participação de todos em busca de um bem comum (ZANDONADE; FAGUNDES, 2003, p.44).

Optamos por produzir um videodocumentário e utilizar a internet como suporte na sua veiculação, baseados nos conceitos de Penafria (1999) e Nichols (2005). Como metodologia, utilizamos a técnica de entrevista em profundidade, que para Jorge Duarte (2011), “a técnica qualitativa dinâmica e flexível é útil para apreensão de uma realidade, pois trata de questões relacionadas ao íntimo do entrevistado”. A

³ Soropositivo é o indivíduo portador de anticorpos no sangue que provem a presença de um agente infeccioso. O termo é mais usado para descrever a presença do vírus HIV, causador da Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), no sangue.

partir dela foi possível compreender mais a fundo acerca do tema abordado, como também se pôde tratar de questões íntimas dos entrevistados. As entrevistas foram semiabertas com questões semiestruturadas e com roteiro pré-estabelecido, de modo a permitir que o entrevistador conduza a entrevista e absorva o conteúdo necessário para refletir sobre o assunto e, a partir disso, contribuir para a desmistificação do preconceito.

Por último, é importante ressaltar o papel da narrativa na aceitação do diferente. A edificação do discurso, o jogo de palavras, imagens e sons em um videodocumentário tem papel decisivo quanto ao espectador. Transmitir sensibilidade é ajudar a reforçar o papel democrático de um filme.

A narrativa contemporânea nos filmes, por exemplo, é uma narração de contos pelas imagens, sons e ritmos que oferece à linguagem poética todas as possibilidades expressivas. Ali, as imagens e a sonoridade acham seus ritmos próprios e podem atingir uma comunicação de alto dramatismo poético. É possível fazer recriações de filmes com técnicas “vídeo-narrativas”, editando fragmentos de filmes na seqüência que

sublinhe o conteúdo poético ou sejam realçados certos significados simbólicos, costurando uma nova história pessoal ou grupal (CORREA, 2000, p. 47).

Por este trabalho se tratar de um relatório técnico, dividimos em duas partes. A primeira de caráter teórico que traz os aspectos estatísticos da doença (capítulo 1) e que reflete sobre o videodocumentário (capítulo 2). A segunda parte trata da produção audiovisual (capítulo 3).

Dessa forma, no primeiro capítulo está exposta uma retrospectiva social da doença, desde sua descoberta, acontecimentos mais relevantes até os dias atuais, no cenário mundial, brasileiro e mineiro. A AIDS é uma doença que ainda abala o mundo e muitos pesquisadores seguem em busca de encontrar a sua cura.

Já no segundo capítulo são abordados a história, o conceito e a evolução do videodocumentário ao longo do tempo. Trazemos os principais videodocumentários já produzidos, questões sobre a transição da tela do cinema para a televisão e, posteriormente, para a internet e, também, sobre a importância do audiovisual e os sentimentos envolvidos neste meio. Para isso, nos

baseamos em autores como Bill Nichols e Manuela Penafria.

O terceiro capítulo consta as etapas que vivenciamos para a produção do videodocumentário, desde a pré-produção até a finalização do produto.

Esperamos que esse trabalho seja um aliado na conscientização acerca do HIV e da AIDS e, principalmente, seja uma fonte de conhecimento e luta contra o preconceito. Acreditamos que é a partir da educação e de narrativas bem contadas que se constrói uma sociedade mais informada e tolerante.

1 MEMORIAL AFETIVO - HISTÓRICO E EXPANSÃO DA AIDS

Ujvari (2011) defende que foi por meio de alguns animais que surgiram as doenças que assolaram o mundo como gripes, varíola, peste, sarampo e também as que se enfrentam hoje como ebola, H1N1, entre outras.

A AIDS (sigla para *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) – termo mundialmente conhecido para a sigla em português SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) – é a manifestação do vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) que recebe esse nome porque destrói o sistema imunológico humano.

Pesquisadores virologistas das Universidades de Oxford, na Inglaterra, e de Leuven, na Bélgica (2014), refizeram o caminho do vírus HIV e descobriram sua origem em Kinsasha, na República Dominicana do Congo, em meados da década de 1920. Esse estudo utilizou uma técnica conhecida como filogeográfica, que analisa os eventos históricos responsáveis pela distribuição geográfica contemporânea de indivíduos.

O estudo apontou que o vírus HIV veio dos primatas, principalmente os chimpanzés, que eram

caçados por vendedores de animais silvestres. De acordo com Mirko Grmek (1995), médico e um dos fundadores da história da medicina, o HIV-1 descende da evolução do SIV (cpz) – o vírus da imunodeficiência símia que infecta os chimpanzés selvagens, porém não os deixam doentes.

De acordo com a pesquisa (2014), alguns fatores contribuíram para que o vírus HIV se espalhasse e se tornasse uma pandemia como: a urbanização rápida, o colonialismo, a construção de uma grande ferrovia na cidade que atraiu vários trabalhadores e o aumento da promiscuidade sexual, seguido de um aumento da prostituição. A partir daí, a doença foi se espalhando pelo mundo através dos transportes que, na época, contavam com grandes ferrovias que levavam trabalhadores do República do Congo para outros países da África.

O HIV-1 grupo M chegou em Kinshasa em torno do início de 1920 e a sua expansão espacial na África Central dependia de uma rede de transporte ativo que ligava principais centros populacionais do país para outras regiões da África sub-saariana. Além disso, o aumento da taxa de crescimento exponencial do grupo M por volta de 1960 está em contraste com a do espacialmente confinado, o grupo O. Os nossos resultados são consistentes com a hipótese de que iatrogênica em Kinshasa e seus arredores e / ou

modificações pós-independência no comportamento sexual eram fatores críticos para o surgimento de grupo M (22). Sugerimos que uma combinação distinta de circunstâncias durante uma janela espacial e sócio-histórico particular permitida a criação, difusão espacial, e o crescimento da epidemia do HIV-1 grupo M gerando uma pandemia. Argumentos semelhantes podem estar por trás do surgimento de outros patógenos sanguíneos, em especial a de HCV (FARIA *et al.*, 2014, p.60, tradução nossa).

De acordo com Gilbert, Rambaut e Wlasiuk (2007), um paciente subtipo B, uma variante do vírus HIV-1 característico da África sub-saariana; provavelmente mudou-se da África para o Haiti em torno de 1966 (1962-1970) trazendo consigo o vírus para a América.

HIV-1 grupo M subtipo B foi a primeira descoberta do vírus HIV e é a variante predominante do vírus da Aids na maioria dos países fora da África subsaariana. No entanto, as circunstâncias de sua origem e emergência continuam por se resolver. Aqui propomos uma sequência geográfica e uma linha do tempo para a origem do subtipo B e do surgimento de uma pandemia de HIV / AIDS fora da África. Usando o HIV-1 gene, sequência recuperada a partir de amostras de arquivo de alguns dos primeiros pacientes haitiano SIDA conhecidos descobriu-se que o subtipo B provavelmente mudou-se da África para o Haiti em

torno de 1966 (1962-1970) e, em seguida, espalhar por alguns anos antes de se dispersar com sucesso em outros lugares. Um clado "pandemia", englobando a grande maioria de infecções do subtipo B oriunda de não haitianos nos Estados Unidos e em outros lugares em todo o mundo, emergiu, subsequentemente, após uma única migração do vírus fora do Haiti ou em torno de 1969 (1966-1972). O Haiti parece ter o mais antigo vestígio de epidemia de HIV / AIDS fora África subsaariana e a epidemia subtipo B geneticamente mais diversificada, que pode apresentar desafios para a concepção de uma vacina HIV-1 e testes. (GILBERT; RAMBAUT; WLASIUK, 2007, p. 18566)

Acredita-se que foi assim o vírus chegou aos Estados Unidos da América. Uma das hipóteses é que o Haiti era tido como um destino de turismo sexual bastante popular.

O aparecimento da variante “pandemia” do subtipo B foi um importante ponto de viragem na história da AIDS, mas a sua propagação foi provavelmente conduzido por fato ecológico, em vez de fatores evolutivos. Os nossos resultados sugerem que o HIV-1 circulou enigmaticamente no Estados Unidos por 12 anos antes do reconhecimento da AIDS em 1981[...] Outros argumentam vigorosamente

que o haitiano HIV /Epidemia de aids foi semeada a partir dos Estados Unidos, talvez após o Haiti, tornar-se um destino de turismo sexual popular pelos meados de 1970. (GILBERT; RAMBAUT; WLASIUK, 2007, p. 18566)

No início da década de 1980, os Estados Unidos começaram a lidar com a epidemia. No dia 18 de maio de 1981, o *New York Times Native* (um jornal gay) começou a fazer registros sobre uma doença que estava alastrando jovens homossexuais que levavam uma vida “promíscua” e estavam sofrendo com uma doença rara para suas idades e levando-os a morte nas cidades de São Francisco e Nova Iorque. No início acreditava-se que era uma doença denominada Sarcoma de Kaposi, um câncer de pele característico de idosos. Associada as feridas da pele estava a pneumonia.

Porém, os pacientes jovens estavam morrendo logo após entrarem no hospital. Um fator intrigava aos médicos, pois os pacientes eram todos masculinos e homossexuais. Em pouco tempo foi estabelecido pelos hospitais e pela mídia o nome “câncer gay”, “peste gay” ou GRID - Imunodeficiência Relacionada aos Gays. O início de

uma longa segregação condenava os homossexuais pelo seu estilo de vida.

O fato de a AIDS ter sido detectada inicialmente na comunidade gay trouxe marcas que persistem até os dias de hoje. Ao procurarem algum fator comum entre os doentes, os cientistas não deixaram de notar a altíssima incidência entre gays. Assim, desde o início, a identidade da síndrome esteve intimamente ligada ao homossexualismo. A “vida promíscua” dos homens infectados logo passou a ser um dos motivos alegados para se contraí-la. Essa “vida promíscua” tornava-se ainda mais problemática por envolver práticas sexuais consideradas desviantes, segundo os padrões heteronormativos da sociedade. A falta de informação mais concreta, por parte dos próprios cientistas, levou a um sem-número de dados e afirmações conflitantes a respeito de quem estava sujeito a contrair AIDS, assim como a formas de contágio (BÍSCARO, 2006, p. 195-206).

Em 1982, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos afirmou pela primeira vez que a doença é uma infecção e passaram a denominá-la de AIDS. O retrato social foi estabelecido. O perfil do grupo de risco incluía os gays, os haitianos, hemofílicos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo, em inglês) (DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E

HEPATITES VIRAIS DO GOVERNO BRASILEIRO, 2015).

O Haiti sofreu consequências que predominam até hoje devido ao índice de contaminação na população e as acusações recebidas dos Estados Unidos. A segregação e a generalização tomaram proporções desumanas.

Em 1982, cientistas dos Centros de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) incorretamente inferiram que os haitianos estavam inseridos no aumento do risco de contrair o HIV (1), essa generalização resultou em um estigma nacional sem precedentes. A Associação mais tarde foi abandonada, mas a economia do Haiti nunca se recuperou (PAPE; FARMER; KOENIG, 2008).

Em 1983, aconteceu a primeira Conferência sobre AIDS, em Denver, nos Estados Unidos da América. Nesse ano, foi identificado o primeiro caso em uma criança, também nos Estados Unidos; assim, levantou-se a suspeita sobre casos heterossexuais, instaurando a discussão sobre o grupo de risco (BIBLIOMED, 2012).

O investimento em pesquisas para desvendar o vírus foi alto. Porém, um confronto entre os pesquisadores que isolaram o vírus deram início à disputa pela autoria, que foi partilhada entre Luc Montagnier, de Paris, e o norte-americano Robert Gallo. Em 1983 foi classificado, quase simultaneamente por ambos, o retrovírus HIV como o causador da AIDS (MELO, 2009).

As pesquisas que descobriram o vírus não foram suficientes para diminuir o peso do preconceito e a falta de informação que segregaram os soropositivos até os dias de hoje. Inclusive, pudemos observar de perto essa realidade durante as gravações do nosso videodocumentário.

Entretanto, existem tentativas de lutar contra essa segregação. A ONU criou em 1996 a UNAIDS, um programa entre as nações, que trabalha para que o tratamento alcance cada vez mais pessoas. Em 2015, o Brasil foi considerado referência no controle da epidemia pela Organização Mundial das Nações Unidas (ONU).

O Brasil é um dos poucos países com o privilégio de contar com um tratamento gratuito chamado Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART), popularmente conhecido como coquetel anti-AIDS. O Programa Nacional DST/AIDS teve

destaque mundial, após a consolidação da Lei Federal no 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garante o acesso universal gratuito ao tratamento antirretroviral da doença.

Além disso, a expansão dos Centros de Tratamento e Aconselhamento (CTA) aceleraram o diagnóstico do vírus e contribuíram para que o tratamento tivesse início o quanto antes. O país tem a meta sugerida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de acabar com a epidemia até o ano de 2030. Atualmente, existem 15 milhões de pessoas no mundo em tratamento antirretroviral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

As pesquisas ainda continuam. Hoje já se tem o conhecimento que as células mais atingidas são os linfócitos TCD4+ e é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Por isso é importante que pelo menos uma vez na vida se faça o teste de detecção da doença.

O vírus pode ser transmitido pelas relações sexuais desprotegidas, de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação e pelo compartilhamento de seringas contaminadas.

(DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS DO GOVERNO BRASILEIRO, 2015).

No próximo tópico encontram-se pesquisas e dados que nos auxiliaram na compreensão da doença para a abordagem aos personagens durante as entrevistas e nas gravações.

1.1 DADOS DO HIV E DA AIDS NO MUNDO, NO BRASIL E EM MINAS GERAIS

De acordo com o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Governo Brasileiro (2015), os primeiros casos do vírus HIV e da AIDS ocorreram nos anos de 1977 e 1978, nos Estados Unidos, Haiti e África Central. No Brasil, a primeira notificação da doença aconteceu em São Paulo, no ano de 1980, em uma pessoa do sexo masculino, porém registrado como HIV apenas em 1982. Em 1983, a AIDS manifestou-se pela primeira vez em uma mulher brasileira.

Em 1987, sete anos depois do primeiro caso notificado no Brasil, o número total de soropositivos chegou a 2.775. Apenas um ano depois, este número cresceu mais de 60% e alcançou 4.535 brasileiros portadores do vírus HIV que manifestaram a doença.

Doze anos mais tarde, na virada do milênio, a incidência da AIDS tinha a proporção de dois homens soropositivos para cada mulher soropositiva. Em duas décadas da doença no Brasil, se acumulavam cerca de 220 mil casos notificados no país (DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS DO GOVERNO BRASILEIRO, 2015).

Segundo a publicação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em “*How AIDS changed everything*”⁴ (2015), três milhões de novos casos foram notificados em 2001 no mundo todo, enquanto 1 milhão de soropositivos eram submetidos a terapia antirretroviral e tinham a expectativa de vida próxima aos 36 anos.

Dos anos 2000 até 2015, pesquisas e conscientização mundial colaboraram para diminuir novos casos e oferecer tratamento para os casos já notificados, mantendo a doença sob controle. Diferentemente do ano 2001, o número de novos soropositivos no mundo em 2014 foi de dois milhões, contabilizando uma queda de aproximadamente 34% comparado a 2001. De acordo com o Departamento de HIV da *World*

⁴ Em português: Como a AIDS mudou tudo. Livro publicado pela UNAIDS em 2015.

Health Organization (2015), havia cerca de 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo em 2014, sendo que, segundo a UNAIDS (2015), 15 milhões estão em terapia antirretroviral e com expectativa de vida acima dos 55 anos de idade.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), estima-se que exista cerca de 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no país. Desde o início da epidemia até junho de 2014, já foram notificados no território brasileiro o total de 757.042 casos de AIDS, dos quais 65% são homens e 35% mulheres, o que contabiliza a proporção de 18 casos da doença em homens para cada 10 casos em mulheres. Nos últimos cinco anos, o Brasil registrou uma média de 39,7 mil novos casos da doença por ano.

Quanto à faixa etária, o Boletim Epidemiológico afirma que a maior concentração da doença no Brasil está entre os indivíduos com idade de 25 a 39 anos, em ambos os sexos. Entre os homens, esta faixa etária corresponde a 54% de todos os casos desde 1980 a junho de 2014, e entre as mulheres 50,3% de todos os casos também neste período. Nos indivíduos menores de 13 anos, a quase totalidade dos casos é por meio da transmissão vertical, ou seja, quando a transmissão acontece da

mãe soropositiva para o bebê durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Já entre os indivíduos de 13 anos ou mais, a via de transmissão principal é a sexual, correspondendo a 94,9% dos casos em homens e 97,4% em mulheres, no ano de 2013.

FIGURA 1 – Distribuição de casos de AIDS no Brasil, segundo região geográfica

Tabela 1 - Casos de aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siscel*, segundo IFA e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1988-2014**

Região geográfica	1988-2001**	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Brasil	17.919	24.770	30.517	32.621	32.171	34.414	37.797	39.971	39.564	40.971	40.925	40.217	39.747	35.564	473.942
Região Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146
Região do Nordeste	1.109	1.164	1.208	1.267	1.297	1.354	1.404	1.450	1.497	1.544	1.591	1.638	1.685	1.732	15.046
Região do Norte	1.007	1.047	1.012	1.116	1.094	1.174	1.242	1.291	1.240	1.291	1.353	1.372	1.424	1.461	14.192
Região do Centro-Oeste	1.216	1.330	1.444	1.558	1.672	1.786	1.900	2.014	2.128	2.242	2.356	2.470	2.584	2.698	22.146
Região do Sudeste	1.807	1.914	2.012	2.061	2.092	2.127	2.161	2.195	2.229	2.263	2.297	2.331	2.365	2.399	20.046
Região do Sul	2.280	2.404	2.528	2.652	2.776	2.900	3.024	3.148	3.272	3.396	3.520	3.644	3.768	3.892	32.146

FONTE: MS/ SVS/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. NOTAS: (1) Siclom utilizado para validação dos dados do Siscel. (2) Sinan e Siscel até 30/06/2014 e SIM de 2000 a 2013. (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos. (4) Para o período de 1980 a 2001, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar <www.aids.gov.br> no menu Publicações > Boletim epidemiológico.

A distribuição dos casos de AIDS no país, segundo região geográfica, aponta uma concentração da doença no Sudeste e Sul, correspondendo, respectivamente, a 54,4% e 20% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2014. As regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem, respectivamente, a 14,3%, 5,8% e 5,4% do total de casos, conforme a figura 1 disponibilizada pelo Boletim Epidemiológico – AIDS e DST de 2014.

No ano de 2013, o *ranking* das Unidades Federativas do Brasil em relação à taxa de detecção da AIDS apontou os estados do Rio Grande do Sul e Amazonas como os que possuem as maiores taxas, apresentando os valores de 41,3 e 37,4 casos para cada 100 mil habitantes. Como estado com a menor taxa é apontado o Acre, com 8,6 casos para cada 100 mil habitantes, seguido da Paraíba e de Minas Gerais. Entre as capitais, apenas João Pessoa e Rio Branco, respectivamente 17,2 e 13,2 casos para cada 100 mil habitantes, estão abaixo da média nacional de 20,4 casos para cada 100 mil habitantes. Por outro lado, a cidade de Porto Alegre é a capital com a maior taxa registrada em 2013, apresentando-se com mais que o dobro da taxa do estado de RS e quase cinco vezes maior que a taxa do Brasil, com 96,2 casos de AIDS

no mesmo ano, a cidade de Belo Horizonte aparece na posição 17º do ranking das capitais brasileiras com 27,8 casos a cada 100 mil habitantes, como vemos na figura 3 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

FIGURA 3: Ranking da taxa de detecção da AIDS por capitais dos estados brasileiros

Table 2 - Ranking da taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no Siscel, declarados no SIM e registrados no Tróico/Siclosim⁽²⁾, segundo capital de residência por ano de diagnóstico. (Fonte: 2007-2013)⁽¹⁾

Capital	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 - Porto Alegre	14.970	18,5	20,0	20,9	20,4	20,6	20,2	17,8	19,7	20,7	20,7	20,2
2 - São Paulo	14020	20,7	21,9	21,3	22,4	22,0	22,0	22,8	22,7	22,6	22,7	22,7
3 - Manaus	12020	20,6	20,7	21,3	22,4	22,7	22,0	20,8	21,4	20,0	20,0	20,7
4 - Fortaleza	12040	20,7	22,2	20,7	20,0	20,7	21,3	21,7	21,6	21,9	21,7	20,0
5 - Vitória	11120	17,6	20,1	20,9	21,6	20,7	19,4	21,4	20,0	20,1	20,7	20,0
6 - Brasília	10100	15,6	20,1	20,7	21,4	20,1	20,7	20,0	20,6	21,0	20,6	20,7
7 - Curitiba	10010	14,8	19,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
8 - Belo	10120	20,2	21,9	20,0	20,1	20,0	20,2	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
9 - Recife	12000	11,8	20,3	20,7	20,7	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
10 - Rio de Janeiro	12000	22,7	22,4	22,3	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0
11 - Goiânia	10070	20,7	20,9	20,3	20,9	20,7	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
12 - Teresina	12100	14,9	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
13 - Natal	10000	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0
14 - Vitória	11200	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
15 - Salvador	20100	17,9	20,3	20,1	21,0	20,9	20,7	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
16 - Recife	10000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
17 - São Paulo	11000	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0
18 - Curitiba	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
19 - Belo	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
20 - Curitiba	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
21 - Curitiba	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
22 - Curitiba	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
23 - Curitiba	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
24 - Curitiba	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
25 - Curitiba	11000	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0

FONTE: MS/ SVS/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. NOTAS: (1) Siclom utilizado para validação dos dados do Siscel. (2) Sinan e Siscel até 30/06/2014 e SIM de 2000 a 2013. (3) As capitais estão ordenadas pelas taxas de detecção de 2013. (4) Dados preliminares para os últimos 5 anos. POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br> no menu Informações em saúde > Demográficas e socioeconômicas, acessado em 27/10/2014.

Frutal foi a única cidade mineira a fazer parte do ranking dos 100 municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes com as maiores taxas de incidência, na posição 86º com 28,1 casos da doença a cada 100 mil habitante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Em 2015, segundo informações do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Frutal⁵, 238 soropositivos estão em tratamento, número que inclui pessoas da cidade e da pequena região.

Desde o início da epidemia da doença no país, em 1980, até dezembro de 2013, foram registrados 278.306 óbitos ocorridos como causa básica a AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). A maioria destas mortes corresponde à região Sudeste (61,08%). Em Minas Gerais, no mesmo período, foram notificados 18.471 óbitos, o que corresponde a 6,6% do total de mortes no país.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade padronizado demonstra significativa queda nos últimos dez anos, passando de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes, em 2004, para 5,7, em 2013, o que representa uma queda de 6,6%. Tal tendência, no entanto, é observada apenas nas regiões Sudeste e Sul. Nas regiões Norte e Nordeste o coeficiente de

⁵ (2015, informação verbal).

mortalidade está crescendo nos últimos dez anos, com aumento significativo de 75% no Norte, onde a taxa passou de 4,0 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 7,0 em 2013. No estado mineiro, a taxa de óbitos com base na doença caiu cerca de 22,3% de 2004 a 2013. Mais uma vez, o estado do Rio Grande do Sul é destaque, com o maior coeficiente de mortalidade padronizado, com taxa de 11,2 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2013, valor próximo ao dobro do coeficiente verificado para o Brasil no mesmo ano. Sua capital, Porto Alegre, também é a capital brasileira com o maior índice, sendo quatro vezes maior que a média nacional.

A partir das informações acerca do número de óbitos relacionados com a AIDS no país, é possível maior entendimento de como a doença ainda afeta o Brasil.

1.2 O REFLEXO DO HIV E DA AIDS: O PESO DO PRECONCEITO

No ano de 2010, uma pesquisa feita com cerca de 2 mil pessoas de 12 países distintos, dentre eles o Brasil, foi realizada pela ATLAS (*AIDS Treatment for Life International Survey*, nome em inglês para Pesquisa sobre Tratamentos de Longo Prazo de Aids, em Âmbito Internacional). Através do resultado da pesquisa, foi diagnosticado que o preconceito com as pessoas que possuem AIDS ainda é um fator extremamente impactante para a população.

Para os 201 entrevistados do Brasil,

os estigmas que mais impactam os entrevistados são enumerados da seguinte maneira: pessoas com HIV/AIDS têm ou apresentam comportamento de risco (promiscuidade sexual, uso de drogas, prostituição) (29%); pessoas com HIV/AIDS não possuem muito tempo de vida (24%); pessoas com HIV/AIDS devem ser evitadas (33%); HIV/AIDS é facilmente transmitida por meio de atividades comuns (apertos de mão, compartilha comida ou bebida) (21%) e pessoas com HIV/AIDS se parecem diferentes (18%). (ATLAS, 2010, tradução nossa).⁶

⁶ *The person with HIV/AIDS has or does engage in risky behavior (sexual promiscuity, drug use, prostitution) (29%); People with HIV/AIDS do not live a long time (24%); People with HIV/AIDS should be avoided (33%);*

Um dos agravantes para o preconceito é o desconhecimento da diferenciação existente entre quem porta o vírus HIV e de quem possui a AIDS já manifestada em seu organismo. Neste sentido, a discriminação também atinge patamares relacionados a terminologias. É por esse motivo que:

[...] os profissionais que lidam com a doença e a literatura especializada "desprezam a utilização do termo 'aidético' por considerar que traduzir ideias negativas sobre a doença, reflete o preconceito e determina a exclusão social". [...] Nesse sentido devem ser privilegiadas as expressões "pessoas soropositivas", "portadores assintomáticos", "portador do vírus HIV", para pessoas que possuam o vírus, mas ainda não desenvolveram a doença. Para aqueles em que a doença, já se manifestou as expressões mais adequadas seriam "doente de AIDS" ou "pessoa com AIDS" (GUNTHER; BACARAT, 2003 *apud* SANTIAGO, 2013, p. 211, grifos no original).

Desde a proliferação da doença na década de 1980, a AIDS sempre permaneceu permeada por preconceitos oriundos da falta de informação e pelo

HIV/AIDS is easily transmitted through normal everyday activities (holding hands, sharing food or a drink) (21%); People with HIV/AIDS look different (18%).

impacto causado pela fatalidade das vítimas que contraíam o vírus. Em um âmbito cinematográfico, alguns filmes foram produzidos na tentativa de quebrar tabus e desassociar a doença apenas ao público homoafetivo. Segundo Carlos Alberto de Carvalho (s.d.)

A julgar pelo tempo levado para que a indústria cinematográfica conseguisse lidar com a homossexualidade de forma natural, deveria esperar-se ainda algum tempo para que cineastas retratassem a AIDS. Considerando-se que as práticas homossexuais remontam, talvez à própria existência da espécie humana, e as dificuldades de se lidar com tal tema, o tempo decorrido dos primeiros casos tornados públicos de AIDS, com toda a comoção social, incluindo preconceitos os mais diversos, às primeiras abordagens da doença pelo cinema, nota-se um “amadurecimento” da indústria cinematográfica para lidar com temas tabus (p. 2).

Carvalho ainda compactua com o fato de a morte estar sempre relacionada as narrativas sobre AIDS. Adicionando a “lista” dos preconceitos relacionados ao vírus, mais uma categoria.

A morte, que nos primeiros momentos era inevitável a curto prazo, mas que agora, em função de coquetéis para tratamento cada vez mais poderosos, pode ser

adiada, com sofrimentos menores e por muito mais tempo, é o que persiste. Trata-se, portanto, de uma doença (ou síndrome, já que não se morre de AIDS, mas de complicações causadas pelas deficiências imunológicas provocadas pelo vírus HIV), cercada por um tabu tão poderoso quanto a sexualidade: a morte. E os filmes têm retratado a AIDS, embora com prevalência de situações em que a síndrome acomete homossexuais masculinos, também a partir da sua relação com a morte. Mais precisamente, é a morte que aparece como pano de fundo em todos os filmes que têm a AIDS como tema (p.3-4).

Para entender a origem do preconceito em torno da AIDS, Gunther e Baracat (2013, p. 403) postulam que grupos puritanos surgidos na década de 90, receosos de contraírem o vírus, direcionavam a massificação da doença à tolerância sexual surgida nos anos 60. Os pressupostos associados a AIDS e a falta de informação acumulada devido ao espanto causado pela doença nos anos 80 e 90, originaram todas as formas de estigmas e preconceitos, que ainda não se extinguiram. Inclusive atualmente, estágio em que a doença vem sendo controlada devido a campanhas de prevenções com a distribuição de preservativos e o tratamento da doença com o uso de coquetéis.

Visto que o preconceito ainda é rotineiro, a produção do documentário propõe um modo de colaborar com a redução do preconceito. Partindo do pressuposto que, ao mudarmos o contexto da narrativa, esta contada pela perspectiva do amor, podemos atingir mais pessoas e assim tentar promover uma maior conscientização. A realização desse videodocumentário é cautelosa ao acumular referencial teórico para evitar equívocos na geração do conteúdo audiovisual, como será visto nas especificações do produto no capítulo a seguir.

2 VIDEODOCUMENTÁRIO: CONCEITO, HISTÓRIA E EVOLUÇÃO

Segundo Lucena (2012), a linguagem que se conhece hoje como videodocumentário surgiu nos anos de 1920, por meio dos filmes de Robert Flaherty. Considerados como os primeiros filmes de não-ficção, “Nanook, o esquimó” (1922) e “Moana” (1926), ambos de Flaherty, receberam a célebre crítica escrita pelo produtor e documentarista inglês John Grierson, publicada no jornal *New York Sun*. Foi nessa publicação que, pela primeira vez, utilizou-se o termo *documentary* (em português “documentário”), inspirado na palavra francesa *documentaire*, que faz referência a diários de viagem.

Sobre a diferença entre um filme de ficção e um filme documental, Lucena (2012, p.11-12) afirma que:

Em um primeiro momento, o filme documental é visto como um ato cinematográfico que registra o que acontece no mundo real [...]. Já o filme de ficção [...] é associado à construção de uma história, ao mundo imaginário, ficcional. [...] o documentário passa a ser considerado como a produção audiovisual que registra fatos, personagens, situações que tenham como suporte o mundo real (ou mundo histórico) e como protagonistas os próprios “sujeitos” da ação [...]. O

filme de ficção, por sua vez, tem sua construção condicionada a um roteiro predeterminado, cuja base é composta de personagens ficcionais ou reais, os quais são interpretados por atores. [...] tendo como principal objetivo o entretenimento do espectador. Já o documentário, realizado com “sujeitos” do mundo real, procura informar o espectador, sem se preocupar com o entretenimento.

Por outro lado, opondo-se a essa diferenciação, Nichols (2005) afirma que todo filme é um documentário, inclusive, até as mais extravagantes ficções evidenciam a cultura que a produziu e também reproduzem a aparência das pessoas que fazem parte dela. Contudo, Nichols busca categorizar dois tipos de filmes documentários: (1) documentários de satisfação de desejos e (2) documentários de representação social. Os que correspondem à primeira opção (doravante filme de ficção) são aqueles que expressam, de maneira tangível, nossos sonhos, desejos e pesadelos, tornando concretos os frutos da imaginação. São filmes cujas verdades, ideias ou pontos de vista podem ser adotados ou rejeitados como nossos. Já os documentários correspondentes à segunda opção são os normalmente denominados de não-ficção ou de representação social (doravante documentário). Eles apresentam, de forma tangível, aspectos do mundo

que já é ocupado ou compartilhado por nós. Expressam a nossa compreensão do que a realidade foi, é e pode ser futuramente. Esses documentários permitem novas perspectivas de um mundo comum, para que sejam exploradas e compreendidas por nós.

A dificuldade em diferenciar documentário e filme de ficção também está presente na obra “Espelho Partido: tradição e transformação do documentário”. Sílvio Da-Rin (2004) aborda que a oposição extrema entre esses campos não define o que é documentário, mas sim agrava a questão, uma vez que, na prática, esses campos são marcados por nuances e sobreposições. “Todos os grandes filmes de ficção tendem ao documentário, como todos os grandes documentários tendem à ficção. [...] E quem opta a fundo por um encontra necessariamente o outro no fim do caminho” (GODARD, 1985 apud DA-RIN, 2004, p. 17).

Neste trabalho, o conceito abordado por Nichols (2005) e por Sílvio Da-Rin (2004) norteiam a definição de documentário.

HISTÓRIA E EVOLUÇÃO

Desde os tempos mais primórdios, o homem busca maneiras de registrar seu cotidiano e eternizar vestígios de realidade desse período. Das pinturas rupestres, à escrita e à fotografia, o homem alia-se a evolução tecnológica e aperfeiçoa as maneiras de documentar seus passos.

A documentação utilizando-se a câmera fílmica foi feita pela primeira vez pelos irmãos Lumièrie, sendo esta linguagem cinematográfica com aspecto documental projetada no ano de 1895, no Café Paris, com o filme “A Saída da Fábrica”. A película consistia em cenas do cotidiano de um grupo de funcionários deixando as instalações do prédio onde funcionava a empresa da família Lumièrie (LUCENA, 2012). O fotógrafo experiente Louis Lumièrie, procurou em seu trabalho “escolher o melhor enquadramento possível para capturar um instante de realidade e filmá-lo sem nenhuma preocupação nem de controlar nem de centrar a ação” (DA-RIN, 2004, p. 8).

O objetivo inicial de filmagens que, posteriormente, seriam categorizadas como documentários era de registrar diversas atividades, tanto humanas quanto animais (PENAFRIA, 1999).

Autores como Vertov, em “O Homem com uma Câmara” (1929), e Flaherty, em “Nanook, o Esquimó” (1922), produziram as primeiras características do gênero com imagens recolhidas *in loco*, ou seja, filmadas no local do fato, com “atores” naturais, sem a montagem de cenário (ROCHA, 2012).

Assim, é o registro *in loco* que encontramos nos inícios do cinema que se constitui como o primeiro princípio identificador do documentário. E, se esta é a sua raiz, só mais tarde o seu florescimento assumirá contornos próprios. A partir do registro *in loco* passou-se para um estágio de definição de uma identidade que, no caso do documentário, se iniciou por uma fase que entendi apelar de construção, seguindo-se uma fase de afirmação em que se assume a existência de uma produção própria respeitante ao filme que dá pelo nome de documentário (PENAFRIA, 1999, p. 38).

O escocês John Grierson foi a figura mais emblemática para o surgimento e a utilização de termos como “documentário” e “documentarista” e também pela consolidação e desenvolvimento da produção de documentários pelos profissionais do gênero (PENAFRIA, 1999). Foi a partir de Grierson e da Escola Britânica dos anos 1930 que o documentário tornou-se um gênero independente e

conquistou identidade própria. Grierson é dono do clássico conceito que define documentário como “tratamento criativo da realidade”. Segundo ele, no documentário, há a possibilidade de combinações, recombinações e formas variadas e criativas de utilizar o material recolhido *in loco* (ROCHA, 2012).

Grierson defendia também que o documentarista deve intervir na análise do material a fim de criar interpretações sobre o tema, e não apenas se limitar a reproduzir a realidade a partir das imagens obtidas *in loco*. Dessa forma, o documentarista desempenha o papel de “produtor de significados”, acabando por revelar sua visão a respeito do assunto (ROCHA, 2012). Dentro desse contexto, Ramos (2008, p.25) aborda que “o documentário, antes de tudo, é definido pela intenção de seu autor de fazer um documentário [...]”.

Sobre os conceitos de “tratamento criativo da realidade” e “produtor de significados” de Grierson, Lucena (2012) aponta que, muitas vezes, os cineastas, principalmente dos categorizados como ficção, utilizam uma linguagem mais documental a fim de recriar situações que possam complementar a ideia que tem intenção de transmitir ao espectador.

No Brasil, em meados do século XX, nomes como Luiz Thomaz Reis e Silvino Santos ganharam

destaque por documentações de expedições na região amazônica, como também Rubens Pinheiro Guimarães por documentar tradições locais na Bahia, juntamente de outros documentaristas como Diomedes Gramacho e José Dias da Costa (GONÇALVEZ, 2006; ALTAFINI, 1999).

Segundo Gonçalves (2006), no final da década de 1960, momento em que a televisão tornava-se um veículo de massa no Brasil, iniciaram-se experiências de formatos de documentários televisivos ou de jornalismo investigativo. Por exemplo, o telejornal “A Hora da Notícia”, criado no ano de 1972, com a finalidade de mostrar a realidade do Brasil, contrapondo os filmes institucionais produzidos pelo governo militar da época. No mesmo contexto, derivado de uma série de dez documentários, surge o “Globo Repórter” no ano de 1973, com uma linguagem experimental e inovadora, idealizado por uma equipe de cineastas. Entretanto, no ano de 1983, o programa passou por mudanças e substituiu os cineastas por repórteres.

Winston (1995, p. 145) defende a migração do documentário para o suporte televisivo ao explicar que “a transição para uma nova fase do documentarismo [foi sempre] marcada pelo seu apelo à exploração das potencialidades dos novos

equipamentos”, uma vez que a consolidação da televisão no Brasil gerava maior possibilidade de visibilidade aos documentários comparado à forma tradicional, como exhibições em cinemas.

Acerca da evolução do documentário, Penafria (1999, p. 90) ressalta que o documentário deixou de ser exclusivo para as telas do cinema e passou a conquistar espaço no meio televisivo. E, posteriormente, o documentário caminhou para outro suporte: o computador. Segundo ela, “as novas tecnologias requerem a intervenção criativa do documentarista. [...] O suporte digital apresenta-se como um convite à produção de documentários”.

Na transição do século XX para o XXI, avanços técnicos como a união do microfone à câmera, aparelhos mais compactos, de fácil locomoção e maior qualidade para captação de imagens, aliados à internet, possibilitaram uma nova modalidade para o gênero: o *web* documentário.

O web-documentário tende a ser um produto totalmente diferenciado do documentário tradicional já que são necessárias tecnologias multimídia para a sua produção. Um dos grandes diferenciais nessa recente modalidade do documentarismo é a possibilidade de subverter a narrativa linear dos modelos convencionais, sendo agora o receptor responsável pelo caminho a ser percorrido durante a recepção do

conteúdo, dentro de um trajeto pré-concebido pelo autor (TOMBA; SACRINI; GREGOLIN, 2002, p.15).

Quanto às diferenças e adaptações da linguagem do documentário tradicional (cinematográfico) para o documentário em suporte digital (*web* documentário), Bauer (2010), afirma que “o webdocumentário aproveita a linguagem documental, previamente criada para o cinema e para a televisão, adaptando-a para a *web*”.

No *web* documentário, a estrutura multidimensional formada por componentes como texto, áudio, imagens estáticas e em movimento, fazem parte de micronarrativas conectadas por *links*, e dão ao receptor a possibilidade de escolher caminhos que levam a compreensão do tema (RIBAS, 2003). Dessa forma, a antiga narrativa linear abre espaço para a narrativa interativa em que, por meio de *hyperlinks*, permite o receptor a decidir qual caminho irá percorrer.

O *web*-documentário pressupõe, antes de tudo, a sua produção específica para o meio *web*. Isso significa incorporar em sua forma, organização, linguagem, etc. as características próprias do meio, sempre de acordo com a tecnologia envolvida. Dessa maneira, qualquer evolução observada no uso da linguagem e da tecnologia nesse suporte será também a evolução que

o web-documentário irá experimentar, acompanhando o desenvolvimento das possibilidades técnicas e simbólicas que lhes são suscetíveis (TOMBA; SACRINI; GREGOLIN, 2002, p. 26).

Dado o contexto de conceitos, história e evolução do videodocumentário, é possível notar que, com a da internet, o gênero documentário adaptou-se ao meio e faz uso de uma linguagem que pode desviar da linearidade, ao utilizar elementos multimídias que permitem aos receptores caminhar pelo conteúdo de formas diferentes dentro do mesmo tema.

Embora essa interação não esteja presente em todos os *web* documentários, a possibilidade da renovação da linguagem e a reestruturação do gênero documental tradicional aponta que o documentário, em destaque o *web* documentário, constrói um cenário que possibilita grandes mudanças e adaptações ao surgimento de novas tecnologias.

2.1 OS GÊNEROS DE VIDEODOCUMENTÁRIO

Manuela Penafria (1999) categoriza o videodocumentário em três modalidades: a cinematográfica, a televisiva e a digital. Sacrini (2004, p.2) expõe que na modalidade cinematográfica “é considerado ‘documentário convencional’ aquele configurado para a veiculação no cinema, por se tratar da modalidade mais comum e consagrada na história do gênero documental.”. Sendo assim, a vertente cinematográfica preserva as características primordiais do videodocumentário, oriundas desde a consolidação com a obra de Flaherty na década de 1920.

No documentário televisivo, Andrade (2012) associa o gênero com as mesmas características de produção telejornalísticas.

O documentário televisivo é entendido como construção social e um subgênero do telejornalismo, na medida em que articula rotinas produtivas e premissas da grande reportagem jornalística no seu trato da informação (conteúdo) e a linguagem estética (forma) do cine-documentário, tendo sua circulação no meio de comunicação televisão. (p. 268)

A autora enfatiza, assim, que a modalidade preza pela seriedade por aproximar-se da mesma característica de profundidade e imparcialidade jornalística. É importante deixar em evidência a diferenciação entre documentário e reportagem. De acordo com Delmanto (2012).

O documentário resulta de um olhar pessoal sobre determinado fato, acontecimento, assunto ou tema baseado no ponto de vista do documentarista. É uma obra de autor, com premissas e estética particulares. A reportagem, por sua vez, busca a formulação de um “retrato completo” sobre determinado fato, valendo-se de procedimentos como a apresentação de diferentes pontos de vista e a utilização criteriosa das citações para criar o status de imparcialidade. (p. 1)

Por último, Penafria (2014, p. 23) acredita que “os webdocumentários poderão, pois, ser mais entendidos como uma evolução das tecnologias digitais interativas que como uma evolução do documentário em si”. Para a autora, o modo de produzir o documentário em si não se modifica, e sim se adequa a nova plataforma, que exige mais interatividade e a necessidade de se repensar o uso das novas tecnologias.

Sacrini (2004, p. 4) diverge de Penafria no sentido de que o uso das novas tecnologias da web agregue características na forma de produzir o documentário. Ele afirma que no webdocumentário “embora sua produção ainda tenha um caráter experimental, além de ser pouco difundida, explora com considerável eficácia os recursos multimídias suportados no ambiente Web.

Além desta categorização das plataformas onde os documentários são veiculados, Bill Nichols (2005) classifica-os em seis tipos: o poético, o expositivo, o observativo, o participativo, o reflexivo e o performático.

Surgidos nos anos 1920, o documentário poético possui aspecto abstrato e sofre com um lapso de especificidade. Já o documentário expositivo preenche a lacuna histórica através do didatismo. Dois tipos distintos aparecem a seguir, na década de 1960, são eles: o modo observativo e o modo participativo. O modo observativo constrói sua narrativa na tentativa de não encenar e de não interromper o assunto, já o modo participativo utiliza entrevistas e registros históricos na busca do sentido. Os dois estilos remanescentes surgem nos anos 1980. O documentário reflexivo retoma o enfoque para a conscientização e o documentário performático

volta-se à subjetividade e se torna a tônica de uma narrativa mais estilística por intermédio de encenações.

Esses seis modos determinam uma estrutura de afiliação frouxa, na qual os indivíduos trabalham; estabelecem as convenções que um determinado filme pode adotar e propiciam expectativas específicas que os espectadores esperam ver satisfeitas. Cada modo compreende exemplos que podemos identificar como protótipos ou modelos: eles parecem expressar de maneira exemplar as características peculiares de cada modo. (p. 135)

Os modos de documentário definidos por Nichols (2005) são classificados de acordo com a suposta cronologia de seus respectivos surgimentos. Um documentário não necessariamente precisa se encaixar em apenas numa destas categorias, podendo assim, possuir características de uma, duas ou até mais modalidades.

3 PRODUTO

A emoção faz parte do cotidiano de todos os seres humanos. Quando há a abordagem de assuntos pessoais em reportagens, grandes reportagens, livros e em documentários, em que se procura associar a história de determinadas pessoas a de outras, há um fator essencial que faz com que o acontecimento seja “tocante”: os sentimentos. Charaudeau (2011, p.97) afirma que “as emoções são uma espécie de estado racional da mente”.

A escolha de fazer um produto que busque trazer informação sobre AIDS já vem de certo modo acompanhada por estereótipos e preconceitos, que influenciaram na linguagem e na construção da narrativa. Com a finalidade de refutar noções pré-construídas, optamos por fazer um videodocumentário como produto. Para Penafria (2001, p.6), as funções do documentarismo baseiam-se em “promover a discussão sobre o nosso próprio mundo; confrontarmo-nos ou distanciarmo-nos de nós próprios. Estão, também, a incentivar o diálogo sobre diferentes experiências, sentidas com maior ou menor intensidade”.

O documentarismo adquire um aspecto social, pois “deve ser um instrumento de educação pública.

[...] é apresentado um determinado problema e a solução para o mesmo e, eventualmente, de que modo a população podia contribuir para ultrapassar os problemas que a afetava” (PENAFRIA, 1999, p. 49). Portanto, selecionamos a temática do HIV, da AIDS, dos soropositivos e, mais especificamente, de suas relações afetivas. Assim, acreditamos que o videodocumentário pode atuar como ferramenta de reflexão e discussão ao ser apresentado aos espectadores.

Desde o início da elaboração do trabalho, a intenção era abordar este assunto por uma perspectiva diferente do que já tivemos contato, ou seja, uma que não se limitasse à doença, mas sim que abordasse as relações afetivas e a história de vida dos entrevistados. O vídeo do Youtube “Uma aula” do canal Jout Jout trouxe, de modo até cômico, essa abordagem diferente sobre o HIV. Por isso, reafirmamos que o produto videodocumentário promove um caminho mais humano e intimista, além de favorecer a conscientização e a luta contra o preconceito.

Dessa maneira, compreendemos que o suporte que melhor ampara a nossa produção audiovisual é o digital (ou *online*), uma vez que a difusão e o alcance ao nosso público nesse meio podem ser maiores e

também pela fácil visualização do conteúdo, que pode ser acessado a qualquer momento e por infinitas vezes em qualquer lugar, sem fronteiras.

Com base na argumentação de Rezende, é possível afirmar que, devido ao grande poder de persuasão e influência coletiva exercida por esse meio eletrônico, a veiculação de informações deve ser feita com responsabilidade, de forma a despertar a consciência crítica dos indivíduos. (ZANDONADE E FAGUNDES, 2003, p. 40).

Dada a conceituação teórica de documentário vista no capítulo anterior, entende-se que o videodocumentário “Pelo Direito de Amar”, produzido em conjunto com este relatório técnico, tem como característica o filme documental, não-ficcional e de representação social, uma vez que é composto por personagens reais, que relatam sua própria experiência, e sua principal finalidade é levar informação ao espectador. Ou seja, busca-se representar um universo real e já compartilhado por nós mas que ainda é envolto por falta de informação e preconceitos.

No nosso caso, a ficção vem por meio da montagem das cenas, da construção da narrativa que intervém na interpretação sobre o tema, produzindo

sentidos de acordo com intenção dos autores. As possibilidades de combinações, recombinações e formas variadas e criativas de fazer uso do material capturado *in loco* nos auxiliaram na etapa de pós-produção do videodocumentário, uma vez que nos mostra as diversas formas possíveis de trabalhar e editar o material, de acordo com a intenção do que queremos transmitir aos espectadores.

Baseando-se nos argumentos do Rocha (2012) e da Penafria (1999), em nossa produção audiovisual foi utilizado o registro *in loco*, ou seja, a captura das imagens foi feita no próprio lugar onde os personagens vivem, sem uso de cenários montados, mas sim do ambiente como de fato ele é. Essa escolha se dá por acreditarmos que deste modo é possível uma representação mais natural e próxima do real, uma vez que os cenários em que os personagens se encontram condizem e complementam a realidade e vida deles.

3.1 METODOLOGIA

O método selecionado para a produção do videodocumentário foi o de entrevista em profundidade. Para Jorge Duarte (2011, p. 64), “a

técnica qualitativa dinâmica e flexível é útil para apreensão de uma realidade, pois trata de questões relacionadas ao íntimo do entrevistado”.

A primeira parte do processo acontece a partir da escolha das fontes, por meio da seleção intencional. Para Jorge Duarte (2011, p. 69), “a seleção é intencional quando o pesquisador faz a seleção por juízo particular, como conhecimento do tema ou representatividade subjetiva. Neste caso, ele pode selecionar conhecedores específicos do assunto”.

Ainda segundo Duarte (2011, p. 68), “uma boa pesquisa exige fontes que sejam capazes de ajudar a responder sobre o problema proposto. Elas deverão ter envolvimento com o assunto, disponibilidade e disposição para falar”.

Quanto à tipologia das entrevistas, estas são semiabertas com questões semiestruturadas e com roteiro pré-estabelecido. Isso permite que o entrevistador conduza a entrevista de modo a absorver o conteúdo necessário para refletir sobre o assunto e, a partir disso, contribuir para a desmistificação do preconceito. (VER APÊNDICE A)

Para isso, é feita a utilização do modelo de entrevista “neutro” que, segundo Scheuch (1973), faz

com que o entrevistador seja um transmissor de estímulos positivos, buscando a impessoalidade e equilíbrio na relação.

Seguindo esse pensamento a entrevista em pesquisa:

Não é simplesmente um trabalho de coleta de informações, mas, sempre, uma situação de interação, ou mesmo de influência entre dois indivíduos e que as “informações” dadas pelo sujeito (“o material” que ele fornece) podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (KENDAL, 1981, p. 178).

Os instrumentos de coleta das entrevistas utilizados são gravações de vídeo. Esses registros acontecem fora da universidade, entre os meses de outubro e novembro. Todos os entrevistados assinam termos de direitos de imagem autorizando sua participação no videodocumentário. (VER APÊNDICE E)

O próximo passo foi a elaboração do roteiro (VER APÊNDICE D), o qual abrange todas as etapas do videodocumentário: o início, o meio e o fim. De acordo com HAMPE (2008, p.6) o roteiro é composto por cenas que discorrem sobre as ações e falas dos personagens que acontecem em

determinados locais e momentos. Há dois tipos de roteiro: o de ficção, que é estruturado; e um “livre”. Nós optamos por utilizar o segundo modelo por estarmos mais familiarizados com esse formato, pois já trabalhamos com ele em outras produções durante o curso.

Johann (2014) fala mais sobre:

Em documentário ao contrário do roteiro de ficção, onde se trabalha com personagens e se desenvolve uma trama, elaborada com cenas e diálogos, no roteiro de documentário pode se trabalhar com elementos ou dispositivos. Elementos podem ser pessoas, fotografias, material de arquivo, locução off, qualquer elemento que pode ser articulado e transformado em uma narrativa. Quando o documentarista pensa em elementos ele já está construindo um roteiro e pensando como se articula estes elementos (p.13-14).

Após a coleta das entrevistas, foi feito o processo de análise dos resultados. Segundo Berger (1998, p.57) “pode ser muito difícil lidar com a enorme quantidade de material que as entrevistas em profundidade geram”. Ainda nesta linha de pensamento, Duarte (2011, p.78) complementa que o pesquisador deve começar a escrever e a sistematizar os resultados assim que houver informações para fazê-lo. Isso permite ganhar tempo e ajuda no

encaminhamento da pesquisa e no surgimento de ideias e questões para as próximas entrevistas.

Por último, foi elaborado o relatório técnico sobre a produção do videodocumentário e finalizada a edição do videodocumentário.

3.2 PRÉ-PRODUÇÃO

Para iniciar a produção do videodocumentário aqui abordado, estudamos acerca dos conceitos, história, gêneros e evolução do videodocumentário, utilizando autores que são referência neste campo, como Bill Nichols (2005) e Manuela Penafria (1999). Além disso, assistimos a diversas obras audiovisuais a fim de adquirir conhecimentos práticos – e não apenas teóricos – na área de videodocumentário. Tanto teórica quanto a prática auxiliaram na estruturação do roteiro e na produção de nosso videodocumentário.

Posteriormente, demos início a busca pelos entrevistados na cidade de Frutal/MG. Apesar de Frutal ser a única cidade mineira a fazer parte do ranking dos 100 municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes com as maiores taxas de incidência e ter apresentando 238 soropositivos em tratamento no ano de 2015, segundo o Centro de Testagem e

Aconselhamento (CTA) de Frutal⁷, encontramos apenas personagens que não queriam ser identificados, ou seja, que teriam suas identidades preservadas. Isso contraria a nossa abordagem que é tratar o tema com transparência.

Devido ao retorno negativo, optamos por também procurar pela região do Triângulo Mineiro e encontramos os personagens nas cidades de Uberaba e Uberlândia, cidades de porte médio e grande. Após o contato com os entrevistados, marcamos as entrevistas.

Em sequência, foi elaborado o roteiro de gravação que nos guiou durante as entrevistas com os personagens e a psicóloga. Essas entrevistas aconteceram entre os meses de setembro e novembro de 2015. (VER APÊNDICES B e C)

Após as gravações, nos reunimos para realizar a edição, a finalização do documentário e a produção do roteiro final.

3.3 DIFICULDADES

Durante toda a elaboração do videodocumentário, nos deparamos com diversos empecilhos. Logo no início, ao procurar por fontes

⁷ (2015, informação verbal).

em Frutal/MG, notamos o quanto a palavra AIDS é envolta por preconceitos e maus olhares, o que torna muito difícil a interação com soropositivos que, grande parte das vezes, preferem não se expor por medo do preconceito. De acordo com a psicóloga Tânia Mara Martins Mariano, do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Frutal, a estigmatização do soropositivo ao HIV é tamanha que muitos não possuem coragem para buscar seus próprios remédios no CTA.

Por meio de profissionais do CTA de Frutal, buscamos por soropositivos que estivessem dispostos a conversar conosco e nos contar sobre sua história de vida, mas, devido ao medo, todos preferiram não colaborar com o nosso trabalho, inclusive alguns profissionais da área também recusaram a falar.

Outro obstáculo foi ter acesso aos dados da situação atual de Frutal acerca do HIV/AIDS, uma vez que o responsável em fornecer tais informações dificultou ao máximo, mesmo a informação sendo pública e de direito a todos, conforme a Lei de Acesso à Informação, nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Quando finalmente surgiram duas oportunidades de entrevista, elas foram canceladas no último momento, mais uma vez por conta do receio.

Após a confirmação dos entrevistados, outros obstáculos apareceram, como a distância e o custo de deslocamento para realizar as gravações e também a burocracia para utilizar os equipamentos da Universidade em ambiente externo. Ambos não previstos no orçamento inicial.

3.4 UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS

Para a coleta das imagens e edição do videodocumentário, utilizamos os seguintes equipamentos: Câmera filmadora Sony HVR-HD1000U; Câmera Nikon 1V1 com lentes 10-30mm – f/3,5 – 5.6 e 18,5mm – f/1.8; Microfones de lapela; Tripé Manfrotto 804RC2; Ilha de edição com mesa de som Behringer Xenyx X1832USB e par de monitores de referência Yamaha HS50M.

A edição do videodocumentário foi feita no *software* Adobe Premiere. Os deslocamentos necessários para a gravação e entrevistas foram realizados com carro do membro do grupo.

3.5 EQUIPE EXECUTORA

A equipe de produção e gravação foi formada por três alunos que estiveram presentes em todas as entrevistas. Optamos pela realização das atividades em conjunto, logo, a gravação, produção e edição foram executadas por todos da equipe.

3.6 CUSTO DO RELATÓRIO TÉCNICO E DO VIDEODOCUMENTÁRIO

Gastos durante a filmagem	Valor
Ida a cidade de Uberaba	R\$100,00
Ida a cidade de Uberlândia	R\$140,00
Fitas mini-DV	R\$15,00
Impressão para pré-banca	R\$ 40,00
Encadernação para pré-banca	R\$24,00
Impressão para banca final	R\$55,00
Encadernação para banca final	R\$24,00
Outros	R\$ 200,00
TOTAL	R\$598,00

3.7 DESCRIÇÃO DO PÚBLICO ALVO

Como público alvo tem-se as pessoas que se interessam por audiovisual, assim como as entidades de saúde, as ONGs que trabalham com a temática e seus derivados, os próprios soropositivos e todos aqueles que, de alguma forma têm interesse pelo tema abordado. O videodocumentário é também um instrumento de conscientização e educação para a sociedade.

3.8 VEICULAÇÃO DO VIDEODOCUMENTÁRIO

Este videodocumentário abrange diversas áreas de veiculação, tais como as de cunho educacional, da área de saúde e também aquelas direcionadas para o campo jornalístico. O videodocumentário “Pelo Direito de Amar” será veiculado na internet, em plataformas *online* como YouTube, Vimeo e redes sociais, assim como temos o intuito de inscrevê-lo em festivais nacionais e internacionais, no futuro.

4 RESULTADOS

O preparo ao se construir uma narrativa para um videodocumentário faz com que repensemos o papel do cinegrafista, jornalista, produtor e como foi estabelecido o recorte daquele momento da vida alheia, adaptando-a e aproximando-a do foco escolhido. De acordo com Penafria (2001, p.7), “o documentarista não deve ser visto apenas como um meio para transmitir determinada realidade”, a partir do momento em que se decide pelo documentário, a intervenção na realidade já está feita e é impossível o documentarista se ausentar da influência no decorrer da gravação.

Isso nos serviu de base durante os processos de gravação, pois tivemos a oportunidade de recortar lembranças dos personagens e transformá-las em uma fusão apropriando-se da linguagem emotiva e poética para construir o enredo do videodocumentário. Como afirma Penafria, nós podemos assim confrontar nossas próprias realidades.

As imagens e fotografias colocadas em sequência nos permitem associar o que estamos vendo e ouvindo a todas as nossas lembranças.

Nada como o cinema para sintetizar a compreensão, os sentimentos e as sensações. Na vivência do cinema enriquecemos nossa imaginação, ativamos sua capacidade combinatória, ela é afetada emocionalmente e também mobiliza emoções. A experiência do outro (cinema como um outro coletivo, diverso, múltiplo) amplifica sem par nosso horizonte, conhecimentos, ideias, sentimentos, sensações e desejos (FRESQUET, 2007, p. 13).

Se, de fato, o audiovisual trabalha com nossos sentidos, ele permite que cada aprendizado contribua para nossa vida em sociedade. Assim, a história dos personagens mesclada com as técnicas de produção (gravação, movimento da câmera, edição, cortes) permite compreender o que está além da imagem.

No cinema, por exemplo, há elementos de imagem que sugerem a construção - pelo espectador - de outras imagens. Esses elementos, muitas vezes, são sugeridos pelo ângulo e movimento da câmara (quase sempre associado à sonoridade (música, ruído), ou à própria interrupção do som), ou pelo jogo de cores, luzes, etc. São elementos implícitos que funcionam como índices, antecipando o desenrolar do enredo (SOUZA, 2001, p.65-94).

Segundo Nichols (2005, p.20), a tradição do documentário está profundamente enraizada na

capacidade de ele nos transmitir uma impressão de autenticidade.

Hoje, nos documentários, é notável que a “imagem” faz parte do convencimento de que aquilo que está sendo filmado traz consigo os sentimentos dos personagens, do cenário e de quem está produzindo o videodocumentário. Anterior às gravações, a imagem é pensada, repensada e inserida em um roteiro. Essa ação interfere em como o espectador vai receber e envolver-se com o filme.

Tendo em conta que o ponto de vista de um plano é entendido como representando uma visão individual, seja a do documentarista, seja a de um interveniente, o ponto de vista determina com quem o espectador se identifica e o modo como o espectador lê os planos (e o filme) e interpreta a acção. É através do uso da câmara de filmar e da montagem que o documentarista define qual o ponto de vista a transmitir e, consequentemente, qual o nível de envolvimento do espectador. (PENAFRIA, 2001, p.2)

Talvez, por essa mesma razão, diga-se que o cinema é o lugar da ficção, onde "até diante de um filme mais "realista", o espectador sabe que está vendo um filme, sabe que entre o representado e sua representação existe uma mediação, um ponto de vista" (FECÉ, 1998, p.32).

Outra característica fundamental no videodocumentário é o discurso. Os documentários tratam de assuntos que influenciam nossas vidas em diferentes âmbitos. Pode-se falar sobre biografias, guerras, luta social, justiça, doenças, história, cultura e tudo que liga de forma direta e indireta na vida dos seres humanos.

Assim, percebe-se que o discurso presente nos documentários lida diretamente com o espectador. É importante que o documentário deixe de ser, antes de tudo, um produto que descreve e interprete o real. Contudo, a imagem e o discurso devem estar sempre focados no âmbito jornalístico. Por mais que seja uma representação, o vídeo deve estar documentando algo que contribui para uma construção da realidade que envolve conceitos e valores.

Como em outros discursos sobre o real, o documentário pretende descrever e interpretar o mundo da experiência coletiva. Essa é a principal característica que aproxima o documentário da prática jornalística. As informações obtidas por meio do documentário ou da reportagem são tomadas como "lugar de revelação" e de acesso à verdade sobre determinado fato, lugar ou pessoa. Diferentemente, portanto, do filme de ficção, no qual aceitamos o jogo de faz-de-conta proposto pelo diretor, não tendo, assim, cabimento discutir questões

de legitimidade ou autenticidade; ao nos depararmos com um documentário ou matéria jornalística, esperamos encontrar as explicações lógicas para determinado acontecimento (MELO, 2002, p.28)

A veracidade dos fatos no audiovisual, principalmente nas novas formas de produzir um videodocumentário no meio televisivo e nas plataformas digitais apresentam uma maior proximidade com seu público. Manter essa relação é lidar com sentimentos que um tema pode provocar nas pessoas. O imediatismo que existe, por exemplo, na web, faz com que uma produção de videodocumentário consiga atingir pessoas geograficamente distantes em questões de minutos, comprovando realmente que estamos vivendo em um mundo globalizado.

Se uma pessoa que está do outro lado do mundo e possui língua, cultura, valores diferentes pode ter contato com o material produzido aqui no Brasil, por exemplo, e consegue além de tudo ter sentimentos, emoções quanto ao que está sendo visualizado, constata portanto, que o audiovisual aliado ao jornalismo detém o poder da informação, da educação e de mudança social.

Ressalta-se aqui a relevância do tema do videodocumentário, pois ele pode atingir as pessoas

geograficamente distantes e ser compreendido por pessoas de todo o mundo que tem o mínimo de conhecimento da doença.

Assim, para Kenski (2003), a evolução tecnológica não se restringe aos novos usos de equipamentos e/ou produtos, mas aos comportamentos dos indivíduos que interferem/repercutem nas sociedades. Reforçamos essa ideia, quando utilizamos a internet e suas várias plataformas como suporte para exibição desse videodocumentário.

Nada traduz mais os seres humanos em seu comportamento do que a emoção que os conduz. É válido ressaltar que sem a emoção os documentários jornalísticos não passariam de meros filmes de ficção.

O valor social agregado é observado, entretanto, na maioria dos produtos no decorrer dos tempos. O documentário pode ser considerado, portanto, como “representador” da sociedade – produto explorado como ferramenta de promoção e construção social importante, mas cujo mérito não fundamenta o conceito. É inquestionável, contudo, a importância do documentário na construção da realidade humana e social (GREGOLIN; SACRINI; TOMBA, 2002, p.31)

De acordo com o relatório técnico, a produção do videodocumentário acerca das relações afetivas de personagens soropositivos foi contada pela perspectiva da história de vida dos mesmos e com uma abordagem sentimental. Assim, foi possível identificar que as relações humanas são responsáveis pelas histórias que assistimos em documentários, sejam cinematográficos, televisivos e agora na internet.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos assistimos a produções internacionais que fizeram sucesso sobre o tema AIDS, como é o caso de Clube de Compras Dallas (2014) e The Normal Heart (2014). Também, a produção nacional Boa Sorte (2014). A escolha por esse assunto surgiu da vontade de nos aproximar dessa realidade, observá-la em nosso local.

Na cidade de Frutal corre um certo “mito” sobre a quantidade de soropositivos que existem vivendo aqui, fato que também nos despertou curiosidade. Quando comparamos os casos da doença entre Minas Gerais e Frutal e o restante do país foi possível entender a realidade em que estamos inseridos quanto ao HIV e a AIDS.

Obtivemos essa confirmação quando descobrimos que Frutal foi a única cidade mineira a aparecer no *ranking* dos 100 municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes e com as maiores taxas de incidência da doença, de acordo com o Boletim Epidemiológico de AIDS e DST do ano de 2011.

Após as pesquisas e descobertas acerca do HIV e da AIDS decidimos juntar o nosso gosto por filmes e séries a vontade de aprender mais sobre o campo

audiovisual. Assim, decidimos nos unir nesta jornada final e produzir um videodocumentário de cunho social que, de alguma forma, retratasse uma realidade pouco abordada pela população e rodeada por falta de informação e preconceito.

Durante a produção do videodocumentário surgiram dificuldades diversas: carência de fontes, acesso restrito a informações oficiais, deslocamentos e gastos. Porém, todo esforço para superar esses obstáculos confirmava nossa determinação e nos direcionava para concretizar nossos objetivos.

As pesquisas de bibliografia e referencial teórico sobre videodocumentário, HIV e AIDS foram de extrema importância não apenas para o trabalho, como também para o conhecimento acadêmico e pessoal dos integrantes do grupo.

Além disso, as gravações do videodocumentário deram a oportunidade de colocar em prática e desenvolver técnicas de enquadramento, fotografia, movimentos de câmera, cenário, assim como, na edição, trabalhar com *softwares* e aprimorar técnicas de telejornalismo. Pois produzimos sozinhos a pré e pós produção.

A vivência deste trabalho ampliou o horizonte de conhecimentos dos integrantes do grupo, o contato com os personagens nos modificou e veio

para certificar que estamos realizados em estar se formando em jornalismo. Nos deu a oportunidade de interagir e entender acerca de um tema ainda pouco explorado por nós e inédito na realização audiovisual na UEMG. O videodocumentário segue com seu propósito inicial de instruir a sociedade com informações científicas e lutar contra o preconceito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTAFINI, Thiago. Cinema documentário brasileiro: evolução histórica da linguagem. **Revista de Recensões de Comunicação e Cultura**. Ano, 1999.

AIDS TREATMENT FOR LIFE INTERNATIONAL SURVEY. **Regional Fact Sheet**. 2010. Disponível em: <<http://www.iapac.org/ATLIS/ATLIS2010/Fact%20Sheet%20Key%20Regional%20Findings%20with%20Stigma%20FINAL.pdf>>. Acesso em: outubro de 2015.

BARROS, Antonio; DUARTE, Jorge. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

BIBLIOMED. Linha do Tempo da AIDS: **Do Primeiro Caso aos Dias Atuais**. 2012. Disponível em: <<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3837/-1/linha-do-tempo-da-aids-do-primeiro-caso-aos-dias-atuais.html>>. Acesso em: setembro de 2015.

BÍSCARO, Roberto Rillo. A aids e sua epidemia de significações nos Estados Unidos. Uberlândia. **ArtCultura**. Revista do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia, v. 8, n. 12, p. 195-206, jan/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/067/67biscaro.htm>>.

CAMARGO, Brígido Vizeu; BÁRBARA, Andréa; BERTOLDO, Raquel Bohn. A Influência de Vídeos Documentários na Divulgação Científica de Conhecimento sobre a Aids. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 179-185, 2008.

CHARAUDEAU, Patrick. Las emociones como efectos de discurso. **Revista Versión**, nº26, junio 2011, La experiencia emocional y sus razones, pp.97-118, UAM, México, 2011.

CORREA, Julio. **Videonarrativa**: un nuevo recurso expresivo en la creación y recreación narrativa. Sueño Despierto (Bs. As.), n. 10, p. 47-51, Jul. 2000.

DA-RIN, Sílvio. **Espelho Partido: Tradição e Transformação do Documentário**. Rio de Janeiro, RJ: Azougue, 2004.

DE ANDRADE, Ivanise Hilbig. **Cinema e telejornalismo no documentário televisivo brasileiro**. Cadernos de Comunicação, v. 16, n. 2, 2013.

DE BRITO, Ana Maria; DE CASTILHO, Euclides Ayres; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

DE CARVALHO, C. A. **Cinema e Aids no mundo da vida: representações de vida e morte**. Disponível em <<http://bocc.unisinos.br/pag/carvalho-carlos-cinema-aids.pdf>>. Acesso em: Setembro de 2015.

DELMANTO, Renato. **Diferenças entre documentário e reportagem**. 2012. Disponível em: <http://www.renatodelmanto.com.br/casper/Onibus_174_documentarioXreportagem.pdf> Acesso em 23 de novembro de 2011.

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS, HISTÓRIA DA AIDS. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>

Acesso em: setembro de 2015.

FARIA, Nuno R. et al. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations.

Science. v.346, p.60, 3 de outubro de 2014.

Disponível em:

<http://www.aidsorigins.com/sites/default/files/Faria_2014_HIV1_Epicenter_Kinshasa.pdf>. Acesso em:

setembro de 2015.

FECÉ, Jose Luis. **Do realismo à visibilidade**.

Efeitos de realidade e ficção na representação audiovisual. Universidade Autônoma de Barcelona, 1998.

FRESQUET, A. Cinema, infância e educação. In:

REUNIÃO ANUAL DA ANPED. Caxambú, 2007.

Disponível em:

<<http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/>>. Acesso

em: junho 2015.

GILBERT, M. Thomas P., RAMBAUT, Andrew,

WLASIUK, Gabriela. The emergence of HIV/AIDS in the Americas. Boston, Massachusetts. University

School of Medicine. **PNAS**, vol. 104, no. 47, 20 de novembro de 2007, p.18566–18570, 2007.

GONÇALVEZ, Gustavo Soranz. Panorama do documentário no Brasil. **DOC On-line: Revista Digital de Cinema Documentário**, n. 1, p. 79-91, 2006.

GUNTHER, Luiz Eduardo; BARACAT, Eduardo Milléo. O HIV e a AIDS: preconceito, discriminação e estigma no trabalho. **Revista Jurídica**, v. 1, n. 30, p. 398-428, 2013.

HAMPE, Barry. Escrevendo um documentário. Rio Claro. NUPPAG – **Núcleo de Pesquisa e Produção Audiovisual em Geografia** – IGCE-UNESP. p.6 , 2008.

JOHANN, Ana. O roteiro no documentário contemporâneo: o dispositivo que aciona a ‘realidade’. **Revista Temática**. Ano X, n. 02, p.13-14. Fevereiro, 2014.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. "**How AIDS Changed Everything.**" 2015. Disponível em:

<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf>. Acesso em: setembro de 2015.

KENSKI, Vani Moreira. Tecnologias e ensino presencial e a distância. Campinas: Papirus, 2003.

_____. **Linha do Tempo da AIDS: Do Primeiro Caso aos Dias Atuais.** Disponível em: <<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3837/-1/linha-do-tempo-da-aids-do-primeiro-caso-aos-dias-atuais.html>> Acesso em: outubro de 2015.

LUCENA, Luiz Carlos. Como fazer documentários: Conceito, linguagem e prática de produção. São Paulo, SP: Summus, 2012.

MELO, Adriana de. A história da descoberta da Aids. Disponível em <<http://cienciahoje.uol.com.br/noticias/historia-da-ciencia-e-epistemologia/a-historia-da-descoberta-da-aids/>> Acesso em: outubro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ONU aponta Brasil como referência mundial no controle da Aids.

2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/onu-aponta-o-brasil-como-referencia-mundial-no-controle-da-aids>>. Acesso em: setembro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf>. Acesso em: setembro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf>. Acesso em: setembro de 2015.

NICHOLS, Bill. **Introdução ao Documentário**. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

_____. **O Filme Documentário: História, Identidade, Tecnologia.** Lisboa, Portugal: Cosmos, 1999.

_____. **O ponto de vista no filme documentário.** Universidade da Beira Interior: 2001. Disponível em <<http://bocc.ubi.pt/pag/penafria-manuela-ponto-vista-doc.pdf>>. Acesso em: setembro de 2015.

PENAFRIA, Manuela. A Web e o documentário: uma dupla inseparável? **ANIKI - Revista Portuguesa da Imagem em Movimento**, vol. 1, n.1, pp. 22-32. 2014.

PAPE, Jean William; FARMER, Paul; KOENIG, Serena. The epidemiology of AIDS in Haiti refutes the claims of Gilbert et al. The National Academy of Sciences of the USA. **PNAS**, v.105, n.10, 11 de março de 2008. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/105/10/E13.full.pdf?sid=d1f37dbb-dba7-4ae6-a6bc-76e8ad65911c>>. Acesso em: setembro de 2015.

RIBEIRO, Flávio Leali. **Estatísticas sobre HIV e AIDS em Frutal e região**. Frutal, setembro de 2015. Entrevista via telefone.

ROCHA, Leonardo Coelho. O caso Ônibus 174: Entre o documentário e o telejornal. **Análise**, v. 174, p. 4, 2012.

SACRINI, Marcelo. **Perspectivas do gênero documentário pela apropriação de elementos de linguagem da TV Digital Interativa**. 2004. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/sacrini-marcelo-doc-digital-interativo.pdf>>. Acesso em: junho de 2015.

SOUZA, T.C.C. **A análise do não verbal e os usos da imagem nos meios de comunicação**. 2001.

UJVARI, Stefan Cunha. A história da humanidade contada pelos vírus: bactérias, parasitas e outros microorganismos. São Paulo, **Contexto**, 2.ed. p.130, 2011.

WINSTON, Brian. **Claiming the Real: the documentary film revisited**. London: BFI - British Film Institute Publishing, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Summary of the AIDS Epidemic**. 2015. Disponível em: http://www.who.int/hiv/data/epi_core_july2015.png?ua=1>. Acesso em: setembro de 2015.

ZANDONADE, Vanessa; FAGUNDES, Maria Cristina de Jesus. **O vídeo documentário como instrumento de mobilização social**. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/zandonade-vanessa-video-documentario.pdf>>. (2012). Acesso em: setembro de 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE GRAVAÇÃO

DIA 29/08/2015	HORA 10:00 LOCAL: Casa do entrevistado/ UBERABA MG	ROTEIRO DE PERGUNTAS
Entrevistados: Nilton Carlos Resende Jenifer Silva dos Santos Anivaldo José de Oliveira		Quem é você? O que gosta de fazer? Qual seu trabalho? Seu momento de lazer? Qual sua memória favorita da infância? Sua música e cantor favoritos?
		O que pensava antes de ter a Aids? Lembra de momentos com seus amigos, suas conversas, seus medos?
		Como conheceu seu parceiro? Ficaram juntos por muito tempo?
		Como foi a descoberta? Lembra do dia, do lugar onde você estava? Como se

		sentiu?
		Como foi lidar com a doença depois?
		Quais as maiores dificuldades você encontrou? Sua família e seu parceiro te apoiaram?
		Quais as maiores dificuldades você encontrou? Sua família e seu parceiro te apoiaram?
		Sentiu falta de amor? Medo de amar novamente? O que passava na sua cabeça?
		Quando foi a reviravolta na sua vida? Qual o momento no qual você decidiu vou fazer diferente?

		Quem é você de hoje?
--	--	----------------------

DIA 24/10/2015	HORA:10:00hrs LOCAL: FALE- Fraternidade Assistencial Lucas Evangelista/Uberlândia	ROTEIRO DE PERGUNTAS
Entrevistadas: Sandra Aparecida Maciel Lady Zu Silva Adelina Donizette Oliveira		Como conheceu seu parceiro? Ficaram juntos por muito tempo?
		Há quanto tempo veio morar na FALE?
		O que pensava antes de ter a Aids? Lembra de momentos com seus amigos, suas conversas, seus medos?
		Como foi a descoberta? Lembra do dia, do lugar onde você estava? Como se sentiu?

		Como foi lidar com a doença depois?
		Quais as maiores dificuldades você encontrou? Sua família e seu parceiro te apoiaram?
		Sentiu falta de amor? Medo de amar novamente? O que passava na sua cabeça?
		Quando foi a reviravolta na sua vida? Qual o momento no qual você decidiu vou fazer diferente?
		Quem é você de hoje?

DIA 03/11/2015	HORA 15HRS LOCAL: CONSULTÓRIO DA PSICÓLOGA	ROTEIRO DE PERGUNTAS
Entrevistada: Tânia Mara		Qual era o perfil da AIDS e como ele mudou ao longo do tempo?
		Como as pessoas lidam com a descoberta? Qual a primeira ação?
		Como é o tratamento a partir desse momento?
		As pessoas realmente buscam ajuda?
		Porque ainda elas insistem em não usar preservativo?
		Quais os dados que vemos hoje no Brasil e em Frutal?
		Durante esses 15 anos trabalhando com soropositivos, alguma história te marcou? Se sim, qual?

APÊNDICE B – ENTREVISTAS TRANSCRITAS DA PERSONAGEM:

ADELINA DONIZETTE OLIVEIRA

(Voz da Thaiz): Mas ele sabia que ele tinha?

Adelina: Sabia, não conversou comigo. Não falou.

(Voz da Thaiz): Ele não te contou?

Adelina: Não me contou.

(Voz da Thaiz): Então a senhora pegou do seu parceiro?

Adelina: Do meu parceiro. Ele sabia e não me falou que tinha o HIV.

(Voz da Thaiz): E quando a senhora descobriu isso?

Adelina: No hospital. Depois que ele foi embora, me largou.

(Voz da Thaiz): E depois disso a senhora nunca mais o viu?

Adelina: Nunca mais eu vi.

Adelina: Na minha cidade o povo tem muito preconceito. Eu ainda não fui lá, não sei como que eles vão me receber. A minha família não me apoiou, principalmente as minhas irmãs não me “apoiou”. A única que me apoiou foi minha filha.

(Voz do Guilherme): Se a senhora tivesse um sentimento quando descobriu, qual seria ele?

Adelina: Ai... Matar ele. O que passou pra mim. Mataria ele sem dó.

(Voz da Thaiz): E como que foi esse novo parceiro da senhora? Como vocês se conheceram?

Adelina: Aqui na FALE mesmo, ele que chegou e falou para uma colega minha que queria falar comigo, que tava gostando de mim. Eu nem sabia. Depois eu contei pra ela, ela riu, ela “ah você?”, eu falei “é, sou eu mesmo”. A gente está conversando, tá se entendendo.

(Voz da Thaiz): E agora a senhora encontrou até um vestido de noiva?

Adelina: Agora encontrei até um vestido de noiva lindo.

(Voz da Thaiz): Cadê esse vestido de noiva? A senhora mostra pra gente?

Adelina: Mostro, está no cabide.

(Voz da Thaiz): Onde ele está?

Adelina: Ali, naquele cabideiro lá no fundo.

(Voz da Thaiz): Lá no fundo?

Adelina: É, de cá. Do lado das mulheres. Da mesa.

(Voz da Thaiz): Pode trazer ele?

Adelina: Pode. Tá no cabide aí, “penduradinho”. É lindo.

(Voz da Thaiz): A senhora vai ficar muito bonita.

Adelina: E vocês estão convidados pra vir.

(Voz da Thaiz): A senhor mostra pra gente o seu vestido?

Adelina: Mostro. Pode ficar em pé?

(Voz da Thaiz): Pode, pode falar pra ele, olha lá pro Caio.

Adelina: Olha, Zé Reis, estou te aguardando, viu? Em breve casaremos com esse vestido. Ficou bom?

(Voz da Thaiz): Quando esse vestido chegou o que a senhora pensou?

Adelina: Casar com ele à primeira vista.

NILTON CARLOS RESENDE

Nilton: Fundei essa associação há seis anos. E fundei ela por que? Porque o que eu não queria pra mim eu não quero pra ninguém. Não quero que esse vírus se propague. Pra ser mais impactante vamos tirar o HIV, vamos falar AIDS mesmo, porque a AIDS pesa quando a gente fala, o HIV não pesa. Eu sempre me preservei, eu sempre me preveni. Mas nem tudo a gente consegue barrar. Eu peguei o vírus do HIV por quê? Por

que eu amei intensamente. Mas eu não esperava, na hora que veio a confirmação, ah... É uma cera dura, essa cera foi derretendo, derretendo, o chão se abriu.

Nilton: O primeiro preconceito que eu sofri foi na cada de uma grande amiga minha.

(Voz da Thaiz): Você pode contar pra gente?

Nilton: Claro que posso. Com isso aqui, olha. Café. Eu tenho mania de chegar na casa dos outros e, como tenho uma liberdade, fui direto na cozinha, peguei um copo, tomei uma água. Terminei de fazer o café, tomei o café, pus um pouquinho de água. Eu não lavo, só enxaguo o copo para poder dar impressão de que tem que ser lavado. A minha amiga levantou no ato, pegou um Bombril com sapólio, foi lá e lavou o copo, não satisfeita, tornou a lavar. Quer dizer, eu senti que foi um preconceito porque ela nunca fez isso na minha frente, foi a primeira vez. Eu dei um tempinho, sai, dei um sorriso pra ela, sai, e afastei. Fiquei uns dois anos sem ir na cada dela. Um dia encontrei, “ah, você sumiu, Nilton Carlos”, eu peguei e falei assim “não, não sumi não, foi isso, isso, isso”. “Ah, mas foi sem ver”. Eu falei assim “tudo bem, um dia eu volto”. Voltei, mas tornei a sentir o preconceito nos olhares. Eu tiro o preconceito com um sorriso pra você. Você quer me aceitar, é um prazer. Não quer, dois.

Nilton: Medo, medo... É, a palavra é medo. Claro que a gente tem. Todo mundo tem, né. O mundo acaba. Como é que vai ser o meu amanhã? Como é que vai ser o meu amanhã? Isso tudo é na hora. Você não tem... Você não está preparado ainda.

Nilton: Eu choro sim. Ixi... É doído. Eu pego nessa cachorrinha aqui, né bebê? Vem cá, papai. Sobe, sobe. Isso aqui é minha vida, ó. Então ela, a hora que eu quero amar alguém, eu pego ela e vou amar ela. Eu dou carinho pra ela,

ela me dá carinho também. Né, minha filha? Aí, ela quer brincar. É isso aqui. Então, eu posso dar uma carinho muito grande para um ser humano, como eu dava para os meus pacientes, mas eu nunca recebi um carinho como eu dei. Então, essa aqui eu tenho o carinho dela.

JENIFER SILVA DOS SANTOS

Jenifer: Mas eu pensava que isso nunca ia acontecer comigo. E quando aconteceu, pra mim foi como se tinha acabado o mundo. Como se daqui um mês, dois meses eu ia morrer.

Jenifer: Eu acho que medo é uma palavra muito fraca. Nós “teve” foi pavor. Isso pra nós, é igual eu falei, é um mundo acabando e outro começando, mas é um mundo começando com uma luta.

Jenifer: Eu sou soropositivo, eu tenho AIDS. E a pessoa me abraçar, me beijar, me acolher. Porque quando eu descobri eu não fui acolhida do jeito que eu esperava, eu fui desamparada. Porque a minha mãe não me ajudou.

(Voz da Thaiz): E qual é o ingrediente que vocês usam pra essa luta?

Jenifer: Amor, carinho, compreensão. Viver o dia a dia. Viver como se nada acontecesse.

SANDRA APARECIDA MACIEL

Sandra: Eu conheci uma pessoa uma certa vez e ele passou mal, eu acompanhei ele ao médico e o médico disse que ele era portador, se eu também tinha. Aí que eu descobri que ele tinha HIV.

(Voz da Thaiz): Qual era o sentimento que a senhora tinha?

Sandra: De que acabou. Que tudo tinha... sabe? Não tinha mais significado. E eu vim entender o contrário depois que eu vim pra cá e comecei a conviver com outras pessoas.

Sandra: Sempre tive apoio da família, meus amigos nunca me “abandonou”. Eu que me afastei deles na época que eu soube.

Sandra: O pessoal do bairro não aceitava muito. Teve muito preconceito. Teve até reunião de bairro. As crianças quando estudavam na escola, se machucavam eles não aceitavam as crianças lá, entendeu? Porque tava machucada. Se tivesse algum arranhãozinho não ia pra escola, tinha que esperar. Teve uma situação que me marcou muito que foi com uma criança daqui, na época que ela caiu, machucou e deu um corte. E a gente não tinha carro na época, a instituição. E a gente ficou na rua tentando parar um carro pra poder socorrer e ninguém parou.

(Voz da Thaiz): A criança era...

Sandra: Era portadora.

(Voz da Thaiz): E ninguém ajudou ela?

Sandra: Ninguém parou.

(Voz da Thaiz): E como vocês fizeram?

Sandra: Enquanto a gente estava chamando a ambulância a gente tentava ver se alguém levava, né. Mas aí a ambulância chegou e levou. Mas na hora mesmo ninguém quis socorrer.

Sandra: Eu morava com ele há uns quatro meses. E também não nos prevenimos, né. Na hora meu chão se abriu e tudo, mas eu não fiquei com raiva dele. O médico sim, o médico me chamou de irresponsável, chamou ele também, né, por causa das prevenções que já tinham. E eu não consegui ficar com raiva dele porque a falha foi dos dois.

LADY ZU SILVA

Lady: O que eu sabia até essa época do HIV é que naquela época só quem morria de AIDS eram os ricos e os famosos, né, eram importantes na televisão. Pobre muitas vezes não tinha muito significativo sobre a AIDS, né. Mas todos já tinham conhecimento que a AIDS existia, muitos só não tinham prevenção. Tinha remédio na época, mas nem todo mundo aceitava a doença ou então encarava como realidade, né, que AIDS seria uma epidemia mundial.

Lady: Já tive uns três parceiros, né. O primeiro desde que eu tive, eu morei dez anos com ele, nunca usei um preservativo, ele fez oito exames de HIV, deu tudo negativo. Atualmente eu moro com um, né, já fez exame de HIV e deu negativo.

(Voz da Thaiz): Então ele é seu parceiro e não tem HIV?

Lady: Não, pela orientação médica não.

(Voz da Thaiz): Vocês previnem?

Lady: Mais ou menos.

Lady: No começo qualquer um tem medo, porque AIDS, a partir do momento que você descobre que não tem cura, você vai viver num mundo que a epidemia é mundial, então você tem que aceitar que você tem AIDS e mostrar para as pessoas que você é capaz de sobreviver num mundo cheio de preconceito mesmo com o vírus HIV.

Lady: A maior lição de amor que eu tive do HIV é quando as pessoas “aceita” não só o homossexual, nem o travesti, nem a prostituta, mas o ser humano em geral e dá um abraço e aceita ele como ser humano, independente de qualquer coisa, sem preconceito de nada. Porque quem não vê cara, não vê AIDS.

(Voz da Thaiz): Obrigada.

Lady: De nada.

APÊNDICE C – ENTREVISTA TRANSCRITA DA PSICÓLOGA

TÂNIA MARA MARTINS MARIANO

Psicóloga: A gente acha que só vai acontecer com o outro, que nunca vai acontecer com a gente. Dá pra gente perceber que essa irresponsabilidade, né, é uma irresponsabilidade que se acha que isso está muito distante de cada um, né. Comigo não. Comigo não vai acontecer.

Psicóloga: Quando, em 85, né, quando começaram os primeiros casos, a gente falava em grupos de risco. Esses grupos de risco eram as minorias, pessoas que tinham vida sexual promíscua. O que era enquadrado ali? Usuário de droga, prostituição. Então eram os focos que a gente buscava fazer o teste e a grande maioria das pessoas que foram diagnosticadas, os primeiros diagnósticos, surgiram aí mesmo.

Psicóloga: As pessoas têm um preconceito muito grande em relação a saber que aquela menina ou aquele cara é soropositivo. Só que eles não se comportam correspondentemente a esse preconceito. Porque se eu tenho preconceito em relação ao outro que tem, eu posso ser aquele que tem também amanhã, se eu não uso preservativo. E se eu não estou usando preservativo, amanhã pode ser eu que vou estar pegando aquele diagnóstico.

Psicóloga: Hoje nós temos uma sexualidade muito livre. Hoje todo mundo fica com todo mundo, né. Hoje numa festa se computa quem conseguiu pegar mais. Mas só que são “pegas” que respondem a uma liberdade sexual que todo mundo tem só que não corresponde a responsabilidade de que o HIV está aí, apesar do tratamento existir, o HIV está aí, está solto.

Psicóloga: Tanto é que a maioria insistem em continuar se relacionando sem o preservativo. Ou seja, o amor... é como se fosse uma prova de amor. Se eu contrair, sem problemas. Então, é a ausência total de preconceito, de princípios, né. Onde um tem preconceito de mais, às vezes no casal totalmente sem esse comprometimento de que às vezes tem filhos, pelos filhos, ou cuidar da própria saúde, autoestima, né?

Psicóloga: Após o choque do diagnóstico, ali vem muito a questão da traição, que alguém traiu, quando isso é possível, porque às vezes é uma relação que se iniciou há pouco tempo, foi uma relação afetiva que não foi usado, não foi construída a base de preservativo. Todos tiveram parceiros anteriores, então não dá pra saber quem transmitiu pra quem.

Psicóloga: A pessoa que ela aceita o diagnóstico, que ela é trabalhada bem para o diagnóstico, ela não pode se privar de seguir a vida dela, né. Ela tem que ter responsabilidade e consciência com relação ao outro.

APÊNDICE D – ROTEIRO FINAL

Título: Pelo Direito de Amar	Tempo: 13'52''	Data: 30/11/2015
Equipe: Caio Ramos Machado de Oliveira, Guilherme Lacerda Silveira e Thaiz Cristina Beltrão.	Professor Orientador: Plínio Marcos Volponi Leal.	

TEMPO	IMAGEM	ÁUDIO
00'01''	ADELINA SENTADA EM UM SOFÁ. ALTERA ENTRE PLANO MÉDIO E FECHADO.	TRILHA 01 ENTRA EM: “(VOZ DA THAIZ): MAS ELE SABIA QUE ELE...”. SAI EM: “NUNCA MAIS EU VI”.
0'24''	CG: NO BRASIL, CERCA DE 734 MIL PESSOAS VIVEM COM O HIV/AIDS.	TRILHA 01
0'30''	CG: DESSAS PESSOAS, APROXIMADAMENTE 20% SÃO SOROPOSITIVOS E NÃO SABEM.	TRILHA 01

0'36''	CG: VOCÊ PODE SER UMA DELAS.	TRILHA 01
0'44''	CG: PELO DIREITO DE AMAR.	TRILHA 01
0'50''	CG: UBERABA, MG.	TRILHA 02
0'54''	CARRO NA ESTRADA. COMEÇA DESFOCADO E DEPOIS FICA NÍTIDO. CG: FUNDADA NO ANO DE 2009. A ONG SAIBA VIVER ATUA NA PREVENÇÃO DO HIV E ALCANÇA MAIS DE 500 SOROPOSITIVOS.	TRILHA 02
1'01''	IMAGEM DE UMA ÁRVORE EM FRENTE A CASA. EFEITO DOLLY.	TRILHA 02 ENTRA EM: “FUNDEI ESSA ASSOCIAÇÃO...”. SAI EM: “SEIS ANOS”.
01'05''	IMAGEM DO NILTON SENTADO EM UMA CADEIRA. EFEITO DE ZOOM OUT. PLANO MÉDIO. CG: NILTON CARLOS. PRESIDENTE ONG	TRILHA 02 ENTRA EM: “EU FUNDEI ELA PORQUE...”. SAI EM: “O HIV NÃO PESA.”.

	<p>SAIBA VIVER. CG: SOROPOSITIVO HÁ 12 ANOS. CONTRAIU DO EX- PARCEIRO.</p>	
01'21''	<p>IMAGEM DE JENIFER E ANIVALDO. PLANO MÉDIO E FECHADO. CG: JENIFER/ANIVALDO. CG: SOROPOSITIVOS HÁ 3 ANOS. DESCOBRIRAM DURANTE O PRÉ- NATAL DO PRIMEIRO FILHO.</p>	<p>TRILHA 02 ENTRA EM: “EU PENSAVA QUE ISSO...”. SAI EM: “EU IA MORRER.”.</p>
01'34''	<p>IMAGEM DA TÂNIA SENTADA EM UM SOFÁ. PLANO MÉDIO. CG: TÂNIA MARA MARTINS. PSICÓLOGA. CG: TRABALHA HÁ 15 ANOS NA PREVENÇÃO DO HIV EM FRUTAL, MG.</p>	<p>TRILHA 03 ENTRA EM: “A GENTE ACHA...”. SAI EM: “NÃO VAI ACONTECER.”.</p>
01'47''	<p>IMAGEM DO NILTON SENTADO NA CADEIRA. PLANO</p>	<p>TRILHA 04 ENTRA EM: “EU SEMPRE ME</p>

	MÉDIO E FECHADO.	PRESERVEI...”. SAI EM: “O CHÃO SE ABRIU.”.
02’13’’	CG: UBERLÂNDIA, MG.	TRILHA 02
02’18’’	IMAGEM DA FALE. EFEITO DOLLY. CG: A FALE – FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL LUCAS EVANGELISTA , SURTIU EM 1991. HOJE ELA ACOLHE 55 SOROPOSITIVOS DE TODO O PAÍS.	TRILHA 02 “EU CONHECI UMA PESSOA...”. SAI EM: “ACOMPANHEI ELE.”.
02’26’’	IMAGEM DA SANDRA SENTADA. PLANO MÉDIO E FECHADO. CG: SANDRA APARECIDA. CG: SOROPOSITIVO HÁ 20 ANOS.	TRILHA 02 ENTRA EM: “AO MÉDICO...”. SAI EM: “OUTRAS PESSOAS.”..
02’50’’	IMAGEM DA TÂNIA SENTADA. PLANO MÉDIO.	TRILHA 03 ENTRA EM: “QUANDO, EM 85...”. SAI EM: “SURGIRAM AÍ MESMO.”.

03'15''	<p>IMAGEM DA LADY SENTADA. PLANO MÉDIO.</p> <p>CG: LADY SILVA.</p> <p>CG: SOROPOSITIVO HÁ 21 ANOS. PEGOU NA NOITE.</p>	<p>TRILHA 03</p> <p>ENTRA EM: “O QUE EU SABIA...”.</p> <p>SAI EM: “EPIDEMIA MUNDIAL.”.</p>
03'42''	<p>IMAGEM DA ADELINA SENTADA NO SOFÁ. PLANO MÉDIO E FECHADO.</p> <p>CG: ADELINA OLIVEIRA.</p> <p>CG: SOROPOSITIVO HÁ 2 ANOS. DESCOBRIU NO HOSPITAL. DURANTE O PRÉ- CIRÚRGICO.</p>	<p>TRILHA 01</p> <p>ENTRA EM: “NA MINHA CIDADE...”.</p> <p>SAI EM: “MINHA FILHA.”.</p>
03'58''	<p>IMAGEM DA SANDRA SENTADA. PLANO FECHADO.</p>	<p>TRILHA 01</p> <p>ENTRA EM: “SEMPRE TIVE...”.</p> <p>SAI EM: “EU SOUBE.”.</p>
04'07''	<p>IMAGEM DA TÂNIA SENTADA. PLANO MÉDIO.</p>	<p>TRILHA 01</p> <p>ENTRA EM: “AS PESSOAS TÊM UM...”.</p> <p>SAI EM: “EU POSSO SER SOROPOSITIVO.”.</p>

04'41''	IMAGEM DO NILTON SENTADO NA CADEIRA COM CIGARRO EM UMA MÃO E COPO DE CAFÉ EM OUTROA. PLANO MÉDIO E FECHADO.	TRILHA 01 ENTRA EM: “O PRIMEIRO PRECONCEITO...”. SAI EM: “NÃO QUE, DOIS.”.
05'50''	IMAGEM DA SANDRA SENTADA. PLANO MÉDIO.	TRILHA 01 ENTRA EM: “O PESSOAL DO BAIRRO...”. SAI EM: “QUIS SOCORRER.”.
06'45''	IMAGEM DA TÂNIA SENTADA NO SOFÁ. PLANO MÉDIO.	TRILHA 01 ENTRA EM: “HOJE NÓS TEMOS UMA...”. SAI EM: “TÁ SOLTO.”.
07'08''	IMAGEM DA SANDRA SENTADA. PLANO MÉDIO E FECHADO.	TRILHA 01 ENTRA EM: “EU MORAVA COM ELE...”. SAI EM: “FOI DOS DOIS.”.
07'35''	IMAGEM DA LADY SENTADA. PLANO MÉDIO E FECHADO.	TRILHA 03 ENTRA EM: “JÁ TIVE UNS TRÊS PARCEIROS...”. SAI EM: “MAIS OU

		MENOS.”.
07’56”	IMAGEM DA TÂNIA SENTADA NO SOFÁ. PLANO MÉDIO.	TRILHA 03 ENTRA EM: “TANTO É QUE...”. SAI EM: “AUTOESTIMA, NÉ?”.
08’30”	IMAGEM DA ADELINA SENTADA. PLANO FECHADO. EFEITO ZOOM IN.	TRILHA 01 ENTRA EM: “(VOZ DO GUILHERME) SE A SENHORA TIVESSE...”. SAI EM: “SEM DÓ.”.
08’52”	IMAGEM DA TÂNIA SENTADA NO SOFÁ. PLANO MÉDIO.	TRILHA 01 ENTRA EM: “APÓS O CHOQUE...”. SAI EM: “PRA QUEM.”.
09’18”	IMAGEM DA LADY. PLANO MÉDIO E FECHADO.	TRILHA 04 ENTRA EM: “MEDO QUALQUER UM TEM...”. SAI EM: “VÍRUS HIV.”.
09’33”	IMAGEM DA JENIFER E ANIVALDO. PLANO MÉDIO.	TRILHA 04 ENTRA EM: “EU ACHO QUE

		MEDO...”. SAI EM: “COM UMA LUTA.”.
09’53’’	IMAGEM DO NILTON SENTADO NA CADEIRA. PLANO MÉDIO E FECHADO.	TRILHA 04 ENTRA EM: “MEDO, MEDO...”. SAI EM: “
10’15’’	IMAGEM DA TÂNIA SENTADA NO SOFÁ. PLANO MÉDIO.	TRILHA 03 ENTRA EM: “A PESSOA QUE...”. SAI EM: “AO OUTRO.”.
10’31’’	IMAGEM DA JENIFER. PLANO FECHADO.	TRILHA 05 ENTRA EM: “EU SOU SOROPOSITIVO.”. SAI EM: “NÃO ME AJUDOU.”.
10’49’’	IMAGEM DO NILTON SENTADO NA CADEIRA FUMANDO CIGARRO. DEPOIS BRINCA COM O CACHORRO. EFEITO ZOOM IN E ZOOM OUT. PLANO FECHADO E MÉDIO.	INÍCIO SEM TRILHA DPEOIS TRILHA 03 ENTRA EM: “EU CHORO SIM...”. SAI EM: “CARINHO DELA.”.
11’50’’	IMAGEM DE JENIFER E ANIVALDO. PLANO MÉDIO.	TRILHA 03 ENTRA EM: “AMOR, CARINHO...”.

		SAI EM: “NADA ACONTECESSE.”.
12’01’’	IMAGEM DA LADY. PLANO FECHADO E MÉDIO.	TRILHA 03 ENTRA EM: “A MAIOR LIÇÃO...”. SAI EM: “DE NADA.”.
12’26’’	IMAGEM DA ADELINA SENTADA NO SOFÁ. PLANO MÉDIO E FECHADO.	TRILHA 03 ENTRA EM: “(VOZ DA THAIZ) E COMO QUE FOI ESSE...”. SAI EM: “SE ENTENDENDO.”.
12’50’’	IMAGEM PEQUENA DA ADELINA. PLANO MÉDIO E FECHADO. DEPOIS IMAGEM DO SALÃO DE ROUPAS. IMAGEM DA THAIZ CARREGANDO O VESTIDO ATÉ ADELINA. IMAGEM DA ADELINA SEGURANDO O VESTIDO DE NOIVA. INÍCIO DOS CRÉDITOS. CG: IMAGENS, EDIÇÃO E DIREÇÃO: CAIO RAMOS MACHADO	TRILHA 03 ENTRA EM (VOZ DA THAIZ) E AÍ AGORA...”. SAI EM: “CASAR COM ELE À PRIMEIRA VISTA.”.

	<p>DE OLIVEIRA, GUILHERME LACERDA SILVEIRA, THAIZ CRISTINA BELTRÃO. CG: TRILHA SONORA. B-BOMBER BALLADS, KEVIN MACLEOD. FAIRYTALE WALTZ, KEVIN MACLEOD. B- BOMBER BALLADS E FAIRYTALE WALTZ DE KEVIN MACLEOD ESTÃO LICENCIADAS SOB UMA LICENÇA CRIATIVE COMMONS ATTRIBUTION 4.0. CG: TRILHA SONORA. GOLDEN DAYS, TOPHER MOHR AND ALEX ELENA. NADIA'S THEME, TOPHER MOHR AND ALEX ELENA. CG: TRILHA SONORA. PASSIN TIME, KEVIN MACLEOD. PELO DIREITO DE AMAR, CAIO MACHADO. SPACE COAST,</p>	
--	---	--

	<p>TOPHER MOHR AND ALEX ELENA. CG: AGRADECIMENTOS. ONG VIVENDO COM HIV – SAIBA VIVER. CG: AGRADECIMENTOS. FRATERNIDADE ASSISTENCIAL LUCAS EVANGELISTA. CG: AGRADECIMENTOS. TÂNIA MARA. IMAGEM VOLTA A FICAR TELA CHEIA. FIM DOS CRÉDITOS.</p>	
13'48''	CG: PELO DIREITO DE AMAR.	SEM TRILHA.

APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DE USO DA IMAGEM

Eu, _____,
portador (a) de cédula de identidade n° _____,
CPF n° _____,

_____ autorizo Caio Ramos Machado de Oliveira, Guilherme Lacerda Silveira e Thaiz Cristina Beltrão, discentes do oitavo período de Comunicação Social / Habilitação em Jornalismo da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), a fazerem uso de minha imagem e/ou entrevista completa (em formato de vídeo) para fins didáticos e divulgação de conhecimento, como também disponibilização do conteúdo em canais virtuais de armazenamento e divulgação, como YouTube e Vimeo.

Fica ainda autorizada, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

_____, _____ de _____ de 2015

Ass. _____



