

GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA INFORMAR SOBRE HIV, IST E SAÚDE SEXUAL

Manual para jornalistas
2026



AHF

AMÉRICA LATINA
& CARIBE

AHF

AIDS HEALTHCARE
FOUNDATION

AHF

INSTITUTO DE SALUD
PÚBLICA GLOBAL
PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

ÍNDICE

Apresentação	4
Por que este guia	4
O papel do jornalismo na saúde pública	4
1. Entender a saúde sexual hoje	5
O que são as IST e por que importam?	5
O que são as IST?	5
Como são transmitidas?	5
Prevenção, diagnóstico e tratamento	5
Panorama atual na América Latina e no Caribe	5
Panorama médico atual	5
Diagnóstico tardio e barreiras de acesso	6
Fatores sociais que impactam a saúde sexual	6
Chaves para interpretar a informação em saúde	7
Como ler números e boletins epidemiológicos	7
O público precisa de contexto	7
Erros frequentes na interpretação de dados	8
2. Prevenção, diagnóstico e conversa pública	9
Estratégias atuais de prevenção	9
Conceitos-chave para a cobertura jornalística	10
Como comunicar informação científica sem desinformar	11
Simplificar sem distorcer	11
Risco, evidência e contexto	11
Como evitar o alarmismo e as falsas equivalências	12
3. Estigma, preconceito e representação na mídia	14
O impacto da linguagem	14
A mídia pode reforçar ou reduzir estigmas	15
Cobertura histórica do HIV e seus efeitos atuais	15
Desinformação, silêncio e preconceito	15
Direitos humanos e saúde sexual	16
Privacidade e confidencialidade	16
Criminalização do HIV	16
Acesso à saúde e discriminação	17
Como produzir coberturas mais responsáveis	17
Contextualizar histórias	17
Evitar enfoques moralizantes	17
Incluir vozes diversas sem exotização	18
4. Linguagem e conversa pública sobre sexualidade	20
Como falar de sexualidade de forma precisa e cuidadosa	20

Genitália e termos corretos	20
Orientação sexual e identidade de gênero	21
Práticas sexuais e linguagem compreensível	21
Expressões e enfoques que devem ser evitados	22
Eufemismos	22
Termos estigmatizantes	22
Associações entre IST e moralidade	23
Boas práticas em comunicação	24
Manchetes	24
Redes sociais	24
Cobertura de tendências e desinformação	25
Uso responsável de informação científica	25

5. Ferramentas práticas para jornalistas **27**

Como cobrir	27
Surtos e alertas sanitários	27
Novos estudos científicos	28
Dados epidemiológicos	28
Políticas públicas e acesso ao tratamento	28
Como selecionar fontes e fazer entrevistas	29
Especialistas	29
Organizações da sociedade civil	29
Pessoas com HIV e outras IST	30
Populações-chave	30
Checklist editorial antes de publicar	30
Precisão	30
Contexto	31
Linguagem	31
Estigma	31
Qualidade das fontes	31

Glossário **32**

APRESENTAÇÃO

Por que este guia

A cobertura sobre HIV, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e saúde sexual é cada vez mais escassa. E, diante do pouco que se produz, muitas vezes constam estigmas e ideias preconcebidas que se reproduzem sem querer, mas que acabam afastando as pessoas da informação e dos serviços de saúde. São temas que carregam um peso histórico de julgamentos e tabus, e cobri-los com rigor não é só questão de boa vontade; exige ferramentas específicas que nem sempre estão à mão quando se trabalha contra o relógio.

Neste guia, tentamos reunir algumas dessas ferramentas. Não é um manual de palavras proibidas ou uma lição de “politicamente correto”. Tampouco pretendemos ensinar o jornalista a fazer o seu trabalho. É um documento de referência, uma caixa de ferramentas, pensado para a consulta no dia a dia: na hora de escrever uma manchete, na dúvida sobre um termo ou ao decidir de que contexto uma matéria precisa antes de ir ao ar.

Ele nasce de uma convicção simples: rigor e sensibilidade não estão em lados opostos. Uma cobertura pode ser precisa, atraente e jornalisticamente sólida sem abrir mão da evidência nem da dignidade das pessoas de quem se fala. Reunir num só lugar os critérios que tornam esse equilíbrio possível é o propósito destas páginas.

O papel do jornalismo na saúde pública

O jornalismo não apenas informa sobre o HIV e as IST. Ele faz parte da forma como uma sociedade responde a esses temas. O que se publica pesa na decisão de alguém buscar a testagem, no fato de uma pessoa com diagnóstico viver com vergonha ou com dignidade, no avanço ou na estagnação de uma política pública. Não é superestimar o ofício; é descrever como se constrói a percepção pública da saúde.

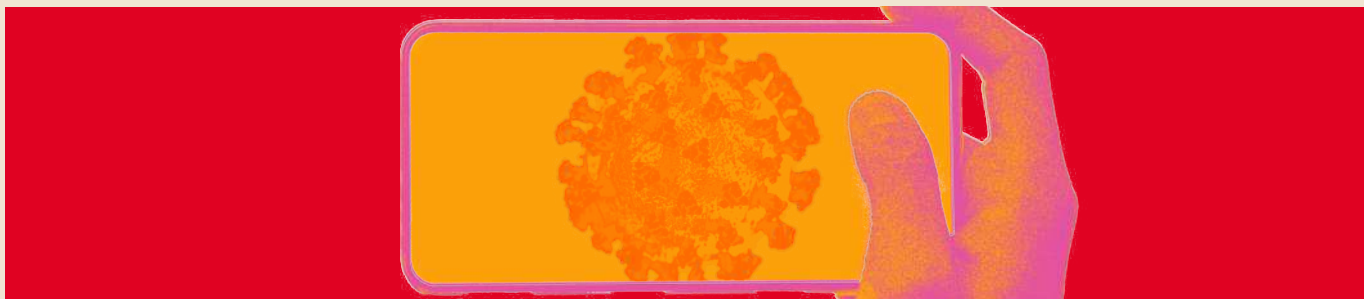
A história do HIV mostra isso com clareza. Nos anos 1980, quando a ciência ainda tinha mais perguntas do que respostas, o vazio de informação era preenchido por juízos de valor. Com isso, a infecção ficou associada a certos grupos e estilos de vida e aqueles enquadramentos iniciais semearam um estigma que, décadas depois, ainda influencia a forma como se fala do assunto. Não foi má-fé, e sim a ausência de informação e de

referências num momento em que elas mal começavam a existir. Esse padrão pode voltar de maneiras mais sutis quando um enquadramento sugere responsabilidade individual, mas se trata de um fenômeno de saúde pública, ou quando se deixa escapar um tom moral mesmo sem intenção. Reconhecer esses automatismos é a melhor forma de evitá-los, até porque a linguagem também funciona no sentido contrário: uma história bem contextualizada, uma manchete precisa ou um termo escolhido com cuidado podem desmontar um mito, aproximar alguém de um serviço de saúde ou abrir uma conversa que por anos foi tabu.

Daí a dupla responsabilidade de quem cobre saúde: com a exatidão dos dados e com as pessoas que estão por trás deles. Uma não anula a outra. É nesse terreno que este guia quer ser útil.



1. ENTENDER A SAÚDE SEXUAL HOJE



O que são as IST e por que importam

O que são as IST?

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são infecções causadas por bactérias, vírus ou parasitas transmitidos, principalmente, pelo contato sexual. Existem mais de 30 microrganismos que podem ser transmitidos dessa forma e muitas IST podem estar presentes sem causar sintomas, ou seja, a pessoa pode ter uma infecção sem saber.

Como são transmitidas?

As IST são transmitidas principalmente durante as relações sexuais vaginais, anais ou orais. Algumas também podem ser transmitidas pelo contato com sangue que contém o microrganismo causador da infecção e da pessoa grávida para o bebê durante a gestação, o parto ou, em alguns casos, a amamentação.

Prevenção, diagnóstico e tratamento

O uso correto e consistente do preservativo é uma das formas mais eficazes de reduzir o risco de adquirir uma IST. Também é importante fazer testes regularmente, já que muitas infecções não apresentam sintomas. Existem

testes de laboratório e testes rápidos para algumas IST, como HIV, sífilis e hepatites B e C.

Quando uma IST é diagnosticada, receber o tratamento adequado e no tempo certo ajuda a curá-la, se for o caso, a controlar a infecção, a prevenir complicações e a reduzir a chance de transmiti-la a outras pessoas.

Algumas IST podem ser curadas completamente com o tratamento adequado. Entre as principais IST curáveis estão: sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase. Outras são causadas por vírus e, atualmente, não têm cura que elimine por completo a infecção, embora existam tratamentos e medidas para controlá-las, prevenir complicações ou reduzir seus efeitos. Entre elas estão: HIV, herpes genital, HPV (papilomavírus humano) e hepatite B.

Panorama atual na América Latina e no Caribe

Panorama médico atual

Em 2024, estimou-se que cerca de 2,8 milhões de pessoas viviam com HIV na América Latina e no Caribe. Entre 2010 e 2024, as novas infecções caíram cerca de

21% no Caribe, enquanto na América Latina aumentaram 13%, aproximadamente. Esse contraste mostra que a evolução da epidemia não foi uniforme na região.

Ao mesmo tempo, houve avanços importantes no tratamento. Entre 2010 e 2024, as mortes relacionadas à aids caíram de cerca de 42 mil para 27 mil na América Latina e de 12 mil para 4.800 no Caribe. Ainda assim, seguem existindo dificuldades para garantir que todas as pessoas tenham acesso, de forma oportuna, ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento.

No campo das IST, a sífilis apresenta tendências mais preocupantes. Para 2024, estimaram-se cerca de 4,2 milhões de novas infecções nas Américas, aproximadamente 15% a mais do que em 2022, e cerca de 90% delas ocorreram na América Latina e no Caribe. No conjunto, a região conta hoje com mais ferramentas de prevenção, diagnóstico e tratamento, mas as IST e o HIV continuam sendo um desafio de saúde pública. O acesso oportuno a testes, tratamento, vacinação e estratégias de prevenção permanece fundamental para reduzir novas infecções.

Diagnóstico tardio e barreiras de acesso

O diagnóstico precoce é uma das ferramentas mais eficazes diante do HIV e de outras IST: permite iniciar o tratamento oportunamente, evitar complicações e reduzir novas transmissões. Já o diagnóstico tardio costuma significar que a pessoa viveu meses ou anos com uma infecção sem saber e chega aos serviços no momento em que o cuidado é mais difícil e mais caro.

Fazer um teste para detectar HIV ou sífilis oportunamente não depende só da vontade da pessoa. É necessário haver uma unidade de saúde por perto, que funcione em horários compatíveis com a jornada de trabalho, que o teste seja gratuito ou tenha um custo que a pessoa possa pagar e que ela não tenha medo de ser julgada ao solicitá-lo. Essas barreiras, econômicas, geográficas, administrativas, culturais, explicam boa parte dos diagnósticos tardios e quase nunca aparecem numa matéria que só reporta o aumento de casos.

Aí surgem perguntas jornalísticas mais ricas do que “há quantos casos?”, como o que impede as pessoas de ficarem sabendo a tempo? Há quanto tempo a saúde pública não faz uma campanha de prevenção? O tratamento é caro? Os serviços de saúde estão de fato acolhendo as necessidades dos usuários?

Fatores sociais que impactam a saúde sexual

Nenhuma transmissão de IST acontece de forma isolada das condições em que as pessoas vivem. Essas condições influenciam sua capacidade de prevenir, detectar e tratar uma IST. Reconhecer esses fatores dá ao jornalista o contexto que separa a matéria que informa daquela que ajuda a invisibilizar essas condições.

Desigualdade. Quem tem renda instável, trabalha por dia ou vive longe de um serviço de saúde enfrenta mais obstáculos para fazer um teste ou manter um tratamento. A mesma infecção não se vive igual conforme quanto se ganha ou onde se mora. Para uma cobertura, a pergunta útil é quem fica de fora e por quê: os dados quase sempre escondem essa desigualdade atrás de uma média.

Educação sexual. Quando falta informação, ela está desatualizada ou é substituída pelo preconceito e pela desinformação, as pessoas decidem com menos ferramentas. Não é algo abstrato: traduz-se em não saber que a PrEP existe, achar que o HIV se transmite por um beijo ou desconhecer que um teste pode ser gratuito, feito em minutos e com apenas uma gota de sangue. Cobrir saúde sexual é, muitas vezes, preencher esse vazio.

Mobilidade/migração. Pessoas em movimento podem perder a continuidade do tratamento ao cruzar fronteiras, desconhecer o funcionamento do sistema de saúde no local de destino ou evitar os serviços por medo de estigma. Um tratamento interrompido não é burocracia: pode significar que o vírus volte a ser detectável e transmissível, reduz a imunidade e ainda favorece o desenvolvimento de resistência viral aos medicamentos. Esse é o ângulo humano por trás de uma estatística migratória.

Acesso aos serviços de saúde. Que um direito exista no papel não significa que ele chegue às pessoas. Horários limitados, falta de insumos, distância, custos ou exigências administrativas reduzem o acesso real. Quando uma cobertura trata do aumento de casos ou do diagnóstico tardio, vale olhar também para essas condições, pois elas costumam explicar mais do que a conduta individual.

Chaves para interpretar informação em saúde

A informação sobre saúde costuma se expressar em números, porcentagens, taxas e resultados de pesquisas científicas. Uma cobertura rigorosa exige entender o que eles representam, como foram obtidos e quais são seus limites. Em temas como o HIV e outras IST, interpretar um dado sem contexto pode levar a conclusões equivocadas ou transmitir uma imagem distorcida (ou parcial) da realidade.

Como ler números e boletins epidemiológicos

Os boletins epidemiológicos são fundamentais para conhecer o comportamento de uma condição de saúde em determinada população, mas sua interpretação exige olhar além do dado principal. Diante de um relatório desse tipo, é importante:

1) Identificar a fonte. Distinguir se é um órgão de governo, uma instituição acadêmica, uma organização da sociedade civil, um organismo internacional etc. Isso dá uma perspectiva mais realista de onde vem a informação e qual é o seu alcance.

2) Cruzar os dados com o contexto do problema. Que outros dados existem sobre o mesmo tema? O que documentos anteriores e semelhantes já revelaram? Reunir informações de contexto ajuda a interpretar melhor os dados e a dimensionar sua relevância em determinado período e população.

3) Acrescentar contexto social. Observar as características da população contemplada no relatório, o período de estudo e os fatores sociais, ambientais ou políticos que poderiam ajudar a explicar o dado principal.

Os números, ainda que muito importantes, não falam por si só. Por trás deles há pessoas com histórias próprias, decisões de políticas públicas e tendências sociais que realçam, contrastam ou validam os dados.

O público precisa de contexto

Os números ganham sentido pleno se explicados em seu contexto. Uma porcentagem isolada dificilmente permite compreender a magnitude de um problema ou sua relevância para a saúde pública. O público precisa

saber o que aquele dado representa, com o que pode ser comparado e quais fatores ajudam a explicá-lo.

Contextualizar também implica reconhecer que a saúde é influenciada por fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. O acesso aos serviços de saúde, a disponibilidade de testes, as estratégias de prevenção, o estigma ou as políticas públicas podem alterar a forma como os indicadores se comportam e como devem ser interpretados.



Erros frequentes na interpretação de dados

Entre os erros mais comuns estão:

- 1) Apresentar números de um período sem compará-lo com períodos anteriores e sem verificar se há fatores ambientais, sociais ou políticos que ajudem a entendê-lo.
- 2) Comparar dados obtidos com metodologias diferentes.
- 3) Extrapolar resultados de uma população para outra.
- 4) Atribuir relação de causa e efeito, embora o estudo mencione apenas uma associação entre fatores.
- 5) Divulgar resultados preliminares como se fossem conclusões definitivas.

Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia real:

**“CASOS
NOTIFICADOS DE
HIV AUMENTAM
250%”**

Sozinha, a manchete parece impactante, pois dá a impressão de que os casos estão fora de controle. Pode ser lida como uma má notícia. Mas vejamos um pouco de contexto.

Contexto: no país onde a notícia foi publicada, o Ministério da Saúde havia alterado a lei de saúde para permitir que

organizações de base comunitária — e não só médicos e profissionais de laboratório — pudessem realizar testes de HIV, além de promover amplamente o teste rápido e de dispensar a exigência de fazer o teste em sangue venoso. Com isso, o número de testes mais que triplicou em um ano.

Conclusão: graças ao contexto — neste caso, político, legal e de procedimento —, o dado de aumento de 250% ganha uma explicação que ajuda o jornalista e o público a entender o número e a realidade por trás dele.

**NO JORNALISMO DE
SAÚDE, O OBJETIVO
NÃO É SÓ COMUNICAR
DADOS CORRETOS,
MAS AJUDAR O
PÚBLICO A ENTENDER
O QUE ESSES
DADOS REALMENTE
SIGNIFICAM.**

2. PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E CONVERSA PÚBLICA



Estratégias atuais de prevenção

A prevenção das IST não depende de uma única medida. Hoje se recomenda combinar diferentes ferramentas de acordo com as necessidades, as práticas e as possíveis exposições de cada pessoa. Entre as principais estratégias estão o uso de preservativos, os testes, a vacinação, o acesso oportuno ao tratamento e, especificamente para prevenir o HIV, a PrEP e a PEP.

Preservativos. O uso correto e consistente do preservativo reduz de forma importante o risco de adquirir ou transmitir muitas IST, inclusive o HIV. Ainda assim, não oferece proteção absoluta contra as infecções que também podem ser transmitidas pelo contato com pele ou mucosas que ficam fora da área coberta pelo preservativo.

Testes. Muitas IST podem não causar sintomas e por isso a pessoa pode ter uma infecção sem saber. Os testes permitem detectar essas infecções e iniciar o tratamento oportunamente e reduzir o risco de complicações e de transmissão. Logo, testar-se periodicamente, de acordo com as práticas e as possíveis exposições de cada pessoa, é uma parte importante da prevenção.

PrEP. A profilaxia pré-exposição (PrEP) é uma estratégia voltada a pessoas que não têm HIV. Consiste em usar medicamentos antirretrovirais antes de uma possível exposição ao vírus. Se usada de forma adequada, é altamente eficaz para prevenir a aquisição do HIV por via sexual. Vale destacar que a PrEP protege contra o HIV, mas não contra outras IST.

PEP. A profilaxia pós-exposição (PEP) é uma medida de emergência que pode ser usada por pessoas que não têm HIV, após uma possível exposição ao vírus. Consiste em tomar medicamentos antirretrovirais por um período determinado e deve ser iniciada em até 72 horas da exposição ao vírus. A PEP é indicada especificamente para prevenir o HIV e não protege contra outras IST.

Vacinação. Algumas infecções transmitidas por contato sexual são preveníveis por vacinas. Atualmente existem vacinas eficazes contra a hepatite B e contra determinados tipos do HPV. A vacinação contra o HPV, além disso, ajuda a prevenir vários tipos de câncer associados a esse vírus.

Prevenção combinada. Esse enfoque parte da ideia de que não existe uma única ferramenta adequada para todas as pessoas ou situações. A prevenção combinada integra diferentes estratégias — preservativos, testes de HIV e outras IST, PrEP, PEP, vacinação, tratamento oportuno e educação em saúde sexual —, que podem ser usadas de forma complementar conforme as necessidades e as circunstâncias de cada pessoa.

Conceitos-chave para a cobertura jornalística

Carga viral. É a quantidade de vírus presente numa amostra do organismo, em geral no sangue. Sua medição serve para acompanhar a evolução de algumas infecções virais e avaliar a resposta ao tratamento. No caso do HIV, a carga viral indica o quanto a infecção está controlada, uma vez que com o tratamento antirretroviral eficaz, pode cair a níveis tão baixos que os testes habituais não a detectam.

Tratamento antirretroviral. Consiste no uso de medicamentos que controlam o HIV. Embora não elimine o vírus do corpo, permite que a pessoa mantenha boa qualidade de vida, reduza a carga viral e, com boa adesão, alcance níveis indetectáveis. Hoje, o tratamento é uma ferramenta central tanto para o cuidado individual quanto para a prevenção do HIV.

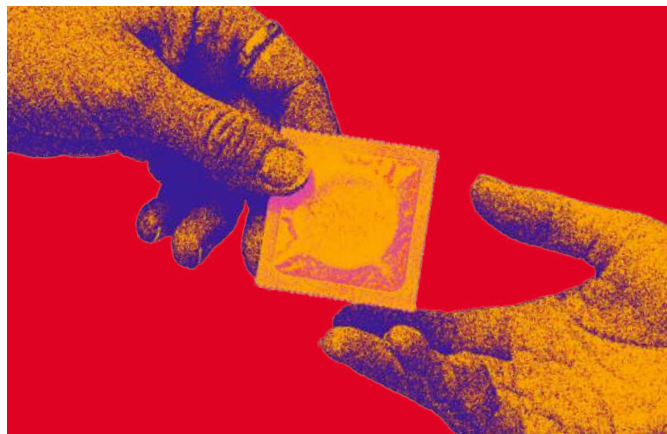
Indetectável = Intransmissível (I=I).

Este conceito significa que uma pessoa vivendo com HIV que segue o tratamento de forma adequada e mantém carga viral indetectável não transmite o HIV por via sexual. Embora seja amplamente usado, ele aponta só para a parte médica da equação — a adesão ao tratamento e seus efeitos. O conceito mais amplo, adotado por dezenas de organizações que lutam pelo acesso equitativo a medicamentos, é Tratamento = Vida, que coloca a ênfase no acesso ao tratamento, e não apenas na consequência médica de tomá-lo. Isso ganha muita importância em contextos recentes, em que países da América Latina precisam pagar preços muito mais altos para acessar medicamentos de última geração, como o lenacapavir, ainda que tenham participado dos ensaios clínicos que tornaram esse medicamento possível. Ou seja: sem acessibilidade não há indetectabilidade.

Diagnóstico precoce. É a identificação oportuna de uma infecção ou doença, mesmo antes de aparecerem sintomas ou complicações. Permite iniciar o cuidado e o tratamento oportunamente, melhorar o prognóstico e, no caso de algumas infecções transmissíveis, reduzir a chance de transmiti-las.

PrEP (profilaxia pré-exposição).

Estratégia de prevenção do HIV em que uma pessoa sem HIV usa antirretrovirais antes de uma possível exposição, de forma



contínua ou conforme o esquema indicado, para reduzir significativamente o risco de adquirir o vírus.

PEP (profilaxia pós-exposição). Tratamento com antirretrovirais usado por pessoas que não têm HIV, após uma possível exposição, para prevenir a infecção.

Vinculação ao cuidado. Processo pelo qual uma pessoa diagnosticada com HIV se conecta de fato aos serviços de saúde, passa por avaliação médica e inicia o tratamento e o acompanhamento correspondentes.

Transmissão vertical do HIV. Transmissão do HIV de uma pessoa gestante que vive com HIV para o bebê na gestação, no parto ou na amamentação. O tratamento antirretroviral pode reduzir consideravelmente esse risco.



Prevenção combinada do HIV. Estratégia que combina diferentes ferramentas de prevenção — preservativos, PrEP, PEP, testagem, tratamento e educação — conforme as necessidades de cada pessoa ou comunidade.

Como comunicar informação científica sem desinformar

Simplificar sem distorcer

Divulgar implica simplificar. O desafio é fazer isso sem alterar o significado da informação. Reduzir o jargão técnico favorece a compreensão, mas é preciso preservar os matizes essenciais para entender o problema.

Assim, é importante aprender a distinguir entre resultados preliminares e evidência definitiva, evitar apresentar hipóteses como fatos comprovados e explicar os dados relevantes para sustentar uma afirmação. Também é recomendável fugir de expressões categóricas como “descobrem a cura”, “provam que” ou “cientistas confirmam”, já que raramente refletem o alto grau de detalhe que o trabalho científico exige.



Risco, evidência e contexto

O conceito de risco é muito usado na epidemiologia, pois permite medir o grau de exposição das pessoas a certas condições. No entanto, é importante colocá-lo em perspectiva, já que pode se associar à ideia de “ameaça” e ativar uma resposta básica do ser humano: o medo.

Por isso, convém usar a palavra com moderação e, sobretudo, afastá-la da ideia de tragédia. Adquirir uma IST não é algo desejável, mas também não significa “o fim” de uma vida sexual plena, já que existem tratamentos que podem curá-las ou mantê-las sob controle (conforme o caso). Aqui dá para falar de risco (e de como evitá-lo) sem cair no alarmismo.

Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia real:

**“JOVENS GAYS
TÊM MAIS
RISCO DE
PEGAR HIV”**

À primeira vista, a manchete passa a ideia de que a orientação sexual de uma pessoa — neste caso, gay — automaticamente lhe impõe a “condenação” de “pegar” algo ainda por cima “arriscado”.

Contexto: a evidência científica ajuda a dar um perfil mais responsável a essa manchete. Primeiro: o HIV não se “pega” como uma gripe, nem pele a pele como outros patógenos. O HIV é transmitido por relações sexuais sem proteção, pelo compartilhamento de agulhas e da pessoa gestante para o bebê, quando não há tratamento.

Segundo: ser gay não é um risco; o risco está na prática sexual. Se uma pessoa faz sexo sem proteção com alguém que vive com HIV, pode adquirir o vírus. É melhor falar de práticas que aumentam a probabilidade do que de “riscos”.



CONCLUSÃO: O “RISCO” PODE SER BEM COMUNICADO COMO “POSSIBILIDADE DE ADQUIRIR”. E O “CONTÁGIO” FICA MAIS BEM EXPRESSO COMO TRANSMISSÃO.

Como evitar o alarmismo e as falsas equivalências

As notícias sobre doenças infecciosas geram grande interesse público, sobretudo se apontam surtos, variantes, alertas sanitários ou possíveis riscos para a população. Nesses casos, a pressa para informar não deve substituir a profundidade da cobertura. Mesmo na matéria do dia, o contexto pode (e deve) estar presente para dar uma informação mais precisa.

Depois da pandemia de covid-19, cresceu o conhecimento sobre o sistema de alertas da Organização Mundial da Saúde (OMS); mas é justamente essa experiência global que pode gerar mais alarme do que o necessário. Portanto, é preciso conhecer a fundo o significado dessas alertas para evitar manchetes que exagerem ou minimizem a importância de um tema sanitário.

Outro ponto importante é evitar as falsas equivalências. É tentador extrapolar os resultados de um fenômeno para outro de características parecidas. Mas nem todos os vírus se comportam igual, têm a mesma evolução ou levam aos mesmos desfechos. Haverá uns curáveis, outros incuráveis e controláveis e outros para os quais ainda não há tratamento — e a informação sobre eles não pode ser comunicada da mesma forma.

Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia real:

**“ALERTA DE
HANTAVÍRUS:
O VÍRUS MORTAL
QUE PODE SER
A PRÓXIMA
PANDEMIA”**

A manchete combina duas ideias: a de que se trata de uma ameaça massiva e iminente e a de que o vírus se espalha como qualquer vírus “de pandemia”.

Contexto: o hantavírus pode ser grave e sua transmissão, extremamente rara entre pessoas, ocorre principalmente pelo contato com as excretas de roedores infectados. Isso o torna muito diferente de um vírus respiratório como o SARS-CoV-2, que circula facilmente entre pessoas. Comparar os dois só porque ambos “dão medo” é uma falsa equivalência, pois cada vírus tem sua via de transmissão, sua evolução e seu potencial epidêmico. Um patógeno letal não é necessariamente um patógeno pandêmico.



CONCLUSÃO: A GRAVIDADE DE UM CASO NÃO REPRESENTA RISCO DE PANDEMIA. ANTES DE PROJETER UM SURTO COMO “A PRÓXIMA GRANDE AMEAÇA”, É MELHOR EXPLICAR COMO O VÍRUS REALMENTE É TRANSMITIDO. ISSO É O QUE SEPARA O ALARMISMO DA INFORMAÇÃO ÚTIL.



3. ESTIGMA, PRECONCEITO E REPRESENTAÇÃO NA MÍDIA



A forma como a mídia apresenta a informação sobre saúde influencia a percepção da sociedade sobre as doenças e as pessoas que convivem com elas. No caso do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), as decisões editoriais podem contribuir para uma compreensão baseada em evidências ou, ao contrário, reforçar estereótipos e preconceitos que afetam a prevenção, o diagnóstico e o acesso aos serviços de saúde, além da vida cotidiana das pessoas.

O impacto da linguagem

A linguagem jornalística não é neutra. A escolha de uma manchete, de uma foto ou de uma citação pode orientar a interpretação de uma notícia e reforçar certas ideias sobre quem está “em risco”, quem é “responsável” pela transmissão de uma infecção e que condutas se consideram aceitáveis ou reprováveis. Sobretudo ao falar de atividade sexual, esses vieses surgem com muita facilidade.

1) Cuidado com os adjetivos que julgam disfarçados de descrição.

O problema é que a estigmatização raramente parece evidente: há qualificativos que soam “neutros”, mas introduzem um veredicto. “Estilo de vida”, “conduta de risco” ou “paciente de alto risco”

soam clínicos, mas deslocam o foco de uma prática concreta para um rótulo que gruda na pessoa. O risco não é atributo de ninguém: ele vive numa prática específica e num contexto. Nomear a prática (“relações sexuais sem proteção”) informa. Por outro lado, adjetivar a pessoa (“paciente de risco”) a classifica.

2) Desconfie do vocabulário herdado, não só dos insultos.

“Aidético” raramente aparece, mas sobrevivem expressões que carregam a mesma carga e são socialmente aceitas: “portador”, “vítima da aids”, “sofre de HIV”, “luta contra o vírus”. A abordagem de guerra e o de vítima parecem empáticos, mas definem a pessoa por uma batalha ou por uma tragédia permanente, embora o HIV represente hoje uma condição crônica controlável. Ninguém “sofre de HIV”: as pessoas vivem com HIV. A mudança não é cosmética; ela ajusta a realidade que a palavra descreve.

3) Entenda que o equilíbrio mal aplicado também desinforma.

Dar espaço a um mito nem sempre é repeti-lo por descuido. Muitas vezes é um reflexo profissional buscar “o outro lado”. Todavia, colocar em pé de igualdade a evidência científica e uma cura milagrosa ou um especialista e um negacionista, cria uma falsa simetria que confunde o público. Nem todos os pontos de vista têm o mesmo respaldo. O

equilíbrio não consiste em dividir o microfone em partes iguais e sim em representar com fidelidade onde se encontra o peso da evidência.

4) Fique de olho nos verbos, não só nos substantivos.

A linguagem que criminaliza raramente usa a palavra “culpado”: ela se infiltra na escolha do verbo. “Confessou”, “admitiu” ou “reconheceu ser portador” pressupõem uma falta antes que ela exista. Viver com HIV ou uma IST não é crime nem confissão. Some-se a isso o cuidado com a identidade: revelar quem é a pessoa, pode ter consequências reais sobre seu emprego, sua família ou sua segurança. O respeito aos direitos humanos é tão concreto quanto escolher “disse” em vez de “confessou”.

A mídia pode reforçar ou reduzir estigmas

O estigma nem sempre entra pela porta das afirmações explícitas. Ele se infiltra quando uma cobertura enfatiza o medo, aponta as pessoas por sua condição de saúde, transforma um caso individual no retrato de toda uma população ou escolhe imagens que repetem estereótipos. Raramente, é deliberado e costuma ser o efeito de decisões editoriais que pareciam menores.

Por isso ajuda conhecer as alavancas concretas que o ativam ou o desativam. Três são especialmente frequentes em saúde sexual: a primeira é distinguir prática de identidade. Não é a mesma coisa falar de “grupos de risco” e de “práticas que aumentam a probabilidade de transmissão”, uma vez que a primeira fórmula cola o risco a uma identidade, a segunda o coloca onde ele de fato está. A segunda é não deixar um caso falar por todos. Por exemplo, uma história individual ilustra, não representa, e apresentá-la como “eles são assim”, só reforça o estereótipo. A terceira é cuidar da imagem tanto quanto do texto: um rosto pixelado ou uma foto de arquivo que mostra um “doente”, podem estigmatizar mais do que a própria manchete.

Uma cobertura responsável faz o contrário ao contextualizar, pois separa conduta de grupo, protege a privacidade, se for o caso, e se abstém do juízo moral. Não é uma concessão de gentileza; é o que produz uma compreensão mais precisa do problema.

Cobertura histórica do HIV e seus efeitos atuais

As primeiras coberturas sobre o HIV foram escritas em plena incerteza científica, e esse vazio se encheu de juízos de valor. Logo, a infecção ficou atada a certos grupos e estilos de vida. Além disso, o vírus encontrou terreno fértil na homofobia, no racismo e no classismo dos anos 1980. A mídia demorou a passar da distância moral a um olhar empático e, nesse meio-tempo, espremeu o ângulo sensacionalista. Não era raro ler uma “lição de moral” por trás da história de uma pessoa afetada. Esse enquadramento não foi inofensivo e contribuiu para que muitas decisões de política pública fossem adiadas até que a crise se tornasse impossível de ignorar.

Conhecer essa história não é um exercício de memória, e sim uma ferramenta de detecção, pois vários daqueles enquadramentos seguem vivos, só que mais disfarçados. O rótulo “grupos de risco”, o enquadramento de guerra da “luta contra a aids” ou a ideia da “vítima inocente” — que, ao chamar assim um bebê ou quem se infectou numa transfusão, insinua que as demais pessoas são culpadas — são heranças diretas daquela época. Reconhecê-las é o primeiro passo para que não se repitam.

Há também um saldo positivo a ser sempre lembrado: o HIV obrigou a sociedade a falar em público sobre sexualidade e a aceitar que as práticas íntimas precisam de informação e de ferramentas de proteção, para que todas as pessoas vivam sua vida sexual de forma plena e mais segura.

Desinformação, silêncio e preconceito

A desinformação não nasce apenas por meio da difusão de dados falsos. Ela também se produz por omissão: ao se evitar um tema, tratá-lo dele de forma superficial ou deixar de fora dados indispensáveis para entender um problema de saúde. O viés e a informação pela metade desinformam tanto quanto o erro.

O silêncio, em especial, é terreno fértil para o mito: quando o jornalismo não explica, o preconceito explica no lugar dele.

Os temas que ainda carregam tabu — as diferentes orientações sexuais, as práticas eróticas, um diagnóstico de IST — precisam vir à luz, não para expor ninguém, mas para nomear o cenário em que falta prevenção. Cobrir com evidência, com precisão e sem medo da complexidade é o que permite ao público decidir melhor e à conversa pública amadurecer.

Direitos humanos e saúde sexual

As notícias sobre HIV e outras IST raramente são só médicas: abrangem a privacidade, a discriminação, o acesso à saúde e a aplicação da lei. Cobri-las com um olhar de direitos humanos não é tomar partido político; é assumir que uma decisão editorial pode ter consequências reais sobre a vida de alguém.

Daí uma distinção que convém ter sempre à mão: o interesse público não é o mesmo que o interesse do público. Que um dado desperte curiosidade não significa que deva ser publicado. A pergunta útil não é “as pessoas vão se interessar?”, e sim “as pessoas precisam desse dado para entender o fato?”.

Privacidade e confidencialidade

O diagnóstico de uma pessoa é informação privada. A menos que haja um interesse público claro, revelar que alguém vive com HIV ou outra IST pode expô-la à discriminação, à violência, à perda de emprego ou ao rompimento de vínculos. E há um agravante próprio da nossa época: um nome publicado não desaparece, fica pesquisável para sempre.

Antes de incluir um dado que permita identificar alguém, convém aplicar três filtros. O primeiro é o da necessidade: é indispensável para compreender a notícia ou apenas satisfaz curiosidade? O segundo é o da identificação indireta: às vezes, não é preciso mencionar o nome, porque o cargo, o bairro, o local de trabalho ou uma foto bastam para identificar a pessoa no seu meio. O terceiro é o do consentimento real: aceitar uma entrevista não equivale a autorizar a publicação de um diagnóstico. Por isso, é importante garantir que a pessoa entenda onde seu depoimento será publicado e quais informações permitirão identificá-la. Na maioria dos casos, a história pode ser contada com a mesma qualidade sem expor ninguém.

Criminalização do HIV

Em alguns países, existem leis que punem condutas relacionadas à transmissão ou à exposição ao HIV, e elas variam muito de um lugar para outro, de modo que é necessário conhecer a legislação local antes de cobrir um caso.

Quando a notícia é sobre um processo judicial, há três planos que não devem se confundir: a conduta que a lei pune, a acusação — que é um indício, não um fato provado — e o que a ciência pode de fato demonstrar. Muitas dessas leis foram redigidas com base no conhecimento de décadas atrás e não contemplam o que hoje sabemos: que, com tratamento e carga viral indetectável, não há transmissão sexual (I=I), ou que o uso do preservativo muda por completo o risco.

Por isso, o jornalismo contribui mais ao levar a ciência ao tribunal: explicar como o HIV realmente se transmite, qual é o papel do tratamento e o que a evidência diz sobre o risco desarma interpretações que, sem esse contexto, parecem sólidas e não são. Também é preciso desconfiar de fórmulas como “transmissão intencional” sem provas que as sustentem.

Acesso à saúde e discriminação

Prevenir, diagnosticar e tratar uma IST não depende só de decisões individuais. A disponibilidade de serviços, o acesso aos testes, o custo dos tratamentos, o estigma ou a discriminação pesam tanto quanto a vontade de cada um. Por isso, quando uma cobertura trata de um aumento de casos ou de um diagnóstico tardio, olhar só para a conduta pessoal deixa de fora a outra metade da história: as condições estruturais que a explicam. Uma pergunta abre esse foco: “o que facilita ou o que impede esta pessoa de se cuidar?”.



Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia:

“CASOS DE SÍFILIS AUMENTAM POR FALTA DE RESPONSABILIDADE SEXUAL”

Contexto: as práticas sexuais influenciam a transmissão, mas seu aumento também pode estar relacionado à disponibilidade de testes, à dificuldade de acesso ao tratamento, à interrupção de programas de prevenção ou a mudanças na vigilância epidemiológica. Atribuí-lo apenas à conduta individual simplifica um problema de múltiplas causas.

Conclusão: em saúde pública, raramente há uma só explicação. Incorporar o contexto sanitário e social permite qualificar a cobertura, tornando-a mais completa e úteis.

Como produzir coberturas mais responsáveis

A qualidade de uma cobertura sobre HIV e IST não está apenas na exatidão dos dados, mas nas decisões editoriais que os cercam: que contexto se oferece, que vozes entram, o que se deixa de fora. Uma cobertura responsável não maquia a realidade nem esconde os problemas, mas também não os infla; dá ao público o necessário para entender um tema complexo sem cair em simplificações, estereótipos ou juízos de valor. O que vem a seguir traduz isso em três decisões concretas.

Contextualizar histórias

Toda notícia sobre saúde tem um contexto. Um caso individual pode refletir uma tendência mais ampla; um número pode responder a uma mudança de política pública; um avanço científico costuma ser fruto de anos de pesquisa, e não um achado isolado. Antes de publicar, é conveniente se perguntar o que o público precisa saber para compreender a história em toda a sua dimensão.

Incorporar antecedentes, explicar as condições sociais ou sanitárias que cercam um fato e consultar fontes especializadas evita que a notícia seja lida no vácuo.

Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia:

“JOVEM CONTRAI HIV APÓS CONHECER UMA PESSOA POR UM APLICATIVO DE RELACIONAMENTO”

Contexto: a manchete aponta para o aplicativo e sugere que a plataforma é o problema. Mas o relevante não é o meio pelo qual as pessoas se conheceram, e sim as práticas de prevenção, o acesso à informação e as ferramentas disponíveis para reduzir a transmissão.

Conclusão: quando um elemento não explica o problema de saúde e ainda reforça estereótipos, vale avaliar se ele de fato acrescenta algo de interesse jornalístico.

Evitar enfoques moralizantes

As coberturas sobre saúde sexual podem deixar passar, sem querer, juízos morais sobre a vida privada das pessoas: quando a notícia sugere que uma infecção é

consequência de uma conduta “correta” ou “incorreta”, ou apresenta uma prática sexual como uma falta ou um castigo. O papel do jornalismo não é avaliar decisões pessoais, e sim informar com evidência. Trocar o juízo por informação verificável permite explicar como uma infecção se transmite, como se previne e que fatores de fato influenciam a saúde.

Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia:

“A PROMISCUIDADE DISPARA OS CASOS DE SÍFILIS”

Contexto: a manchete atribui o aumento a um juízo moral sobre a conduta sexual e deixa de fora outros fatores — acesso a testes, disponibilidade de tratamento, mudanças na vigilância, estratégias de prevenção. Além disso, “promiscuidade” não tem definição objetiva em saúde pública: carrega mais carga valorativa do que informação.

Conclusão: quando uma explicação se apoia em qualificativos morais e não em evidências, é provável que o enfoque precise ser revisto.

Incluir vozes diversas sem exotização

Uma boa cobertura em saúde se enriquece com diferentes perspectivas: além de especialistas e autoridades, as organizações comunitárias, os profissionais de saúde e as pessoas com experiência direta trazem um conhecimento que nenhum relatório dá. Mas incluir vozes diversas não significa transformar alguém no centro da história só por pertencer a um grupo. As pessoas não devem aparecer como o exemplo de toda uma comunidade nem servir

apenas para sustentar uma narrativa de sofrimento, excepcionalidade ou superação.

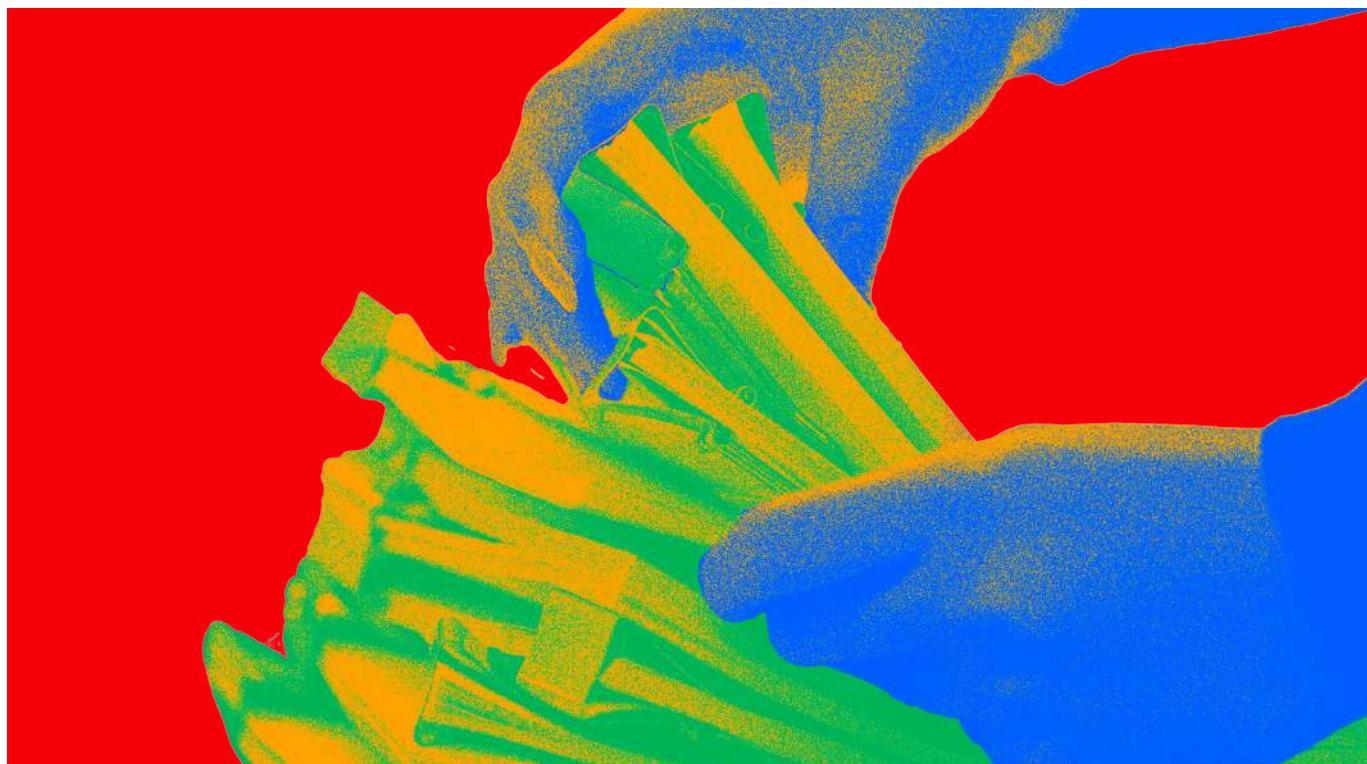
Duas regras de ofício ajudam: perguntar pela experiência, não pela identidade (“como foi conseguir o seu tratamento?” em vez de “como é ser...?”); não pedir a uma pessoa que fale em nome de toda uma comunidade; e ser transparente com ela sobre o enfoque da matéria, para que o seu depoimento não acabe encaixado numa história de pena ou de heroísmo que ela não escolheu contar.

Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia:

“UM PROFISSIONAL DO SEXO CONTA COMO SOBREVIVEU AO HIV”

Contexto: o depoimento pode contribuir, mas o enfoque reduz a pessoa a dois traços: sua ocupação e seu diagnóstico. Se não são indispensáveis para entender a notícia, acabam deslocando o resto da sua experiência e sugerem que ela representa toda uma população.

CONCLUSÃO:
DIVERSIFICAR AS
FONTES É AMPLIAR
AS PERSPECTIVAS
DE UMA COBERTURA,
NÃO TRANSFORMAR
A IDENTIDADE
DE ALGUÉM NO
PRINCIPAL ATRATIVO
DA NOTÍCIA.



4. LINGUAGEM E CONVERSA PÚBLICA SOBRE SEXUALIDADE



Como falar de sexualidade de forma precisa e cuidadosa

Falar de sexualidade ainda é um desafio para muitos veículos. Às vezes, recorre-se a eufemismos, expressões ambíguas ou termos moralizantes com a intenção de “suavizar” a informação. No entanto, a escolha do vocabulário pode dificultar a compreensão da notícia e até contribuir para a desinformação.

Usar uma linguagem precisa não significa ser explícito sem necessidade; significa chamar as coisas pelo nome, explicar os conceitos quando for preciso e evitar palavras que gerem confusão ou reforcem preconceitos.

Genitália e termos corretos

A precisão começa pelo vocabulário. Ao informar sobre saúde sexual, convém usar os termos anatômicos corretos quando forem relevantes para entender a informação: isso reduz ambiguidades e ajuda o público a compreender, por exemplo, como uma infecção se transmite ou em que consiste um procedimento.

Aqui aparece uma tensão real de redação, entre o eufemismo que não diz nada (“suas partes íntimas”) e

uma explicitude que o editor vai cortar. A saída não está em nenhum dos dois extremos, e há maneiras concretas de nomear com precisão sem soar vago nem vulgar.

O termo técnico é seu aliado, não seu inimigo. “Pênis”, “vagina”, “ânus”, “reto”, “sêmen”, “mucosa” pertencem ao registro clínico e, justamente por isso, são aceitos em contextos em que a gíria não passaria. Costumam soar mais sérios — e menos constrangedores — do que o eufemismo fofo ou o diminutivo. Na dúvida, a palavra médica quase sempre é a que escapa da censura.

Ancore a palavra na fonte. Atribuir a informação a uma autoridade sanitária (“segundo a OMS, o HIV pode ser transmitido durante o sexo anal ou vaginal sem proteção”) dá à frase um propósito evidente. Já não é o jornalista sendo explícito: é a matéria citando evidência. Esse enquadramento afasta boa parte da objeção editorial.

Explique o mecanismo, não nomeie só a parte. Em vez de parar num substantivo, descreva o caminho: “o contato entre mucosas durante a penetração”. Nomear com a função deixa claro porque aquela palavra está ali, e o que se entende como necessário raramente é cortado.

Mantenha um registro uniforme. Um termo específico chama atenção quando cai no meio de um texto cheio de rodeios. Se você mantém um tom clínico e neutro no parágrafo inteiro, a palavra precisa deixa de saltar aos olhos e passa a ser lida como o que é: informação.

Já “virilha”, “partes íntimas” ou “partes de baixo” não esclarecem nada e reforçam a ideia de que há coisas das quais não se pode falar. O diminutivo e a piscadela (“suas partezinhas”) são, paradoxalmente, os que soam mais vulgares; o termo exato soa profissional.

Orientação sexual e identidade de gênero

Com frequência, identidade de gênero e orientação sexual são confundidas ou usadas como sinônimos. É importante distinguir claramente essas categorias para evitar desinformação ou até reforçar estigmas.

Identidade de gênero: é a vivência interna e individual que uma pessoa tem do próprio gênero. Pode coincidir ou não com o sexo atribuído no nascimento e pode se expressar de diferentes formas na roupa, nos interesses ou em qualquer outra forma de expressão.

Uma pessoa cuja identidade de gênero coincide com o sexo atribuído no nascimento é uma pessoa cisgênero; já aquela que não se identifica com o sexo atribuído no nascimento é uma pessoa transgênero.

Orientação sexual: é a capacidade de uma pessoa de sentir atração afetiva, romântica ou sexual por pessoas de um gênero, de mais de um gênero ou de nenhum. A orientação sexual é independente da identidade de gênero.

As orientações sexuais mais conhecidas são: gay (um homem que se sente atraído por homens), lésbica (uma mulher que se sente atraída por mulheres) e bissexual (um homem ou uma mulher que sente atração por homens e mulheres). Mas também há outras que vêm ganhando visibilidade, como a assexualidade, em que a pessoa não sente atração erótica — embora sinta afetiva — por nenhum gênero.

Não custa lembrar que nem a identidade de gênero nem a orientação sexual determinam, por si sós, a probabilidade de se adquirir uma IST.



Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia:

“HOMEM GAY É DIAGNOSTICADO COM VARÍOLA DOS MACACOS”

Contexto: a orientação sexual não explica o diagnóstico. Se não há justificativa jornalística para mencioná-la, a manchete pode reforçar a ideia de que a doença está ligada a uma identidade, e não a determinadas formas de transmissão.

Conclusão: a orientação sexual ou a identidade de gênero só devem ser mencionadas quando trazem informação relevante para entender a notícia, e não para torná-la mais “vendável” ou chamativa.

Práticas sexuais e linguagem compreensível

Muitas notícias sobre saúde sexual exigem explicar práticas específicas para entender como uma infecção se transmite ou como funciona uma estratégia de prevenção. Nesses casos, a linguagem deve ser direta, precisa e compreensível. Mencionar o coito anal, o coito vaginal ou o sexo oral pode parecer excessivo, mas não o é quando é necessário para explicar uma parte fundamental da notícia.

Quando uma notícia faz referência a esses aspectos, é importante avaliar se eles são de fato relevantes para entender os fatos. Se a resposta for não, é provável que sua inclusão acrescente pouco valor informativo e favoreça associações desnecessárias entre determinadas populações e certos problemas de saúde.

Evitar essas descrições por incômodo ou substituí-las por expressões ambíguas pode deixar dúvidas importantes no público. Descrever uma prática sexual não implica

promovê-la nem julgá-la: apenas oferece a informação necessária para compreender um fato do ponto de vista da saúde pública.

A pergunta que organiza tudo isso é simples: é preciso nomear essa prática para que se entenda como a infecção se transmite ou como se previne? Se a resposta for sim, nomeá-la não é gratuito, é informativo — e esse é justamente o argumento que convence um editor. Se for não, provavelmente sobra. Precisão não é o mesmo que exibição: uma responde à compreensão do fato; a outra, à busca por sensacionalismo. Um recurso prático é explicar o termo uma vez — o que é e por que importa — e depois usá-lo com naturalidade no resto da matéria, sem repetir a explicação.

Expressões e enfoques que devem ser evitados

As palavras escolhidas para construir uma notícia podem mudar a forma como o público interpreta um problema de saúde. Algumas expressões são imprecisas; outras reproduzem preconceitos que historicamente acompanharam o HIV e outras IST. Revisar a linguagem antes de publicar ajuda a produzir uma comunicação mais precisa e baseada em evidências.

Eufemismos

Além de dificultar a compreensão, os eufemismos podem perpetuar a ideia de que falar de sexualidade é inadequado ou vergonhoso. Quando a mídia evita nomear práticas sexuais, partes do corpo ou métodos de prevenção por medo de incomodar o público, acaba reforçando o mesmo tabu que muitas estratégias de saúde pública tentam reduzir. A clareza não briga com o respeito: é possível informar com uma linguagem profissional, precisa e acessível sem recorrer a expressões ambíguas.

Também é conveniente evitar que os eufemismos substituam conceitos científicos importantes. Frases como “relações de risco”, “condutas inadequadas” ou “se expôs” podem deixar perguntas sem resposta se não se explica o que de fato aconteceu. Sempre que o contexto permitir, é melhor descrever a situação de forma concreta. Isso melhora a compreensão da notícia e facilita ao público identificar com mais clareza quais são as práticas associadas à prevenção e quais são os fatores que aumentam a probabilidade de adquirir uma infecção.



Termos estigmatizantes

As palavras mudam com o tempo, e muda também a forma como entendemos a saúde, a sexualidade e a diversidade. Muitos termos que por anos foram habituais na mídia hoje são considerados imprecisos, desatualizados ou estigmatizantes, seja porque simplificam uma realidade complexa, seja porque reforçam preconceitos ou reproduzem formas de discriminação que a evidência e os direitos humanos ajudaram a questionar.

No caso do HIV, é essencial revisar e evitar expressões como “aidético”, “portador”, “vítima da aids”, “infetado pelo HIV” ou frases como “confessou que vive com HIV”. Embora algumas ainda apareçam na mídia, apresentam a pessoa a partir do seu diagnóstico ou sugerem culpa, sofrimento permanente ou perigo para quem está ao redor. Hoje, é mais preciso falar de pessoas que vivem com HIV, já que o diagnóstico é só uma parte da sua vida e não define a sua identidade.

Algo parecido acontece ao informar sobre orientação sexual e identidade de gênero. Expressões como “opção sexual”, “homossexualismo”, “travesti” (usado para quem se identifica como mulher trans), “mudança de sexo” ou “sexo biológico”, empregadas de forma indiscriminada, transmitem conceitos incorretos ou desatualizados. Da mesma forma, usar o nome ou os pronomes que uma pessoa não reconhece para si pode resultar numa representação inexata da sua identidade.

Também é recomendável evitar termos que, mesmo parecendo descritivos, classificam as pessoas acima das circunstâncias. Falar em “grupos de risco”, por exemplo, pode dar a impressão de que determinadas populações representam um risco em si mesmas, quando a evidência mostra que o risco está associado a práticas, condições de acesso à saúde ou contextos específicos. Na maioria dos casos, é mais preciso falar em populações-chave, populações prioritárias, populações em situação de vulnerabilidade ou descrever diretamente a situação a que a informação se refere.



Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia:

**“HOMOSSEXUAL
CONFESSA
QUE É PORTADOR
DE HIV”**

Contexto: o título reúne vários termos que podem reforçar estigmas. “Confessa” sugere culpa; “portador” é uma expressão desatualizada e estigmatizante na comunicação sobre HIV; além disso, a orientação sexual aparece como dado central sem necessariamente acrescentar informação para entender a notícia. Uma redação mais precisa poderia se concentrar nos fatos e usar uma linguagem descritiva, livre de qualificativos desnecessários.

Conclusão: revisar a terminologia não é apenas uma questão de “politicamente correto”. As palavras influenciam a forma como o público entende uma realidade. Escolher expressões precisas ajuda a comunicar melhor a informação e contribui para reduzir estigmas que historicamente acompanharam o HIV, as IST e a diversidade sexual.

Associações entre IST e moralidade

As infecções sexualmente transmissíveis são problemas de saúde pública, não indicadores do comportamento moral das pessoas. Associar uma infecção a conceitos como “promiscuidade”, “libertinagem” ou “falta de valores” desvia a atenção dos fatores que realmente influenciam sua transmissão e dificulta uma compreensão baseada em evidências.

Por exemplo, o Jornal X publica esta notícia:

**“A LIBERTINAGEM
SEXUAL FAZ
DISPARAR OS CASOS
DE GONORREIA”**

Contexto: o título substitui a explicação epidemiológica por um juízo moral. Não traz evidência sobre as causas do aumento de casos e apresenta uma avaliação subjetiva como se fosse um fato comprovado.

Conclusão: quando uma explicação depende de julgamentos morais e não de informação verificável, é provável que o enfoque da cobertura precise ser repensado.

Boas práticas em comunicação

As boas práticas em comunicação não consistem em seguir uma lista de palavras permitidas ou proibidas; implicam desenvolver o hábito de se perguntar como uma informação será interpretada antes de publicá-la. Em temas ligados à sexualidade, ao HIV e a outras IST, uma decisão aparentemente menor — um verbo, um título ou uma imagem — pode mudar a forma como o público entende um problema de saúde.

Comunicar com responsabilidade não significa perder capacidade narrativa nem prescindir do interesse jornalístico, mas construir histórias que informem sem sacrificar o contexto, a evidência ou a dignidade das pessoas.

Manchetes

A manchete costuma ser a única parte de uma notícia que muita gente lê. Em redes sociais, buscadores ou aplicativos de mensagem, o título circula com frequência separado do resto do texto. Por isso, uma imprecisão nessas poucas palavras pode ter mais impacto do que qualquer ressalva incluída depois na matéria.

A pressão por atrair leitores favorece manchetes que exageram números, simplificam achados científicos ou apresentam hipóteses como fatos consumados. O problema é que uma boa manchete não deve só despertar interesse; também deve representar com fidelidade a informação que o texto desenvolve.



Por exemplo o Jornal X publica esta notícia:

**“NOVA
VACINA
PODE ERRADICAR
O HIV”**

Contexto: a pesquisa corresponde a uma fase inicial e seus resultados mostram apenas uma resposta imunológica promissora. Falar em “erradicar” o HIV gera uma expectativa que a própria pesquisa não sustenta e pode alimentar falsas esperanças no público.

Conclusão: a manchete não deve prometer mais do que a evidência demonstra. Se uma afirmação precisa de ressalvas para estar correta, essas ressalvas também deveriam aparecer já no título.

Redes sociais

As redes sociais mudaram a forma como a informação sobre saúde circula. Hoje, uma notícia pode se resumir a uma imagem, um vídeo de poucos segundos ou uma frase isolada que será compartilhada milhares de vezes sem o contexto que a acompanha no texto original.

Esse cenário obriga o jornalismo a pensar além da matéria completa. Se um dado pode ser mal interpretado ao ser separado do contexto, provavelmente precisa de uma explicação melhor desde o começo. Em temas de saúde sexual, nos quais os preconceitos e a desinformação circulam com facilidade, uma publicação ambígua pode reforçar mitos muito antes de aparecerem as correções. Não se trata de adaptar a informação ao funcionamento dos algoritmos, e sim de reconhecer que a conversa pública já não acontece apenas nos veículos tradicionais. O contexto também precisa viajar com a notícia.

Cobertura de tendências e desinformação

Nem toda conversa viral merece virar notícia. Às vezes, a tentativa de desmentir um boato acaba amplificando uma afirmação falsa que, de outro modo, teria alcance limitado. Antes de cobrir uma tendência, é importante avaliar se ela realmente tem relevância pública ou se o próprio tratamento jornalístico vai lhe dar mais visibilidade.

Quando uma afirmação falsa de fato exige cobertura, o desafio é não colocar o mito no centro da história. O importante não é repetir a desinformação para depois desmenti-la, e sim explicar o que diz a evidência, por qual razão surgiu a confusão e quais são os dados verificáveis disponíveis.

Por exemplo, diário X publica esta notícia:

**“É VERDADE
QUE OS
PRESERVATIVOS
JÁ NÃO
PROTEGEM
CONTRA AS
NOVAS IST?”**

Contexto: a manchete reproduz uma afirmação viral sem sustentação científica e pode ser interpretada como verdadeira por quem lê apenas o título. Um enfoque mais útil seria explicar que proteção os preservativos

oferecem, quais são seus limites e por qual razão surgiu a desinformação.

Conclusão: desmentir um mito não consiste apenas em dizer que ele é falso; implica também evitar que o próprio desmentido ajude a difundi-lo.

Uso responsável de informação científica

A evidência científica é a base de uma cobertura rigorosa, mas nem toda publicação científica tem o mesmo peso nem responde às mesmas perguntas. Um estudo isolado raramente muda o conhecimento disponível; é o acúmulo de evidências que permite estabelecer consensos e mudar as recomendações em saúde.

Isso obriga o jornalismo a resistir à tentação de apresentar cada novo artigo como uma descoberta revolucionária. Expressões como “cientistas descobrem”, “enfim encontraram a cura” ou “tudo o que sabíamos estava errado” costumam responder mais a uma necessidade narrativa do que ao funcionamento real da ciência.



O PAPEL DO JORNALISTA NÃO É TRADUZIR LITERALMENTE UM ARTIGO CIENTÍFICO, E SIM AJUDAR O PÚBLICO A ENTENDER O QUE AQUELE ESTUDO ACRESCENTA, QUAIS SÃO SEUS LIMITES E COMO ELE SE RELACIONA COM O CONHECIMENTO ANTERIOR.



EM SAÚDE, A NOVIDADE QUASE NUNCA BASTA; O QUE DE FATO IMPORTA É SABER QUAL É O SEU LUGAR NA EVIDÊNCIA DISPONÍVEL.

5. FERRAMENTAS PRÁTICAS PARA JORNALISTAS



Este capítulo reúne critérios que podem ser usados durante a apuração, a redação e a edição de uma matéria sobre HIV, IST e saúde sexual. O objetivo é oferecer perguntas úteis para revisar a informação antes de publicá-la.

Como cobrir

Surtos e alertas sanitários

Surtos e alertas sanitários costumam gerar manchetes urgentes porque combinam três elementos que chamam a atenção: novidade, incerteza e possibilidade de dano. O problema surge quando a velocidade atropela o contexto e qualquer aumento de casos é apresentado como uma ameaça generalizada.

Antes de falar de um “alerta”, vale identificar quem o emitiu, a que população se dirige e que nível de risco ele realmente descreve. Nem todo alerta implica uma emergência internacional, nem todo surto tem a mesma capacidade de se espalhar. A via de transmissão, a distribuição geográfica, a quantidade de casos e as medidas disponíveis para controlá-los são dados essenciais para dimensionar o problema.

Também é importante distinguir gravidade individual de potencial epidêmico. Uma infecção pode produzir quadros graves e, ao mesmo tempo, ter capacidade limitada de

propagação. Da mesma forma, um patógeno altamente transmissível não necessariamente produz doença grave na maioria das pessoas. Misturar os dois conceitos pode transformar uma matéria informativa numa narrativa de ameaça.

Por exemplo, diário X publica esta notícia:

**“ALERTA MÁXIMO
POR NOVA IST
QUE AMEAÇA SE
ESPALHAR POR
TODA A REGIÃO”**

Contexto: a autoridade sanitária informou um aumento localizado de casos e recomendou reforçar a vigilância e o diagnóstico, mas não declarou uma emergência generalizada nem apontou evidência de expansão regional.

Conclusão: o grau de alarme do título deve corresponder ao nível de risco comunicado pelas autoridades e à evidência disponível, não ao potencial de impacto da notícia.

Novos estudos científicos

Os estudos científicos podem trazer notícias relevantes, mas uma publicação recente não equivale automaticamente a uma mudança no conhecimento médico. O jornalista deve distinguir entre um resultado inédito e uma evidência sólida o bastante para mudar recomendações ou práticas.

Ao analisar um estudo, vale avaliar que tipo de pesquisa é, quantas pessoas participaram, que população foi analisada, que desfecho foi medido e quais são os limites reconhecidos pelos autores. Também é importante identificar se o resultado foi publicado numa revista científica, apresentado apenas num congresso ou divulgado por meio de um comunicado à imprensa.

Um achado pode ser promissor, mas nem por isso é definitivo. As primeiras fases de uma pesquisa costumam responder a perguntas sobre segurança, mecanismos de ação ou sinais iniciais de eficácia; não necessariamente demonstram que uma intervenção está pronta para uso generalizado.

Por isso, a pergunta jornalística não deveria ser apenas “o que descobriram?”, mas também “o que sabemos agora que não sabíamos antes?” e “o que ainda falta demonstrar?”.

Dados epidemiológicos

Os dados epidemiológicos permitem observar tendências, mas exigem interpretação. Um número sem ponto de comparação pode parecer mais alarmante ou mais tranquilizador do que realmente é.

Boa parte dos erros nasce de usar como sinônimos palavras com significados diferentes. Distingui-las bem é fundamental, porque confundi-las muda a notícia.

Incidência. Número de casos novos que aparecem num período. Responde à pergunta “quantos se somaram?”.
Prevalência. Total de pessoas que vivem com a infecção

num dado momento, somando os casos novos e os que já existiam. Responde a “quantas há no total?”.

Casos notificados. Não são todos os casos que existem, e sim os que chegaram a ser registrados. Se são feitos mais testes ou a vigilância melhora, o número sobe sem que necessariamente haja mais infecções.

Casos absolutos. O número sozinho (“10 mil casos”) diz pouco sem considerar o denominador: não é a mesma coisa num país de um milhão de habitantes e em um de cem milhões.

Taxa. Expressa os casos em relação à população (por exemplo, a cada 100 mil pessoas). É o que permite comparar lugares ou períodos de tamanhos distintos.

Para não confundir as duas primeiras, pense em uma banheira com a torneira aberta. A água que cai da torneira representa a incidência — o novo que entra; o nível de água acumulado na banheira representa a prevalência. São medidas diferentes e não podem ser usadas como sinônimos. Esse detalhe importa muito no HIV. Como ainda não há cura e o tratamento permite viver muitos anos, a prevalência pode subir mesmo havendo menos infecções novas: há mais pessoas vivendo com HIV simplesmente porque vivem mais e melhor. Ler esse aumento como se fossem “mais contágios” é um erro clássico que às vezes transforma uma boa notícia em alarme.

Antes de informar que uma infecção “aumentou” ou “diminuiu”, é válido revisar de qual desses números se está falando e se houve mudanças nos métodos de vigilância, nos testes disponíveis, nos critérios diagnósticos ou na capacidade de registro. Sempre que possível, os números devem ser comparados com períodos anteriores e com a população a que se referem. O dado principal deve responder a uma segunda pergunta: o que pode estar explicando isso? Sem essa camada de contexto, a epidemiologia vira uma série de números sem muito sentido.

Políticas públicas e acesso ao tratamento

É importante olhar as decisões de saúde pública sob a lente das repercussões. Uma mudança nos programas de prevenção, nas regras de acesso a medicamentos, na disponibilidade de testes ou no financiamento das políticas públicas pode afetar diretamente a capacidade de uma população de prevenir, diagnosticar ou tratar uma infecção.

Ao cobrir políticas públicas, é essencial buscar um equilíbrio entre as declarações e as diretrizes descritas

nessas políticas, já que entre a publicação de uma norma e seu impacto real pode haver uma grande distância.

A cobertura pode ganhar profundidade a partir de algumas perguntas:

- **O que muda na prática?**
- **Quem poderá acessar um serviço?**
Quem ficará de fora?
- **Que recursos existem para implementar a medida?**
- **Que obstáculos podem dificultar sua implementação?**

Em temas sobre tratamento, também é importante distinguir entre disponibilidade teórica e acesso efetivo. Que um medicamento esteja aprovado ou incluído numa política de saúde não significa, necessariamente, que todas as pessoas que dele precisam consigam obtê-lo no tempo certo.

Como selecionar fontes e fazer entrevistas

Escolher fontes não é só encontrar alguém disposto a falar. Cada fonte traz um tipo de conhecimento diferente e tem seus limites. Uma cobertura sólida costuma triangular três olhares: quem explica a evidência, quem conhece como funcionam (ou falham) os serviços e quem vive o problema na pele. Nenhum dos três, sozinho, conta a história completa.

Especialistas

Os especialistas trazem conhecimento técnico e ajudam a interpretar estudos, dados epidemiológicos ou recomendações clínicas. Mas “especialista” não é uma categoria uniforme: ninguém domina igualmente todos os cantos de um tema. Antes da entrevista, é importante verificar qual é a área de atuação da pessoa e se ela corresponde ao tema que se pretende explicar. Quem faz pesquisa básica aborda o HIV de forma diferente de quem atende pacientes ou formula políticas públicas.

Dois cuidados de ofício são fundamentais. O primeiro diz respeito aos conflitos de interesse: ter participado de um estudo, recebido financiamento de uma farmacêutica ou colaborado com uma instituição não invalida uma opinião, mas são informações que ajudam a contextualizá-la e deixá-la transparente na matéria. O segundo é não confundir uma opinião com o consenso: uma voz



autorizada pode sustentar uma posição minoritária, e apresentá-la como “o que diz a ciência” desinforma.

Na conversa, perguntas como “o que sabemos com certeza?”, “o que ainda não sabemos?” ou “o que costuma ser mal interpretado sobre isso?” abrem mais do que pedir uma avaliação geral. E, diante de uma afirmação forte, uma pergunta simples organiza tudo: “em que evidência isso se baseia?”.

Organizações da sociedade civil

Historicamente, as ONG tiveram papel de liderança na resposta ao HIV e na promoção da saúde sexual de populações desatendidas. Por isso, costumam conhecer,

em primeira mão, as barreiras reais de acesso à prevenção, aos testes e ao tratamento, e como uma política pública é aplicada (ou não) no território. Muitas, além disso, produzem dados, monitoram serviços e identificam problemas que as fontes oficiais não conseguem captar.

Ainda assim, uma organização não representa automaticamente toda uma comunidade e costuma ter uma posição de incidência legítima que deve ser conhecida e explicitada. Seus dados e afirmações devem ser verificados como os de qualquer outra fonte. E um ponto essencial: as organizações da sociedade civil são uma porta de entrada para os depoimentos, não um substituto da apuração.

Pessoas com HIV e outras IST

As pessoas que vivem com HIV ou passaram pelo diagnóstico de uma IST trazem o que nenhum relatório oferece: a experiência concreta de viver o momento do diagnóstico, o tratamento, o estigma ou o atendimento nos serviços. Esse depoimento ilustra, mas não prova: uma história individual mostra um fenômeno, mas não demonstra que ele ocorra da mesma forma em toda uma população.

Aqui, o cuidado ético pesa tanto quanto o jornalístico, porque quem fala pode enfrentar consequências que o jornalista não correrá: demissão, violência ou rompimento de vínculos familiares. Algumas práticas ajudam, tais como:

- Oferecer opções de identificação, sempre respeitando o que a pessoa escolher: nome completo, só o primeiro nome ou anonimato.
- Lembrar que aceitar uma entrevista não é autorizar a publicação de um diagnóstico nem de todos os detalhes de uma vida; é necessário confirmar o que será identificável e onde vai aparecer.
- Deixar que a pessoa marque o ritmo e não pressionar por detalhes que não acrescentam à matéria.
- Evitar o molde da pena ou da “superação heroica”: alguém é muito mais do que o seu diagnóstico, e reduzi-lo à “pessoa com HIV” da história também estigmatiza.

Populações-chave

“Populações-chave” designa, em saúde pública, grupos que, por condições sociais, legais ou epidemiológicas,

enfrentam maior exposição ao HIV ou mais barreiras de acesso. Pertencer a uma delas não transforma ninguém em porta-voz de todo o grupo. Na entrevista, deve-se evitar perguntas que busquem confirmar um estereótipo ou que tratem a identidade da pessoa como curiosidade. A pergunta deve ser dirigida à experiência e ao contexto (“como foi conseguir o seu tratamento?”), não à identidade como espetáculo.

Vale também reconhecer a interseção: uma mesma pessoa pode pertencer a várias populações e viver várias desigualdades ao mesmo tempo. A experiência de um homem gay com acesso estável a serviços de saúde pode ser muito diferente da de outro em contexto de pobreza, migração ou criminalização. Tratar gays ou pessoas trans como um bloco uniforme apaga justamente o que explica o problema.

Checklist editorial antes de publicar



Uma última leitura antes de publicar pode detectar erros que nem sempre são evidentes durante a escrita. Este checklist não substitui a edição, mas ajuda a revisar cinco dimensões essenciais de uma cobertura sobre saúde sexual.

Precisão

Verifique:

- **Os números coincidem com a fonte original?**
- **As porcentagens e taxas estão explicadas corretamente?**
- **Distingue-se entre associação e causalidade?**
- **Os termos médicos e científicos mantêm o seu significado depois de simplificados?**

A precisão também inclui reconhecer os limites da informação. Dizer “ainda não se sabe” pode ser mais

rigoroso do que preencher um vazio com uma explicação não comprovada.

Contexto

Verifique:

- O público consegue entender o que significa o dado principal?
- Existe um período ou número com o qual compará-lo?
- Explicam-se os fatores sociais, econômicos, políticos ou sanitários que podem influenciar?
- A história individual está apresentada como tal, e não como representação de toda uma população?
- Foi omitido algum elemento que possa mudar substancialmente a interpretação da notícia?

O contexto não é informação adicional: é o que transforma um dado correto numa informação de fato compreensível.

Linguagem

Verifique:

- As palavras descrevem ou julgam?
- Usam-se eufemismos que dificultam a compreensão?
- A orientação sexual, a identidade de gênero ou a condição de saúde são mencionadas porque são relevantes?
- Os verbos introduzem ideias de culpa, crime ou confissão que os fatos não sustentam?
- Existe uma forma mais precisa de dizer a mesma coisa?

Uma palavra aparentemente pequena pode mudar o sentido inteiro de uma história.

Estigma

Verifique:

- A cobertura associa uma infecção a um grupo específico de forma desnecessária?
- Apresenta-se alguma prática sexual como uma característica moral?
- As imagens reproduzem estereótipos?
- A manchete gera medo desproporcional?
- A identidade de uma pessoa está reduzida ao seu diagnóstico, orientação sexual, ocupação ou condição social?

Eliminar o estigma significa evitar associações que não ajudam a entender os fatos e que podem reforçar preconceitos.

Qualidade das fontes

Verifique:

- A fonte tem experiência direta no tema que comenta?
- A informação vem do documento original ou de uma interpretação secundária?
- Foram consultadas perspectivas suficientes para entender o problema?
- Existem conflitos de interesse que precisam ser considerados?
- Uma opinião isolada está recebendo o mesmo peso que um consenso respaldado por evidência?

**A QUANTIDADE DE FONTES
NÃO GARANTE UMA
COBERTURA RIGOROSA.
O IMPORTANTE É QUE CADA
UMA TRAGA CONHECIMENTO
RELEVANTE E QUE O
SEU PESO DENTRO DA
HISTÓRIA CORRESPONDA À
QUALIDADE DA EVIDÊNCIA
QUE SUSTENTA SUAS
AFIRMAÇÕES.**

GLOSSÁRIO



Adesão (ao tratamento). Medida em que uma pessoa segue o tratamento conforme prescrito: a dose, os horários e a constância. No tratamento do HIV, a adesão adequada permite alcançar e manter uma carga viral indetectável (ou também a denominada supressão viral).

Aids. Síndrome da imunodeficiência adquirida: a fase mais avançada da infecção pelo HIV, quando o sistema imunológico está muito enfraquecido. Não é sinônimo de HIV: uma pessoa pode viver com HIV durante anos sem desenvolver aids, sobretudo se estiver em tratamento. Escreve-se em minúsculas.

Antirretroviral (tratamento antirretroviral, TARV).

Conjunto de medicamentos que controlam o HIV. Não eliminam o vírus do corpo, mas reduzem a carga viral, protegem o sistema imunológico e, com adesão adequada, permitem alcançar e manter uma carga viral indetectável.

Assexual. Orientação sexual de uma pessoa que não sente atração sexual por outras, ou a sente em grau muito baixo, o que não impede que tenha atração afetiva ou romântica.

Bissexual. Pessoa que pode sentir atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas de mais de um gênero.

Carga viral. Quantidade de HIV detectada em uma amostra de sangue. Mede a quantidade de vírus no

sangue e permite avaliar o quão eficazmente o tratamento antirretroviral está funcionando.

Casos notificados. Casos que chegam a ser registrados oficialmente no sistema de saúde. Nem sempre equivalem ao total real: um aumento de casos notificados pode refletir mais diagnóstico ou melhor registro, não necessariamente mais infecções.

Cisgênero (pessoa). Pessoa cuja identidade de gênero coincide com o sexo que lhe foi atribuído no nascimento. Por exemplo, uma pessoa designada mulher ao nascer que se identifica como mulher.

Coinfecção. Presença simultânea de duas infecções numa mesma pessoa; por exemplo, HIV e tuberculose ou HIV e hepatite C ou HIV e sífilis. Uma infecção pode influenciar a evolução da outra e, em alguns casos, aumentar a suscetibilidade à aquisição ou facilitar sua transmissão.

Discriminação. Tratamento desigual, exclusão ou restrição dos direitos de uma pessoa ou grupo por causa de características reais ou percebidas, como seu estado de saúde, orientação sexual, identidade ou expressão de gênero.

Emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII).

Nível máximo de alerta da Organização Mundial da Saúde. É um mecanismo para coordenar a resposta entre países;

não equivale, por si só, a uma pandemia nem antecipa a gravidade de um surto (Em inglês, PHEIC.)

Endemia, epidemia e pandemia. Três situações diferentes: uma doença endêmica circula de forma habitual e estável numa região; uma epidemia é um aumento incomum de casos em um ou mais de um território; uma pandemia é uma epidemia estendida a vários países ou continentes. Não são intercambiáveis.

Estigma. Conjunto de ideias e julgamentos negativos associados a certas características de uma pessoa — por exemplo, seu estado de saúde, sua orientação sexual ou sua identidade ou expressão de gênero.

Expressão de gênero. Forma como uma pessoa manifesta seu gênero para fora: roupa, aparência, gestos ou voz. Não determina nem a identidade de gênero nem a orientação sexual.

Gay. Pessoa que sente atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas do mesmo gênero.

HIV (vírus da imunodeficiência humana).

O vírus que ataca o sistema imunológico. Com tratamento, é controlado e a pessoa mantém boa qualidade de vida. É o vírus; não deve ser confundido com a aids, que é uma fase da infecção. Escreve-se em maiúsculas.



Homem trans. Homem a quem foi atribuído o sexo feminino ao nascer, mas cuja identidade de gênero é masculina. Refere-se à identidade de gênero e não determina a orientação sexual.

Homofobia (e LGBTfobia). Rejeição, preconceito ou discriminação contra pessoas por sua orientação sexual ou identidade de gênero. É um dos fatores sociais que afastam as pessoas dos serviços de saúde.

HPV (papilomavírus humano). Vírus muito frequente, transmitido por contato sexual. A maioria das infecções se resolve sozinha, mas alguns tipos podem causar verrugas ou certos tipos de câncer. Existe vacina.

Identidade de gênero. Vivência interna e individual que uma pessoa tem do próprio gênero. Pode coincidir ou não com o sexo atribuído no nascimento e é independente da orientação sexual.

Incidência. Número de casos novos de uma infecção numa população durante determinado período. Responde a “quantos casos novos foram contabilizados”, diferentemente da prevalência.

Indetectável. Pessoa que vive com HIV cuja quantidade de vírus no sangue (carga viral) foi reduzida, graças ao tratamento, a níveis que os testes habituais não conseguem detectar.

Indetectável = Intransmissível (I=I).

Princípio respaldado por evidência científica segundo o qual uma pessoa que vive com HIV, está em tratamento antirretroviral e mantém a carga viral indetectável não transmite o HIV. Refere-se especificamente à transmissão sexual e não implica proteção contra outras IST.

Infecção sexualmente transmissível (IST).

Infecção transmitida principalmente por práticas sexuais (vaginais, anais ou orais). Algumas também podem ser transmitidas pelo sangue ou durante a gestação, o parto ou a amamentação. Prefere-se “IST” a “doença sexualmente transmissível” (DST), porque a pessoa pode ter a infecção sem apresentar sinais, sintomas ou doença.

Intersexualidade.

Termo que abrange diversas variações inatas das características sexuais — cromossomos, anatomia reprodutiva, genitais ou hormônios — que não correspondem às definições típicas de corpos masculinos ou femininos.

Janela imunológica.

Tempo entre uma possível exposição a uma infecção e o momento em que um teste pode detectá-la de forma confiável. Explica por que às vezes se recomenda repetir um teste.

Mulher trans. Mulher a quem foi atribuído o sexo masculino ao nascer, mas cuja identidade de gênero é feminina. Refere-se à identidade de gênero e não determina a orientação sexual.

Orientação sexual.

Capacidade de uma pessoa de sentir atração afetiva, romântica ou sexual por pessoas de um gênero, de mais de um gênero ou de nenhum. Pode se expressar com

termos como heterossexual, homossexual, bissexual ou assexual, entre outros.

PEP (profilaxia pós-exposição).

Medida de emergência para prevenir o HIV, após uma possível exposição. Consiste em tomar antirretrovirais por um período determinado e deve começar o quanto antes, em até 72 horas da exposição ao vírus.

Pessoa não binária.

Pessoa cuja identidade de gênero não se reconhece exclusivamente dentro das categorias de homem ou mulher. Abrange diversas experiências e identidades e não implica determinada aparência, expressão de gênero ou orientação sexual.

Pessoa que vive com HIV.

Expressão recomendada para se referir a alguém que tem HIV, já que coloca a pessoa antes da sua condição de saúde e evita defini-la exclusivamente por um diagnóstico.

Pessoa trans. Pessoa cuja identidade de gênero não coincide com o sexo que lhe foi atribuído no nascimento. “Trans” é um termo amplo que pode incluir diferentes identidades e experiências de gênero. Ser trans se refere à vivência interna e não determina as características corporais nem os procedimentos médicos que a pessoa tenha decidido fazer.

Pessoa trans feminina.

Termo amplo para se referir a pessoas cuja identidade de gênero é feminina ou se situa em direção ao feminino, e a quem foi atribuído o sexo masculino ao nascer. Inclui as mulheres trans e pessoas transfemininas que não se nomeiam totalmente dentro da categoria “mulher”.



Populações-chave. Grupos que, por uma combinação de fatores epidemiológicos, sociais, legais e estruturais, podem apresentar maior vulnerabilidade ao HIV e enfrentar barreiras específicas para acessar prevenção, diagnóstico e cuidado.

Populações em situação de vulnerabilidade. Grupos de pessoas que, por determinadas condições sociais, econômicas, culturais, legais, geográficas ou de acesso à saúde, enfrentam maiores barreiras para exercer seus direitos, acessar serviços ou proteger sua saúde.

PrEP (profilaxia pré-exposição). Estratégia voltada a pessoas que não vivem com HIV e querem reduzir a chance de adquiri-lo. Consiste em tomar antirretrovirais antes de uma possível exposição. É altamente eficaz contra o HIV, mas não protege contra outras IST.

Preservativo (camisinha). Método de barreira que reduz o risco de transmissão do HIV e de outras IST. Pode ser externo ou interno e ser utilizado em relações vaginais ou anais.

Prevalência. Número total de pessoas que vivem com uma infecção num dado momento ou período, incluindo casos novos e antigos. Responde a “quantas há”, diferentemente da incidência.

Prevenção combinada. Enfoque que integra diferentes ferramentas — preservativos, testes, PrEP, PEP, vacinação, tratamento oportuno e educação — partindo do princípio de que nenhuma medida única serve para todas as pessoas ou situações.

Sorodiscordância (casal sorodiferente). Casal em que uma pessoa vive com HIV e a outra não. Com tratamento e carga viral indetectável, a transmissão sexual do vírus não ocorre.

Sorofobia. Rejeição ou discriminação especificamente contra as pessoas que vivem com HIV. Pode se manifestar no trabalho, nos serviços de saúde ou nas relações pessoais.

Sexo atribuído no nascimento. Classificação feita no momento do nascimento, geralmente como feminino ou masculino, a partir de características físicas observáveis.

Sífilis. IST causada por uma bactéria, curável com o tratamento adequado. Seu aumento sustentado é uma das tendências epidemiológicas mais relevantes na região.

Trabalho sexual (pessoa trabalhadora sexual).

Troca consensual de serviços sexuais entre pessoas adultas. Prefere-se este termo a “prostituição” ou “prostituta”, que carregam estigma. Não deve ser confundido com o tráfico de pessoas, que envolve coerção.

Transexual. Termo que algumas pessoas trans usam para se nomear, com frequência associado a quem fez ou deseja fazer uma transição médica (hormonal ou cirúrgica). Nem todas as pessoas trans se identificam como transexuais, e muitas preferem simplesmente “trans”. Deve ser usado apenas se a pessoa se nomeia assim; não é sinônimo automático de “pessoa trans”.

Transição. Processo pelo qual uma pessoa realiza mudanças para viver e se expressar de acordo com sua identidade de gênero. Pode incluir mudanças sociais (nome, pronomes, forma de vestir) e, em alguns casos, médicas (tratamento hormonal e/ou procedimentos cirúrgicos).

Travesti. Termo de significado variável conforme o país e o contexto. Em boa parte da América Latina — de forma marcante na Argentina e no Brasil — muitas pessoas o reivindicam como uma identidade própria, com uma história social e política específica, que não deve ser reduzida à categoria de “mulher trans”. Por isso, quando alguém se identifica como travesti, cabe respeitar essa autodefinição. O que o jornalismo deve evitar é empregá-lo como rótulo genérico e intercambiável: “travesti” não é sinônimo de gay, de transexual, de pessoa não binária nem de “montada”. Usá-lo como espetáculo ou como insulto também reproduz estigma. Em resumo: usa-se o termo com o qual a pessoa se identifica, e não impor “travesti” como uma categoria para realidades distintas.

Vigilância epidemiológica. Sistema com que as autoridades reúnem e analisam dados de saúde para detectar tendências e surtos. Mudanças na vigilância (novos testes, mais pontos de registro) podem alterar os números sem que a realidade de fundo mude.





AMÉRICA LATINA
& CARIBE

ahflatamycaribe.org

IV CONCURSO REGIONAL DE JORNALISMO
SOBRE SAÚDE SEXUAL E HIV
AMÉRICA LATINA E CARIBE

HISTÓRIAS QUE QUEBRAM O SILÊNCIO



ahflatamcaribe.org/concurso-periodismo/

AHF AIDS HEALTHCARE
FOUNDATION

AHF INSTITUTO DE SALUD
PÚBLICA GLOBAL
PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

AHF AMÉRICA LATINA
& CARIBE