

Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE**

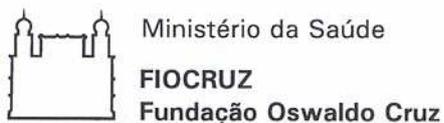
**EPIDEMIA DE IMPRENSA: ANÁLISE DA  
COBERTURA DA FEBRE AMARELA**

por

**Bruno Camarinha Dominguez**

Rio de Janeiro

Dezembro de 2009



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE**

### **EPIDEMIA DE IMPRENSA: ANÁLISE DA COBERTURA DA FEBRE AMARELA**

**por**

**Bruno Camarinha Dominguez**

**Projeto de Pesquisa** apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

**Orientador:** Dr. Wedencley Alves

Rio de Janeiro

Dezembro de 2009

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, presente em todos os momentos;

A Bruno, Nancy, Júlia, Luiza e demais amigos que iluminam meu caminho;

À coordenação do Radis, pela liberação e incentivo;

À Marinilda, pela confiança e parceria;

Às coordenadoras Janine e Izamara, pela oportunidade de me desenvolver;

Aos professores e funcionários do Icict, que contribuíram para meu aprendizado;

A Juliana e todos os colegas que tornaram o processo mais divertido;

A Weden Alves, pelas orientações.

## SUMÁRIO

<b>1 – Introdução</b> .....	5
1.1 - A doença .....	7
1.2 – Histórico .....	9
1.3 – O projeto de pesquisa .....	12
<b>2 – Problema</b> .....	14
<b>3 – Hipótese</b> .....	14
<b>4 – Marco Teórico</b>	
4.1 – Comunicação .....	14
4.2 – Saúde .....	28
<b>5 – Metodologia</b> .....	32
<b>6 – Referências bibliográficas</b> .....	34

## 1 - Introdução

Neste dezembro de 2009, a febre amarela é tema ausente dos principais jornais impressos do Brasil. A corrente falta de notícias sobre a doença em nada faz lembrar o período entre dezembro de 2007 e abril de 2008, quando praticamente dominou o noticiário nacional, ocupando posição de destaque.

Em meio à atualização dos números de casos suspeitos da doença e de mortes de macacos, as publicações alardearam a ocorrência de uma epidemia de febre amarela e a volta do seu tipo urbano ao país, não registrado desde 1942. Autoridades sanitárias e epidemiologistas negaram repetidamente as informações, com efeitos limitados sobre o viés da cobertura.

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, chegou a se pronunciar em cadeia nacional de rádio e televisão no domingo 13 de janeiro de 2008, quando o temor crescia. Disse não existir “risco de epidemia” e esclareceu que “os casos registrados desde 1942 foram de febre amarela silvestre, ou seja, de pessoas que contraíram a doença nas florestas”.

Ainda reforçou que a vacina era recomendada apenas para aqueles que viviam ou visitariam regiões de matas e rios das áreas de risco de transmissão do tipo silvestre: todos os estados das regiões Norte e Centro-Oeste, parte das Nordeste (Maranhão, sudoeste do Piauí, oeste e extremo-sul da Bahia), Sudeste (Minas Gerais, oeste de São Paulo e norte do Espírito Santo) e Sul (oeste de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul).

A despeito da recomendação das autoridades sanitárias, o clima de alarmismo contribuiu para que se formassem enormes filas de pessoas buscando a imunização contra a doença em unidades do Sistema Único de Saúde, mesmo estando fora da área de risco ou em situações contra-indicadas.

A vacina antiamarílica está na rotina da rede básica do SUS e protege o indivíduo por pelo menos 10 anos. Há contra-indicação para hipersensíveis a ovos de galinha e seus derivados, menores de seis meses, grávidas (exceto em situações de emergência epidemiológica), pessoas com doença infecciosa aguda em estado febril (acima de 38,5° C) e com imunodepressão.

O Governo Federal distribuiu 25.373.510 doses da vacina, das quais 13.565.875 foram aplicadas — Distrito Federal e Goiás imunizaram 1.270.351 e 2.742.802, respectivamente. O estoque nacional acabou comprometido: o laboratório público Bio-Manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz, precisou reforçar sua produção, e a frequente doação do imunizante para países africanos ficou prejudicada.

Há relatos de indivíduos que se vacinaram duas e até três vezes num curto espaço de tempo, acreditando estarem, assim, mais protegidos. O Sistema de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacina contra Febre Amarela registrou 284 casos suspeitos de efeitos colaterais — número superior ao de casos suspeitos da doença. Desse total, 48 indivíduos chegaram a ser hospitalizados: oito tiveram eventos adversos graves associados à vacina confirmados, seis morreram e dois choques anafiláticos evoluíram para cura após atendimento médico.

Boletim de encerramento da Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional (Espin) de febre amarela, divulgado pelo Ministério da Saúde em 9 de janeiro de 2009, indica que o primeiro caso da doença no período que se pretende estudar teve como data de confirmação 16 de dezembro de 2007 e o último, 12 de junho de 2008.

Nesses seis meses, o órgão registrou 134 notificações de suspeita de febre amarela, das quais 48 foram confirmadas — todas resultantes de transmissão silvestre. Os prováveis locais de infecção: áreas silvestres de Goiás (45,8% ou 22 em 48), Mato Grosso do Sul (18,7% ou 9 em 48), Distrito Federal (12,5% ou 6 em 48), Pará (6,3% ou 3 em 48), Mato Grosso (4,2% ou 2 em 48), Paraná (4,2% ou 2 em 48), São Paulo (4,2% ou 2 em 48) e Minas Gerais (2% ou 1 em 48).

Cerca de dois terços das suspeitas terminaram por ser descartadas: 51 não atenderam à definição de caso, 34 foram desconsideradas, um indivíduo contraiu a doença no Paraguai. Dos 48 casos confirmados, 28 evoluíram para óbito — configurando uma taxa de letalidade de 58,3%.

A Organização Pan-Americana da Saúde define surto e epidemia como “a manifestação, em uma comunidade ou região, de casos de uma doença com uma frequência que exceda a incidência normal prevista”. Surto e epidemia se diferenciam na medida em que, no primeiro, os casos têm relação entre si. O número de notificações necessárias para que se declare a ocorrência de surto ou epidemia varia conforme o agente infeccioso, a população exposta, o local e a época do ano.

A quantidade de infectados com o vírus da febre amarela em 2007 e 2008 provou-se compatível com o caráter sazonal da doença, que tem aumento do número de casos em intervalos cíclicos de cinco a sete anos. Foram dois em 2006, três em 2005, cinco em 2004, 64 em 2003, 15 em 2002, 41 em 2001, 85 em 2000, 76 em 1999. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Entre os 48 casos confirmados no período, 77% (37 em 48) eram do sexo masculino, com idade média de 38 anos, variando de 11 a 69 anos. Desse total, 77% (37 em 48) comprovadamente não haviam sido vacinados, 10,6% (cinco) tinham o estado vacinal ignorado, 4,2 % (dois) haviam sido vacinados mais de dez anos antes, 4,2% (dois) estavam com a data da vacina próxima ao vencimento (mais de nove anos) e 4,2% (dois) com a vacina há menos de 10 anos.

Quanto às mortes de macacos e epizootias por febre amarela<sup>1</sup>, foram notificadas mortes de macacos em 463 localidades dentro do território de 276 municípios brasileiros, das quais 295 caracterizaram-se como epizootia por febre amarela silvestre. Anteriormente, de janeiro a novembro de 2007, houve notificação em 75 localidades com mortes de macacos e confirmação de epizootias em 62.

O Ministério da Saúde tem um Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue (PCFAD), cujo objetivo é manter erradicada a febre amarela urbana e evitar surtos da febre amarela silvestre. A doença é de notificação compulsória internacional, cuja finalidade é identificar a área de transmissão e confirmar se o caso é do tipo urbano ou silvestre.

## **1.1 - A doença**

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda causada pelo vírus RNA,

---

<sup>1</sup> O Ministério da Saúde classifica como morte de macaco “toda notificação de autoridade sanitária ou de qualquer cidadão sobre ocorrência de morte de macaco, sem causa esclarecida” e como epizootia por febre amarela “notificação de morte de macaco realizada pela Secretaria de Saúde ao Ministério da Saúde, sendo: confirmado laboratorialmente (isolamento do vírus ou outra evidência laboratorial em macacos); confirmado por critério clínico-epidemiológico (quando houver evidência de circulação do vírus da febre amarela — isolamento em mosquito e/ou caso humano confirmado — na região ou em área geograficamente próxima e com características ambientais semelhantes)”.

transmitida pela picada dos mosquitos vetores infectados. Afeta as regiões tropicais da África, onde é endêmica em 34 países, e a América do Sul, com ocorrências em Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Venezuela e Argentina nos últimos 20 anos (VASCONCELOS, 2003).

Apresenta-se sob duas formas epidemiologicamente distintas: silvestre e urbana. Os primatas não-humanos (macacos) são os principais hospedeiros do tipo silvestre, sendo o homem um hospedeiro acidental. A infecção pode ocorrer com a entrada em ambientes silvestres da área endêmica, especialmente nos meses de janeiro e abril — quando a densidade vetorial fica elevada. Pessoas do sexo masculino com idade acima dos 15 anos são as mais atingidas.

No Brasil, a espécie de mosquito *Haemagogus janthinomys* se destaca na manutenção do vírus: tem hábitos diurnos, vive nas copas das árvores, descendo ao solo na presença do homem ou quando a quantidade de macacos diminui — atividade estimulada pelo crescente processo de desmatamento. A febre amarela silvestre é uma zoonose, portanto, impossível de ser erradicada.

O mosquito *Aedes aegypti* é o principal vetor da febre amarela urbana, que não ocorre no país desde 1942. Sua infestação em extensa área do território brasileiro, inclusive em muitos dos centros urbanos das áreas epizoótica e enzoótica<sup>2</sup>, traz o risco de se restabelecer este ciclo do vírus. Presume-se que o *Aedes albopictus* possa servir de ponte entre os ciclos silvestre e urbano da doença. O homem é o único hospedeiro com importância epidemiológica.

O quadro clínico típico da febre amarela é caracterizado por insuficiência do fígado e dos rins. No período de infecção, que dura cerca de três dias, sintomas como febre, calafrio, dores abdominal, muscular e de cabeça, náusea, vômito e prostração têm início súbito. Nos dois dias seguintes, período de remissão, é comum que os infectados apresentem febre e sensação de melhora.

Já no período toxêmico, reaparecem febre, diarreia e vômito. O quadro se agrava, com manifestações de insuficiência hepato-renal — pele amarelada, diminuição ou ausência total de urina, perda da proteína Albumina — e hemorrágicas — sangramentos em gengivas, nariz, orelha, por boca, fezes ou urina. Ainda descreve-se

---

<sup>2</sup> Área enzoótica ou endêmica corresponde àquela onde o vírus amarfílico circula entre os hospedeiros naturais (principalmente macacos), há a presença de vetores silvestres e o homem é infectado de forma acidental. Área epizoótica ou de transição é a que registrava circulação esporádica do vírus. Na área indine, não há circulação do vírus.

confusão mental e torpor, que podem evoluir para coma e morte. A doença tem curta duração: no máximo 12 dias (SVS, 2005).

O diagnóstico diferencial (ou por eliminação) é difícil, pois os sintomas iniciais se parecem com os de outras doenças infecciosas que atingem os sistemas respiratório, digestivo e urinário. Mesmo a forma grave, com quadro clínico clássico, pode ser confundida com malária, leptospirose, hepatites e dengue hemorrágico. Por isso, se dá preferência ao diagnóstico laboratorial, com isolamento do vírus amarelo em amostras de sangue ou de tecido hepático.

Seu tratamento é apenas sintomático. O paciente deve ser hospitalizado e permanecer em repouso com reposição de líquidos e das perdas sanguíneas, quando indicado. Nos casos graves, recomenda-se internação em Unidade de Terapia Intensiva, dado o risco de morte.

## **1.2 – Histórico**

A revisão da história da febre amarela no Brasil — e no mundo — aponta elementos capazes de explicar por que esta doença assusta a sociedade até os dias de hoje, passados quase 70 anos da erradicação da transmissão do seu tipo urbano no país. É uma trajetória marcada por desconhecimento e mortes, que provocaram temor desde seu primeiro registro em território nacional.

A origem da febre amarela é controversa: desconhecida na antiguidade, sua descrição coincide com a descoberta do continente americano, o que leva a crer que se tratava de uma doença da América Central. Presume-se que tenha se espalhado por via marítima. À época, a febre amarela chegou a ser chamada de “praga dos mares”: vitimava em praticamente todos os portos que recebiam grandes embarcações (REZENDE, 2001).

Um navio vindo das Antilhas teria trazido a febre amarela para o litoral do Brasil no século XVII. Recife foi a primeira cidade brasileira a registrar uma epidemia, já em 1685: em menos de um mês, entre 25 de dezembro de 1685 e 10 de janeiro de 1686, mais de 600 pessoas morreram em decorrência da doença — não há referência ao número de habitantes no período (FRANCO, 1986). Em 1686, era a vez da Bahia.

Foi criado um clima de terror. Ninguém sabia como e nem porque começavam as epidemias, se do ar, do solo, da água ou do contato entre objetos e pessoas. A única coisa que se sabia era que as epidemias vinham todos os anos e se alastravam rapidamente, matando mais de um terço das pessoas contagiadas por ela. Essa terrível certeza tirava o sossego e a segurança de todos. (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1976).

Por muitos anos, acreditou-se que a transmissão da febre amarela se dava por meio de miasmas: vapores ou venenos provenientes da decomposição dos organismos, que se acumulavam na atmosfera. Ainda relacionou-se a doença a punição divina, indigestão, sereno, insolação, micróbios, entre várias outras causas.

Em 1848, o cirurgião americano Josiah Nott aventou a possibilidade de ser transmitida por um mosquito, ideia posteriormente defendida pelo médico francês Louis Daniel Beauperrhuy. Em 1881, o cientista cubano Carlos Finlay apontou o *Aedes aegypti* como vetor da febre amarela na Conferência Sanitária Internacional, realizada em Washington.

Sua descoberta só seria aceita e confirmada 20 anos mais tarde. Em 1900, o Serviço de Saúde do Exército Americano finalmente interessou-se pelo tema, em decorrência das mais de 200 mortes de soldados sediados em Cuba por febre amarela. Experiências em Havana comprovaram a teoria de Finlay e deram início a ações de prevenção da doença.

No período entre 1690 e 1840, não houve registros de febre amarela no Brasil. Em 1849, porém, a doença reaparecia em Salvador, causando 2.800 mortes. Um navio negreiro procedente de Nova Orleans, nos Estados Unidos, teria sido o responsável pela reintrodução no litoral do país. A embarcação fez escala em Havana e em Salvador até atracar no Rio de Janeiro, então capital do Império brasileiro, em dezembro do mesmo ano.

Em fevereiro de 1850 a febre amarela se apossara da cidade e já havia se disseminado pelas praias dos Mineiros e do Peixe, Prainha, Saúde e além. Segundo estimativas, atingiu 90.658 dos 266 mil habitantes do Rio de Janeiro, causando 4.160 mortes, de acordo com os dados oficiais, ou até 15 mil vítimas, segundo a contabilidade oficiosa. (BENCHIMOL, 2001)

A febre amarela foi o maior problema de saúde pública do país desde meados do século XIX até quase meados do século XX, na avaliação do pesquisador. Epidemias se sucediam com regularidade pelo Brasil. Muito violentas, as de 1873 e 1876 no Rio de

Janeiro geraram 3.659 e 3.476 mortes, respectivamente, numa população estimada em 270 mil habitantes. No período de 1850 a 1902 foram registradas na antiga capital federal 58.063 mortes pela doença (FRANCO, 1976).

Acreditava-se que a febre amarela era uma doença essencialmente urbana, cujo transmissor estava adaptado ao domicílio humano. Para erradicá-la, seria preciso melhorar as condições de vida. Deu-se início a ações destinadas a reformar tanto a paisagem natural da cidade quanto as práticas de seus moradores. Foi elaborado, então, o primeiro projeto urbanístico para o Rio de Janeiro: “a cidade deveria ser submetida a um plano que assegurasse a remoção dos pobres da área central, a expansão para bairros mais salubres, a imposição de normas para tornar mais higiênicas as casas” (BENCHIMOL, 2001).

O saneamento do solo e a drenagem do subsolo do Rio de Janeiro foram as medidas consideradas prioritárias dentre as votadas no II Congresso Nacional de Medicina e Cirurgia, em 1889. As controvérsias quanto à relação entre a febre amarela e o *Aedes aegypti* apenas tiveram fim por aqui sob a liderança do sanitarista Oswaldo Cruz, que realizou experimentos na cidade visando comprovar a teoria de Finlay.

Em São Paulo, o então diretor do Serviço Sanitário do Estado, Emílio Ribas, seguiu o mesmo caminho, com a colaboração de Adolfo Lutz. No estado, preocupava epidemia em Sorocaba, com mais de 2.000 casos notificados. Os resultados tanto dos experimentos de Oswaldo Cruz quanto dos de Emílio Ribas reforçaram a responsabilidade do mosquito pela transmissão.

Uma sucessão de estudos em diversas regiões indicava que a doença constituía problema mais complexo do que se imaginava: migrações internas estavam transportando o vírus e multiplicando a infecção. Verificou-se, posteriormente, a existência de uma forma silvestre da febre amarela, tendo os primatas como animais reservatórios.

Alteraram-se as bases institucionais da campanha de combate, que passou a ser direcionada contra as duas modalidades de febre amarela, sob a direção da Fundação Rockefeller. E tornou-se evidente a impossibilidade de extinguir-se a doença. O desafio passaria a ser o desenvolvimento de uma vacina eficaz.

Na década de 1930, o médico sul-africano Max Theiler dedicou-se ao estudo da febre amarela nos Estados Unidos, tendo conseguido produzir um imunizante sem risco para o homem. A vacina antiamarílica foi testada em grande escala no Brasil entre os

anos de 1937 e 1940, com bons resultados. Por essa descoberta, Max Theiler recebeu o prêmio Nobel de Medicina em 1951.

Em 1947, durante a II Guerra Mundial, já haviam sido utilizadas em todo o mundo 28 milhões de doses. No Brasil, o advento da vacina gerou uma queda importante do número de casos da febre amarela, que evoluiu para a eliminação da sua forma urbana, em 1942.

Em 1955, o país chegou a eliminar o *Aedes aegypti* de seu território, o que desmontou as equipes de controle da doença, mas o mosquito foi reintroduzido em 1967 por Belém. No ano seguinte, foi reencontrado também no Maranhão. Declarado novamente eliminado em 1973, acabou reintroduzido em 1976 por Salvador, chegou às cidades do Rio de Janeiro e Natal em 1977, a Santos em fevereiro de 1980. Seis anos depois, estava presente em 226 municípios.

Série temporal dos casos de febre amarela registrados no Brasil no período de 1930 a 1997 evidencia tendência cíclica da ocorrência da doença a cada cinco ou sete anos. Quanto à sazonalidade, a série da incidência do tipo silvestre a partir de 1932 revela oscilações periódicas e regulares — prevalecendo entre os meses de janeiro a junho, correspondentes à temporada de chuvas na área enzoótica, ocasião em que a densidade vetorial é mais elevada (VASCONCELOS, 2003).

### **1.3 - O projeto de pesquisa**

A cobertura da febre amarela entre dezembro de 2007 e junho de 2008 exacerbava um confronto discursivo entre os campos midiático e da saúde. De um lado, sanitaristas afirmam que jornalistas levaram pânico à população, ignorando ou colocando sob suspeita informações de autoridades sanitárias (RADIS, 2008). De outro, jornalistas reclamam da falta de informação e dizem ter razões para desconfiar de relatórios e pronunciamentos de autoridades sanitárias.

No meio, a população. Brasileiros deixaram de saber o que de fato estava acontecendo no país: surto, epidemia, casos esporádicos? Parte deles acabou tomando decisões a partir de afirmações comprovadamente falsas, o que em última instância colocou em risco sua saúde. Vacina-se estando na área de risco, fora dela, em situação contra-indicada, ou não vacina-se?

Este projeto de pesquisa pretende analisar os discursos midiáticos, entendendo que estes têm papel fundamental na reprodução, manutenção ou transformação das representações sociais na atualidade. A base serão textos jornalísticos impressos — e sua forma — sobre a febre amarela publicados nos jornais *Correio Braziliense* e *Jornal de Brasília*. O objetivo não é identificar somente o que se disse ou mostrou (enunciado), mas também como e por que se disse e mostrou (enunciação). Como resume Pinto (2002), enunciado é o produto cultural produzido, o texto materialmente considerado; enunciação é o ato de produção de um texto.

A esta pesquisa interessa avaliar tanto os dispositivos de enunciação quanto as condições sociais de produção, a fim de explicitar a concorrência discursiva entre campos que marcou o episódio. Os dispositivos de enunciação, explica o autor, são as maneiras de construir a representação de uma determinada prática social ou área de conhecimento propostas pelos sujeitos que aparecem nos textos e que são assumidas ou não pelos participantes do evento comunicativo. No episódio, quais vozes foram contempladas e quais foram silenciadas? Como se deu o embate entre os campos midiático e da saúde?

A caracterização das condições de produção requer o reconhecimento de que não há um único responsável pelas representações presentes num determinado texto. Para a semiologia dos discursos sociais, “todo texto é híbrido ou heterogêneo quanto à sua enunciação, no sentido de que ele é sempre um tecido de ‘vozes’ ou citações” (PINTO, 2002). Os conceitos de discurso, campo, poder simbólico e mercado simbólico serão os guias deste trabalho.

Acredita-se que a análise da cobertura do episódio da febre amarela, em que a imprensa brasileira reconhecidamente divulgou uma versão contrária à de especialistas e autoridades sanitárias, pode indicar as visões de saúde que a mídia exacerba e desvendar as disputas pelo “poder de fazer ver e fazer crer” (BOURDIEU, 1989). Como diz Araújo (2006), se queremos saber de que modo se constitui a realidade, que visões, modelos, discursos circulam, necessitamos de uma análise dos dispositivos de enunciação.

Ao investigar de que maneira se constroem os sentidos nos textos provenientes da mídia, a pesquisa pode contribuir academicamente com conhecimento sobre as relações de poder simbólico. Para o campo midiático, pode indicar uma revisão de práticas, a fim de evitar que a população seja novamente exposta a risco sanitário

decorrente de informações falsas. E, para o campo da saúde, pode apontar a necessidade de reforçar suas estratégias de comunicação.

## **2 - Problema**

- Como a imprensa tratou os casos de febre amarela no Brasil entre dezembro de 2007 e junho de 2008?

## **3 - Hipótese**

A epidemia de febre amarela e a volta do seu tipo urbano ao país foram construções midiáticas e não construções epidemiológicas, o que abre espaço para que se classifique a cobertura da doença no período de “epidemia de imprensa”. O tratamento editorial alarmista dispensado aos casos gerou pânico, incentivando a população a procurar em massa a imunização contra a doença mesmo em casos não indicados, gerando risco sanitário.

## **4 - Marco Teórico**

### **4.1 – Comunicação**

Pensar os *discursos* como práticas sociais significa reconhecê-los como fundamentais para a reprodução, manutenção ou transformação das representações, relações e identidades numa sociedade. A premissa deste trabalho é a da linguagem como arena de embates, na perspectiva de Bakhtin: por meio dos textos, são travadas batalhas para se apresentar uma visão de mundo. Como resume Fairclough,

O discurso é uma prática não apenas de representação, mas de significação do mundo, constituindo-o e construindo-o em significado, e que é materializado como *texto*, forma empírica do uso (conjunto ou não) da

linguagem verbal — oral ou escrita — e/ou outros sistemas semióticos no interior de práticas sociais contextualizadas histórica e socialmente (2001).

O discurso midiático é espaço privilegiado de análise, pois reúne diferentes vozes na disputa pela hegemonia das representações. Os conceitos de *polifonia* e *dialogismo* nos são caros, na medida em que aqui se busca identificar de que modo o discurso do campo da saúde foi incorporado (ou não) no discurso do campo midiático no episódio da febre amarela.

Bakhtin denomina polifonia dois planos da heterogeneidade enunciativa: a mostrada, constituída pela manifestação localizável pelos receptores de uma multiplicidade de outros textos citados de maneira unívoca ou aludidos pelo texto presente; e a constitutiva, caracterizada pelo entrelaçamento no texto de vestígios de outros textos preexistentes, independentemente de traços recuperáveis de citação ou alusão. O autor observa que todo texto se constrói por um debate com outros, o que chama de dialogismo.

Reiteramos que não pretendemos estabelecer que lado disse a “verdade”: a própria semiologia dos discursos sociais deixa de lado a oposição entre ideologia e ciência, em que a primeira deformaria e ocultaria o “real”, enquanto a segunda desvelaria. Trabalhamos com as noções de dialogismo, de discurso concorrente (ou polêmico) e de concorrência discursiva.

As relações polêmicas fazem parte da natureza dos discursos, na medida em que é recusando as categorias de sentidos propostas pelo *outro* e repondo as suas próprias categorias que cada um afirma sua individualidade e participa da disputa simbólica. Nem sempre um discurso apresenta marcas dessa relação: “se parece indiferente à presença de outros, é porque semanticamente, lhe é crucial denegar o campo do qual depende e não porque poderia desenvolver-se fora dele” (MAINGUENEAU apud ARAÚJO, 2000).

Uma das dimensões da semiose social, juntamente com o poder, o *ideológico* é definido por Eliseo Verón (2004) como o “nome do sistema de relações entre um conjunto significativo dado e suas condições sociais de produção”. Está presente num texto pelas marcas ou traços deixados pelas regras formais de geração de sentidos, que o analista deve encontrar e interpretar. Uma parte também transparece sob a forma de *preconstruídos*: inferências que o coemissor deve fazer para suprir lacunas e dar

coerência a sua interpretação, interligando as frases e relacionando o texto a um “mundo”.

Segunda dimensão, o *poder* está em jogo em qualquer interação comunicacional. Verón liga o poder nos discursos ao seu reconhecimento, etapa final do processo de circulação dos sentidos sociais. Para ele, a “noção de ‘poder’ de um discurso não pode designar outra coisa senão os efeitos desse discurso no interior de um tecido determinado de relações sociais” e esses efeitos só podem ter a forma de outra produção de sentido.

### *Noção de campos sociais*

Seguindo a recomendação de Pierre Bourdieu (1989), o presente projeto de pesquisa emprega a noção de *campo* na construção do seu objeto, de modo a indicar que este não está isolado de um conjunto de relações. “O real é relacional”, ensina. Araújo e Cardoso (2007) resumem assim a abordagem do autor: “campo referencia um espaço multidimensional, objetivo e estruturado de posições que, entre outras propriedades, define algumas importantes condições de produção dos sentidos sociais”.

Rodrigues (2000) se refere a campo médico para designar o conjunto dos discursos e dos procedimentos autorizados que têm a ver com a gestão dos valores da saúde, sua manutenção, preservação e restabelecimento. Aqui, opta-se pela referência ao campo da saúde, por entendermos que a questão ultrapassa os limites da prática médica. Igualmente, damos preferência a campo midiático, versão difundida no Brasil, no lugar de campo dos *media* e campo *mediático*, expressões que designam a instituição que é dotada de legitimidade para superintender a gestão dos dispositivos de mediação da experiência e dos diferentes campos sociais.

O autor aponta que é na modernidade que a experiência subjetiva se autonomiza em relação à experiência do outro, constituindo a esfera da experiência intersubjetiva e desencadeando um processo de progressiva autonomização dos diferentes campos sociais. A cada um deles passa a corresponder um dos domínios autônomos da experiência intersubjetiva. Surge uma nova maneira de fundamentar racionalmente a experiência: substitui-se a tradição pelo saber moderno, o sábio pelo especialista.

Em vez de apelar para a maneira habitual herdada do passado de fundamentar a crença e a confiança na apreensão sensorial do mundo natural, nas

regularidades constitutivas da legitimidade das experiências subjetiva e intersubjetiva, a modernidade pretende apelar para a indagação crítica metodicamente conduzida (RODRIGUES, 2000, 99).

Esta é uma categoria abstrata e arbitrária, ressalva Rodrigues, que pode abarcar uma ou várias instituições assim como pode não se concretizar em nenhuma organização. Para o autor, cada campo social é resultado ou efeito de um processo de autonomização secularizante bem-sucedido, em que adquiriu legitimidade indiscutível, publicamente reconhecida e respeitada pelo conjunto da sociedade.

Na modernidade, os campos sociais desempenham uma função discursiva (da esfera da palavra) e uma função pragmática (da esfera da ação). Isto é, têm competência legítima tanto para enunciar os princípios, os valores e as regras que devem ser respeitados no seu domínio da experiência, quanto para intervir, com vista à criação, à manutenção, ao sancionamento e ao restabelecimento da ordem de valores nesse domínio.

Rodrigues reconhece o efeito tensional sobre a experiência que resulta do confronto entre campos autônomos, valendo-se da noção física de campo de forças: a tensão gerada pelo confronto entre pólos de sentido oposto. A tensão entre campos é uma das dimensões desta pesquisa, já que o episódio explicita um confronto entre o campo da saúde e o campo midiático pela representação de determinada realidade.

Juntamente com o campo do direito, o campo da saúde foi um dos primeiros a conquistar a sua autonomia, já no fim do século XVIII. Bem mais tarde, quase no fim do século XX, os dispositivos de mediação finalmente se consolidam como um campo, o campo midiático. Este passa a ser o responsável pela mediação dos diferentes domínios da experiência e dos diferentes campos sociais e pela promoção de debate público sobre questões “para as quais nenhum dos campos detém legitimidade indiscutível nem consegue encontrar soluções consensuais e impô-las ao conjunto da sociedade”.

Sua legitimidade o autoriza a convencer e mobilizar os indivíduos por meio da criação, promoção e imposição de valores e regras; e ainda a gerir os dispositivos de percepção da realidade, constituindo “a própria experiência do mundo moderno, assegurando a sua percepção para além das fronteiras que delimitam o mundo vivido das comunidades tradicionais”.

Segundo Rodrigues, é a gestão do discurso que caracteriza a natureza do campo midiático. Cabe a ele a gestão das relações entre os demais campos: “vive da exacerbação das tensões derivadas do fato de que os diferentes campos sociais concorrem entre si” visando à mobilização do conjunto da sociedade para o respeito das suas ordens de valores e à imposição das suas regras de comportamento.

Aos que não se sujeitam à sua ordem de valores de mediação e não cumprem as regras do seu discurso, o campo midiático aplica como sanção a privação da publicidade. Num mundo em que o campo midiático é central, o que não tem visibilidade na mídia não existe socialmente. Esta realidade leva, dentro dos demais campos, a uma crescente profissionalização de departamentos encarregados de assegurar visibilidade e conseqüente existência social.

### *Poder simbólico*

Um dos conceitos centrais da obra de Bourdieu é o de poder simbólico: “o poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo” (1989). O poder simbólico de uma pessoa, grupo ou instituição está diretamente relacionado ao seu capital simbólico, que por sua vez resulta da legitimidade conquistada no território da comunicação — de produção e circulação dos sentidos sociais.

As relações de comunicação são, de modo inseparável, sempre, relações de poder que dependem, na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes (ou pelas instituições) envolvidos nessas relações e que, como o *dom* ou o *potlatch*, podem permitir acumular poder simbólico (BOURDIEU, 1989, 11).

A partir do pressuposto de que o dado é sempre construído, o poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer o sentido imediato do mundo. Bourdieu explica que este só é exercido quando reconhecido, portanto, ignorado como arbitrário. Ou seja, é um poder invisível que consegue obter o equivalente ao que se obtém pela força física ou econômica por meio da cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou menos que o exercem.

Por isso, o autor diz ser necessário saber descobri-lo onde ele se deixa ver menos, onde é mais completamente ignorado: “A destruição deste poder de imposição simbólico radicado no desconhecimento supõe a tomada de consciência do arbitrário, quer dizer, a revelação da verdade objetiva e o aniquilamento da crença” (idem, ibidem, 15).

Como vimos, tanto o campo da saúde quanto o campo midiático conquistaram sua legitimidade, o que torna suas vozes autorizadas. No episódio da febre amarela que aqui nos propomos a estudar, percebe-se que esses dois campos se envolveram numa luta simbólica para imporem a definição do mundo social mais conforme aos seus valores e interesses. Em lutas das classificações ou das representações como essa o que está em jogo é o poder de impor uma visão do mundo social.

Para isso, se lança mão de estratégias discursivas que produzem uma fachada de objetividade. Os agentes investem o capital simbólico que adquiriram nas lutas anteriores e todo o poder que detêm sobre as taxonomias instituídas para garantir a produção do senso comum ou o monopólio da nomeação legítima como imposição oficial – isto é, explícita e pública.

Afirmar com autoridade uma verdade que tem força de lei é um ato de conhecimento, o qual, por estar firmado, como todo o poder simbólico, no reconhecimento, produz a existência daquilo que enuncia. O autor, ao dizer as coisas com autoridade, subtrai-as ao arbitrário, sanciona-as, santifica-as, consagra-as, fazendo-as existir como dignas de existir, como conformes à natureza das coisas, “naturais”. (idem, ibidem, 114)

Lembra-se aqui que a realidade é social de parte a parte e mesmo as classificações mais “naturais” apóiam-se em características que nada têm de natural. São, em grande parte, produto de imposição arbitrária, de um estado anterior da relação de forças no campo das lutas pela delimitação legítima.

Cabe ressaltar que, para Bourdieu, símbolos são os instrumentos de conhecimento e de comunicação da “integração social”, tornando possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui para a reprodução da ordem social. Na abordagem do autor, as ideologias igualmente servem a interesses particulares que tendem a apresentar como interesses universais.

De acordo com o autor, a comunicação contribui para a integração real da classe dominante e fictícia da sociedade no seu conjunto, a desmobilização das classes

dominadas, a legitimação da ordem estabelecida por meio do estabelecimento das hierarquias. “A cultura que une (intermediário de comunicação) é também a cultura que separa (instrumento de distinção) e que legitima as distinções” (idem, *ibidem*, 11).

Araújo articula conceitos como o de poder simbólico para propor o modelo do mercado simbólico, entendendo que o circuito produtivo dos sentidos sociais é mediado por uma permanente negociação entre indivíduos ou comunidades discursivas — grupos de pessoas, organizados ou não de forma institucional que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos.

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais — bens simbólicos — são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e as comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria — seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade — em busca do poder simbólico, o poder de constituir a realidade. (ARAÚJO, 2004)

O modelo de mercado simbólico propicia a identificação de interlocutores, posições discursivas, contextos, co-textos, intertextos, lugares de interlocução, legitimidade, dispositivos de enunciação e fatores de mediação, fundamentais para se compreender em profundidade como se deu a luta entre a comunicação e a saúde no caso da febre amarela. Sobretudo, nos auxilia com a noção de concorrência discursiva.

A noção de interlocutor se opõe às de emissor e receptor, compreendendo que cada pessoa participa por inteiro do circuito da prática comunicativa. O modo como cada um deles participa do mercado simbólico é produto da articulação de pelo menos quatro contextos: textual, intertextual, existencial e situacional — estes dois últimos não aproveitados na pesquisa, pois a comunicação midiática os ignora, visando um público genérico.

Lugar de interlocução designa o lugar que cada um ocupa na cena discursiva e na cena social ao participar de algum ato de interlocução. Estar mais próximo do centro ou da periferia discursivos altera seu poder de barganha nesse mercado, por isso se desenvolve estratégias de trânsito entre as posições, de modo a alcançar uma maior aproximação com o centro e ter mais competência para falar.

O contexto textual, também chamado co-texto, diz respeito à relação espacial e/ou temporal de um texto com outros, entendendo que um texto se “contamina” pela contiguidade de outro veiculado no mesmo espaço físico ou temporal. A análise de um

jornal não deve, portanto, se restringir à observação apenas do texto sobre o tema em questão, mas com o seu entorno — editoria, localização, diagramação, proximidade com outros textos.

O contexto intertextual, por sua vez, relaciona o texto que se lê com outros textos, por meio de associações da ordem da memória discursiva. A autora compreende que, ao escrevermos, mobilizamos uma rede intertextual mesmo sem perceber. Assim, na análise de textos sobre febre amarela deve ser possível detectar visões sobre modelos de saúde, de relações sociais.

### *Modelos e teorias de comunicação*

Os estudos sobre os meios de comunicação ou comunicação de massa já foram divididos em dois grandes paradigmas: o paradigma da ordem, que abrangeria as teorias descritivas ou administrativas; e o paradigma do conflito, que abarcaria as teorias críticas (WOLF apud ALVES, 2007). Entre as administrativas, estariam incluídas o funcionalismo, a teoria matemáticas da informação e as teorias dos efeitos. Entre as teorias críticas, temos as clássicas escolas alemã e francesa. Revê-las nos proporciona relaciona-las à prática comunicativa atual.

A história das teorias da comunicação, alertam Armand e Michele Mattelart (2007), é a história das separações e a das diversas tentativas de articular ou não os termos do que frequentemente surgiu sob forma de dicotomias e oposições binárias, mais do que níveis de análise. Não deve ser apresentada de forma cronológica, o que transmitiria uma falsa impressão de evolução, quando na realidade esta é uma história de tensões.

Os estudos dos meios de comunicação de massa surgidos nos Estados Unidos a partir de 1930 teriam inaugurado a teoria da comunicação. Denominado *Mass Communication Research*, esse grupo concilia abordagens e autores “quase inconciliáveis” mas mantém algumas características comuns: o privilégio da dimensão quantitativa, da orientação pragmática — mais política do que científica — e da análise da comunicação midiática (HOHLFELDT, MARTINO e FRANÇA, 2007). Dentro dele, destacam-se três correntes: da informação, funcionalista e dos efeitos.

Uma fonte emissora de informação seleciona, em um conjunto de mensagens possíveis, dada mensagem; um emissor a codifica, de acordo com as regras e combinação de um código determinado; assim convertidos, esses sinais são transmitidos por meio de um canal específico a um receptor. Este capta os sinais, os decodifica, recuperando a mensagem original e permitindo sua assimilação por parte de um destinatário (POLISTCHUK e TRINTA apud ALVES, 2007).

Este é o esquema mais conhecido dentre as pesquisas sobre os meios de comunicação. Apresentado em 1949 por um físico e um matemático americanos, Claude Shannon e Warren Weaver, recebeu o nome de “modelo matemático da comunicação” mas também ficou conhecido como “modelo informacional”. A preocupação dos pesquisadores era garantir eficácia na transferência de informações entre dois aparelhos telegráficos, de forma a evitar a possibilidade de ruídos (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

Apesar de não buscar explicar a comunicação entre as pessoas no âmbito social, o modelo tornou-se referência para tal, beneficiado pela circunstância em que foi apresentado: de interesse pelas ciências exatas e naturais e de busca da comunicação pelo status de área de estudo científica. No Brasil e no mundo, influenciou e ainda influencia o pensar e o fazer comunicativo, entendidos como pura transferência de informações.

As principais características do modelo são: a linearidade, apontando que a comunicação percorre um caminho sem variantes; a unidirecionalidade, entendendo que o emissor tem o direito de falar mas o receptor, não; a bipolaridade e o apagamento dos ruídos, excluindo da cena outras vozes; concepção de língua como conjunto de códigos com significado preestabelecido e estável; e concepção instrumental de linguagem (idem, ibidem).

Araújo e Cardoso consideram esse modo de pensar problemático: “Entre outras distorções, produz uma prática sem escuta e sem diálogo, que atribui direito de voz e expressão apenas ao emissor, silenciando a maioria”. E “ao preconizar apagar os ‘ruídos’, expurga a diversidade, as diferenças, as muitas vozes sociais que estão presentes em qualquer situação vivida” (idem, ibidem, 47).

Quem diz o quê por que canal e com que efeito? Com esta fórmula, Lasswell dota a sociologia funcionalista da mídia de um quadro conceitual em 1948. Segundo Lasswell, o processo de comunicação cumpre três funções principais na sociedade: “a) a

vigilância do meio, revelando tudo o que poderia ameaçar ou afetar o sistema de valores de uma comunidade ou das partes que a compõem; b) o estabelecimento de relações entre os componentes da sociedade para produzir uma resposta ao meio; c) a transmissão da herança social” (LASSWELL apud MATTELART). Mas reduz o processo informativo na medida em que se esgota ao atingir o receptor.

A primeira teoria a se impor no cenário internacional foi a hipodérmica, no termo criado por Harold Lasswell, também chamada de teoria da seringa ou da bala mágica. Apontava a onipotência da mídia de um lado e a impotência do público de outro: os meios de comunicação teriam o poder de ditar o comportamento dos indivíduos, que agiriam em termos de estímulo-resposta. O pressuposto é que na sociedade moderna os indivíduos se isolam física e psicologicamente em decorrência da falência das instituições ou laços primários que os sociabilizam. Aos meios de comunicação caberia, então, reinserir estes indivíduos indiferenciados e totalmente passivos na sociedade.

A partir da década de 1940, estudos subseqüentes complexificam o modelo da teoria hipodérmica. Estudiosos da abordagem da persuasão, liderados por Carl Hovland, percebem que os efeitos dos estímulos dos meios de comunicação de massa não são diretos como propunha Lasswell. Eles quebram a linearidade do processo comunicacional ao apontar que, entre a ação dos meios e os efeitos, atua uma série de processos psicológicos — interesse em determinados temas, preferência por determinado meio e credibilidade do comunicador, por exemplo.

Lazarsfeld, por sua vez, descobre em 1944 o “líder de opinião”, figura relativamente bem informada que influencia outros indivíduos na tomada de decisão. Ele posteriormente desenvolve a teoria do *Two-step flow*, entendendo a comunicação como um processo que se dá num fluxo em dois níveis, portanto de modo indireto. Traz consigo a percepção de que os contextos sociais em que vivem os indivíduos e suas relações interpessoais têm impacto na comunicação.

A investigação sobre os efeitos traz contribuições para este trabalho, em especial a hipótese do *agenda setting*, também conhecida como teoria dos efeitos a longo prazo. Enxerga os meios de comunicação não como formadores de opinião, mas como responsáveis pelo agendamento de temas e assuntos. Ou seja, não diriam às pessoas o que pensar, mas sobre o que pensar. Formulada em 1972 por McCombs e Shaw, essa hipótese teve origem no trabalho de Kurt e Gladys Lang. Na prática, o agendamento se

daria a partir daquilo que a mídia veicula ou omite e teria como reflexo os temas que passam a ser considerados prioritários pela população.

As teorias críticas se interrogam sobre as conseqüências do desenvolvimento dos novos meios de produção e transmissão cultural, considerando-os como meios de poder e de dominação na sociedade contemporânea. A Escola de Frankfurt assume essas críticas, na busca da transformação das relações sociais vigentes.

Vê-se já que a Teoria Crítica tem sempre como uma de suas mais importantes tarefas a produção de um determinado diagnóstico do tempo presente, baseado em tendências estruturais do modelo de organização social vigente bem como em situações históricas concretas, em que se mostram quanto as oportunidades e potencialidades para a emancipação quanto os obstáculos reais e ela. Com isso, tem-se um diagnóstico do tempo presente que permite, então, também a produção de prognósticos sobre o rumo do desenvolvimento histórico. Esses prognósticos, por sua vez, apontam não apenas para a natureza dos obstáculos a serem superados e seu provável desenvolvimento no tempo, mas para ações capazes de superá-los (NOBRE apud ALVES, 2007).

Horkheimer e Adorno criam o conceito de indústria cultural, propondo suas linhas gerais em oposição ao que chamam de Dialética do Iluminismo. Por essa expressão, afirmam que os tempos modernos sustentam a idéia de que não apenas somos seres livres e distintos como podemos construir uma sociedade capaz de permitir a todos uma vida justa e realização individual. No entanto, para eles a história mostra que o progresso econômico, científico e tecnológico gera novas sujeições, em vez da emancipação humana.

[Hoje em dia] o aumento da produtividade econômica, que por um lado produz as condições para um mundo mais justo, confere por outro lado ao aparelho técnico e aos grupos sociais que o controlam uma superioridade imensa sobre o resto da população. O indivíduo se vê completamente anulado em face dos poderes econômicos. (...) Numa situação injusta, a impotência e a dirigibilidade da massa aumentam com a quantidade de bens a ela destinados. A elevação do padrão de vida das classes inferiores, materialmente considerável e socialmente lastimável, reflete-se na difusão hipócrita do espírito. Sua verdadeira aspiração é a negação da reificação. Mas ele necessariamente se esvai quando se vê concretizado em um bem cultural e distribuído para fins de consumo. A enxurrada de informações precisas e diversões assépticas desperta e idiotiza as pessoas ao mesmo tempo (ADORNO e HORKHEIMER apud HOHLFELDT, MARTINO e FRANÇA, 2007).

Isto é, entendem que nas sociedades capitalistas avançadas a população é mobilizada a manter o funcionamento do sistema econômico e social por meio do

consumo estético massificado, articulado pela indústria cultural. Apesar do avanço tecnológico, as comunicações perdem seu potencial libertador e se vêem presas à ordem social dominante: a produção de conhecimento, literatura e arte passa a ser orientada em função de sua possibilidade de consumo no mercado.

Habermas relaciona essa cultura de mercado à crescente apatia ou desinteresse da população para com a ação política e pela própria democracia. Indica que, embora pretenda ser apolítica, a indústria cultural representa uma forma de controle social. Não por veicular ideologias, mas por proporcionar o entretenimento que se procura para suportar o desencantamento com a existência. Ou seja, para a escola alemã a questão principal é fato de as pessoas estarem ligadas aos meios como bens de consumo, em vez do conteúdo desses meios.

Derivada da Escola de Frankfurt, a escola francesa reuniu pesquisadores heterogêneos, que concordaram num ponto: vivemos a era da comunicação total, da vertigem do signo, da circulação permanente, da avalanche comunicacional que tudo permeia, contamina, devora, impregna e devasta (HOHLFELDT, MARTINO e FRANÇA, 2007). Aqui, destacam-se as contribuições de Pierre Bourdieu.

### *O fazer jornalístico*

Nesta época de centralidade midiática, os meios de comunicação — por meio do jornalismo — produzem enunciados em relação à realidade social que são aceitos como verdadeiros pelo consenso da sociedade. Traquina (apud RIBEIRO, 2003) credita esta visão da mídia como constituinte de verdades ao mito da neutralidade e da imparcialidade surgido com a ideia do jornalismo informativo, em meados do século XIX, e fortalecido com o desenvolvimento do conceito de objetividade, nas décadas de 1920 e 1930 nos Estados Unidos.

Este chega ao Brasil na década de 1950, quando se introduz no país o modelo norte-americano de jornalismo, influenciando o começo da formação superior na área e se consolidando com a organização dos grandes jornais-empresas. A necessidade de produzir textos em série, conforme a lógica industrial, levou à racionalização e à padronização do estilo jornalístico.

Do espírito científico, importava-se o cuidado com os fatos. Estabeleciam-se regras para retirar do jornalismo noticioso qualquer caráter emotivo e para garantir a

impessoalidade: estilo direto, na terceira pessoa do singular, modo indicativo, sem uso de metáforas, adjetivos, termos subjetivos, pontos de exclamação e reticências.

“Se antes, o jornalismo havia sido o lugar do comentário sobre as questões sociais, da polêmica de idéias, das críticas mundanas e da produção literária, agora ele passa a ser o ‘espelho’ da realidade” (RIBEIRO, 2003). Os acontecimentos passam a ser o foco dos jornais; os jornalistas, passam a ser vistos como meros mediadores, observadores neutros, desinteressados.

O objetivismo logo gerou contra-discursos, comentários, investigações. Dahlgren (apud ALVES, 2007) mostra que a luta pela verdade acima de tudo é consensual não somente dentro da mídia, mas também na própria academia. Para Campbell (idem, ibidem), ambos seriam produtos da racionalidade utilitária do século XIX e do realismo que rejeita a imaginação, o romantismo e a subjetividade.

Enfocam o mundo como o “lá fora”; procuram elementos de comprovação (dados, declarações, efeitos mensurados); privilegiam a informação, o fato, a mensagem, o símbolo e o significado; aparentemente, “prescindem” da ideologia em seu trabalho e são valorizados pela sociedade por seu aparente sucesso em manterem-se distanciados; empregam a onisciência e perspectiva da terceira pessoa em sua escrita a fim de fortalecer seu distanciamento e entronizar sua superioridade (idem, ibidem).

Essa linha crítica parte da narratividade para mostrar como jornalistas *narram* mais do que *informam* ou, mesmo quando *informam*, *constroem* mais do que *registram* (ALVES, 2007). Na avaliação de Alves, essas críticas pecam pela ausência de uma reflexão sobre os efeitos ideológicos das práticas textuais.

Este lembra que a ciência para o jornalismo é uma instância legitimadora dentro do interdiscurso: quando se quer a palavra da ciência, jornalistas vão ouvir especialistas. “A ciência é o outro discursivo a que o jornalismo parafraseia, mas nele não se dilui – é sempre o *outro*. E pela diferença desse *outro*, se define” (idem, ibidem). Esse *discurso outro* acaba sendo redimensionado pela discursividade da mídia.

Na sociedade midiaticizada, os meios de comunicação reestruturam as formas do dizer/mostrar. Parte-se do pressuposto que, se todos os campos já tiveram seus discursos redimensionados — a política como espetáculo, a religião como sacerdócio eletrônico e a economia de consumo de marcas e imagens — ainda ficam de fora as ciências, devido ao seu rigor e sua inelutável garantia de verdade.

Hoje, a academia trata o objetivismo como discurso-objeto (TUCHMAN apud ALVES, 2007). Apesar das críticas, o discurso jornalístico segue se revestindo de uma aura de fidelidade aos fatos que nos leva a concluir que o que “deu no jornal” é a verdade. “O acontecimento jornalístico remete a um conteúdo ao mesmo tempo transparente (dada a sua ancoragem factual) e profundamente opaco (devido ao ‘jogo oblíquo das denominações’)” (PÊCHEUX apud RIBEIRO, 2003).

A legitimidade do discurso jornalístico baseia-se essencialmente na confiança (credibilidade). Sabemos, entretanto, que nenhum registro é ingênuo ou descomprometido. Nenhum registro apenas registra. Todo ele pressupõe o trabalho da linguagem, pressupõe uma tomada de posição dos sujeitos sociais. Todo registro é discurso e possui, assim, um mecanismo ideológico próprio (RIBEIRO, 2003, 113).

A análise do discurso midiático pressupõe o reconhecimento dos processos de produção de textos, de circulação e de consumo. Rotinas e procedimentos profissionais podem ser considerados neutros por jornalistas, mas por meio deles são construídas identidades e relações, deixando marcas que constituem seu ideológico. A esse conjunto de determinações responsáveis pelas escolhas, Véron dá o nome de condições de produção dos discursos.

Bourdieu usa o conceito de *habitus*, estrutura invisível imposta aos jornalistas. Para ele, os pressupostos e pontos de vista desses profissionais são moldados em sua origem social e sua formação (ou não-formação). O *habitus* tem como um dos efeitos a seleção sobre a realidade social feita pelos jornalistas, que se aproxima do conceito de gate-keeper, tratado adiante.

Os meios de comunicação convidam os campos sociais a se manifestarem em seu espaço e orquestram essas vozes segundo gramáticas próprias. Partindo dessa lógica, conclui-se que a mídia não é somente um instrumento de representação, mas também de definição dos modos de leitura: estrutura a realidade segundo regras e procedimentos próprios (CASTRO, 2001).

Para Véron, é fundamental distinguir o que é dito (enunciado) das modalidades do dizer (enunciação) para se compreender a imprensa escrita. A partir dessa distinção, consegue-se revelar a imagem de quem fala, ou o lugar que o enunciador atribui a si, a imagem daquele a quem o discurso é endereçado, e a relação entre o enunciador e o destinatário, proposta no e pelo discurso.

O emissor de um enunciado dá visibilidade a um ou mais enunciadores: aquele com que se identifica define sua imagem ou lugar enunciativo — o sentido que reivindica para si com o texto, também denominado de sujeito da enunciação ou enunciador. Ao autor empírico corresponde seus receptores ou coemissores, noção que se aproxima à de contrato de leitura, proposta por Eliseo Véron.

O contrato de leitura é o vínculo entre o suporte e o seu leitor. Se constrói por escolhas como: posição didática ou não, transparência ou opacidade, distância ou diálogo, objetividade ou cumplicidade, partilha de valores no nível do dito ou no plano das modalidades do dizer, forte articulação dos níveis ou discursos montados “em paralelo”, grau e tipo de saber atribuídos ao leitor. Para a análise de discurso de linha francesa, com que escolhemos trabalhar, não existem posições discursivas isoladas de uma proposta de recepção. Em outras palavras, o lugar atribuído ao destinatário ou coenunciador é também determinante do ideológico do texto.

## **4.2 – Saúde**

A promulgação da Constituição Federal de 1988 marcou uma mudança radical na saúde pública do Brasil, ao definir a saúde como um direito fundamental do cidadão brasileiro, com garantia de acesso universal e gratuito de todos às ações e serviços. O Sistema Único de Saúde foi fruto de um processo iniciado na década de 1970, quando se reconheceu internacionalmente que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim decorrência direta do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

Esta visão foi incorporada em importantes documentos, como a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde (1978), o Relatório Lalonde (1974), a Carta de Ottawa (1986) e a própria Constituição (1988). Ao longo desses 20 anos, foram criados no país leis, códigos sanitários, decretos, portarias e resoluções que visam assegurar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos brasileiros.

A saúde — estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade — é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (ALMA-ATA, 1978)

A luta do Movimento da Reforma Sanitária e a participação de outros setores da sociedade, especialmente na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), foram decisivas para que os constituintes definissem a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Os sanitaristas também reconheceram que o direito à informação, educação e comunicação é inerente ao direito à saúde: relaciona-se com a ampliação da participação social e com o processo de democratização do Estado (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

Até então, vigorava uma concepção restrita da saúde como direito de cidadania. O Estado brasileiro, como Estado-nacional independente, foi criado em 1822. À época, somente nobres, grandes fazendeiros e comerciantes gozavam de liberdade e privilégios. O restante da população não tinha acesso a qualquer benefício. Mesmo com a abolição da escravatura, em 1888, e a Proclamação da República, no ano seguinte, na prática o país não avançou na questão dos direitos sociais.

Esta realidade começou a mudar em 1923, com a primeira medida de implantação de direitos sociais no Brasil: a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organismo responsável pelas aposentadorias, pensões e pela assistência à saúde dos trabalhadores filiados — uma parcela ínfima (OLIVEIRA E TEIXEIRA apud RODRIGUES e SANTOS, 2009). Em 1933, as CAPs eram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados por categorias profissionais e financiados por contribuições dos próprios trabalhadores e de seus empregadores.

A mudança não garantiu a inclusão da massa: os trabalhadores rurais, que eram maioria na época, e os informais continuaram excluídos dos serviços. Na década de 1970, estendia-se o benefício a trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. Mas a saúde seguia sendo vista como um benefício apenas daqueles que contribuíam para a previdência, em vez de um direito de todos os cidadãos.

Em 1953, o Brasil criou o Ministério da Saúde, inicialmente voltado para ações de prevenção e pesquisa. As atividades de medicina curativa a nível individual, inclusive assistência médica e hospitalar, cabiam ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, por meio IAPs. Posteriormente, esses institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1974, o INPS foi desmembrado, dando lugar ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. A crise das políticas sociais do Estado na saúde e na previdência ensejou o nascimento do movimento da Reforma Sanitária, que reuniu acadêmicos e profissionais no questionamento da organização dos serviços de saúde vigente. Juntos, cobravam a democratização do setor saúde e a redemocratização do país.

Em sucessivos encontros, estabeleceram como prioridade a criação de um Sistema Único de Saúde, sendo o Estado responsável por sua administração. Essa proposta ganharia maior dimensão na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que reuniu cinco mil pessoas — a primeira com representação da população brasileira em entidades.

Assim, a saúde levou à Assembléia Nacional Constituinte, formada em 1987, uma proposta discutida e legitimada, contendo o ideário do movimento sanitário. Promulgada no ano seguinte, a Constituição finalmente definia a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Ainda determinava a criação de um sistema único, organizado de acordo com os princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade.

### *Prevenção*

O combate à febre amarela situa-se no âmbito da prevenção, termo que referencia “uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL e CLARCK apud CZERESNIA, 2003). As ações preventivas objetivam evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população. O ponto de partida é o conhecimento epidemiológico.

Junto com o saneamento, a prevenção foi uma das primeiras apostas do poder público para melhorar a situação da saúde no Brasil, dada a persistência de doenças endêmicas em muitas cidades do país. No início do século XX, o presidente Rodrigues Alves investiu na reurbanização da então capital do país, o Rio de Janeiro, e nomeou Oswaldo Cruz para chefiar o Departamento Nacional de Saúde Pública.

Ao jovem cientista que trabalhara no Instituto Pasteur de Paris e combatera com sucesso a peste bubônica em Santos, em 1902, coube a tarefa de lutar contra a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Para Luz (2000), sua política de saúde foi sanitaria e seu modelo básico de intervenção social, campanhista.

O sanitarismo tem como marcos o Relatório Chadwick, da Inglaterra, e o Relatório Shattuck, dos Estados Unidos, que propunham medidas de controle de doenças que os indivíduos e a iniciativa privada não pudessem resolver por meio da instrumentalização do conhecimento da epidemiologia e da microbiologia. Entre as ações recomendadas, estavam legislação sanitária e saneamento do meio. O modelo campanhista, por sua vez, baseia-se na força da autoridade médica, excluindo o diálogo com a sociedade civil, julgada como incompetente ou ignorante.

Oswaldo Cruz criou esquadrões de caça a ratos, uma polícia para combater focos do mosquito transmissor da febre amarela através da pulverização e da interdição de barracos e casas. Mas a medida que causou maior impacto na sociedade foi a aprovação da lei da vacina obrigatória contra a varíola, em 1904. O início da vacinação provocou reação generalizada, inflada pela prisão de um orador que se opunha num comício contra a vacina obrigatória. A população fechou ruas, incendiou bondes e saqueou lojas no período conhecido como Revolta da Vacina, até que se decretasse estado de sítio na cidade.

Também visando a prevenção de doenças, desta vez em comunidades rurais da Amazônia e na região onde atuava a Companhia Vale do Rio Doce (Minas Gerais e Espírito Santo), foi criado em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp/FSESP). O foco era evitar a transmissão de doenças como febre amarela e malária, viabilizando a ampliação da produção de borracha.

Em 1953, surgia o Ministério da Saúde, mantendo as atividades e a estrutura do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Na prática, o ministério limitava-se à dimensão legal: vários outros ministérios e autarquias seguiriam atuando na saúde, de modo independente. Três anos depois, por exemplo, era criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru), com a proposta de unificar programas de controle de endemias rurais — febre amarela, malária leishmaniose, doença de Chagas.

A unificação definitiva ocorreu em 1970, com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), que absorveu o Deneru e as campanhas de erradicação da malária e da varíola. A Sucam chegou a ser uma das instituições do Estado brasileiro

com maior presença no território nacional, atuando em epidemias específicas com guardas sanitários. Em 1992, foi absorvida pela Funasa.

## 5 - Metodologia

A Análise dos Discursos surge como metodologia natural, pois favorece a descrição, a explicação e a avaliação crítica dos processos de produção, circulação e consumo de textos jornalísticos impressos — neste caso, sobre a febre amarela nos jornais *Correio Braziliense* e *Jornal de Brasília*. A comparação faz-se necessária, pois, como ensina a linguística, o sentido surge de diferenças formais e não pode ser abstraído de um item isolado.

Alinha-se aqui à AD de tradição francesa, que aponta os discursos como práticas sociais determinadas pelo contexto social e histórico em que apareceram e também partes constitutivas desse contexto — análise de discurso qualificada como semiótica social ou semiologia dos discursos sociais.

Optou-se por concentrar o estudo tanto temporalmente quanto espacialmente na fase inicial de divulgação da doença. Assim, parte-se do dia 15 de dezembro de 2007, quinzena em que o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso, até 15 de fevereiro de 2008. O mesmo critério definiu como objeto dois jornais impressos de Brasília, local do primeiro infectado neste período: *Correio Braziliense* e *Jornal de Brasília*, os de maior circulação na cidade.

O *Correio Braziliense* foi fundado no dia 21 de abril de 1960 por Assis Chateaubriand, no dia da inauguração da capital federal. O nome é uma homenagem ao mensário publicado por Hippólyto José da Costa Pereira Furtado de Mendonça em Londres, considerado o primeiro jornal brasileiro — publicado de 1 de junho de 1808 a 1 de dezembro de 1822. Hipólito apoiava a transferência da capital do Rio de Janeiro para o interior.

Do grupo Diários Associados, o *Correio Braziliense* é atualmente o jornal diário de maior circulação do Centro-Oeste. Segundo o Instituto Verificador de Circulação (IVC), domina 51% da circulação de jornais no Distrito Federal — são cerca de 58.440 exemplares vendidos de segunda a domingo. Em segundo lugar, aparece o *Jornal de*

*Brasília*, fundado em 1972 pela Organização Jaime Câmara e vendido no início de 2000 ao Grupo EQM.

## 6 - Referências bibliográficas

Alves W. A mediação das (neuro)ciências: discurso, ideologia, sujeito. Campinas. Tese [Doutorado em Linguística] - Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Andi. Uma análise do tratamento editorial dedicado pela imprensa brasileira à dengue e à febre amarela. São Paulo; 2009.

Araújo IS. A reconversão do olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social. São Leopoldo: Unisinos; 2000.

\_\_\_\_\_. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface. 2004,Feve; 8.

\_\_\_\_\_. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: Simone M, Vargas E. Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Benchimol JL. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001

Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; 1989.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Edição do texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988 [acesso em set 2009]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)

Castro PC. Aids, mídia impressa e sexualidade: práticas e comportamentos sexuais em tempos de HIV nos discursos de Veja e IstoÉ. Tese [Doutorado em Comunicação] - Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.

Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2001.

Franco O. História da febre amarela no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1976.

Hohlfeldt A, Martino LC, França VV. Teorias da comunicação - Conceitos, escolas e tendências. Petrópolis: Vozes; 2003.

Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Ciênc Saúde Coletiva. 2000,5(2).

Mattelart A, Mattelart M. História das teorias da comunicação. São Paulo: Loyola; 2007.

Ministério da Saúde. Boletim de encerramento da Espin de febre amarela. Brasília; 2009. [acesso em set 2009]. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_encerramento\\_febre\\_amarela\\_2007\\_2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_encerramento_febre_amarela_2007_2008.pdf)

\_\_\_\_\_. Tabela de casos de febre amarela: Brasil, grandes regiões e unidades federadas. Brasília; 2009. [acesso em set 2009]. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos\\_conf\\_febre\\_amarela\\_1990\\_2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_conf_febre_amarela_1990_2008.pdf)

\_\_\_\_\_; Fundação Nacional de Saúde. Manual de vigilância epidemiológica da febre amarela. Brasília; 1999. [acesso em set 2009]. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_feam.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_feam.pdf)

O Estado de São Paulo. Suplemento do Centenário. 1976;63.

Pinto MJ. Comunicação e discurso: Introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker Editores; 2000.

Portal da Saúde [homepage na Internet]. Febre amarela [acesso em set 2009]. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27010](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27010).

Radis. Febre amarela na mídia: Lições de uma cobertura desastrosa. 2008;68.

Rezende JM. História da Medicina e Linguagem Médica. São Paulo; 2001.

Ribeiro APG. A mídia e o lugar da história. In: Herschmann M, Pereira CAM. Mídia, memória e celebridades. Rio de Janeiro: E-Papers; 2003.

Rodrigues AD. A emergência dos campos sociais. In: Santana RNM organizador. Reflexões sobre o mundo contemporâneo. Revan. Piauí; 2000. 99-215

Rodrigues PHA, Santos IS. Saúde e Cidadania: Uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu; 2009.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

URSS. Declaração de Alma-Ata. Texto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde divulgado em 12 de setembro de 1978 [acesso em set 2009]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Vasconcelos PFC. Febre amarela. Rev Soc Bras Med Trop. 2003 Mar/Abr;36(2). [acesso em set 2009]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822003000200012&lang=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000200012&lang=pt&tlng=pt)

Verón E. Fragmentos de um tecido. São Leopoldo: Editora Unisinos; 2005.