

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

JANINE MIRANDA CARDOSO

ENTRE VÍTIMAS E CIDADÃOS:
risco, sofrimento e política nas narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias
de dengue (1986-2008)

RIO DE JANEIRO

2012

JANINE MIRANDA CARDOSO

ENTRE VÍTIMAS E CIDADÃOS: risco, sofrimento e política nas narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias de dengue (1986-2008)

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura, Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Comunicação e Cultura

Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz

Rio de Janeiro
2012

Cardoso, Janine Miranda.

Entre vítimas e cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias de dengue (1986-2008) / Janine Miranda Cardoso. -- 2012. 226 f.

Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Comunicação – ECO, Rio de Janeiro, 2012.

Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz

1. Risco. 2. Política. 3. Sofrimento. 4. Dengue. 5. Epidemia. 6. *Jornal Nacional*. 7. Comunicação – Tese. I. Vaz, Paulo Roberto Gibaldi (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Escola de Comunicação. IV. Título.

JANINE MIRANDA CARDOSO

ENTRE VÍTIMAS E CIDADÃOS: risco, sofrimento e política nas narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias de dengue (1986-2008)

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura, Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Comunicação e Cultura

Aprovada em 18 de junho de 2012:

Paulo Roberto Gibaldi Vaz,
Pós-Doutor – University of Illinois at Chicago, ECO/UFRJ

Ana Paula Goulart Ribeiro,
Doutora em Comunicação e Cultura, ECO/UFRJ

Mary Jane Paris Spink,
Pós-Doutora – University of Cambridge, Psicologia Social/PUC-SP

Luis David Castiel,
Pós-Doutor – Universidad de Alicante, Ensp/Fiocruz

Kleber Santos de Mendonça,
Doutor em Comunicação, Iacs/UFF

Para o Pedro,
por cada detalhe,
pelo conjunto da obra.

AGRADECIMENTOS

Ao Paulo Vaz, pela orientação generosa, por sua escuta atenta, pelo intenso aprendizado intelectual e por tantas descobertas.

À Ana Paula Goulart Ribeiro e ao Luis David Castiel, por suas valiosas contribuições no exame de qualificação, que espero ter sabido aproveitar, pelo menos em parte.

Ao corpo docente do PPPGCOM/ECO/UFRJ e aos colegas de doutorado, sem os quais a experiência não seria tão rica. Ao Thiago, à Jorgina e à Marlene, que em tantos momentos tornaram mais suaves as exigências institucionais e indicaram atalhos para cumpri-las.

Aos companheiros do Laces/Icict/Fiocruz: todos suportaram com extrema solidariedade tanto minha ausência quanto minha presença, ambas trazendo solicitações diversas ao já intenso ritmo de trabalho de cada um. O apoio da Direção do Icict/Fiocruz foi decisivo para a realização da pesquisa e para a obtenção do material empírico.

À Bárbara Carmim e Fernanda Oliveira, assistentes de pesquisa, e ao colega da Fiocruz, Márcio Candeias, por sua ajuda na formatação das tabelas.

Às amigas de todas as horas: Ana Paula Goulart Ribeiro, Cristina Cabus e Kátia Lerner, pela disponibilidade, afeto e aprendizado, permanentemente renovados.

Ao Igor Sacramento, pelo carinho e apoio.

Ao Pedro, filho querido e paciente, e profissional que tanto me ajudou nas sucessivas edições do *corpus*.

Ao Júlio, pelo incentivo, acolhida e apoio na construção desse objeto, fundamentais nessa caminhada.

Agradeço também o apoio do *Globo Universidade* e da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Sesdec/RJ) para a realização deste trabalho, em especial a Carlos Henrique de Assis, pela consolidação dos dados sobre as epidemias de dengue.

RESUMO

CARDOSO, Janine Miranda Cardoso. **Entre vítimas e cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias de dengue (1986-2008)**. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Este trabalho reflete sobre as relações entre saúde, política e risco, a partir da análise da cobertura das epidemias de dengue realizada nas últimas três décadas pelo *Jornal Nacional* (JN), da Rede Globo de Televisão. Discutir como a lógica do risco incide sobre essas narrativas constitui seu principal objetivo e, para tanto, nos propomos a identificar e analisar a forma como o telejornal construiu as epidemias de 1986, 1987, 1990/91, 1998, 2002 e 2008. O período compreende mais do que a reemergência e o recrudescimento deste que é considerado um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. Assinala também diferentes conjunturas históricas, das lutas pela redemocratização e o direito à saúde no país. Corresponde, de forma muito particular, à ascensão da lógica do risco e à crescente preocupação com a saúde na agenda de indivíduos, instituições, governos e da mídia. Nas vertentes predominantes, tais movimentos reforçam a dimensão individual dos cuidados à saúde, a descoletivização dos riscos, apagando sua desigual distribuição pela generalização da sensação de insegurança, ao mesmo tempo em que participam da configuração de novas formas de regulação social. Tendo em vista essas questões, buscamos considerar a historicidade das narrativas jornalísticas e da própria configuração dos discursos do risco, privilegiando pontos de cruzamento entre a saúde pública e o jornalismo. A problematização se concentra em três eixos centrais: as operações que tecem as causas e responsabilidades sobre os eventos epidêmicos; as formas de expor o sofrimento e as mortes, em conexão com a concepção de justiça social que anima esses relatos; os posicionamentos sociodiscursivos que o telejornal propõe para si e para o telespectador. Ao longo das conjunturas analisadas, encontramos processos heterogêneos, permeados por ambiguidades, linhas de continuidades e deslocamentos, tanto em relação aos modelos mais tradicionais de prevenção de doenças transmissíveis quanto às estratégias para narrar os fatos jornalísticos. Em contraposição ao que foi identificado nos anos anteriores, no entanto, observa-se em 2008 o encontro da lógica do risco com novos posicionamentos do telejornal, resultando em um tipo de politização singular do evento. A análise de um conjunto de operações permitiu identificar o endereçamento dos telespectadores como potenciais vítimas da dengue, a desqualificação de políticos (e da política), das autoridades sanitárias, favorecendo a sensação de indignação e a projeção, que se quer incontestável, do julgamento efetuado pelo JN.

Palavras-chave: Risco. Política. Sofrimento. Dengue. Epidemia. Jornal Nacional.

ABSTRACT

CARDOSO, Janine Miranda Cardoso. **Entre vítimas e cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias de dengue (1986-2008).** Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

This study reflects on the relationship between health, politics and risk based on the analysis of the news coverage made of dengue fever epidemics over the past three decades by Globo Television Network's *Jornal Nacional* (JN) nightly newscast. The main goal is to discuss how these accounts feature the logic of risk. To achieve this, we propose to identify and analyze how the newscast construed the 1986, 1987, 1990/91, 1998, 2002 and 2008 epidemics. The period comprises more than the re-emergence and recrudescence of what is considered as one of the most serious public health issues in the world. It also points to different historical conjunctures, to the struggles for democratization and the right to health in Brazil. In a very particular manner, it encompasses to the rise of the logic of risk and to the increasing concern with health on the agenda of individuals, institutions, governments and the media. In the predominant lines, such movements reinforce the individual dimension of health care, the decollectivization of risk, erasing its unequal distribution by generalizing the feeling of insecurity while shaping new forms of social regulation. Given these issues, we sought to consider the historicity not only of the journalistic narratives, but also of the configuration of the discourses on risk themselves, focusing on the intersections between public health and journalism. The problematization focuses on three central pillars: the operations that weave the causes and responsibilities for epidemic events; the ways suffering and death are exposed in connection with the concept of social justice that enlivens these reports, and the socio-discursive positions the newscast proposes for itself and for the viewer. Over the analyzed conjunctures, we found heterogeneous processes, fraught with ambiguities, lines of continuity and displacements, both regarding the more traditional models of prevention of communicable diseases and the strategies used to narrate the journalistic facts. However, in contrast to what was been seen in previous years, in 2008 it was noted that the logic of risk merged with new positions taken on by the newscast, leading to a unique type of politicization of the event. By analyzing a set of operations, it was possible to note that the viewers started being addressed as potential victims of the dengue fever and that politicians (and politics) and health authorities went on to be repudiated, in favor of a feeling of indignation and of the undisputed projection of the judgment of JN.

Keywords: Risk. Politics. Suffering. Dengue fever. Epidemic. *Jornal Nacional*.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – <i>Corpus</i> principal e <i>corpus</i> secundário.	60
Quadro 2 – Cobertura da epidemia em 1986.	68
Quadro 3 – Cobertura da epidemia em 1987.	68
Quadro 4 – Vozes na cobertura da epidemia em 1986.	80
Quadro 5 – Vozes na cobertura da epidemia em 1987.	94
Quadro 6 – Cobertura da epidemia em 1990/91.	101
Quadro 7 – Vozes na cobertura da epidemia em 1990/91.	109
Quadro 8 – Cobertura da epidemia em 1998.	121
Quadro 9 – Vozes na cobertura da epidemia em 1998.	134
Quadro 10 – Cobertura da epidemia em 2002.	135
Quadro 11 – Vozes na cobertura da epidemia em 2002.	150
Quadro 12 – Cobertura da epidemia em 2008.	160
Quadro 13 – Vozes na cobertura da epidemia em 2008.	181

LISTA DE SIGLAS

APSP – Associação Paulista de Saúde Pública
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
Cedoc – Centro de Documentação da TV Globo
Cenepi – Centro de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde
CGJ – Central Globo de Jornalismo
Comlurb – Companhia de Limpeza Urbana do Rio de Janeiro
Famerj – Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
Opas – Organização Pan-Americana de Saúde
Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PFL – Partido da Frente Liberal
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PRN – Partido da Reconstrução Nacional
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro
SBT – Sistema Brasileiro de Televisão
Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Sucen/SP – Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo
UDR – União Democrática Ruralista
Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Periódicos

FSP – Jornal Folha de S. Paulo

JB – Jornal do Brasil

OD – Jornal O Dia

Oesp – Jornal O Estado de S. Paulo

OGI – Jornal O Globo

UH – Jornal Última Hora

ZH – Jornal Zero Hora

Telejornais

JN – Jornal Nacional

RJTV – 1ª Edição – RJTV1

RJTV – 2ª Edição – RJTV2

RJTV – 3ª Edição – RJTV3

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 O HORIZONTE DA PESQUISA	24
2.1 PODER, NORMA E SOCIEDADE DISCIPLINAR	29
2.2 RISCO E PODER NA ATUALIDADE	38
2.3 SAÚDE E DOENÇA: O DRAMA EPIDÊMICO	46
2.4 DRAMA EPIDÊMICO MEDIÁTICO	49
2.4.1 Jornalismo e telejornalismo	52
3 ANTES DA ANÁLISE...	55
3.1 A BATALHA PELO <i>CORPUS</i>	55
3.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	60
3.2.1 O <i>Jornal Nacional</i>	62
4 DA DENGUE COMO SINTOMA SOCIAL À ÊNFASE NO DOMÍNIO TÉCNICO DA DOENÇA	67
4.1 O <i>JN</i> E AS EPIDEMIAS DE DENGUE EM 1986 E 1987	67
4.2 A EPIDEMIA EM 1986	69
4.2.1 Houve responsáveis, houve doentes?	74
4.2.2 O <i>JN</i> e a relação com os peritos	78
4.2.3 O que diziam os peritos em outro lugar	82
4.3 O <i>JN</i> E AS EPIDEMIAS EM 1987	86
4.3.1 Epidemias em vários estados do país: as causas e os responsáveis no <i>JN</i>	87
4.3.2 Os doentes e seu sofrimento	91
4.3.3 A avaliação dos especialistas fora do <i>JN</i>	93
4.4 A COBERTURA DO <i>JN</i> NA DÉCADA DE 1980	94
4.4.1 Causa, sofrimento e responsabilidade quando há mortes	95
4.5 AS EPIDEMIAS EM 1990/1991	97
4.5.1 As causas no <i>JN</i>	103
4.5.2 A exposição do sofrimento	104
4.5.3 Os responsáveis	106
4.5.4 A discussão dos peritos	111
4.6 PONTO DE PASSAGEM	114

5 ENTRE A GRAVIDADE E A RESPONSABILIDADE POLÍTICA: FORMAS DE MOSTRAR E CONTER	121
5.1 NA VIRADA DA DÉCADA...	121
5.1.1 As causas e as responsabilidades em 1998	123
5.1.2 O sofrimento	127
5.1.3 O debate dos especialistas	130
5.2 AS EPIDEMIAS DE DENGUE EM 2002	134
5.2.1 Causas da gravidade e da epidemia	139
5.2.2 Os responsáveis	145
5.2.3 O sofrimento	152
5.3 PONTO DE PASSAGEM	155
6 DENGUE, RISCO E POLÍTICA DO SOFRIMENTO	159
6.1 EM 2008	159
6.1.1 Causas e responsáveis ou os responsáveis como causa principal	161
6.1.2 O sofrimento das vítimas	171
6.1.2.1 O sofrimento dos doentes	172
6.1.2.2 O sofrimento da perda	174
6.1.3 A fala dos peritos fora do <i>JN</i>	181
6.2 PONTO DE PASSAGEM	184
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
REFERÊNCIAS	194
GLOSSÁRIO	216
ANEXOS	219
A – EPIDEMIAS DE DENGUE: TABELAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	
B – EPIDEMIAS DE DENGUE: TABELAS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/ RJ	

1 INTRODUÇÃO

O ingresso no doutorado e a realização desta pesquisa são momentos específicos de minha trajetória profissional e traduzem inquietações intelectuais e políticas que surgem de uma atuação inscrita no cruzamento dos campos da saúde, da comunicação e das políticas públicas. Esse percurso foi iniciado antes de concluir a graduação em Ciências Sociais, quando ingressei no Programa Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, no início da década de 1980. Momento de abertura política, de intensificação das propostas de reforma sanitária brasileira, que conjugavam saúde e democracia em múltiplas direções. Projetavam, simultaneamente, um projeto político emancipatório e a revisão crítica de práticas e conceitos no campo da saúde centrado no modelo biomédico, numa visão negativa da saúde, como ausência de doenças, e propunham uma concepção ampliada, que considerasse a determinação social das condições de vida e saúde da população. As práticas de comunicação e educação deveriam, nessa linha, se contrapor às prescrições normativas, de cunho autoritário e medicalizante, próprias da educação sanitária, e se constituírem em vetor de uma relação dialógica, plural e democrática.

Da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual foram pactuadas as teses centrais inscritas na Constituição de 1988, até os dias de hoje, o percurso se diversificou. Das publicações do Programa Radis – *Súmula, Tema e Dados* –, passei pela produção e distribuição de vídeos, na atual *VideoSaúde* – Distribuidora da Fiocruz, sediada no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da mesma instituição; pelo debate e demandas dos movimentos e conselhos de saúde, até ingressar na área de ensino e pesquisa em comunicação e saúde. Durante esse período, intensas e profundas transformações ocorreram no mundo e no Brasil, imprimindo ritmos e direções muito diferentes daqueles sonhados no início da vida profissional. A dissertação de mestrado, concluída em 2001, foi uma oportunidade para analisar as práticas e políticas públicas de comunicação e saúde, a partir das campanhas oficiais de prevenção da Aids, nas décadas de 1980 e 1990. Essa problematização permitiu situar um conjunto de tensões entre as tentativas de uma relação mais democrática na comunicação entre instituições de saúde e população e a “modernização” governamental marcada pelo avanço das teses neoliberais, quando o maciço investimento na publicidade dos riscos e das responsabilidades individuais no que diz respeito aos cuidados de saúde substituiu, ou pelo menos conteve, as iniciativas para a redução das desigualdades estruturais da sociedade brasileira.

Nos últimos anos, as relações entre saúde e comunicação têm se intensificado e suscitado linhas de pesquisa e atividades de ensino em diversas instituições e áreas de conhecimento¹. No âmbito do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde/Icict/Fiocruz, onde me situo atualmente, temos buscado investir na conjugação do compromisso com o projeto ético-político do SUS, sem abrir mão da visão crítica acerca de seus limites e desafios, com o desenvolvimento teórico-metodológico que desnaturalize a perspectiva instrumental da comunicação, historicamente hegemônica na saúde, em favor de uma noção de comunicação como fator estruturante da produção social dos sentidos. Como escrevemos em outro lugar, “este tem sido nosso principal parâmetro teórico, embasando a compreensão do conhecimento como rede heterogênea que articula experiências, saberes, competências e habilidades, sempre produzidos social e contextualmente” (ARAÚJO; CARDOSO; LERNER, 2007, p. 91). Particularmente na linha “Saúde e mídia”, colocamos em foco os discursos midiáticos e aqueles provenientes das instituições de saúde e segmentos sociais em torno do que é (ou deve ser) considerado saudável².

Assim chegamos a esta pesquisa e sua proposta de refletir sobre as relações entre saúde, política e risco, a partir da análise da cobertura das epidemias de dengue realizada nas últimas três décadas pelo *Jornal Nacional (JN)*, principal produto jornalístico da Rede Globo de Televisão e há décadas considerado o telejornal de maior prestígio do país. Seu objetivo geral, discutir como o conceito de risco, incide sobre essas narrativas, desdobra-se na identificação e análise de mudanças e continuidades na forma como o telejornal construiu as epidemias de 1986, 1987, 1990/91, 1998, 2002 e 2008. Essa problematização privilegia as operações que tecem as causas e responsabilidades sobre os eventos epidêmicos, principalmente sobre os sofrimentos que causam, trabalho que envolve considerar a concepção de justiça social que anima seus relatos e as relações que o telejornal propõe manter com o telespectador.

Enquanto escrevia este texto, no final de 2011, mais uma grave epidemia de dengue era prevista no Brasil. O monitoramento epidemiológico identificava vários estados brasileiros com altos índices de infestação do mosquito *Aedes aegypti*, o principal vetor da doença no país, que agora transmite também o sorotipo 4³, para o qual a população não tem

¹ A criação, na década de 1990, do Grupo de Trabalho Comunicação e Saúde, vinculado à Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva –, pode ser citada como uma das primeiras iniciativas visando à consolidação de um espaço que pretendia repensar teorias e metodologias específicas e os modos de fazer comunicação em sintonia com os princípios do SUS.

² Cf. as linhas de investigação do Grupo de Pesquisa Comunicação e Saúde, Diretório CNPq.

³ A dengue é uma infecção aguda causada por um vírus RNA, do qual se conhecem quatro sorotipos: DEN 1, DEN 2, DEN 3 e DEN 4. A manifestação clínica da doença é muito variável, o que dificulta seu pronto

imunidade. Esses fatos, aliados à intensa circulação de outros sorotipos e ao aumento da temperatura e dos períodos de chuva, sustentavam a previsão de uma nova epidemia no verão de 2012. No Rio de Janeiro, a prefeitura e especialistas projetavam a mais grave epidemia, pois, além do inédito DEN 4, havia também o retorno do DEN 1.

A dengue não é preocupante apenas no Brasil ou em algumas regiões do planeta. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicavam, já em 2008, uma variação no registro anual dos casos entre 50 a 100 milhões, levando à hospitalização de aproximadamente 550 mil doentes e à morte de cerca de 20 mil pessoas, em mais de 100 países, nos quais a doença é endêmica. No mundo, cerca de 2,5 bilhões de pessoas são consideradas suscetíveis (WHO, 2008).

Considerada uma das principais doenças reemergentes da atualidade, favorecida pela intensidade dos fluxos entre e interpaíses e continentes, seu controle continua desafiando as políticas de saúde. A inexistência de vacina, a notável capacidade de adaptação do vetor ao ambiente urbano e a crescente morbidade do agente infeccioso tornam a prevenção da doença tremendamente complexa. No Brasil, a partir da década de 1980, sucessivos planos de controle foram implementados por diferentes governos, em âmbito nacional, estadual e municipal.⁴ Em geral, as medidas de controle, que se concentram na eliminação dos focos do mosquito em suas diferentes fases, têm obtido êxito provisório e parcial, pois não têm conseguindo conter a disseminação do vírus e a ocorrência de epidemias nas metrópoles e em pequenos centros urbanos (BRAGA; VALLE, 2007). Nesse contexto, tem sido crescente a importância concedida às estratégias de educação e comunicação, como a divulgação massiva de informações, as campanhas de mobilização da população para a eliminação de criadouros em suas próprias casas, assim como mutirões comunitários de limpeza e permanente vigilância e denúncia de potenciais focos⁵.

Tais dados confirmam a magnitude e a atualidade do problema e poderiam justificar a relevância do estudo aqui proposto, principalmente tendo em vista a importância cultural da televisão, frequentemente citada como o principal meio de informação dos brasileiros. Nossa

diagnóstico e intervenção: pode ser assintomática ou chegar a casos graves, como a febre hemorrágica da dengue (FHD). Os sintomas englobam febre, dores de cabeça e no corpo, náuseas, vômitos, exantema, prurido cutâneo. A doença tem duração de 5 a 7 dias, mas registra-se que mesmo os períodos de recuperação podem ser longos e caracterizados por mal-estar e debilidade física. Nos casos mais graves, além dos sintomas apresentados, ocorrem hemorragias e problemas circulatórios, geralmente no terceiro ou quarto dia da doença (BRASIL, 2010a).

⁴ No Brasil, o combate ao *Aedes aegypti* remonta às campanhas para erradicação da febre amarela urbana, a partir da primeira década do século XIX. Passa por momentos onde o vetor foi considerado erradicado, em meados do século passado, até sua reintrodução, entre as décadas de 1960-1970, e a ocorrência das grandes epidemias a partir da década seguinte.

⁵ Para uma visão crítica dessas estratégias, ver Rangel-S (2008).

investigação, no entanto, aborda e problematiza estas evidências de outro ponto de vista. Temos como ponto de partida que a constituição da dengue como um problema de saúde, um problema social e um problema público não é uma sequência natural e autoevidente, que liga fatos aos conhecimentos técnico-científicos, à sua divulgação, às ações e políticas para seu controle, à repartição de responsabilidade entre entes privados e públicos, em meio a disputas políticas e interesses econômicos mais ou menos legítimos que nos aproximariam ou distanciariam de uma desejável solução. Acreditamos que os constructos gerados em cada uma dessas dimensões e aqueles resultantes das múltiplas relações que mantém entre si envolvem processos socioculturais diversificados e contingentes que conformam o modo específico com que vemos, vivemos e transformamos a dengue em um problema público. Nossa tese interroga as relações entre saúde, mídia e política no tratamento da dengue, deixando em suspenso essa forma predominante de tematização, não porque seja certa ou errada, mas porque os diagnósticos e explicações são parte do problema a ser estudado: eles constituem o problema da dengue em cada momento histórico, e sua comparação nos fala de continuidades e descontinuidades na forma de entender, posicionar indivíduos, grupos, especialistas, governos e buscar soluções.

Nossa hipótese, e ponto de partida, é que a partir de meados do século passado vivenciamos uma série de reordenações societárias e outras mais específicas, relacionadas aos universos da saúde pública, da mídia e, em especial, do jornalismo. Em relação à primeira, nota-se que, a partir das últimas décadas do século passado, ganham força referências distintas daquelas que estruturaram o ideal político da primeira modernidade, conhecidas desde a célebre formulação de Hannah Arendt (2001) como política da piedade. Como destaca a pensadora, na esteira de processos sociais que desaguarão na Revolução Francesa, o sofrimento de estranhos transformou-se em questão social e passou a mobilizar uma forma de ação propriamente política, radicalmente distinta da compaixão religiosa – silenciosa, local, pessoal – que alcançou expressão máxima no Ocidente com o cristianismo (BOLTANSKI, 1999). A transição para o século XXI parece apontar para “uma mudança nessa continuidade” (VAZ, 2010) com a consolidação de um quadro que tem na cultura do risco/segurança, no individualismo e na figura da vítima virtual as referências centrais pelas quais se pensa hoje o poder da ação de indivíduos e coletividades e se tecem os projetos políticos, sociais e sanitários. Na base dessas formulações e desses projetos destaca-se o direito à felicidade e à rotina segura, que se dá a ver (e se sustenta) na intensificação de processos de criminalização e de descrença na ação política.

Risco é um conceito presente em diversas áreas de conhecimento que o tomam como objeto e no universo não menos heterogêneo de práticas sociais que atravessa e orienta. A despeito dessa polivalência, risco implica uma forma de objetivação do perigo pelo cálculo antecipado das probabilidades de ocorrência de um determinado evento. Na saúde, este cálculo refere-se principalmente a eventos negativos e de um que-fazer para evitá-los, crescentemente orientado para viabilizar que os indivíduos autogerenciem suas respectivas cotas de riscos, mediante o uso racional das informações que lhes são disponibilizadas.

A lógica do risco implica um modo singular de inserção no tempo, no qual o futuro invade o presente: por poder ser parcialmente conhecido, o futuro pode (deve) ser moldado nas decisões tomadas no aqui e agora. Em outras palavras, as estimativas de risco tornam um evento previsível e evitável pela ação humana cientificamente orientada. É, portanto, um constructo tecido em um momento histórico específico, que tem no desenvolvimento técnico-científico, na reflexividade e na ampliação da liberdade de escolha e responsabilidade individuais as condições de possibilidade para se consolidar como operador de micro e macrodecisões. Risco constitui então uma forma cultural específica de lidar com o perigo, de definir o que podemos almejar e o que devemos fazer: a orientar, portanto, escolhas e expectativas individuais e coletivas; a definir o que nos cabe, cabe ao outro, às instituições e aos governos. Nesse sentido, risco é, simultaneamente, um produto do conhecimento científico e uma forma de politização historicamente produzidos, portadores de diretrizes morais para guiar escolhas e comportamentos individuais e coletivos.

Do ponto de vista aqui defendido, as estratégias hegemônicas de promoção da saúde e prevenção de doenças baseadas no paradigma do risco (CASTIEL, 2010, 2007; VAZ, 2010, 2007, 2002; CONRAD, 2007, 1992) expressam e alimentam um ideal de saúde que enfatiza o autocontrole sobre o estilo de vida adotado, esvaziando os contextos socioculturais específicos e outras ordens de determinação mais amplas que mantêm a distribuição desigual dos riscos e do acesso aos aparatos de proteção. Generalizar a sensação de insegurança repercute também sobre as expectativas da população sobre as intervenções sanitárias e dos poderes públicos. Ao presentificar um ideal de saúde, visto crescentemente como antecipação e possibilidade de erradicação do sofrimento, duas imagens têm se destacado: a de uma quase onipotência do Estado e a de uma vulnerabilidade indignada da população (VAZ; CARDOSO, 2011). Ambas fortalecem um ideal de democracia tão urgente e desconfiado quanto esvaziado de relações e compromissos característicos da política, tal como pensada na primeira modernidade (GAUCHET, 2010). A vítima virtual, que permanentemente se percebe em risco de sofrer ou morrer, parece ser a figura subjetiva, política e retórica característica

desse tipo de politização. A “humanização das relações sociais” ou “a razão humanitária” atual, nos termos de Fassin (2010, 2002), ao valorizar todo vivente que sofre física e emocionalmente, retira a solidariedade com o sofrimento do outro do quadro ético-político de justiça social para projetá-lo no quadro de uma “cidadania biológica”, sem qualificação política.

Tais questões passam necessariamente pela mídia, vetor ativo e constituinte da cultura contemporânea. Nossa análise reconhece a mídia, e sua plethora de formatos e gêneros discursivos, como principal espaço de produção e circulação de sentidos sociais. Em especial o jornalismo, cuja produção, muito mais do que tornar visíveis os processos em curso em qualquer sociedade e no mundo, constitui os próprios fenômenos dos quais fala e orienta uma certa percepção da realidade social. Dessa perspectiva, tomamos distância de abordagens que analisam o universo midiático, e o jornalismo em particular, em termos de maior ou menor acuidade na descrição de uma realidade (verdade) já dada. Descartamos, igualmente, duas outras variantes instrumentais: por um lado, seu suposto poder de modelar consciências e comportamentos; por outro, enfoques que desprezam a mediação e a coprodução de sentidos operadas no universo midiático, vendo-o tão somente como circulação ascética de outros discursos ou reflexo dos interesses de outras forças sociais. Em contrapartida, realçamos os discursos midiáticos como constituintes e coprodutores da realidade que enunciam.

Usamos o singular, mas, como qualquer prática discursiva, o jornalismo não é um bloco monolítico e invariável. Ao contrário, conjuga dinamicamente uma série de credenciais envolvidas em sua missão social, segundo racionalidades, regras, processos e atores que sustentam dispositivos e estratégias que lhes são próprios, em meio a micro e macroprocessos de negociação e disputa que configuram as condições de sua produção em cada momento histórico e contextos específicos.

No entanto, se desde há muito a mídia e o jornalismo são instâncias centrais para construir a inteligibilidade dos acontecimentos (VERÓN, 1998, 2001) e espaços de mediação cultural (MARTÍN-BARBERO, 1997), hoje se veem às voltas com novas injunções de uma sociedade midiaticizada (SODRÉ, 2002) ou em vias de midiaticização FAUSTO NETO (2006, 2010). Segundo nossa leitura, um cenário paradoxal, pois, se midiaticização se refere à instituição e proeminência de uma nova ambiência na qual lógicas, estratégias e dispositivos técnico-discursivos antes confinados ao campo dos mídias se espraiam por toda a sociedade, é preciso considerar que os meios de comunicação têm que lidar também com as repercussões desses processos sobre suas próprias condições de produção. Entre outras dimensões, acentua-se a instabilidade dos vínculos tecidos com a recepção e tornam-se mais complexas as

relações com outros campos e atores sociais que tensionam o tipo de centralidade que detinham na “sociedade de massas”. No entanto, a despeito das teses que apontam para a direção intrinsecamente democrática de uma sociedade em rede que dinamiza seus processos de cognição, comunicação e possibilidades de participação e decisão, tais processos ocorrem e são conformados por embates sociais travados em diferentes dimensões pela manutenção ou subversão das atividades que desempenham e das posições centrais e periféricas ocupadas por diferentes atores sociais. Do nosso ponto de vista, nessa correlação instável, as tradicionais atividades de informação, educação, fiscalização e de prestação de serviços desempenhadas pelos discursos jornalísticos são redimensionadas e ressignificadas. Em uma de suas tendências mais significativas, o jornalismo contemporâneo, e principalmente o brasileiro, parece reivindicar a regulação e o exercício direto de papéis antes característicos de outras instituições, notadamente do campo da política – partidos, associações e movimentos sociais – e do judiciário – defesa, acusação, julgamento e veredito (FAUSTO NETO, 1995a; MENDONÇA, 2002).

A via analítica privilegiada neste trabalho busca a compreensão das narrativas jornalísticas sobre as epidemias de dengue no ponto de cruzamento das práticas discursivas da saúde pública e do jornalismo, de seus campos de tensão, de suas linhas de continuidade e deslocamentos, nas relações e disputas ancoradas em cada espaço-tempo histórico. Discurso na acepção foucaultiana – como produção regrada de objetos, posições subjetivas, formas de circulação e interdiscursividades –, sempre imerso em determinadas relações de saber e poder historicamente constituídas. Tal perspectiva rejeita o vínculo aparentemente indissolúvel entre as palavras e as coisas, próprio da visão instrumental da língua, da comunicação e da ação humana. Colocar em suspenso os postulados de uma enunciação verdadeira permite dirigir a atenção para as condições sociais de sua produção, apreendidas na articulação texto-contexto. Para a compreensão dos processos de produção de sentidos importa, assim, não apenas o dito, mas quem e como fala, e em que contextos sociais e institucionais (FOUCAULT, 1995). Os conceitos bakhtinianos de polifonia e dialogismo são outras referências centrais para esta abordagem semiológica: contra a unicidade do enunciado e do sujeito, afirmam sua composição híbrida, constituídos por múltiplas vozes em um diálogo social no qual se mesclam temporalidades distintas, sempre sob a força de contextos multifacetados (BAKHTIN, 1988, 1992).

A historicidade de concepções e práticas sociais é, assim, pressuposto ontológico que orienta a investigação. Metodologicamente, recorre-se ao princípio de raridade discursiva (FOUCAULT, 1995, p. 155-173). Isso significa que a um conjunto de enunciados sobre um

determinado tema não se interroga sua intenção ou verdade, mas busca-se entender por que este foi proferido em um espaço-tempo específico e não outros tantos disponíveis na cultura. Em outras palavras, toma-se distância em relação ao dito e interpelam-se as condições de sua produção, que são também as de exclusão de outros enunciados. Como afirmamos em outro lugar, “positivamente, a raridade discursiva convida à investigação histórica” (VAZ; CARDOSO, 2011, p. 2). O recurso à história envolve também uma forma específica de problematização, pois o passado é inacessível (LOWENTHAL, 1998) e pensado sempre a partir do presente (HALBWACHS, 1990). Em nosso caso, são as questões atuais sobre saúde em sua dimensão coletiva, as relações tensas entre novas formas de medicalização da sociedade e as lutas pela garantia do direito à saúde que orientam esse olhar retrospectivo.

É importante destacar, no entanto, que não esteve entre os objetivos desta pesquisa empreender uma história da saúde pública brasileira, da dengue e das diferentes concepções e lutas por seu enfrentamento, do risco, do telejornalismo ou do *Jornal Nacional*. O que se pretendeu foi manter em primeiro plano, e na medida de nossas possibilidades, a historicidade dos processos e textos analisados.

Este princípio mais geral se desdobrou na opção pela análise comparativa diacrônica das narrativas sobre as seis epidemias. Nosso *corpus* principal é formado por setenta matérias do *JN*. A ele foram acrescentados dois outros conjuntos de documentos. As matérias dos telejornais locais da Rede Globo, os *RJTVs*, integraram o que denominamos *corpus* secundário. Considerá-los permitiu melhor caracterização do enfoque e das estratégias narrativas do *JN*, assim como pontos de convergência. Também lançamos mão da consulta à cobertura da imprensa – jornais diários e revistas semanais –, principalmente nas décadas de 1980 e 1990. Não se buscou um levantamento exaustivo, nem comparar as coberturas, tratou-se apenas de um recurso para situar melhor o posicionamento do *JN*. Para tanto, consultamos a hemeroteca mantida pelo Programa Radis/Ensp/Fiocruz. Criada para subsidiar a publicação *Súmula*, o acervo reúne matérias sobre saúde publicadas na imprensa nacional, desde 1982⁶. Por fim, para localizar os tópicos que o *JN* selecionou das avaliações dos especialistas, buscamos ter uma visão mais abrangente das discussões travadas fora da mídia, em cada conjuntura. Para tanto, privilegiamos os fóruns de debate técnico-científico para identificar as diferentes posições e propostas sobre as epidemias. A fonte mais frequente foi a própria publicação *Súmula/Radis*, que desde o primeiro número incluiu a dengue em sua pauta,

⁶ Importante destacar que o acervo não preserva a íntegra das publicações, apenas os recortes das matérias selecionadas. Ao longo do tempo, observam-se várias mudanças: em relação ao público – inicialmente as publicações do Radis eram voltadas apenas para os profissionais de saúde, passando depois a incorporar estudantes, entidades e movimentos sociais – às formas de catalogação e aos periódicos adquiridos.

ouvindo diversos especialistas, entre eles vários dos que foram acionados pelo *Jornal Nacional*. A avaliação dos peritos não foi tomada como “parâmetro verdadeiro”, nem a *Súmula* encarada como uma fonte “neutra”, aliás, sua linha editorial crítica é assumida explicitamente. Para os nossos objetivos, no entanto, a publicação foi útil por trazer um panorama das visões das autoridades sanitárias e especialistas de diversas áreas. Da mesma forma, foram valiosos os números das revistas *Cadernos de Saúde Pública* e *História de Manguinhos*, que promoveram debates sobre a doença. Chamamos de *corpus* ampliado esse conjunto diversificado de materiais.

A tese está estruturada em sete capítulos. Após a Introdução, o segundo capítulo fornece uma visão do horizonte da pesquisa, acompanhando a hipótese de que o conceito de risco desempenha hoje o papel estratégico que a norma representou na sociedade moderna (VAZ, 2002, 2004, 2006). Buscamos sistematizar as características dos processos de normalização, tomando por referência as formulações e o método de Foucault para descrever a entrada na modernidade e, em seguida, mapear deslocamentos que a consolidação do conceito de risco trouxe para as formas contemporâneas de produzir sujeitos, a vida em sociedade e as relações de saber e poder aí implicadas. Apresentamos também a forma como entendemos a relação saúde-doença, descartando sua redução a um fenômeno puramente biológico ou passível de ser compreendido apenas a partir de sua etiologia e processos causais objetivos fornecidos pelos discursos biomédicos. Entre outros aportes, tomamos como referência a proposta do historiador Charles Rosenberg, na qual a doença pode ser tomada como um “comentário monitorado sobre a sociedade”, um objeto de estudo multidimensional que possibilita a reflexão sobre as relações entre os modos como a sociedade se pensa e se organiza ao expor – nas iniciativas e debates envolvidos na explicação, tratamento e controle – uma tensão entre o que é e o que deveria ser. Em seguida, buscamos situar o objeto empírico como textos produzidos na confluência do mundo televisivo e jornalístico, assim como a perspectiva teórica e metodológica que nos orientou.

O capítulo 3 detalha os critérios e procedimentos para a composição do *corpus* e fornece um breve retrospecto sobre o *Jornal Nacional*, optando por discutir algumas das mudanças registradas em sua longa trajetória no decorrer da análise de suas narrativas sobre as epidemias.

Os capítulos 4, 5 e 6 apresentam a análise propriamente dita. Embora conservando a sequência cronológica, optamos por estruturá-los a partir de características e tendências resultantes da problematização das relações entre causas, responsabilidades e sofrimentos causados pelas epidemias. O capítulo 4 reflete sobre a construção das epidemias em 1986,

1987 e 1991, apontando um deslocamento entre um momento em que a doença era percebida também como “sintoma” de problemas mais amplos da sociedade brasileira, para outro, no qual passa a predominar um enfoque estritamente técnico. Nos anos 1998 e 2002, abordados no capítulo 5, analisa-se o agravamento dos eventos epidêmicos à luz das oscilações em suas estratégias de politização. Por fim, em 2008, como discutido no capítulo 6, problematizamos as características de uma construção pautada pela lógica do risco.

No capítulo 7, dedicado às considerações finais, buscamos apresentar uma visão de conjunto da investigação, dos desafios encontrados, das interrogações e possibilidades surgidas nesse percurso.

2 O HORIZONTE DA PESQUISA

A dengue tornou-se um grave problema de saúde pública a partir do final do século XX, quando a dispersão de seu principal vetor *Aedes aegypti* atinge escala mundial e se intensificam as formas graves e o número de óbitos daquela que já fora classificada como doença benigna e restrita a algumas regiões do planeta⁷. Não apenas a dengue: uma nova categoria, doenças reemergentes, foi criada para aglutinar o recrudescimento de “velhas” doenças que voltaram a nos assombrar com suas novas características – da resistência às substâncias usadas em seu controle e tratamento à interação mais complexa com outros vírus e condições socioambientais. Contrariando as projeções otimistas de controle e erradicação das doenças transmissíveis que animou os homens e mulheres de meados do século passado, estas constituem na atualidade a face “arcaica” de uma plethora de novas doenças, no vasto território de riscos tecnológicos, ambientais, criminais, alimentares, genéticos com que lidamos atualmente.

Nossa questão de pesquisa, perceber se e como a lógica do risco interfere nas narrativas do *JN* sobre as epidemias de dengue das últimas décadas, está interessada em analisar linhas de força envolvidas nas formas como pensamos e explicamos hoje esses eventos e os sofrimentos que causam. Em outras palavras, que ideais de saúde e justiça social nos movem e o que cremos poder fazer para alcançá-los.

Um exemplo ajuda a materializar a proposta. No *Bom Dia Brasil*, da Rede Globo, na manhã do dia 12 de janeiro de 2011, o jornalista Alexandre Garcia resumiu: “Cá estamos nós novamente discutindo o avanço da dengue. A dengue anual continua à espera de soluções, tal como a chuva anual. Gasta-se muito correndo atrás do mosquito e para atender a mais de 700 mil casos por ano, quando a prevenção seria o mais racional.” À primeira vista, o comentário do jornalista não parece digno de nota e seu argumento mostra-se cristalino,

⁷ A dengue é uma doença antiga. Relatos de epidemias com quadros clínicos compatíveis com a dengue remontam a 610 d.C., embora existam dúvidas quanto ao agente etiológico nos episódios anteriores às técnicas de isolamento viral, na década de 1940 (BARRETO; TEIXEIRA, 2008, p. 58). Até a segunda metade do século XX, a doença era considerada benigna e restrita a certas regiões do planeta. A partir dos anos 1950, no entanto, intensificam-se os casos graves em epidemias em diversos países do Sudeste Asiático, a começar por Filipinas, em 1956, e nas décadas seguintes, também na Oceania, Caribe, América do Sul e Central (MARTINEZ-TORRES, 2005, 14-15), a dengue deixa de ser classificada como benigna. Tais ocorrências estão relacionadas à Segunda Guerra Mundial, evento que propiciou a circulação de vários sorotipos em uma mesma área geográfica e favoreceu o surgimento de quadros graves. Entre os vários fatores e processos, especialistas apontam sua relação com a expansão de um padrão predominante de desenvolvimento técnico-científico, econômico, social e cultural que exigiu e viabilizou a aceleração sem precedentes dos fluxos internacionais de mercadorias, pessoas e capitais. Nas regiões onde o crescimento desordenado das metrópoles se deu combinado a precárias condições da infraestrutura urbana e desarticulação do sistema de saúde – da vigilância epidemiológica à rede assistencial –, os efeitos da doença foram mais dramáticos e permanentes (BARRETO; TEIXEIRA, idem; MARTINEZ-TORRES, idem; DONALISIO, 1999; TAUIL, 2001).

diante da continuidade das epidemias e dos estragos provocados pela chuva e da atualização do número de atingidos. Como foi sublinhado na edição de vários programas jornalísticos durante aquele dia: “Mudam os personagens, a cena continua a mesma”. No comentário de Alexandre Garcia, as causas estão claramente indicadas: a dengue permanece um problema de saúde pública porque os governos não fazem o que seria racional, investir na prevenção. A solução é conhecida e viável, portanto sua permanência e as mortes que provoca são causadas menos pelos quatro tipos de vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti* do que pela negligência das autoridades públicas. O mesmo esquema causal é aplicado aos sofrimentos e prejuízos, também anuais, provocados pelas chuvas.

Nem sempre foi assim. As doenças, principalmente as transmissíveis, foram, em momentos não tão distantes, fortemente associadas às condições de vida estruturalmente desiguais na sociedade brasileira. Aos governantes já se acusou não de irracionais e incompetentes, mas de comprometidos com determinados interesses políticos e econômicos, em detrimento da superação da pobreza, que, em primeira ou última instância, garantia condições propícias para a propagação de inúmeras doenças. Em 1986, quando a primeira grande epidemia de dengue se manifestou no Rio de Janeiro, eram audíveis na mídia (ainda que em menor intensidade) as reivindicações de movimentos sociais e de sanitaristas que apontavam como solução a conjugação de medidas técnicas, expansão de serviços públicos e políticas sociais substantivas que saldasse a dívida social aumentada pela ditadura militar. No mesmo ano, em dezembro, a VIII Conferência Nacional de Saúde vinculou saúde e democracia, marco da luta que inscreveu na Constituição de 1988 a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Nos discursos jornalísticos da década de 1980, a pobreza é incluída na cadeia causal, o mosquito é condição favorável, a epidemia é sintoma da desigualdade, movimentos sociais lutam por uma sociedade democrática e menos desigual. Em 2008, as epidemias tornaram-se previsíveis e evitáveis, a causa maior de suas sucessivas ocorrências é a omissão de gestores e descuido de parte da população, a pobreza é transformada em condição que não interfere em sofrimentos que atingem a todos, pobres e ricos, indiscriminadamente. Na mídia, além da divulgação de cuidados individuais e do incentivo à ação do voluntariado, as iniciativas para a superação desse quadro concentram-se nas medidas judiciais, ora para punir as autoridades públicas responsáveis pelo crime sanitário, ora para contornar a resistência de indivíduos que não permitem o trabalho domiciliar dos agentes sanitários.

A dengue parece estar saindo de um enquadramento sociodiscursivo próprio da modernidade e passando a estar, cada vez mais, referida à lógica do risco. Não se trata de

apontar “um momento” em que teria se dado essa transformação, nem acreditamos que processos de mudança cultural ocorram de forma unívoca e definitiva. Na análise das narrativas jornalísticas nas últimas três décadas, buscaremos identificar permanências e descontinuidades por meio da comparação de seus esquemas explicativos, das formas de atribuir responsabilidades e de propor soluções. Uma via para problematizar um tipo de construção que hoje nos parece tão natural.

Essa é uma maneira sumária de inserir nosso objeto e a própria pesquisa em uma problemática complexa que tem mobilizado um conjunto diversificado de análises sobre risco e sociedade contemporânea. Lupton (1999a, 1999b) tem buscado sistematizar a produção de cientistas sociais dedicados a problematizar os contornos que o fenômeno multifacetado do risco tem adquirido nas sociedades contemporâneas, levando em conta as condições históricas que propiciaram sua emergência e consolidação, assim como suas repercussões sociais, culturais e políticas.

Uma primeira linha divisória é traçada entre os enfoques realistas e construcionistas (LUPTON, 1999a). Embora cada campo seja heterogêneo e contenha múltiplas interseções, algumas ignorando a fronteira proposta, não restam dúvidas quanto à franca hegemonia das correntes que tomam o risco como um dado da realidade. Riscos podem ser cientificamente identificados, explicados, mensurados, antecipados e prevenidos, assim o atestam e tomam como fundamento as ciências cognitivas. Nessas abordagens, a cultura, as dimensões qualitativas e todos os aspectos que “escapam” às metodologias utilizadas são inexistentes ou, na melhor das hipóteses, secundários e residuais. Em relação à saúde, a epidemiologia, nas linhas dos fatores de risco e da medicina baseada em evidências, expressa essa perspectiva hegemônica e desempenha papel capital, inclusive na modelagem dos sistemas de avaliação e comunicação de riscos à saúde individual e coletiva. Não sem gerar um declarado “mal-estar” (CASTIEL, 1994) que anima a agenda de pesquisadores e epidemiologistas pautados por uma perspectiva crítica.

As abordagens reunidas no segundo polo privilegiam o que o primeiro despreza ou tenta enquadrar a partir de cálculos objetivos. A autora identifica três matrizes principais, a “cultural/simbólica”, a “sociedade de risco” e da “governamentalidade”.

A abordagem “cultural/simbólica” encontra nos trabalhos da antropóloga Mary Douglas uma referência central, que começa a ser desenvolvida já em *Pureza e perigo* (s/d), no qual associou as noções de pureza e poluição/perigo como construções culturais específicas que ordenam um determinado quadro de referências para as ideias e relações sobre o eu e o outro, grupos de uma comunidade e entre comunidades. Os estudos subsequentes

ampliaram as relações entre risco e cultura, os usos forenses contemporâneos, como mecanismos de atribuição de culpa e responsabilidade sobre eventos negativos, sempre ancorados em pressupostos compartilhados e nos contextos socioculturais em que os indivíduos e seus julgamentos estão inseridos (DOUGLAS, 1992).

A perspectiva da “sociedade de risco” é caudatária da obra Ulrich Beck e Anthony Giddens (BECK, 1998; GUIDDENS, 1991; GUIDDENS et al., 1997). Beck confere primazia às macrorrupturas ao traçar um paralelo entre a Modernidade Clássica, correlata ao desenvolvimento da sociedade industrial, do Estado-Nação e dos direitos de cidadania, e a atual Modernidade Reflexiva, caracterizada pela sociedade de risco. Nessa abordagem, globalização, reflexividade e individualização podem ser tomados como eixos centrais na modelagem das sociedades contemporâneas. Esquemáticamente, globalização se refere ao curso do desenvolvimento científico e tecnológico que moldaram o capitalismo de superprodução e afetaram de forma decisiva as referências espaçotemporais que até então moldaram as práticas e relações sociais.

Mais do que superprodução de mercadorias e serviços, ingressamos numa era de superprodução de riscos tecnológicos e ambientais em escala planetária, acentuando o sentimento de insegurança permanente. Simultaneamente, as conexões em tempo real viabilizado pelas tecnologias de informação e comunicação abrem essa inédita possibilidade trocas e interações em que é possível a copresença de seres geograficamente distantes. Mudanças que atuam como vetores de reconfiguração, de instituições pilares que, na modernidade, ancoravam a ordem social, a inserção e as identidades dos indivíduos: família, trabalho, educação. Como veremos, instituições vitais para os processos de normalização quando a sociedade é vista, nos termos de Foucault, como sociedade disciplinar. O progressivo afastamento dos valores e vínculos de pertença que condicionavam as trajetórias traz maior latitude de autonomia na definição do que o sujeito é e deseja ser, uma tendência à individualização, ou à perda progressiva da tradição e dos laços sociais como forma de estruturação do curso de vida e formação da identidade pessoal. Mudanças nas formas de reorganização do trabalho, nas quais muitas vezes o requisito de versatilidade e adaptabilidade às novas tecnologias se conjuga com crescente precarização dos vínculos e desemprego.

Uma das diferenças mais significativas apontadas pelos teóricos da sociedade de risco está nas formas de perceber e lidar com riscos, quando os indivíduos são posicionados como agentes de escolha. Indivíduos com elevado nível de controle e responsabilidade quanto à exposição aos perigos são também produtores e gestores de sua carga de riscos.

Reflexividade, como revisão ou confrontação permanente dos fundamentos das ações e suas consequências, pode ser tomada como dimensão transversal dessa nova formação social. De forma muito aguda se refere a própria crítica à ciência, seus métodos, produtos e repercussões sobre a vida social e a integridade do próprio planeta. Essa dimensão refere-se tanto à abertura ao autoquestionamento quanto ao debate público e atividades de fiscalização, cobrança e resistência por parte de diferentes segmentos e movimentos sociais. Mas reflexividade está presente também no delineamento da pluralidade de rotas biográficas de sujeitos cada vez mais singulares.

Da perspectiva dos “teóricos da governamentalidade” está em foco a própria configuração do risco como tecnologia de saber-poder que interfere na produção de subjetividades e condutas, instituindo novas práticas de regulação social. Interessa aqui a emergência e o funcionamento do conceito em seus amplos domínios de aplicação. Lupton, seguindo Dean, destaca três tipos dominantes de racionalidades sobre o risco: a securitária, a epidemiológica e a clínica, cada uma com alvos, mecanismos, procedimentos e redes institucionais específicos (DEAN apud LUPTON, 1999, p. 95 e seguintes). Mas podemos apontar como característica transversal uma determinada relação com o tempo, na qual o futuro é passível de ser antecipado e seus perigos afastados por opções tomadas no presente, a partir de estimativas probabilísticas cientificamente orientadas.

Ser posicionado ou se perceber em risco representa entrar, e aceitar entrar, em uma série de procedimentos e cálculos de maximização da vida, que projetam e sustentam ideais de longevidade e bem-estar. Essa expectativa anima grupos e indivíduos a adotarem condutas que reduzam a ocorrência de adventos negativos, que já foi chamado de um tipo de prudencialismo de caráter conservador, posto que pautado pelo retraimento das políticas de seguridade social, nos moldes do projeto neoliberal. Em contrapartida, a difusão maciça de informações sobre fatores de risco torna-se uma das funções prioritárias das agências públicas, exacerbando um tipo de governo a distância, impensável sem a participação ativa dos discursos midiáticos.

Este estudo se inscreve nesse horizonte e acompanha a hipótese de que o conceito de risco desempenha hoje o papel estratégico que a norma já representou na sociedade moderna (VAZ, 2002, 2006). O primeiro passo é buscar sistematizar características dos processos de normalização, tomando por referência as formulações e o método de Foucault para descrever a entrada na modernidade. O segundo, mapear os deslocamentos que a hegemonia do conceito de risco trouxe para as formas contemporâneas de produzir sujeitos, a vida em sociedade e as relações de saber e poder aí implicadas. O que segue é uma extração seletiva da vasta

produção foucaultiana, sublinhando as questões mais decisivas para o desenho da pesquisa e para a problematização das narrativas sob análise. É explicitar a via de acesso aos processos de rupturas e continuidades com a sociedade moderna, que foram descritas por Foucault como sociedade disciplinar e do biopoder.

2.1 PODER, NORMA E SOCIEDADE DISCIPLINAR

Uma analítica do poder é transversal ao pensamento de Foucault, não por ter sido o poder o objetivo de sua extensa produção, mas por ter emergido como dimensão constituinte das formas como os sujeitos são historicamente produzidos. Uma analítica do poder não se confunde, é sabido, com uma teoria do poder, antes situa a formação de saberes e as relações entre saber-poder no campo das condições de possibilidades para a emergência de sujeitos. Trabalho que implica necessariamente interpelar as formas de objetivá-lo.

Essa perspectiva se propôs a entender “como” o poder funciona produtivamente, privilegiando o estudo de relações, técnicas, instituições e práticas sociais na materialidade de pontos móveis, capilares, heterogêneos onde é exercido e produz seus efeitos.

O poder se exerce em rede e, nessa rede, não só indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também de exercê-lo. Jamais eles são o alvo inerte ou consentido do poder. (...) Na realidade, o que faz com que um corpo, gestos, discursos, desejos sejam identificados e constituídos como indivíduos, é precisamente isso um dos efeitos primeiros do poder (FOUCAULT, 2002, p. 35).

Como é sabido, e extensamente discutido, as pesquisas históricas de Foucault descreveram e analisaram duas modalidades que, a partir do século XVII, investiram positivamente sobre a vida em conexão sinérgica com o desenvolvimento do capitalismo industrial, da ciência e do Estado-Nação. Primeiro, as disciplinas que atuaram sobre o corpo humano para adestrar seus movimentos, ampliar suas habilidades, extrair suas forças, numa série de instituições e procedimentos transversais que ele denominou anatomopolítica do corpo humano. Modalidade de poder múltipla, ao mesmo tempo anônima e individualizante, que nas oficinas, fábricas, famílias, escolas, hospitais, exércitos e prisões viabilizou simultaneamente o aumento de sua produtividade econômica e sujeição política.

O segundo eixo do poder sobre a vida ganha nitidez a partir da segunda metade do século XVIII. A biopolítica atua, em termos de saber e intervenção, sobre o corpo espécie, os fenômenos vitais na dimensão coletiva da população: os nascimentos, as mortes, a duração da vida e as condições de sua variabilidade. Assim como o indivíduo, a população não é um dado preexistente, ela é construída como um fenômeno da natureza no entrecruzamento de uma série de variáveis – do clima à intensidade do comércio e às condições de circulação de

riquezas; dos hábitos, valores morais ou religiosos aos meios materiais de subsistência de seus integrantes.

As figuras do Estado foram retomadas então para descrever e discutir os processos de governamentalização pelos quais as diferentes instituições passaram a regular diretamente os fenômenos biológicos, para além das formas políticas e ideológicas “clássicas”. Suas análises se preocuparam em demonstrar as importantes transformações no poder soberano quando “o velho direito de ‘causar’ a morte ou ‘deixar’ viver foi substituído por um poder de ‘causar’ a vida ou ‘devolver’ à morte” (FOUCAULT, 1980, p. 130). “Fazer viver” que implicou o desenvolvimento de todo um aparato técnico-científico e administrativo que sustentou a especialização e capilarização dos procedimentos para controlar os acontecimentos aleatórios que incidem sobre o corpo espécie.

A gestão política da cidade e da população implicou mudanças na organização e na racionalização dos métodos de poder, dotando-as de técnicas e agentes para uma ação analítica, calculista e calculada. Trata-se aqui de descobrir e administrar regras de afetação de fenômenos vitais como nascimentos, mortes, doenças. A contabilidade não é nova e sim seu manuseio, seus inúmeros cruzamentos para localizar pontos e formas de intervenção de forma a maximizar a vida que despontam como novidade e transformam a própria ideia do que seja governar. Cálculo estratégico e mecanismos de regulamentação que permitem aumentar a natalidade e a longevidade, prevenir doenças, reduzir a mortalidade, instituir práticas e modelos de comportamento que resultem em aumento da segurança e bem-estar coletivo (FOUCAULT, *idem*; 2008, p. 42-43).

As disciplinas sobre o corpo e as regulações sobre a população, duas economias de poder com técnicas, aparatos, dispositivos e formas próprias de exercício e geração de acúmulo de saber. Entre elas, “feixes intermediários de relações”, acoplamentos, zonas de fricção e articulação: a transformação da sexualidade em campo estratégico de processos que atuam sobre indivíduos singulares e a multiplicidade especificada, e a medicina como um tipo de poder-saber que incide simultaneamente nesses dois planos, talvez seja o exemplo mais evidente dessa convergência, não necessariamente pacífica (FOUCAULT 2002, p. 300). Em conjunto, duas faces do biopoder que se distinguem, embora convivam com as lógicas e os procedimentos do poder soberano centrado na figura do rei, na capacidade de expropriação de forças e riquezas, no direito de “causar a morte ou deixar viver”. Assim, duas questões centrais são destacadas. A primeira, pontuada em diversos escritos de Foucault, é que a expansão das disciplinas e das biopolíticas não exclui, mas faz coexistir formas diferenciadas com as técnicas do poder soberano. Outra, a de que o biopoder atua não para causar o

sofrimento, mas para curar, proteger, reabilitar e ampliar a saúde vital, também presente em diversas obras, mas sintetizada no último capítulo d'A *História da Sexualidade* (FOUCAULT, 1980).

Foucault, e também Canguilhem, viram as transformações que moldaram a sociedade moderna ocidental como um processo generalizado de normalização social, política e técnica, cujos efeitos se manifestam e podem ser apreendidos em vários campos de aplicação. São exemplos o que ocorreu na educação (a instituição da escola normal), na medicina (reforma hospitalar e extensão do raio de ação e diversificação das questões incluídas no domínio médico) e em toda cadeia produtiva industrial.

Canguilhem recupera os sentidos de *norma*, palavra latina que designa esquadro, e o adjetivo *normalis*, perpendicular. Ambos sustentam os sentidos de regra, modelo, padrão e daquele ou daquilo que lhe está de acordo, o normal. Para Canguilhem,

uma norma, uma regra é aquilo que serve para retificar, por de pé, endireitar. “Normar”, normalizar, é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho. Conceito polêmico, realmente, este que qualifica negativamente o setor do dado que não cabe na sua extensão, embora dependa de sua compreensão. (...) Com efeito, uma norma só é a possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado insatisfatório por um estado de coisas satisfatório (CANGUILHEM, 1995, p. 211-212).

A norma não é algo natural, provém de uma preferência que se quer impor como regra, mas a norma em si e por si não desencadeia seu efeito, essa é uma possibilidade inerente à pretensão de poder existente na norma. O “ato fundador” da norma é que responde pela produtividade do poder moderno, pois torna real o seu contrário, “o setor do dado que não cabe em sua extensão”. É essa operação que legitima e faz necessário o poder de endireitar o torto, corrigir o erro, tornar são o patológico. Normalização envolve assim um conjunto de operações e procedimentos de análise meticulosa e graduações precisas que posicionam, em relação à categorial normal, a identidade social e pessoal de cada indivíduo (RABINOW, 1999, p. 32).

Essas operações e as sanções normativas que impõem não visam excluir o desviante, mas impedir que surja ou cuidar de sua recuperação para integrá-lo à polaridade normal. Essa é a incumbência fundamental das figuras da autoridade normalizadora, o professor, o médico, os pais, os chefes e inspetores que zelam e devem assegurar a retidão das condutas. A analogia com poder pastoral foi notada por Foucault (2008), acentuando a secularização da salvação: seguir as normas não mais para obter a recompensa após a morte, mas no próprio curso da vida terrena, salvando-se um pouco a cada dia pela recusa às tentações do prazer e à transgressão dos limites da normalidade. Mas essa analogia reforça também o compromisso

daqueles encarregados de cuidar de todo o “rebanho”, reintegrando os que se afastam, as “ovelhas negras” ou desgarradas.

No interior de cada instituição e no trânsito ininterrupto entre elas, todo um conjunto semelhante de técnicas de saber-poder normalizador se desenvolveu e reordenou as práticas cotidianas e o sentido das trajetórias individuais, inserindo os indivíduos em uma nova experiência espaço-temporal, segundo um regime de visibilidade, classificação e ordenação. Como resume Vaz,

A prisão se parece com escolas, fábricas, hospitais e sanatórios; nelas, os prisioneiros aprenderiam, trabalhariam e se curariam de seus desvios, voltando a ser bons cidadãos. Inversamente, porém, para se aprender, trabalhar e se ficar são e saudável, seria preciso que os seres humanos aceitassem se comportar um pouco como prisioneiros, sendo vigiados e obedecendo regras disparatadas em nome da ciência (VAZ, 2004, p. 3).

No âmbito das instituições disciplinares, o panóptico talvez seja a tecnologia que mais traduza essa arquitetura e utopia política de vigilância e controle, ao permitir que muitos sejam observados sem que se veja o observador. Relação assimétrica e funcional que torna possível o exercício anônimo do poder, ao mesmo tempo em que individualiza aqueles que sujeita (FOUCAULT, 1977).

A pressão homogeneizadora da norma não é apenas externa aos indivíduos. A introjeção desse olhar e de seu princípio normativo de classificação e ordenação são peças decisivas para que cada um discipline a si mesmo, que se inquiete com os sinais de anormalidade que nota em si e busque correção. Afinal, “ninguém é consciente de sua inocência inocentemente, já que o fato de ter consciência da adequação à regra significa ter consciência das razões da regra que se resumem na necessidade da regra” (CANGUILHEM, 1995, p. 215).

No plano das populações, a norma também gera classificações e formas de intervenção, a partir da leitura de variáveis, séries, que delimitam (ir)regularidades que permitem projetar onde e sobre o que intervir; de criar consensos sobre a pertinência dessas intervenções para o bem-estar coletivo. Também nesse plano não se tratava de excluir. O contraste entre o modelo da peste e o da lepra talvez seja tão conhecido quanto o sistema panóptico na descrição concreta dos deslocamentos entre o poder soberano e o moderno como uma concepção positiva, técnica e política de normalização.

A prática social dos leprosos, durante a Idade Média, consistia na separação e exclusão da parte impura da população. Seu envio para fora da comunidade era um ritual de purificação próximo à morte. “Eles entravam na morte (...) a exclusão era regularmente acompanhada de

uma espécie de cerimônia fúnebre, no qual eram declarados mortos” (FOUCAULT, 2010, p. 37). Esse mecanismo negativo ainda estava presente no século XVII, durante o grande internamento de mendigos e vagabundos nos hospitais gerais (não terapêuticos), promovido pela administração real.

Outro modelo, tão antigo quanto este, no entanto, é reativado para o controle da peste, a quarentena. Embora houvesse um território fechado, as práticas aí desenvolvidas eram radicalmente diferentes. A cidade empestada era alvo de um esquadrinhamento minucioso, cujo policiamento envolvia uma pirâmide hierárquica equivalente: para cada distrito, quarteirão, rua, casa era designado um responsável encarregado pela vigilância, análise e registro detalhado, contínuo e ascendente de cada porção da população e do território. À chamada de seu nome, o morador deveria aparecer em uma janela. Sua ausência era indicador de doença, perigo que demandava intervenção. Dessa forma, o primeiro registro de todos os habitantes, feito no início da epidemia, era continuamente atualizado, os casos de doença e mortes geograficamente localizados por inspeções diárias. Uma lógica de inclusão controlada e de aproximação

mais sutil do poder aos indivíduos. (...) Trata-se no fundo de produzir uma população sadia (...), do exame perpétuo de um campo de regularidade, no interior do qual vai se avaliar sem cessar cada indivíduo, para saber se está conforme a regra, à norma de saúde que é definida (FOUCAULT, idem, p. 40).

Para Foucault, a substituição de um modelo pelo outro corresponde a um processo histórico que não cessou de aperfeiçoar e inventar, ao longo dos séculos seguintes, tecnologias positivas de poder a partir do acúmulo de observação e do saber⁸. Como as estatísticas, que

⁸ Em o *Nascimento da medicina social*, Foucault problematiza as diferentes etapas e direções em que o corpo foi investido política e socialmente pela medicina, tendo como contrapartida a medicalização da sociedade. Na Alemanha absolutista do século XVIII, desenvolve-se a *medicina de Estado* que se materializou na noção de polícia médica (ROSEN, 1979; FOUCAULT, 1981, p. 80-83). Aí teve lugar um programa governamental com medidas de controle de profissionais, a proteção contra doenças contagiosas, a inspeção de alimentos e água, a limpeza das cidades, a manutenção de hospitais e o auxílio aos pobres, entre outros. Tais processos possibilitaram a estruturação de um sistema de observação da morbididade, mais completo do que os quadros de natalidades e mortalidade até então existentes. Na França, a medicalização do espaço urbano privilegiou a ação sobre a cidade, os fluxos e as relações que ali têm lugar. Evitar acúmulos de matérias em decomposição e outras fontes de contaminação; analisar e fazer circular “coisas” como o ar e a água e definir os melhores lugares para cemitérios e matadouros foram atividades que acionaram os cientistas e suas instituições. Significaram também os primeiros passos de uma noção fundamental para o posterior desenvolvimento da higiene, a noção de salubridade, que diz respeito às condições que permitem assegurar a saúde. Na Inglaterra, com a industrialização avançada, a medicalização foi mais completa e incidiu simultaneamente sobre a força de trabalho e os pobres, inserindo-os num sistema mais completo ao articular assistência médica ao pobre, controle da saúde da força de trabalho e ação sobre o espaço urbano. Na Inglaterra do século XIX, “uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1981, p. 97). Todos esses processos de medicalização impulsionaram o desenvolvimento dos conhecimentos sobre a população, a administração pública, o meio físico e sobre as doenças, simultâneo ao avanço das teorias políticas, econômicas e sociais. Em geral orientadas pelos métodos do empirismo racional, multiplicavam-se as investigações sobre as doenças, relacionando as diferentes doenças aos

permitiram mensurar os fenômenos populacionais e instauraram a periodicidade de censos demográficos, estudos sociológicos e inquéritos médicos, fabris, escolares etc. Constitutivas do Estado moderno, sustentaram tanto as estratégias de dominação e exploração do nascente capitalismo industrial quanto as propostas reformistas e revolucionárias. Hacking chama atenção que durante o século XIX, com o desenvolvimento dos metaconceitos estatísticos, “dentre os quais o mais notável é a ‘normalidade’”, novos objetos e relações foram construídos, ajudando a modelar novos tipos de pessoas, a própria estrutura de classes das sociedades industriais e a ideia de uma ordem social estável.

A Estatística ajudou a determinar a forma das leis sobre a sociedade e o caráter dos fatos sociais. Isso gerou conceitos e classificações no âmbito das ciências humanas. Além disso, a coleta de estatísticas criou, pelo menos, uma grande máquina burocrática. Pode-se pensar nela apenas como prestadora de informações, mas é ela mesma parte de uma tecnologia de poder em um Estado moderno (HACKING, 1991, p. 185 – tradução da autora).

As campanhas e demais intervenções sanitárias sobre os indivíduos e a cidade se estruturavam, assim, a partir da clara definição entre o são e o doente e buscavam a generalização de uma série de cuidados a fim de garantir um corpo individual e social hígido e saudável e uma cidade salubre, sem acúmulo de elementos associados às doenças, com circulação fluente.

Ainda é preciso destacar que essa massa heterogênea, formada por indivíduos diferentes, portava invariantes que complexificam a previsão e a interferência sobre seu comportamento: o desejo e a consciência. Sobre eles não se age por decreto, mas pode ser efetuada uma certa gestão para a transformação das opiniões e da maneira de agir, como sujeitos econômicos e sujeitos políticos, em direção ao interesse geral da população.

A população é portanto, de um lado, a espécie humana e, de outro, o que se chama de “público”. Aqui também a palavra não é nova, mas seu uso sim. O público, noção capital no século XVIII, é a população considerada do ponto de vista de suas opiniões, das suas maneiras de fazer, dos seus comportamentos, dos seus hábitos, dos seus temores, dos seus preconceitos, das suas exigências, é aquilo sobre o que se age por meio da educação, das campanhas de convencimento. (...) Da espécie ao público: temos aí todo um campo de novas realidades, novas realidades no sentido de que são, para os mecanismos de poder, os elementos pertinentes, o espaço pertinente no interior do qual e a propósito do qual se deve agir (FOUCAULT, 2008, p. 98-99).

aspectos ambientais e sociais, sob diferentes orientações teóricas e ideológicas. Nessa linha, podem ser dispostos o trabalho de Frank sobre os problemas sociais de saúde, na Alemanha, as investigações de Snow, sobre o cólera em 1824, na Inglaterra, o de Villermé, sobre as condições das fábricas têxteis, em 1840, ou de Engels, sobre as alarmantes condições de vida dos operários ingleses, em 1844.

É inegável o papel decisivo da imprensa nos processos revolucionários⁹, na conformação do espaço público moderno, na conformação de uma nova cultura política, no surgimento de uma nova comunidade de cidadãos. Mas é preciso destacar que todos os processos que moldaram a sociedade moderna foram tecidos nos sistemas de comunicação existentes e, de diversas formas e intensidades, atravessados pelas mudanças políticas, econômicas e tecnológicas do período.

Briggs e Burke (2004), em *História social da Mídia*, destacam na transição para a Europa moderna um rico e heterogêneo ambiente comunicacional existente em algumas cidades. Consideram os distintos ritmos da expansão da prensa gráfica e variados tipos de apropriação de seus produtos, as formas variadas com que se entrelaçaram com a tradição oral, a cultura de letrados e iletrados, as concepções e interesses econômicos e políticos locais. Ressaltam as repercussões de curto e longo prazos, como o surgimento, no século XVII, da imprensa periódica não oficial, e seus desdobramentos, nada lineares, até os jornais diários do século XVIII. Em Londres, por exemplo, o “livro de notícias inglês” e o “homem de notícias” não só marcaram a introdução da política nacional na vida cotidiana, mas permitiram que seus agentes despontassem como uma nova força nos assuntos políticos. Isso não ocorre isolado de outros processos, como o aparecimento da “manifestação” – evento festivo em favor de determinada política –, a diversificação dos tipos de informação que passaram a circular regularmente, inclusive em periódicos especializados, como as matérias econômicas e científicas¹⁰. Por outro lado, nos falamos também dos festivais, teatros em praça pública, rituais religiosos, propaganda pictórica em diferentes suportes – medalhas, botões, louças etc. – cuja intensidade acompanhava o ritmo dos conflitos entre as elites.

Tais práticas já haviam sido importantes nos primeiros da Reforma. Durante um breve período – 1520/30 –, os protestantes investiram em estratégias para defender sua mensagem, não raro recheando de humor popular as críticas à Igreja Católica. Deliberadamente, Lutero escrevia em vernáculo para alcançar as pessoas comuns. Lançando mão da mesma modalidade, os hinos tornavam mais ativa a participação nos serviços religiosos. Os rumores

⁹ Nos últimos seis meses do ano da Revolução, pelo menos 250 novos jornais foram fundados. Nos Estados Unidos, na virada para o século XIX, eram 178 semanários e 24 jornais diários; na Inglaterra, estima-se que tenham sido vendidos 15 milhões de jornais no ano de 1792 (BRIGGS; BURKE, 2004, p. 105; 78).

¹⁰ Sobre a interseção ciência e imprensa, vale destacar ainda que Colbert e Luís XIV fundaram, em 1666, o semanário parisiense *Journal des Savants*, dedicado a matemática, ciências, história, letras, teologia e medicina. Zavarese destaca a antecedência das iniciativas do médico Théophraste Renaudot, fundador do semanário *La Gazette*, em 1631, e de um *Escritório de Endereços* que, com a mesma regularidade, fornecia informações sobre doenças e seus remédios, serviços médicos, além de trazer discussões e conferências em medicina, teologia, direito. À frente de seu tempo, Renaudot parece ter sido ponto de cruzamento de diversas possibilidades e linhas de força que se desenhavam no século XVII: além da imprensa, presta serviços gratuitos, cria um montepio e funda um laboratório de pesquisas químicas (ZAVARESE, s/d).

e boatos que circulavam nos mercados e tabernas e os debates que suscitavam, aponta Burke, já demonstravam a importância dos líderes de opinião muito antes que a teoria dos dois fluxos de informação fosse desenvolvida, em meados do século XX (BRIGGS; BURKE, 2004, p. 87).

Os textos escritos também eram acessíveis e em quantidade expressiva: 4 mil cópias do discurso “Aos nobres cristãos da nação germânica”, de Lutero, esgotaram-se poucos dias após a impressão. O dado, de 1520, ganha maior magnitude quando se considera a venda, em período mais longo, da tradução que o mesmo autor fez da Bíblia: 100 mil cópias vendidas, entre 1534 e 1574, apenas por um impressor. Por outro lado, a Igreja estava presa ao “dilema conservador”, temendo que as respostas avivassem o debate.

Toda essa efervescência em nada garantiu que o desenvolvimento dessas estratégias permanecesse regular. Sua relevância a longo prazo, no entanto, pode ser sentida na importância, para a padronização da língua alemã, da adoção de um dialeto de entendimento ampliado e do empreendimento comercial envolvidos na tradução da Bíblia por Lutero. Anderson vê nesse episódio a manifestação da articulação da capacidade produtiva e mercantil do capitalismo com a tecnologia e cultura de impressão, vital para viabilizar a moderna ideia de nação¹¹, como “uma comunidade política imaginada e imaginada como sendo intrinsecamente limitada e, ao mesmo tempo, soberana” (ANDERSON, 2008, p. 32).

Recuperar essas questões permite dar concretude ao ambiente ou sistema da comunicação em determinada conjuntura histórica e também a sua conexão com eventos futuros. E, ainda, ver a emergência de novos gêneros – como o cartaz e o formulário oficial, utilizados em algumas regiões europeias, já em meados do século XVI –, as hibridações e as formas de utilização que vão invadindo a vida cotidiana. A prática de colocar avisos e anúncios nas ruas; a proliferação de recibos e certificados em transações civis ou econômicas, os formulários nas ações de censos e inventários, os recibos, enfim, foram algumas das modalidades com que as formas impressas tornam mais difícil a vida dos analfabetos. A expansão da escrita, inclusive como empreendimento comercial, não ocorreria, no entanto, sem o diálogo com que era valorizado pelos “iletrados”. Na mesma época, surgem também as histórias de criminosos, um novo tipo de relato sem correspondência necessária com as orientações morais predominantes.

¹¹ Essa possibilidade histórica pressupõe o lento declínio de três concepções culturais fundamentais que legitimavam as dinastias religiosas: a ideia de que uma língua escrita específica constituía parte da verdade e era modo, privilegiado e necessariamente restrito, de acessá-la; da organização social em torno e abaixo de centros elevados; de temporalidade que faz coincidir as origens do mundo e dos homens. Para Anderson, o capitalismo editorial e seus produtos – de forma especial o livro e o jornal como sua “forma extrema” – foram vetores fundamentais para a ruptura representada pelo Iluminismo e pela Revolução Francesa, ao permitir que as pessoas pudessem pensar e se relacionar consigo e com os outros de forma radicalmente diferente (ANDERSON, 2008, p. 68-69).

Por essa via, o historiador contrapõe à análise de Habermas radicada no surgimento da esfera pública estrutural e permanente, no século XVIII, tipos mais variáveis, temporários ou conjunturais, num movimento histórico em “zigue-zague” que, em longo prazo, incidiram sobre as condições de produção de sua forma mais definitiva (BRIGGS; BURKE, 2004, p. 82-103).

Não restam dúvidas, no entanto, que, durante o século XVIII, o movimento europeu de educação, crítica e reforma inspirado na razão se consolida e atinge sua forma mais acabada no Iluminismo francês e na publicação dos 35 volumes da *Encyclopédia*, publicados entre 1751 e 1765. Se sob os jornais podia pesar a interdição sobre assuntos políticos, nos cafés, salões e na comunicação clandestina o debate era vivamente intensificado. Nos processos que desaguarão na Revolução Francesa, no entanto, a imprensa tem um papel decisivo na conformação de uma nova cultura política que faz surgir, entre o clero e a nobreza, uma nova comunidade de cidadãos urbanos e rurais. Uma “opinião pública” que precisava ser informada, educada, disputada e conquistada. Ao passo que a intensidade dos acontecimentos e o volume das discussões reclamam mais espaço nas páginas impressas, a reivindicação por uma imprensa livre passa a integrar os pressupostos da nova sociedade.

A consolidação da imprensa, uma das formas de ação positiva sobre a consciência e o desejo, nos termos de Foucault, secularizou também a propaganda, deslocando essa prática de solo religioso de origem para a política e para o conjunto da sociedade, inclusive a medicina e as instituições encarregadas da saúde. Como nota a microssociologia de Gabriel Tarde, a consolidação da imprensa não teve repercussões estritamente políticas. A multiplicação de produtos e respectivos públicos, ao longo do século XIX, construiu o próprio sentido, sensação e prestígio de “atualidade” que configuraram novas micro e macroformas de sociabilidade (TARDE, 1992).

Com o desenvolvimento da medicina moderna e de uma linguagem de massa, os vínculos entre comunicação e saúde não cessarão de estreitar-se, adensar-se e multiplicar-se. Durante o século XIX, a institucionalização de uma medicina propriamente *preventiva* será um ponto de articulação entre tecnologias de diagnóstico, intervenção clínica e educacional, antes que a própria doença se manifeste. A generalização social dessas práticas não prescindiu do incremento de sua base técnico-científica – da criação da rotativa, impulsionando a popularização dos jornais e da publicidade, do incremento dos meios de transporte, do avanço da medicina experimental –, da ação estatal e dos vigorosos debates políticos sobre os rumos de sua apropriação.

2.2 RISCO E PODER NA ATUALIDADE

Quando Foucault descreveu e analisou as sociedades disciplinares, estas já estavam longe de seu apogeu, no início do século XX, e em meio às crises que se intensificaram após a Segunda Guerra Mundial. Os movimentos libertários que pressionaram pela derrubada dos muros, das regras e dos valores mantidos pelas instituições disciplinares e os processos de normalização, no entanto, encontraram-se com outros vetores poderosos de mudança envolvidos no capitalismo de consumo globalizado, também em confronto com as formas homogêneas de poder, simultaneamente individualizante e massificante. Se no capitalismo industrial tratava-se de formar e maximizar a força de trabalho, a inserção dos corpos humanos na economia de superprodução atende aos imperativos do consumo. Um consumo crescentemente ditado não pela necessidade, mas pelas possibilidades de prazer, de autossatisfação, no tempo voraz das oportunidades únicas. No entrecruzamento de linhas de força por vezes antagônicas, as reformas nas escolas, hospitais, indústrias para livrá-las de seus muros e flexibilizar suas práticas, apontavam para outro tipo de articulação e interferência sobre as condutas, de ágil modulação flutuante, “ao ar livre” e envolvendo indivíduos também com maior liberdade para definir suas preferências e biografias. Para Deleuze, entrávamos nas sociedades de controle, nas quais

O controle é de curto prazo e rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita, descontínua. O homem não é mais confinado, mas o homem endividado. É verdade que o capitalismo manteve como constante a extrema miséria de três quartos da humanidade, pobre demais para a dívida, numerosos demais para o confinamento: o controle não só terá que enfrentar a dissipação de fronteiras, mas também a explosão de guetos e favelas (DELEUZE, 1992, p. 224).

Nessa nova configuração, os mecanismos de poder se dão cada vez mais em espaços abertos, a distância, por sistemas de monitoramento e controle baseados em fluxos ininterruptos de informação, seja no âmbito das trocas econômicas, seja nas novas formas de sociabilidade, produção de subjetividades e, particularmente, nas práticas de autocuidado.

Por sua versatilidade e pelo papel central que ocupa em diversos domínios da vida social e da produção científica, o risco parece despontar como tecnologia de poder característica de nossa época. Essas mesmas características, aliadas ao seu surgimento recente, suscitam cautela na problematização das relações implicadas em sua disseminação e apropriação. Começando por evitar uma relação de exterioridade entre o indivíduo e a sociedade que sustenta a hipótese repressiva, na qual

a sociedade ou a cultura, ou o Estado, seria um grande outro, com vontade definida e capacidade de nos manipular (...) [que] autorizava pensar que o poder agia no sentido de reprimir a realização histórica de uma essência humana, operando portanto no interior de uma história finalizada e da separação entre sujeito de fato e sujeito de direito, entre o sujeito que é condicionado historicamente e aquele que, por princípio, é capaz de sair do condicionamento ao descobrir a verdade do seu ser e propor a sua realização no tempo (VAZ, 2006, p. 45).

Trata-se, uma vez mais, de buscar compreender como uma tecnologia de poder opera uma interferência produtiva nas formas de constituição dos sujeitos e da vida social. Retomar algo do percurso histórico do termo nos ajuda a marcar deslocamentos de sentidos e precisar a singularidade atual do conceito e da cultura do risco.

Não há consenso sobre a origem da palavra e o uso popular do termo. Castiel aponta duas possibilidades: *risicu*, *riscu*, provavelmente do verbo *resicare* do baixo latim, significando cortar; e do espanhol *risco*, “penhasco alto escarpado”, portando a ideia de perigo e a possibilidade de sua ocorrência, e ainda sentidos relacionados ao verbo riscar (CASTIEL, 1994, p. 152).

Há relativa convergência, no entanto, em situar sua emergência no século XVI. Spink indica que nessa época a palavra ganha espaço no uso corrente das línguas indo-europeias, “em um período em que havia se tornado factível pensar o futuro como passível de controle” (SPINK et al., 2008, p. 1). Na mesma direção, Ewald relaciona sua emergência no contexto dos perigos associados à navegação marítima, como a palavra italiana *rischio*, que significa “o que corta”, daí o “recife” e, conseqüentemente, o “risco às cargas em alto-mar”, referindo-se a eventos naturais aleatórios, que não derivavam da conduta humana e poderiam comprometer as empreitadas marítimas (EWALD, 1991, p. 199).

Segundo Hacking, do italiano deriva a palavra francesa *risqué*, que surge no mesmo século e também vinculada à navegação comercial. Esse autor marca um deslocamento importante dessa conexão com as aventuras econômicas ao considerar os sentidos associados à palavra prudência, que naquele século remetia a covardia, egoísmo, falta de honra. No século seguinte, no entanto, prudência passa a vincular, de forma virtuosa, uma atitude de preocupação com o futuro, de se preparar para períodos de escassez. Já aqui a noção de risco indica uma contraposição a uma concepção fatalista (HACKING apud VAZ, 2004, p. 10), pois algo pode ser feito com recurso, muitas vezes, à codificação da experiência passada.

Nos séculos seguintes, dá-se o desenvolvimento propriamente moderno da noção de risco, segundo Douglas (1992), estreitamente vinculada ao cálculo probabilístico para estimar o perigo e reduzir a incerteza. A autora indica seu aparecimento, no século XVII, relacionado às chances nos jogos de azar, seguindo-se no século seguinte sua incorporação nos

procedimentos do seguro marítimo e, no século XIX, sua apropriação pelas disciplinas e práticas econômicas. Sua formalização na teoria dos jogos, em meados do século passado, possibilitaria sua aplicação na área militar e na avaliação dos efeitos da utilização da tecnologia industrial (CASTIEL, 1994, p. 152).

Na atualidade, risco é um conceito nômade, “pois orienta múltiplas práticas e recebe conteúdos diversos conforme os diferentes campos de saber que suscita, como a ciência política, a economia, a medicina, o direito, a engenharia e a ecologia” (VAZ, 2006, p. 53). Castiel também aponta seu caráter supradisciplinar, e reforça que essa simultaneidade apresenta-se “em diferentes práticas, formas de visualização e de construção de significados e atribuições de valores” (CASTIEL, 2011, p. 107). Como qualquer palavra, risco comporta índices de valor contraditórios, atualizados em práticas discursivas situadas. As pesquisas de Spink sobre a linguagem do risco na mídia têm se dedicado a investigar os processos de ressemantização a partir de três grandes tradições: aquela ligada às percepções do senso comum sobre perigo; a relacionada à perspectiva foucaultiana do risco como estratégia de gestão e regulação de indivíduos e populações, notadamente no campo da saúde; e aquela portadora dos sentidos positivos de correr riscos, “o risco aventura”, presentes na economia e nos esportes, principalmente os chamados esportes radicais (SPINK, 2001, 2008).

No entanto, na maior parte das disciplinas científicas e principalmente naquelas que orientam os cuidados com a saúde, risco designa uma forma de operacionalizar probabilisticamente a relação com o perigo, mediante a identificação, antecipação e estabelecimento racional de estratégias para estimar e evitar a ocorrência de acontecimentos indesejáveis. Esse cálculo, por um lado, pressupõe o conhecimento de variáveis envolvidas, viabilizado pelo aprimoramento de sistemas peritos¹². Por outro, a ampliação da autonomia e o poder de escolha dos indivíduos. Principalmente nas atividades de promoção da saúde, e em associação com o “estilo de vida”, a liberdade individual é conjugada com e limitada pela capacidade de autocontrole na gestão dos riscos ao seu bem-estar e ao dos outros.

Uma forma de estimar a singularidade das formas como pensamos e lidamos com o sofrimento e nossa finitude a partir do conceito de risco é comparar seu funcionamento com os processos de normalização disciplinar. Faremos isso privilegiando três tópicos mais diretamente relacionados à questão da saúde: a distinção entre são e doente, a exacerbação da crença no poder da ação humana em modelar o futuro e da ênfase em seus contornos

¹² Entendidos como linhas de pesquisa, perfis profissionais e tecnologias especializadas, aptas a processarem e interpretar continuamente quantidades crescentes de dados (BECK, 1998; GUIDDENS, 1991; VAN LOON, 2002).

individuais, e o contexto de enfraquecimento das instituições disciplinares, correlato à proeminência do papel desempenhado pela mídia.

Assim como o desenvolvimento das estratégias políticas de normalização foi construído em articulação com o desenvolvimento científico moderno, também a formulação e a consolidação do conceito de risco têm como condição de possibilidade o incremento exponencial da base técnico-científica contemporânea. As operações probabilísticas envolvidas no cálculo de risco só puderam se desenvolver e atingir a magnitude atual de forma concomitante ao desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação que forneceu às atividades científicas recursos sofisticados, como os computadores e *softwares* com capacidade de processamento de grande conjunto de dados¹³. A inclusão das variáveis genéticas, em notável expansão nas últimas décadas, radicaliza o “DNA” tecnológico do conceito de risco, transversal à produção e circulação dos resultados das pesquisas na comunidade científica internacional. Um circuito retroativo que viabiliza linhas de financiamentos e alimenta o exponencial crescimento do produtivismo acadêmico (CASTIEL, 2011).

Há, no entanto, diferenças significativas no manejo das técnicas estatísticas para a construção da norma e do risco. Na primeira, como visto antes, uma população de indivíduos ou acontecimentos heterogêneos são dispostos entre polaridades antagônicas, uma massa homogênea conforme a norma, sendo o desvio, ou o anormal, essa “extensão hostil” que não cabe no padrão de normalidade. As técnicas de inferência estatísticas para estimativa de riscos também partem de um conjunto heterogêneo, mas para nela encontrar, ao contrário, “vários subgrupos homogêneos (Pratt, 1995). Nesse caso, nenhum indivíduo tem um risco zero em relação a alguma coisa; há apenas grupos com diferentes níveis de risco” (VAZ, 2004, p. 12).

Uma consequência importante é que essas operações diluem as fronteiras, antes claramente demarcadas, entre o doente e o saudável, e instituem o cuidado crônico. Os

¹³ Já no final do século passado, essa tendência foi captada por Skolbekken ao pesquisar publicações científicas da área da saúde em países anglo-saxônicos e escandinavos, constatando o aumento contínuo do número de artigos sobre risco, no período entre 1967-91. Além de notar que os autores desconsideravam em suas análises os inéditos meios de proteção e elevado patamar de expectativa de vida, o autor reforça que esse incremento se sustenta no aprimoramento dos métodos estatísticos e das tecnologias de processamento de grandes volumes de informação e meios para difusão contínua e em grande escala. Em suas conclusões, não só a produção científica é apontada como condição de possibilidade para a escalada das preocupações sociais e “indústrias do risco”, o que designa como uma “epidemia de risco”, como reforça que grande parte da produção do conhecimento gerador de riscos contorna, sem enfrentar, fragilidades e limitações dos métodos epidemiológicos (SKOLBEKKEN, 1995). De forma semelhante, vários autores têm destacado o quanto a generalização e a naturalização da lógica do risco tornam invisíveis importantes limites do conceito, notadamente para a afirmação de sua potencialidade preditiva das relações entre a exposição a determinados fatores de risco e a ocorrência dos eventos que se quer evitar (CZERESNIA, 1997, 2003; CASTIEL, 1994, 2007).

manejos biopolíticos contemporâneos dos fatores de risco generalizam a situação permanente de “quase doentes” (ARONOWTZ, 1998). Tomando como definição de saúde aquela proposta por Leriche, em 1936, “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (LERICHE, apud CANGUILHEM, 1995, p. 67), hoje é impossível ser considerado totalmente saudável. Com a plethora de fatores e correlações de risco, de medidas e exames preventivos, cada vez mais precoces e contínuos, o corpo não pode mais permanecer em silêncio ou opaco, mas transforma-se em território de múltiplas e incessantes incursões para mapear alterações no organismo e tornar permanentes as práticas de (auto)cuidado.

Se compararmos as estratégias atuais com as medidas clássicas de higiene e prevenção, há mudanças significativas em relação aos métodos, às figuras e instituições envolvidas e quanto à escala do fenômeno. Anteriormente, em relação aos cuidados individuais e coletivos, as orientações de base científica não prescindiam da mediação das instituições e profissionais do meio médico-sanitário, em estreita associação com as instituições escolares, para a formação de pessoas e populações saudáveis. Nessa relação, havia pouca margem para negar as medidas prescritas e muito já se escreveu sobre o caráter autoritário das normas sanitárias¹⁴. Por outro lado, a partir do final do século XIX, com os avanços científicos da bacteriologia, parasitologia e microbiologia, que vieram no rastro do desenvolvimento dos métodos experimentais, o controle e a prevenção de doenças transmissíveis focalizaram crescentemente ações específicas sobre determinado agente etiológico. Indivíduos e populações eram alvos de medidas preventivas, da vacina à informação, contra agravos específicos.

Castel (1987) chama a atenção para as mutações nas tecnologias sociais na sociedade pós-disciplinar, apontando para a redução das intervenções terapêuticas diretas e a promoção do gerenciamento preventivo das populações de risco e do trabalho de cada um sobre si mesmo para minimizar condutas de risco e ampliar os comportamentos saudáveis. A prevenção como mapeamento contínuo de fatores de risco, além de aumentar o hiato entre o diagnóstico e o tratamento, faz com que o indivíduo concreto passe a ser concebido como uma figura abstrata, em termos de uma combinação de fatores de risco. A copresença, sempre necessária nas práticas terapêuticas e técnicas disciplinares clássicas, seja em suas configurações de assistência, filantropia ou repressão, nas dimensões individuais e coletivas, cede lugar a outras estratégias:

¹⁴ Em Cardoso (2001), buscamos aprofundar essa discussão na análise da constituição e mudanças do discurso preventivo, no Brasil, a partir da institucionalização das ações de propaganda e educação sanitária, em 1923.

Intervir não significa mais, ou, pelo menos, não inicialmente, ter como meta um determinado indivíduo, a fim de corrigir, punir ou cuidar dele ou dela (...). As novas políticas preventivas economizam essa relação de imediatismo, porque do que elas tratam, num primeiro tempo, pelo menos, não são indivíduos, mas fatores, correlações estatísticas. Elas desconstróem também o sujeito concreto da intervenção para recompô-lo, a partir de uma configuração de elementos heterogêneos. Assim, pode-se falar menos falar de uma vigilância que, mesmo a distância, suscita sempre alvos precisos e materiais, do que de construção de combinatória sistemática de todos os grupamentos possíveis, suscetíveis de produzir risco. Trata-se menos de afrontar uma situação já perigosa do que antecipar todas as figuras possíveis de irrupção do perigo. (...) A “prevenção” de fato promove uma suspeita ao digno estatuto científico de um cálculo de probabilidades (CASTEL, 1987, p. 126).

O fenômeno de escala se refere, claro, ao aparentemente inesgotável surgimento de novas doenças e de elementos que passam a ser considerados fatores de risco. Mas também ao peso que as questões relacionadas à saúde passam a ter nas agendas individuais e coletivas. As estimativas de riscos trazem a crença de que eventos indesejáveis podem ser previstos e evitáveis, possibilidades que estão ao alcance de nossas decisões cotidianas. Se os conhecemos, conter os danos que podem causar a nós mesmos, e principalmente aos outros, “torna-se um dever, uma obrigação moral. Não agir contra riscos é cada vez mais socialmente visto como negativo” (VAZ, 2004, p. 13). Assim, os cuidados envolvidos no binômio risco-segurança se sustentam tanto no conhecimento que permite antecipar o futuro quanto na possibilidade de transformá-lo. Mas sua operacionalização depende, fundamentalmente, de uma tomada de decisão individual (LUHMANN, 1993, p. 16) que cada vez mais prescinde das formas de vigilância face a face.

Crawford (2004) vê as narrativas de risco como um *ritual* típico da espiral de ansiedade-controle derivada da expansão dos conhecimentos médicos e da adoção dos comportamentos medicamente informados, própria de uma época que desconstruiu a morte, transformando-a em incontáveis “causas específicas”, cujo combate é nossa tarefa diária. Seu argumento, de inspiração foucaultiana, é bem próximo da “epidemia do risco” (amplia-se o que se quer evitar no mesmo movimento que impulsiona os conhecimentos científicos e os dispositivos de regulação que respaldam), mas o autor explora as várias angulações e conjugações entre controle e ansiedade, “os irmãos gêmeos da consciência e da ação em saúde”. É desta perspectiva que o autor analisa o crescimento da promoção e da educação em saúde destinados ao aumento da percepção do estilo de vida de risco e indutor das mudanças de comportamento a partir da pedagogia do perigo.

Para Crawford, o risco pode ser tomado como um ordenador do perigo, antessala que afasta o mal maior: a pessoa que é consciente sobre o risco ocupa um lugar estável entre o excesso de controle e o excesso de ansiedade, sentindo mais confiança para agir de forma a

controlar o futuro. Assim, o ritual tanto dessacraliza quanto santifica: mostra o perigo e oferece a solução depurativa.

Mas o que angustia o sujeito atualmente não é tanto o desvio de padrões normais e a recriminação moral de que era alvo: o que é ser bom pai, bom trabalhador, bom estudante admite uma série de variações socialmente legítimas, que acompanham as reconfigurações flexíveis das próprias instituições e relações entre os envolvidos. Num ambiente cultural que cada vez mais preza e estimula a autonomia dos indivíduos, o que inquieta são as restrições na realização de sua própria e singular forma de ser feliz. Nesse sentido, a culpa não é mais o principal regulador de nosso comportamento, mas a conjugação entre viver os prazeres e limitar suas consequências danosas pela gestão dos riscos envolvidos. Nessa equação, o que deve ser limitado e recriminado não é tanto o que se faz e deseja, mas a intensidade de práticas excessivas que podem gerar dano. Afinal, todos têm uma cota de risco a administrar, sejam aqueles geneticamente herdados, ou aqueles envolvidos em cada decisão cotidiana sobre o que comer, o que ingerir, por onde andar. O convite à moderação parece ser o termo que equilibra a equação: pode-se fazer quase tudo, desde que com moderação e sem ultrapassar o limiar da segurança e do bem-estar.

A generalização do risco como dispositivo cultural depende da capilaridade de seu reconhecimento social, e nesse plano a relação com o sistema midiático é absolutamente decisiva. Essa participação, geralmente descrita como a necessária transmissão de informações preventivas ou explicações de natureza científica, tem mediações mais complexas do que o foco midiático por fatos de interesses públicos e aqueles, a um só tempo, atuais e relevantes para o indivíduo e a sociedade. Tratando majoritariamente os eventos indesejáveis e que causam sofrimento como consequências negativas das ações individuais ou dos avanços científicos e tecnológicos, tais relatos geram a expectativa de que poderiam ou podem ser revertidos pelo aperfeiçoamento dos sistemas peritos de análise, gerenciamento e comunicação de riscos. O problema aqui estaria associado à distância ou proximidade das informações veiculadas pela mídia em relação aos discursos técnico-científicos especializados, parâmetro para avaliar o sensacionalismo, a acuidade ou a distorção e para enfatizar a necessidade de escolhas racionais ou a necessidade de ampliar a qualidade e a extensão da discussão pública da ciência.

Contudo, outras formas de abordar as inter-relações entre política, mídia e epidemias podem ser exploradas fora de um quadro instrumental. Um caminho, apontado por Van Loon, é nos determos menos na crítica às representações midiáticas e atentarmos para o papel constitutivo da mídia na produção do risco. “Ou seja, os meios de comunicação são parte da

constelação tecnológica através da qual os riscos surgiram (...), além de acelerar os fluxos de informação, as tecnologias de informação e comunicação, também contribuem para a aceleração dos riscos” (VAN LOON, 2002, p. 11).

As narrativas midiáticas podem ser tomadas como vetor de construção de uma sensação de fragilidade subjetiva e política, mas também de um imaginário de crescente poder da ação humana para conter os riscos. Uma forma de interferência que investe principalmente sobre indivíduos cada vez mais autônomos, passíveis de autocontrole e aptos ao consumo.

Através da emergência do risco, podemos apreender a invasão do cotidiano pela ciência e tecnologia, a articulação nova entre mídia e ciência, e a mídia legitimando-se por ocupar o lugar daquele que na sociedade adverte sobre a existência dos riscos e propõe os meios de contorná-los. (...) A mídia tem função decisiva na nova forma de o poder ser exercido. Por intermédio da publicidade, dos bancos de dados e da moda, tenta-se constituir um consumo para além da necessidade, assegurando a continuidade tão preciosa quando há superprodução. Por outro lado, quando se trata de limitar o excessivo para garantir a duração, o exercício do poder como ação sobre a ação possível dos outros é uma informação a respeito do futuro. Trata-se de realizar uma descrição valorativa do presente e informar, diante do descrito, o que pode ser o futuro. Esse jogo, válido para a política e a ética, procura estabelecer quando e quanto se deve arriscar (VAZ, 2006, p. 55-56).

Ciência e mídia têm assim um peso central na vida cotidiana dos indivíduos. Muito além de desempenharem respectivamente um papel de produção e transmissão de informações úteis, participam de um complexo jogo de forças para a construção de causas públicas e elaboração dos estilos de vida considerados saudáveis, a envolver instituições governamentais, movimentos sociais, organizações não governamentais, entre outros tantos atores individuais e coletivos.

Pode-se perceber uma clara convergência dos discursos midiáticos e sanitários hegemônicos na promoção de um ideal de saúde que enfatiza as responsabilidades individuais. Mas há também outra dimensão desse ideal que diz respeito às expectativas em relação à conduta do outro, à capacidade das intervenções sanitárias e dos poderes públicos. A crença de que a gestão de riscos pode antecipar e mesmo evitar o sofrimento alimenta a construção de duas imagens relacionadas: de uma quase onipotência do Estado e a de uma vulnerabilidade indignada da população a cada vez que o mecanismo não funcionou e nos vemos diante de mortes e sofrimentos (VAZ; CARDOSO, 2011). A descoletivização do risco se sustenta tanto na desvinculação das formas como a sociedade se organiza quanto na ausência de conexão com as opções dos cidadãos na definição e manutenção de determinado projeto ético-político. Esses pilares sugerem o fortalecimento de um ideal de democracia tão urgente e desconfiado quanto distante da ideia de justiça social universalizante a ser

conquistada pelo engajamento político dos cidadãos, tal como pensado na primeira modernidade (GAUCHET, 2010).

A partir desse quadro de referência é que nos propomos a perceber se e como essas tendências se manifestam nas narrativas sobre a dengue, atentando para como as epidemias foram construídas e para os posicionamentos propostos pelo *Jornal Nacional* para tecer os vínculos com sua audiência e entre cidadãos e poderes públicos.

2.3 SAÚDE E DOENÇA: O DRAMA EPIDÊMICO

Tomar uma doença como objeto de estudo a partir da perspectiva sociodiscursiva implica reconhecer a centralidade da biomedicina e ao mesmo tempo considerar sua inserção em um universo cultural mais amplo. Em sociedades humanas, esse evento – “tão antigo como a vida, porque é um atributo da própria vida” (ROSEN, 1980, p. 77) – está sempre inscrito em processos sociais, políticos, econômicos, tecnológicos de um determinado tempo e lugar. Construtos sociais complexos, a emergência e a experiência da doença, no plano individual ou coletivo, mobilizam repertórios culturais e cognitivos, crenças e expectativas de cada grupo ou sociedade, assim como expõem determinadas formas de organização social, de relações de saber e poder, historicamente produzidas. Como afirma Morris, em diálogo com Gadamer, “a doença é sempre um estado social aberto à mudança histórica” (MORRIS, 2000, p. 73), e, dessa forma, os sentidos sociais que lhes são atribuídos e a relevância que adquirem (ou não) na agenda pública implicam diferentes planos de negociações que reagem com outros elementos dos micro e macrocontextos nos quais se inserem. Complexidade percebida e discutida nas pesquisas de estudiosos e observadores sociais que há longo tempo nos mostram “a enorme variabilidade nas interpretações do sofrimento e da morte, as diferentes percepções dos sintomas mórbidos produzidos por sociedades diferentes, assim como a riqueza das práticas individuais e coletivas desenvolvidas para se proteger das doenças” (LÖWY, 2006, p. 19).

Para o historiador Charles Rosenberg,

a “doença” é uma entidade esquiva. Não é simplesmente um estado fisiológico inferior ao ideal. A realidade é obviamente algo mais complexo: a doença é ao mesmo tempo um evento biológico, um repertório de construções verbais específico de uma geração que reflete a história institucional e intelectual da medicina, uma ocasião para a legitimação efetiva e potencial das políticas públicas, um aspecto do papel social e da identidade individual – intrapsíquica, uma sanção para valores culturais, e um elemento estruturante nas interações médico-paciente. De certo

modo, a doença não existe até que decidamos que sim, ao percebê-la, nomeá-la e responder a ela (ROSENBERG, 1992c, p. 305).¹⁵

Assim entendida, uma doença pode ser tomada como um sistema interativo que revela os embates conceituais, políticos e profissionais que a enquadraram como uma entidade específica. Ao mesmo tempo, uma vez aceita e legitimada, a própria doença torna-se um fator estruturante de relações e respostas sociais. Qualquer doença é vista, simultaneamente, como um fator estruturado e estruturante, como ator e mediador social. A proposta então é tomar a doença como um “comentário monitorado sobre a sociedade”, um objeto de estudo multidimensional que possibilita a reflexão sobre as relações entre os modos como a sociedade se pensa e se organiza ao expor – nas iniciativas e nos debates envolvidos na explicação, tratamento e controle – uma tensão entre o que é e o que deveria ser.

As doenças transmissíveis, principalmente as de caráter epidêmico com possibilidade de morte, têm a capacidade de elevar exponencialmente tal tensão, colocando em xeque valores e formas de organização social, assim como os modelos explicativos existentes. Epidemias¹⁶ são eventos trágicos que põem em cena o descontrole, a fragilidade da vida, o medo do contágio e da morte, a relação com a alteridade, fornecendo uma percepção aguda dos tipos de respostas simbólicas, éticas, técnicas e materiais disponíveis em cada sociedade. Por oposição às doenças crônicas e individuais, que remetem ao somatório de cada trajetória individual, as epidemias se impõem como evento que potencialmente pode atingir a todos, em determinado tempo e lugar. Pelo menos desde a Antiguidade clássica, a percepção de “sintomas similarmente alarmantes e alarmantemente similares” suscitou esforços para explicar o que era capaz de abater simultaneamente muitos indivíduos (ROSENBERG, 1992b, p. 293).

A história e a literatura fornecem exemplos abundantes do quanto tais experiências intensificaram e produziram rupturas nas formas de entender e lidar com a doença em momentos em que a própria preservação da espécie pareceu ameaçada. Herzlich e Pierret definem os tempos pré-modernos de *Antigo Regime do Mal*, isto é, “aquele onde a doença encontra-se primeiro na sua realidade funesta, a epidemia: fenômeno coletivo e social que,

¹⁵ But “disease” is an elusive entity. It is not simply a less than optimum physiological state. The reality is obviously a good deal more complex: disease is at once a biological event, a generation-specific repertoire of verbal constructs reflecting medicine’s intellectual and institutional history, an occasion of and potential legitimation for public policy, an aspect of social role and individual – intrapsychic – identity, a sanction for cultural values, and a structuring element in a doctor and patient interactions. In some ways disease not exist until we have agreed that it does, by perceiving, naming, and responding to it.

¹⁶ Para a epidemiologia, disciplina que estuda as causas e a distribuição das doenças em populações humanas, uma epidemia se define como a ocorrência de uma doença em um número de pessoas acima do esperado em um determinado período de tempo (ROUQUAYROL, FILHO, 2003, p. 134).

qualquer que seja sua forma, encarna o mal” (HERZLICH; PIERRET apud TEIXEIRA, 1993, p. 12).¹⁷ A peste, sua figura mais emblemática, chegou até nós impregnada dos sentidos que, dos tempos bíblicos à modernidade, foram gerados na busca por segurança e proteção, nos rituais de purificação e nas práticas de exclusão que tiveram na relação com os leprosos sua principal expressão.

A partir do Renascimento, essa busca se deu crescentemente pelo recurso à razão, tanto na produção de teorias quanto nas medidas de controle. Concepções de saúde e práticas sanitárias mediarão ativamente o terror causado pelas epidemias, produzindo regras e valores no processo que levou à institucionalização da medicina como lugar da verdade e da ordem. Os conceitos científicos e as práticas neles inspiradas “também foram, porém, uma forma de produção de sentidos que dotou o mal de significados e que posicionou os homens diante da ameaça e do perigo, interferindo na construção de uma determinada ideia de indivíduo e de relação com o outro” (CZERESNIA, 1997, p. 97).

Por seu caráter episódico, pelas mortes repentinas atribuídas a uma única causa, pelo medo e urgência emocional, as epidemias constituem, no desdobramento da proposta de Rosenberg, um tipo de seção cruzada de formas institucionais e pressupostos culturais que marcam a especificidade de uma dada configuração social. Como um roteirista, cada sociedade constrói uma narrativa, um drama epidêmico característico, estruturado em quatro atos: *a revelação progressiva* (o surgimento inicial e o gradativo reconhecimento da doença, permeados pelo medo e por resistência de interesses contrariados); *o gerenciamento dessa arbitrariedade* (trata-se de encontrar uma explicação que domestique o evento, respostas que suscitam a moralidade do grupo e que tanto podem servir à crítica social quanto representarem justificativas para o controle de grupos e populações); *a negociação da resposta coletiva* (a necessária escolha entre as opções disponíveis intelectual e institucionalmente, sempre refletindo valores culturais e gerando medidas que, simultaneamente, constituem ritos e rituais portadores da promessa de um pouco de controle sobre a realidade intratável); e *o fim* (geralmente silencioso, mas acompanhado de um prólogo moral sobre como cada um e a comunidade lidaram com o desafio) (ROSENBERG, 1992a, p. 280-287).

¹⁷ A dissertação de mestrado de Teixeira foi acessada (10/10/2010) via internet – <http://www.corposem.org/rizoma/episecurita.htm>. No entanto, a numeração das páginas é relativa a cada capítulo, disponibilizados separadamente. Esta citação está incluída no capítulo 2, “Epidemia e História”.

2.4 DRAMA EPIDÊMICO MIDIÁTICO

Quando a investigação analisa o drama epidêmico construído midiaticamente, é preciso considerar outras redes de relações do processo comunicacional que ligam texto e contexto, igualmente multifacetadas e multicêntricas. No nosso caso, as narrativas do *JN* foram tratadas como discurso, na confluência dos campos jornalístico e televisivo, entrelaçados com vários outros, como o campo médico-sanitário e o campo político. Cada um desses campos, por sua vez, configurados a partir de uma diversidade de atores e de posições em luta.

Trabalhamos com a noção de discurso, a partir da perspectiva da Teoria Social dos Discursos (FAIRCLOUGH, 2001), e mais especificamente com os postulados reunidos na Semiologia dos Discursos Sociais (PINTO, 1994, 1999)¹⁸. O ponto de partida básico deste enfoque é o de que não existe uma significação imanente das coisas e das palavras, um vínculo imutável e já dado entre o signo e seu referente, da mesma forma que não existe objeto assignificante. Todo e qualquer objeto adquire significação em processos de produção de sentido(s) histórica e culturalmente situados, resultado (provisório) do trabalho social, permanentemente renovado. Trabalho que não corresponde à liberdade expressiva de um autor, posto que constitui uma prática social regrada que define, em determinada “época, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 1995, p. 136), sempre imersa em determinadas relações de saber e poder. Essa perspectiva, ao colocar em suspenso os postulados de uma enunciação verdadeira, confere relevo às condições sociais de sua produção.

Desta perspectiva derivam pelo menos três consequências importantes. A primeira é que um discurso não é um relato sobre algo já dado, mas o próprio trabalho que constitui, de forma específica, o próprio objeto de que fala e os falantes que põe em interação. A segunda é a primazia dos diferentes contextos que atravessam qualquer prática discursiva, vista simultaneamente como processo de comunicação e prática social. Por fim, tão importante quanto o que é dito são as formas do dizer. Qualquer texto, entendido como exemplar

¹⁸ Pinto sistematiza esta abordagem semiológica em três postulados. O primeiro é o da semiose infinita, que insere o processo de significação numa rede de significações e institui a primazia da intextualidade. O segundo é o da heterogeneidade enunciativa, que fala da multiplicidade de vozes que constroem e dialogam entre si em cada enunciado ou discurso, caudatário dos conceitos bakhtinianos de polifonia e dialogismo. A economia política do significante, o terceiro postulado, implica considerar que todo bem é produzido, circula e é consumido socialmente (PINTO, 1994, 1998). Para maior detalhamento, ver também Ribeiro (1995), Araújo (2000) e Cardoso (2001).

empírico de um discurso, sempre implica um interlocutor, um ouvinte imaginado, figura que condiciona os modos de dizer.

Como propõe Norman Fairclough (2001), considerar a dinâmica do uso da linguagem na prática social envolve encarar qualquer evento discursivo, simultaneamente, como um texto (a dimensão linguística), como prática discursiva (os processos de produção, circulação e interpretação/consumo textual, que atravessam os diversos tipos de discurso) e como prática social (os micro e macrocontextos que atuam sobre o evento e a prática discursiva).

Essas formulações são muito próximas e se nutrem das ideias de Mikhail Bakhtin, que afirmam o princípio dialógico como dimensão inalienável de qualquer manifestação humana.

Nada nem ninguém pode ser, existir ou significar fora de uma relação com a alteridade, pois é no jogo de diferenças, de contrastes, que emerge a identidade.

Claro está que diálogo não quer dizer, necessariamente, entendimento, consenso, mas a disputa para estabelecer determinada concepção. Segundo Bakhtin, os diferentes grupos e classes sociais que fazem uso da mesma língua compõem uma comunidade semiótica e imprimem em cada signo linguístico índices de valor contraditório, mantendo viva a luta pela significação. Por não ser produzido à margem da sociedade e de suas lutas, qualquer signo é ideológico.¹⁹ Nenhuma palavra é unívoca, mas sim uma arena de acentos diferentes, de luta viva pela hegemonia da significação; qualquer palavra só “significa” na enunciação, no contexto de sua utilização (BAKHTIN, 1988, 1992).

Na perspectiva bakhtiniana, o sentido é da ordem do social e é construído na interação verbal. Mas a arquitetura dialógica estende-se na relação entre enunciados, textos, discursos contemporâneos ou não coetâneos. Enunciados não se encerram em si mesmos, não são autossuficientes nem indiferentes uns aos outros. Qualquer enunciado, verbal ou escrito, é um *elo* da ininterrupta cadeia de comunicação social: é sempre uma resposta a enunciados que o antecederam e uma prévia resposta aos que lhe sucederão. De forma mais ou menos consciente, mais ou menos explícita, estamos sempre nos referindo a algo que já foi dito, seja para confirmar ou para contradizer, acrescentar ou corrigir, numa longa lista de possibilidades que inclui considerá-lo dado, já sabido.

Qualquer enunciado é, também, uma resposta antecipada aos enunciados que lhe sucederão. Conservando a estrutura do diálogo, constitutivamente, o locutor sempre fala para alguém, imagina reações, avalia a melhor forma de colocar e/ou evitar um assunto, quando e

¹⁹ Essa concepção opera um deslocamento fundamental na concepção de ideologia, e das formas de analisá-la, ao distanciar-se da ideia de falsa consciência ou manipulação, porque ser ideológico é um componente incontornável de qualquer discurso.

como falar, enfim, adéqua seu enunciado ao destinatário que tem em mente. O objetivo de qualquer enunciado é despertar uma resposta no outro, uma reação. Seja qual for a forma de sua realização, mesmo que silenciosa, um enunciado sempre postula uma reação ativa do outro.

Um enunciado, portanto, está em viva relação com outros enunciados, e esses outros enunciados estão presentes nele: um enunciado é palco de um diálogo entre as múltiplas vozes que o compõem. Não há enunciado uno nem puro. E isso não é uma premissa abstrata, pois essas vozes se expressam na materialidade do texto, ou, melhor, o texto *é* esse próprio entrelaçamento de vozes. É a presença das várias vozes articuladas no interior de um enunciado, que Bakhtin chama de *polifonia*, o outro conceito fundamental sobre o qual se ergue toda sua filosofia da linguagem e que manifesta o caráter plural de todo e qualquer discurso. As vozes que habitam um enunciado recebem uma organização específica, dialogam e se relacionam de uma determinada forma. Essa angulação é outra dimensão do dialogismo, a que diz respeito à forma específica como são articuladas as diferentes vozes presentes no discurso, à forma como o enunciadador as faz dialogarem. É a distribuição das vozes no texto, aquelas que migram dos enunciados passados e aquelas que vêm do futuro imaginado, que tece as figuras discursivas do destinador, do destinatário e dos vínculos entre eles – figuras centrais do dispositivo de enunciação (VERÓN, 1983; FAUSTO NETO, 1995b).

A mídia constitui espaço central de produção, circulação e orquestração dos sentidos sociais contemporâneos. Do nosso ponto de vista, os aportes aqui discutidos se agregam à proposta de Rosenberg, pois fornecem elementos teórico-conceituais para analisar o drama epidêmico considerando as especificidades que este adquire quando construído no universo midiático e, em especial, em determinadas narrativas jornalísticas. Dessa perspectiva, tomamos distância de abordagens que analisam essa produção em termos de maior ou menor acuidade na descrição de uma realidade (verdade) já dada. Esse posicionamento não condena ao ostracismo o sentido lato e o compromisso ético presentes nas palavras mentira e verdade, nem desconhece as implicações e lutas políticas, ideológicas e econômicas dos sistemas midiáticos, especialmente contundentes no caso brasileiro²⁰. Antes expressa a tentativa de escapar de uma visão reducionista tanto das relações sociais quanto da prática jornalística.

²⁰ Refiro-me à estrutura fortemente oligopolizada da mídia brasileira, que a expansão do mercado comunicacional nas últimas décadas não logrou reverter. Mesmo com a entrada vigorosa das corporações multimídias hegemônicas no plano internacional e as inúmeras possibilidades abertas pela internet em tempos de convergência tecnológica, mantém-se em alto grau a concentração dos meios de comunicação e as iniquidades a eles relacionadas. As múltiplas faces do debate atual podem ser conferidas em Ramos e Santos (2010) e Reciiis (2010).

2.4.1 Jornalismo e telejornalismo

Nossa pesquisa analisa textos telejornalísticos, resultante de uma prática discursiva específica, historicamente variável e situada no entrecruzamento de duas instituições sociais, o jornalismo e a televisão. Ambas atravessadas por dimensões culturais, econômicas, políticas, estéticas, profissionais e tecnológicas, que incidem sobre lógicas próprias de funcionamento e encontram respostas diferenciadas em cada meio de comunicação. Sodré caracteriza a notícia moderna, principal produto jornalístico que se propõe a relatar os acontecimentos considerados relevantes da vida social, como uma forma narrativa, um modo específico de contar uma história. Estabelece uma distinção capital entre o acontecimento (ou fato) e a mediação da interpretação jornalística, operada em um sistema logotécnico, que institui a própria realidade social, tal como é conhecida pelos sujeitos.

A notícia converte-se, assim, numa tecnologia, não simplesmente cognitiva, mas produtora do real – é história que cria história. O real assim produzido aspira a uma visibilidade plena, em consonância com as teletecnologias, sugerindo a identificação absoluta entre ver e crer. (...) [a notícia] implica uma conexão de fatos e, portanto, um certo tipo de organização racional da realidade (SODRÉ, 1996, p. 132-135).

Ainda que em tempos recentes os modos de fazer jornalismo conjuguem estratégias híbridas de narração, que borram as fronteiras da ficção, entretenimento e relatos “objetivos” dos fatos²¹, a objetividade e a imparcialidade ainda são marcas distintivas do jornalismo, de sua missão e de seus diversos produtos, que podem ser tomados como tipos específicos de *gêneros discursivos*, entendendo como tal tipos relativamente estáveis de enunciados (BAKHTIN, 1992), sempre sujeitos a apropriações, inovações e tensões presentes nas práticas comunicativas.

No caso brasileiro, Ribeiro (2007) está entre os autores que nos ajudam a situar a constituição histórica dessas credenciais no âmbito da reforma jornalística dos anos 1950, sobretudo na imprensa do Rio de Janeiro, mas com repercussões nacionais. Em vez de reforçar um processo linear de modernização e profissionalização, seguindo os cânones do modelo norte-americano, a autora analisa o multifacetado processo de reorganização – empresarial, tecnológico, profissional, editorial e estilístico – articulado ao contexto histórico e às formas específicas que adquiriu no Brasil. Nada que sugira uma ruptura automática e sim processos de deslocamentos, disputas, resistências e convivência com antigas práticas. No entanto, talvez uma das conclusões mais importantes da pesquisa seja situar historicamente o

²¹ Entre os muitos autores que se dedicam a esta questão, destacamos Gomes (2011) por trazer uma análise abrangente e atual sobre essa tendência especificamente relacionada ao telejornalismo brasileiro contemporâneo.

movimento de autonomização do campo jornalístico, distanciando-se das esferas literária e política e iniciando a construção de

um lugar institucional que lhe permitiu, a partir de então, enunciar “oficialmente” as verdades dos acontecimentos e se constituir como registro factual por excelência. Essas mudanças constituíram um “momento fundador”, a partir do qual o jornalismo se firmou como fala autorizada em relação à semantização do real (RIBEIRO, 2007, p. 14).

Esse ideário estava estreitamente relacionado às ideias de neutralidade e objetividade que deveriam caracterizar a prática e a informação jornalísticas. Objetividade e neutralidade certamente constituem estratégias de autolegitimação e autoridade social, mas que só podem se instituir e funcionar se obtêm reconhecimento, na sociedade como um todo e na relação de cada veículo com seu respectivo público. Consolidar essas credenciais implicou várias mudanças nos processos de trabalho e se traduziram nas técnicas de redação e na superfície textual, como a introdução da linguagem objetiva e impessoal, a separação do espaço opinativo (editoriais, cartas de leitores, artigos e colunas) e informativos (reportagens, notas e notícias, factuais e objetivas). Mudanças igualmente significativas na base tecnológica, nas formas de apuração dos fatos, na relação com as fontes, no equilíbrio entre as versões e nas regras de produção do texto jornalístico.

Também na década de 1950, a televisão faz sua estreia no Brasil, passando a integrar o sistema de comunicação e a vida nacional. Desde então, sua trajetória e ascensão paulatina, que a tornará o meio de comunicação hegemônico ao longo da década de 1960 e atualmente o de maior impacto no país, foi moldada em diferentes conjunturas históricas, em relações heterogêneas e nada lineares com setores e interesses divergentes presentes na sociedade brasileira, segundo diferentes correlações de forças. Sua consolidação envolveu dinâmicas multifacetadas requeridas pela própria construção de linguagens, gêneros e públicos televisivos, assim como pelo desenvolvimento tecnológico, profissional e empresarial, atravessadas pelos compromissos políticos, econômicos, ideológicos e editoriais de cada emissora e seus produtos. Antes, como agora, “a televisão tem inúmeras faces e guarda estreita relação com a vida social, da qual, aliás, faz parte e de cuja dinâmica participa” (FRANÇA, 2009, p. 30).²²

Buscamos não perder de vista essas dimensões mutuamente constitutivas na análise diacrônica das narrativas do *Jornal Nacional* sobre as epidemias de dengue. No entanto, deve ser destacado que o recorte de nossa investigação nos afasta de uma análise mais abrangente

²² Várias pesquisas têm se dedicado a aprofundar o estudo sobre a história e a cultura televisiva brasileira sem restringi-lo aos aspectos econômicos e políticos mais proeminentes. Entre eles destacamos Ribeiro et al., (2010), Gomes (2009, 2011), Freire Filho (2009) e Sacramento (2011).

do seu dispositivo de enunciação e nos orienta para as especificidades que as relações que unem o texto empírico a suas condições sociais de produção adquirem ao tratar desses eventos epidêmicos.

Dessa perspectiva consideramos a materialidade heterogênea de nosso *corpus* e a articulação das estratégias que mobilizam recursos verbais, visuais e diferentes mediadores na tessitura discursiva e nos efeitos de sentido propostos à audiência. O dito e as modalidades do dizer são igualmente fundamentais para a análise pretendida, pois permitem identificar os mecanismos que fazem funcionar o real construído discursivamente e que regulam os vínculos entre os campos da emissão e da recepção. Enunciar²³ significa, antes de tudo, escolher: uma entre as múltiplas formas de apontar o objeto do discurso, o modo como quer ser visto, como e em que lugar posiciona o interlocutor imaginado. A análise dessas opções implica considerar que, além de nem sempre serem conscientes, encontram-se constrangidas por sistemas variados de restrição – históricos, sociais, culturais, profissionais, empresariais, editoriais, da própria lógica da produção do meio e do telejornalismo diário, entre outros, além das marcas subjetivas que os participantes imprimem nos processos dos quais participam.

Importante destacar que não se pressupõe uma relação automática entre o que é ofertado e aceito em recepção. Como propõe Verón,

Um discurso é um espaço habitado, pleno de atores, de decorações e de objetos, e ler é “por em movimento” este universo, aceitando ou recusando, indo mais à direita ou à esquerda, investindo mais ou menos esforço, escutando com uma orelha ou com as duas. Ler é fazer... (VERÓN, 1983, p. 55).

Embora tenhamos buscado não perder de vista a complexidade dessas relações, nossa análise centrou-se no desenrolar do drama epidêmico tecido pelo *JN* e privilegiou, a partir do problema de pesquisa, as formas como este mobiliza e se relaciona com os outros discursos, principalmente aqueles provenientes dos especialistas em saúde pública, em cada conjuntura analisada.

²³ A reflexão de Émile Benveniste constitui um marco por discutir a enunciação no território do estruturalismo, nela introduzindo a ação do indivíduo, as marcas da subjetividade. Para o autor, “A enunciação é este colocar em funcionamento a língua por um ato individual de utilização. (...) Na enunciação consideraremos, sucessivamente, o próprio ato, as situações em que ele se realiza, os instrumentos de sua realização. (...) Enquanto realização individual, a enunciação pode se definir, em relação à língua, como uma apropriação. O locutor se apropria do aparelho formal da língua e enuncia sua posição de locutor por meio de índices específicos, de um lado, e por meio de procedimentos acessórios, de outro. (...) O ato individual de apropriação da língua introduz aquele que fala em sua fala. Este é um dado constitutivo da enunciação (BENVENISTE, 1989, p.82-84).

3 ANTES DA ANÁLISE...

3.1 A BATALHA PELO *CORPUS*

O projeto da investigação levado ao exame de qualificação tinha como objetivo geral estudar as relações entre mídia, política e saúde nas últimas três décadas, a partir da análise da cobertura das epidemias de dengue, no Rio de Janeiro, realizadas pelos telejornais *Jornal Nacional*, *RJTV1* e *RJTV2*, da Rede Globo de Televisão. Partíamos da hipótese de que relações atuais entre epidemia e risco expressavam deslocamentos políticos significativos, distanciando-se das referências com as quais a modernidade teceu os ideais de cidadania, liberdade e igualdade em direção a uma política crescentemente orientada pelo binômio risco/segurança individual e biológica. Nosso intento, identificar a contrapartida discursiva dessa mutação, considerou a centralidade cultural da televisão e do telejornalismo no Brasil. Já a análise comparativa dos três telejornais buscava apreender as especificidades do jornalismo local – as epidemias no quadro do investimento em um vínculo de proximidade e oferta de serviços ao cidadão fluminense – e aquelas efetuadas pelo principal telejornal do país, quando as epidemias são tratadas como problema público de interesse nacional. Nosso desenho original privilegiava a identificação e a análise dos períodos de maior relevância epidemiológica e midiática, em cada epidemia, no qual adquiririam maior nitidez as estratégias discursivas para explicação dos eventos e atribuição de responsabilidades. A intensidade e a gravidade dos eventos traduziram-se em duas variáveis: a notificação de casos e, a partir da década de 1990, de mortes provocadas pela dengue; e o número de matérias e o tempo dedicado ao assunto pelos telejornais.

A análise da cobertura das epidemias de dengue respondia pelo eixo diacrônico da investigação. A proposta previa, ainda, uma dimensão sincrônica, centrada nos últimos anos da segunda década do século XXI, na qual os achados em relação à dengue seriam comparados com duas outras epidemias: a de febre amarela urbana, em 2007/2008, e a de H1N1, em 2009.

O primeiro procedimento foi o levantamento das informações epidemiológicas junto ao Ministério e à Secretaria Estadual de Saúde. A análise precisou levar em conta as mudanças ao longo dos últimos trinta anos, quando a dengue se agravou e se tornou endêmica no Brasil e em mais de cem países de vários continentes. Os procedimentos de confirmação laboratorial dos casos notificados, as metodologias e os sistemas de informações epidemiológicas – nos níveis municipal, estadual e nacional – também sofreram diversas alterações, além de passíveis de revisão e de enfrentarem a permanente questão da

subnotificação. Assim, embora as informações expressem a magnitude dos eventos epidêmicos, são sabidamente provisórias e aproximativas. Não seria possível lidar com esse conjunto e sua relação com a cobertura jornalística sem levar em conta as diferentes lógicas e temporalidades envolvidas no acompanhamento dos casos²⁴.

Simultaneamente, realizamos o mapeamento da cobertura telejornalística, junto à empresa Conteúdo Expresso, que detém os direitos de comercialização do acervo do Centro de Documentação da TV Globo (Cedoc). Como as epidemias de dengue tendem a se acentuar no verão, o recorte temporal compreendeu os meses de novembro e dezembro do ano anterior a maio do ano seguinte. A primeira grande epidemia, a de 1986, foi exceção, já que as primeiras leituras epidemiológicas e midiáticas se deram a partir de abril, embora uma “estranha” doença já preocupasse e mobilizasse moradores e lideranças da Baixada Fluminense desde fevereiro (CUNHA, 2002). Para esse ano, o período pesquisado foi de março a julho. Em seguida, a análise e a sistematização das informações contidas nas sinopses fornecidas pela empresa – principalmente a data, duração e descrição – de cada matéria. Por fim, o cruzamento com os dados epidemiológicos, a fim de identificar os períodos de pico epidêmico e jornalístico. Regidos por diferentes lógicas e processos de trabalho, estes períodos nem sempre são coincidentes.

O trabalho junto ao acervo da TV Globo foi apresentando as condições muito específicas de uma pesquisa que tem por base um arquivo já consolidado, cujo acesso é intermediado por uma empresa, sem que haja outro repositório que possa constituir uma fonte alternativa de consulta e aferição. O pesquisador navega em mares desconhecidos, com poucos pontos de orientação: não conhece os critérios de seleção e indexação, as formas de organização, os mecanismos de busca e recuperação da informação, nem as mudanças que sofreram ao longo do tempo²⁵. Também não tem acesso físico ao material, nem contato direto com as equipes que efetuam o levantamento e a cópiagem²⁶. Desconhece, enfim, as

²⁴ As tabelas estão reunidas no Anexo. Como as consolidações são sempre posteriores, na análise demos prioridade aos números de casos e óbitos como foram apresentados nos telejornais e discutidos entre os especialistas.

²⁵ Para esclarecê-los, foi solicitada, em 24 de janeiro de 2012, uma entrevista com o responsável do Cedoc ao Globo Universidade, área da TV Globo, que responde pela relação da emissora com instituições e pesquisadores. A resposta, recebida em 16 de fevereiro, foi negativa: “Infelizmente, não poderemos ajudar no caso da sua pesquisa especificamente, que tem como objetivo esclarecer dúvidas sobre processos internos de trabalho da empresa”.

²⁶ Nosso contato com a empresa Conteúdo Expresso, sediada em São Paulo, se deu por e-mail e conversas telefônicas, em três etapas. Em 2009, quando foi realizada uma pesquisa exploratória comparando a cobertura das epidemias de 1986 e 2008; entre o final de 2010 e 2011, quando foram mapeadas e adquiridas as de 1987, 1991, 1995, 1998, 2002 e 2008; e entre final de 2011 e 2012, após revisão de todo o material enviado, para inclusão de cabeças e correção de matérias enviadas, assim como aquisição de outras, cuja importância foi sugerida pela análise preliminar.

vicissitudes enfrentadas pelo arquivo do Cedoc ao longo de três décadas. Não é capaz de explicar, por exemplo, por que as sinopses das matérias dos *RJTVs* no período compreendido entre os 1990 e 2002 não identificavam se eram da primeira ou segunda edição.

Essas dificuldades não são contornáveis em sua totalidade. Algumas medidas foram tentadas para minimizá-las. Por exemplo, de posse dos primeiros levantamentos que apresentavam muito poucas notícias das primeiras epidemias, conseguimos um segundo mapeamento da mesma fonte. Embora o quadro não tenha se alterado drasticamente na década de 1980, novas matérias surgiram. A diferença entre o resultado dos dois levantamentos foi bem mais significativa nas décadas de 1990 e 2000: em 1998, passamos de 13 para 31 referências; em 2002, de 131 para 383. A única explicação encontrada para tamanha discrepância é a inclusão dos “espelhos” dos telejornais no segundo mapeamento. O que nos trouxe novo elemento de complicação, pois os espelhos, uma espécie de roteiro do telejornal, nem sempre retratam o que foi efetivamente exibido, já que mudanças podem ocorrer depois de sua elaboração e mesmo quando o telejornal já está no ar. A alternativa encontrada foi a sistematização dos dois levantamentos separadamente e posterior comparação. Sempre que a diferença foi expressiva para os períodos privilegiados e havia possibilidade de identificação, a matéria foi incluída na totalização. Este procedimento bastante trabalhoso foi decisivo para a cobertura de 2002: nos meses de janeiro, fevereiro e março, as matérias do *JN* passaram de 26 para 41, com a identificação de dois períodos de maior concentração de matérias, as segundas quinzenas de janeiro e março.

Recorremos também à internet, principalmente ao *site* e ao *blog* do *JN* e ao YouTube. Neste último, poucas novas matérias sobre dengue foram encontradas, mas mereceu atenção uma veiculada no dia 1º de março de 2002, sem registro nos dois levantamentos anteriores: a dengue foi incluída na matéria de encerramento, dedicada ao aniversário da cidade do Rio de Janeiro. Também localizamos uma postagem da edição do *JN* do dia 25 de março de 2008 que, embora editada, trouxe dois novos comentários de Fátima Bernardes sobre a morte de crianças na epidemia.

O *blog* do *JN*, com acervo de matérias sobre dengue, a partir do final de 2001, foi também outro recurso valioso para complementação de dados e, principalmente, identificação do peso conferido à cobertura, pois nele são disponibilizadas as matérias que o próprio telejornal julga de maior importância em cada edição. A comparação das matérias adquiridas com o que foi disponibilizado na internet também nos forneceu uma imagem dos filtros acionados nesse percurso.

Após esse levantamento, identificamos os períodos de maior intensidade da cobertura e definimos o *corpus*. No entanto, o alto custo²⁷ para aquisição das matérias se impôs como poderoso fator de restrição e trouxe a necessidade de reconfigurar substancialmente o projeto inicial de pesquisa.

Esses são alguns dos limites com os quais nos deparamos e que expressam as condições da pesquisa empírica sobre telejornalismo no Brasil, nas quais as dificuldades aumentam de forma proporcional ao recuo no tempo. Em nosso caso específico, trouxeram, de imediato, três definições decisivas. Em primeiro lugar, descartar o acesso à íntegra dos telejornais. Em segundo, restringir a análise diacrônica à cobertura efetuada pelo *Jornal Nacional* e descartar aquela relacionada à epidemia de 1995. Por fim, a necessidade de reduzir custos levou também à exclusão da dimensão sincrônica originalmente prevista na investigação.

A supremacia desse indesejado critério de seleção exigiu ainda inúmeras reconfigurações e tornou evidente a necessidade de flexibilidade no manejo dos critérios inicialmente estabelecidos, buscando um resultado que preservasse características das próprias coberturas, identificadas na pesquisa documental. Assim, diante da escassez do material sobre as primeiras epidemias, decidimos incorporar ao *corpus* todas as matérias que constavam do levantamento, independente do telejornal e mesmo fora do período de maior intensidade da epidemia, respectivamente maio e janeiro. Não houve, portanto, seleção: todas as matérias encontradas foram incluídas no *corpus*, restando à análise dos vídeos identificar os momentos de maior gravidade;

Em relação à epidemia de 2002, o problema foi inverso. Já que não haveria recursos para a compra de todas as matérias, optamos inicialmente pela segunda quinzena de fevereiro e início de março, com 14 matérias e um editorial. Sua análise, no entanto, constatou a importância de inclusão das matérias de janeiro – com menor número de casos, mas com ocorrência das primeiras mortes, cuja gravidade foi destacada nas sinopses. E ainda em março, como será detalhado no capítulo 5.

Já em 2008, março e abril foram os meses de maior relevância epidemiológica e midiática. Dado o número bem maior de matérias, privilegiamos a segunda quinzena de março por duas razões principais: além da quantidade de matérias, o tempo expressivo

²⁷ O total apresentado pela empresa foi de R\$ 23.000,00, de todo inviável, mesmo com a oferta de 20% de desconto. Antes de redimensionar a pesquisa, tentamos obter o apoio do *Globo Universidade* para obtenção de parte do material, inicialmente negativa, diante do tempo necessário para a cópia do grande número de matérias. Com a redefinição efetuada, o *Globo Universidade* colaborou com a cessão gratuita de matérias, principalmente dos *RJTVs*.

dedicado a algumas matérias, e nas duas semanas o período registrou dois editoriais sobre o tema.

É importante destacar que as dificuldades para mapear a cobertura e definir o *corpus* de análise não foram apenas de ordem quantitativa e financeira. As possibilidades de recuperação e a forma de copiagem do material trouxeram prejuízos qualitativos à análise. Já mencionamos a impossibilidade de trabalhar com a íntegra dos telejornais, o que inviabiliza a análise de relações cotextuais de sentido. Além disso, embora tenham sido solicitadas todas as referências à dengue (feitas pelos apresentadores, comentaristas e repórteres), independente do formato (nota, entrevista em estúdio, passagem e conversas entre os diferentes jornalistas), boa parte do material copiado trouxe apenas as reportagens. A preocupação principal era a falta das “cabeças”, ou seja, a abertura da matéria feita pelos apresentadores, muitas vezes equivalente ao lide da notícia, e o respectivo fechamento, no qual há complemento ou inclusão de outras informações, todas significativas para a análise. Inúmeras tentativas foram feitas para obter maior segurança quanto à integridade da matéria ou pelo menos entender por que isso não havia sido possível. Por exemplo, constatamos que algumas matérias enviadas não possuíam cabeça e conclusão por serem uma primeira edição e não a definitiva. Nesses casos, foi possível a correção – com ganhos para a análise quanto ao processo de edição. Em outras, descobrimos que as cabeças haviam sido gravadas em fitas diferentes. Foi possível recuperar algumas, em que pese o gasto de tempo envolvido nessas operações (todas implicaram revisão das decupagens, das somas parciais – de cada matéria, do tempo de fala destinado a cada categoria etc. – e totais, edição cronológica de todo o *corpus*...). No entanto, várias permaneceram inacessíveis, seja por problemas técnicos ou pela exigência de mais verbas para as matérias de 2008. A despeito das dificuldades e das limitações aí embutidas, acreditamos que o material reunido é consistente para a análise pretendida.

Outras características das epidemias, principalmente em relação à gravidade e à letalidade, também exigiram flexibilidade dos critérios de configuração do *corpus*. As epidemias de 1986 e 1987 não provocaram mortes, o que dificulta a comparação destas com as epidemias mais recentes, nas quais cresceu o número de casos e óbitos, principalmente entre menores de 15 anos. Para acessar o tipo de tratamento que esse tipo de acontecimento recebia na década de 1980, foram incluídas duas matérias do *JN*, de 1984, sobre surtos de doenças transmissíveis que atingiram crianças.

Concentrar a análise do *Jornal Nacional*, todavia, não excluiu os telejornais locais de nosso material empírico. Em estudo exploratório sobre as epidemias de 1986 e 2008, dispor de matérias dos *RJTVs* foi um recurso valioso para identificar o enfoque e as estratégias

discursivas mobilizadas especificamente pelo *JN*. Por esta razão, o contraponto foi mantido, com o seguinte resultado:

Quadro 1 – *Corpus principal e corpus secundário.*

	1986		1987		1990-91		1998		2002		2008		TOTAL	
	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.
<i>JN</i>	03	7'46"	05	6'53"	04	6'24"	05	8'19"	30	1h 02'40"	23	58'51"	70	2h30' 53"
<i>RJTV1</i>	02	2'25"	01	1'32"	-	-	03	4'36"	17	49'23"	20	41'38"	43	1h39' 34"
<i>RJTV2</i>	11	13'11"	02	2'53"	03	3'42"	06	7'13"	05	17'53"	26	54'09"	53	1h39' 01"
<i>RJTV3</i>	01	4'30"	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	4'30"
<i>RJTV ST</i> ²⁸	-	-	-	-	-	-	04	5'17"	14	32'27"	-	-	18	37'44"
TOTAL	17	27'52"	08	11'18"	07	10'06"	18	25'25"	66	2h 42'23"	69	2h34' 38"	185	6h31' 42"

Nos capítulos 4, 5 e 6 apresentaremos os quadros específicos de cada ano, com maior detalhamento em relação à sua distribuição no tempo, às vozes que integraram as narrativas e à duração de suas falas. Vale destacar, no entanto, que o formato largamente predominante foi o da reportagem, acionado em 61 das 70 matérias do *Jornal Nacional*. Foram encontradas, ainda, três notas cobertas – quando o texto do apresentador se vale de imagens –, respectivamente em 16/3/1987, 23/5/1987 e 22/1/2002; uma nota simples, ou “pelada”, em 27/2/2002; dois comentários, o de Joelmir Beting, em 7/1/1991, e o de Arnaldo Jabor, em 22/2/2002; e três editoriais, em 8/3/2002 e nos dias 24 e 25/3/2008.

3.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A televisão fez sua estreia no cenário brasileiro nos anos 50 do século passado. Desde então, segue uma trajetória de ascensão, configurando-se como principal meio de informação e entretenimento e vetor ativo da vida nacional. Várias pesquisas mensuram a presença da televisão nos lares brasileiros. De acordo com Xavier, cerca de 90% da população do Brasil

²⁸ Como dito, as sinopses das matérias dos *RJTVs*, no período 1990-2002, não discriminavam a edição do telejornal. De posse das cópias, foi possível identificar a qual edição do *RJTV* algumas matérias pertenciam – pelo uso de expressões, como “bom-dia”, “boa-noite”, referência ao horário ou pela identificação dos apresentadores. Em outras, essa dificuldade não foi contornada e optamos por reuni-las nessa categoria “sem identificação”. Deve ser esclarecido que o *RJTV1*, criado em 1983, deixou de ser exibido entre 1989 e 1991; já o *RJTV3*, foi ao ar de março de 1983 a março de 1989 (MEMÓRIA GLOBO, *site*, acesso em 1/5/2012).

têm pelo menos uma TV em casa: “São cerca de 70 milhões de aparelhos, instalados em 38 milhões de lares. A TV alcança cerca de 150 milhões de brasileiros que não têm acesso a qualquer outro veículo de comunicação” (XAVIER, apud FREITAS, 2008, p. 8).

Já vão longe os primeiros tempos da televisão, quando as mútuas relações envolvidas na construção de conceitos, linguagens e públicos televisivos, assim como de sua base técnico-econômica, conjugavam aprendizado e improviso, vivenciados no período autoritário do regime militar. O desenvolvimento técnico e a popularização da televisão no Brasil se deram em relação ambígua com tais governos: de um lado, havia o estímulo, dada sua importância para a consolidação da imagem de um país integrado e moderno; por outro, a doutrina de segurança nacional materializada em uma série de dispositivos, entre eles a censura cotidiana da pauta jornalística, e, muitas vezes, mais intensa nos programas dramatúrgicos e de entretenimento.

A TV Globo foi fundada em 1965. E a história dessa emissora, há décadas a principal do Brasil, se confunde com a da televisão e a do próprio país. Processo multifacetado, no qual se entrelaçam, em diferentes contextos históricos,

as “dimensões internas” (aspectos empresariais, técnicos, artísticos, discursivos, profissionais, bem como as rotinas de produção e as estratégias de programação) e as “dimensões externas” (as pressões institucionais, o ambiente regulatório, a política nacional, a transformação econômica, as mudanças tecnológicas, as condições de produção, as estéticas, as lógicas de recepção) ao fazer televisivo (RIBEIRO; SACRAMENTO; ROXO, 2010, p. 8).

A despeito das múltiplas áreas e gêneros em que atua, o jornalismo sempre foi um dos campos prioritários da Rede Globo e, rapidamente, tornou-se expressão de seu poder. Dentre os muitos produtos que passaram pela programação e os que se mantêm em sua grade atual, o *Jornal Nacional* (JN) é o mais importante telejornal da emissora e do país²⁹. Se o telejornalismo aparece como fonte principal de informação para 56% da população brasileira³⁰, pesquisa da própria emissora indica que o JN continua líder de audiência no horário, atraindo 57% das televisões ligadas no território nacional.

²⁹ O *Tele Globo*, com 30 minutos de duração, foi ao ar na estreia da Globo. Antes do *Jornal Nacional*, a equipe de jornalismo liderada por Mauro Salles colocou no ar também o *Ultranotícias* – com o patrocínio das empresas Ultragaz e Ultralar e produzido pela agência de publicidade McCann Erickson, que também produzia o *Repórter Esso*, na Rede Tupi. Já sob a direção de Armando Nogueira, o *Jornal da Globo*, predecessor do JN, expressou a superação desse modelo, com a produção e realização conduzidas pela equipe de jornalismo da própria emissora (MEMÓRIA GLOBO, 2005, p. 17-23)

³⁰ “Pesquisa da agência de notícias *Reuters*, da *Rede Britânica BBC* e dos *Media Centre Poll da Globescan*, realizada em dez países, mostra que a televisão é a principal fonte de informação para 56% dos entrevistados brasileiros” (CORREIA; VIZEU, apud CASTRO, 2010, p. 11).

3.2.1 O *Jornal Nacional*

Em 1º de setembro de 1969 foi ao ar a primeira edição do *Jornal Nacional*, o primeiro programa do país transmitido em rede nacional. Concebido e criado por Armando Nogueira, diretor do Jornalismo da TV Globo na época, era apresentado por Hilton Gomes e Cid Moreira. Originalmente, o *JN* continha três blocos – local, nacional e internacional –, duração de 15 minutos e era exibido de segunda-feira a sábado.

O retrospecto elaborado pela *Memória Globo*, disponibilizado em seu *site*, situa duplamente o objetivo do projeto: competir com o *Repórter Esso*, da TV Tupi, então líder de audiência, e pôr em marcha a transformação da Globo em primeira rede de televisão do Brasil. A viabilidade tecnológica foi promovida pela Embratel, que inaugurara há pouco uma rota para transmissão simultânea de sinais de TV, por sistema de micro-ondas, para Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Curitiba (MEMÓRIA GLOBO, *site*). Começava a se materializar aquele que seria o primeiro jornal com exibição simultânea para todo o país, com impactos inversamente proporcionais em termos de custos de produção e rentabilidade publicitária. Os desafios a serem enfrentados não seriam apenas de ordem tecnológica: à equipe caberia construir referências do que seriam matérias de interesse geral em um país de proporções continentais e extremamente diversificado em termos culturais, políticos e econômicos.

Barbosa e Ribeiro (2005) resgatam motivações para a opção de fazer do jornalismo a textualidade narrativa para emissão em rede. Entre elas, a participação no projeto político do Estado, constituindo uma identidade nacional para o país, num contexto de crescimento da classe média, concentração populacional nas grandes cidades que evidenciou, no Brasil pós-Golpe Militar, a ampliação do consumo de bens culturais:

O regime militar, propondo a construção de um ideal de modernidade, baseado no capitalismo monopolista dependente e na exclusão da participação política, utilizou a unificação cultural, como pano de fundo da proposta de integração nacional. E nesse processo a televisão desempenhou papel-chave (BARBOSA; RIBEIRO, 2005, p. 210).³¹

Via telejornalismo, a sociedade chegava ao espaço privado, implicando uma extensão da socialização para o âmbito doméstico. Como destacam as autoras, aquele em que cada um é “senhor” e possui a liberdade para escolher o canal, ligar ou desligar a TV. A televisão redimensiona, assim, os princípios de liberdade e igualdade, e o telejornalismo inaugura uma nova temporalidade:

³¹ Sobre o tema ver também Sodré (1972).

O telespectador passa a partir daí a esperar, todos os dias à mesma hora, as imagens do que acontecia no Brasil e no mundo. Por outro lado, desde o início, havia a preocupação com as coberturas dos chamados “grandes acontecimentos”, o que levava a interrupção da programação para que a atualidade imediata assumisse a cena. A televisão, via discurso jornalístico, é cada vez mais igualada à ideia de imediatismo (BARBOSA; RIBEIRO, 2005, p. 211).

A identidade do *JN* foi tecida em contraponto com o *Repórter Esso*. Partilhando do mesmo gênero que, em seus primórdios, tomou por referência a oralidade como testemunho de veracidade, o telejornal investiu em características distintivas, como a projeção das entrevistas (enquanto no concorrente, sem som direto, as imagens seguiam o *off* do locutor) e a finalização da edição com informações leves (contrastando com o *Repórter Esso*, que deixava para o final a notícia mais importante da pauta).

Muitas mudanças foram realizadas de lá para cá, resultantes de processos políticos, tecnológicos, econômicos e culturais. Faremos menção a algumas delas, mas é nosso propósito abordar, na própria análise, aquelas que nos pareceram mais incisivas na tessitura das narrativas de dengue ao longo do período estudado.

Com a redemocratização do país, no final dos anos 1980, devem ser destacados o retorno dos temas políticos e o redimensionamento da abordagem da economia na pauta do telejornal. Isso envolveu tanto o fortalecimento técnico e profissional dos escritórios regionais, principalmente os do Distrito Federal e de São Paulo, quanto à diversificação das estratégias discursivas, visando maior aproximação com o público. Paulo Henrique Amorim, Joelmir Beting, Lilian Witte Fibe e Alexandre Garcia assumiram o posto de comentaristas especializados de notícias, principalmente as de caráter político e econômico. Sem se tratar de uma novidade, o aumento da participação desses comentaristas traduziu também uma mudança de estilo narrativo: saindo dos estúdios, ganharam as ruas e adotaram uma linguagem mais próxima à realidade imaginada de sua audiência.

No início da década seguinte, processaram-se mudanças significativas na cúpula da Central Globo de Jornalismo (CGJ): Armando Nogueira e Alice-Maria, responsáveis pelo *Jornal Nacional* desde sua estreia, deixaram seus cargos de direção. Assumiu o comando da CGJ o diretor de telejornais de rede, Alberico de Sousa Cruz, que imprimiu nova ênfase nas matérias ligadas à comunidade, ao direito do cidadão e ao comportamento de modo geral. Uma orientação “mais investigativa” também é mencionada pela mesma fonte. A ênfase do noticiário na cobertura do tema violência também foi sensível: em 1992, a reconstituição de fatos, em forma de desenhos ou de gravações com atores, começa a ser usada crescentemente pelo *JN*.

Mas a mudança mais significativa parece ter lugar na segunda metade da década de 90. Em março de 1996 – já com o jornalista Evandro Carlos de Andrade na direção da CGJ, Luis Erlanger como diretor editorial e Amauri Soares editor-chefe – Cid Moreira e Sérgio Chapelin deixaram de apresentar o telejornal. A razão apresentada foi o objetivo de ter jornalistas profissionais atuando como apresentadores e diretamente envolvidos na produção das matérias. Buscava-se, assim, dar maior credibilidade às notícias e dinamizar as coberturas. William Bonner e Lilian Witte Fibe assumiram a função. A linha editorial adotada anteriormente se intensificava: maior espaço para a “análise”, ênfase “investigativa”, espaço destinado à cidadania e fortalecimento do jornalismo comunitário. As séries de reportagens que duravam toda semana foi outra inovação do período.

Porto analisou as mudanças no *JN*, nos anos 1996 e 1997, principalmente as relações entre a mudança de apresentadores, a conjuntura brasileira e as formas como a “Rede Globo representa o mundo da política, levando a um papel mais ativo e interpretativo dos apresentadores” (PORTO, 2002, p. 10). Sua hipótese é a de que tal mudança representou a ruptura com a imagem e o tipo de jornalismo realizado até então, bastante criticados por uma cobertura parcial e “governista” dos principais fatos da vida nacional. Tomando por referência o estilo dos âncoras do telejornalismo norte-americano, a substituição de Cid Moreira e Sérgio Chapelin, parceiro preferencial, representou a tomada da posição da “locução” por jornalistas profissionais, que conjugassem a apresentação com a efetiva participação na produção e edição do telejornal. Por essa via, buscava-se aumentar a credibilidade da emissora, muito desgastada pelo então recente episódio Collor-Lula, após a substituição, na CGJ, de Alberico Souza Cruz (identificado com o governo Collor) por Evandro Carlos de Andrade (que acumulara em sua trajetória grande reconhecimento e respeito profissional).

A decisão por um “novo jornalismo” não foi baseada na preferência da audiência: ao contrário, diversas enquetes apresentadas no estudo mostraram grande identificação com a “imagem e voz” de Cid Moreira. As razões elencadas pelo autor destacam a pressão da competição que, embora sem ameaçar a hegemonia do *JN*, estava sendo confrontada pelas iniciativas do Sistema Brasileiro de Televisão (SBT), desde a contratação do jornalista Boris Casoy. Como primeiro âncora do *TJ Brasil*, Casoy acumulou a função de editor-geral do noticiário e desenvolveu um novo estilo, bastante opinativo e polêmico, em contraponto com a forma objetiva, “fria” e parcial dos apresentadores da Globo. O *Aqui e Agora*³², também do SBT, encabeçado por Gil Gomes, em 1991, levou para as telas o estilo dramático da cobertura

³² Sobre o *Aqui e Agora*, ver Roxo (2010). Para uma discussão sobre a qualidade da programação televisiva, consultar Freire Filho (2001) e Sodré (1972).

de casos de crime e violência urbana, desenvolvido por Gomes em seu popular programa de rádio. Tido por muitos como “sensacionalista”, o estilo do jornalista investia no enfoque realista da cobertura da ação policial: na cidade de São Paulo, em pouco mais de um ano, elevou de 10% para 20% os índices de audiência do programa (PORTO, *idem*, p. 13)³³.

Desde 30 de março de 1998, o *JN* passou a contar com o casal de apresentadores William Bonner e Fátima Bernardes, cargo que a jornalista ocupou até 5 de dezembro de 2011, quando foi substituída pela apresentadora Patrícia Poeta. Casados de verdade, os apresentadores se tornaram estrelas e, assim, produziram novos laços de fidelização (HAGEN, 2009). No lugar da austeridade da apresentação de Cid Moreira, na qual a voz grave, a ausência de esboços sentimentais e a boa locução eram garantias da objetividade, da neutralidade, e a imparcialidade jornalística, o carisma, a proximidade afetiva e a maior informalidade nos gestos e nos diálogos se tornaram formas de promover a credibilidade. Essa mudança responde às transformações do telejornalismo brasileiro sob duas tendências: a popularização e o *infotainment* (GOMES, 2011). Em busca de um novo telespectador, mais jovem, agora também personagem ativo na comunicação digital, os programas jornalísticos têm investido em novos tons, como o do humor, que tem como exemplos o *CQC* e o *Globo Esporte SP*, ou da investigação jornalística como uma aventura, como é o caso de *Profissão Repórter*. De outro lado, em busca das classes populares, programas como *Balanço Geral* e *SBT Rio* investem na performance agressiva do apresentador, combinando o estilo virulento de jornalísticos que fizeram sucesso nos anos 1990 como *Aqui Agora*, *Brasil Urgente*, *Cadeia Nelas* e *190 Urgente* com um humor mais contundente. Isso acabou, por exemplo, repercutindo no abandono da bancada no *RJTV1*, concorrente direto daqueles outros jornalísticos.

Desde o seu surgimento, o *Jornal Nacional* investe pesadamente na incorporação de tecnologias que garantam agilidade na difusão da notícia gerada do local de origem e maior credibilidade.³⁴ Atualmente, o telejornal inclui, em praticamente todas as suas edições,

³³ Trazemos essas questões para ilustrar a concorrência televisiva naquele momento e não para sugerir reflexos imediatos nas opções editoriais do *JN*, muito menos qualquer semelhança entre o modelo de âncora adotado pela TV Globo, praticamente oposto ao de Boris Casoy, ou adoção de um estilo “sensacionalista” por seus apresentadores.

³⁴ Já em 1976, os filmes 16 mm passavam a dar lugar às unidades portáteis denominadas Electronic News Gathering (ENG) – câmera portátil interligada ao VT, por um cabo –, inauguradas, no Brasil, pela *TV Globo*. Desde então, tem sido constante o uso de câmeras cada vez mais leves, transmissores de micro-ondas, videoteipes e sistemas mais sofisticados de edição. Com a chegada dos aparelhos eletrônicos, além de maior agilidade na pós-produção, dispensando a revelação dos filmes, intensificou-se a entrada ao vivo dos jornalistas, na própria cena do acontecimento (MEMÓRIA GLOBO, 2004). Atualmente, as emissoras estão investindo em tecnologias de última geração, como câmeras 3CCDs (possuem qualidade de imagem superior às câmeras CCD, pois fazem a captação separada das três cores primárias – vermelha, verde e azul –, permitindo detectar com

entradas ao vivo de capitais brasileiras, sendo muito frequente também a mesma estratégia para os correspondentes internacionais. Uma forma de ubiquidade que garante maior autoridade, reforçada pelo poderio tecnológico. Assim, são produzidas as sensações de que o telejornal “pode ver tudo, estar em todo lugar e de que nada ficará fora” (BECKER, 2005, p. 176).³⁵

Nos últimos anos, os apresentadores do *JN* vêm mudando paulatinamente a sua performance. Isso pode ser percebido na maior coloquialidade do texto, na protagonização de momentos de intimidade e uso mais destacado de recursos dramáticos, principalmente expressões faciais (como olhares e gestos), mas também corporais, que modalizam positiva ou negativamente o acontecimento noticiado. Mesmo com essas mudanças que dialogam com as novas tendências do jornalismo brasileiro, o *Jornal Nacional* atualiza, mas não abandona marcas identitárias construídas ao longo do tempo: o moderno e majestoso cenário com a redação ao fundo, familiar aos telespectadores desde abril de 2000, mantém os tons azulados; a vinheta sonora, com vários arranjos musicais, não mudou a música-tema; os apresentadores conservam e calibram doses de austeridade e distanciamento, que marcam o telejornal desde a sua estreia e que garantem, também, a sua autoridade como programa jornalístico de maior importância no país.

mais precisão as cores de cada imagem); moderna estrutura de iluminação; softwares importados para garantir melhor tratamento de imagens, bem como programas de computação gráfica.

³⁵ Outros exemplos que conjugam inovação tecnológica e reforço da autoridade enunciativa podem ser citados, como a “Caravana JN”, durante as eleições de 2006, e de “JN no Ar”, desde as eleições de 2010. Os dois projetos são semelhantes: uma equipe itinerante faz matérias sobre as diferentes condições regionais do país. Em “Caravana JN”, um ônibus levava a equipe, liderada por Pedro Bial. Já no mais recente, um avião viaja com uma equipe comandada por Ernesto Paglia. Tanto o ônibus quanto o avião são unidades móveis a partir das quais podem ser produzidas reportagens especiais, mesmo em lugares sem abastecimento regular de energia elétrica (*site JN*).

4 DA DENGUE COMO SINTOMA SOCIAL À ÊNFASE NO DOMÍNIO TÉCNICO DA DOENÇA

4.1 O *JN* E AS EPIDEMIAS DE DENGUE EM 1986 E 1987

Diante das matérias produzidas pelo *JN* sobre as primeiras grandes epidemias brasileiras de dengue, o exíguo material encontrado se impõe como primeira questão: de abril a junho de 1986, três matérias, e de janeiro a maio de 1987, cinco (cf. Quadros 2 e 3). O resultado, claro, já é um indicador de que os eventos foram considerados de pouca relevância frente ao declarado objetivo de apresentar aos telespectadores “as principais notícias do Brasil e do mundo”.

De fato, naquele momento, a sociedade brasileira vivenciava a chamada “Nova República”, o tenso e instável processo de acomodação das forças políticas pós-ditadura, em meio à falta de legitimidade do presidente José Sarney, altos índices de inflação, desemprego, dívida externa, quadro agravado pela crise econômica mundial. Resgatar a cidadania e saldar a dívida social acumulada no período autoritário estavam na ordem do dia e inseridas nos intensos debates e lutas sobre o modelo de desenvolvimento econômico e o arcabouço político e jurídico que garantiriam o retorno do estado democrático de direito, a ser redefinido pela Assembleia Nacional Constituinte, convocada para o ano seguinte³⁶. Inúmeras questões sociais mobilizavam a sociedade e o noticiário, como a radicalização da crise no campo, com o assassinato de líderes rurais, surgimento da União Democrática Ruralista (UDR), em oposição a movimentos sociais, partidos e atores políticos, como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Mas, no primeiro semestre de 1986, tinha espaço garantido e prioritário na imprensa escrita, falada e televisionada o acompanhamento diário dos impactos do Plano Cruzado I sobre a economia e a vida dos brasileiros. O Plano, aliás, foi anunciado pelo próprio presidente, em cadeia nacional de rádio e televisão.

É importante destacar que, a partir da Nova República, a abordagem e o peso da economia no noticiário são redimensionados. Durante a ditadura, e com a imprensa sob censura, essas matérias ocupavam espaço outrora dedicados aos temas políticos e geralmente confundiam-se com a propaganda governamental. Com a redemocratização e os sucessivos planos econômicos que buscavam a estabilização da economia, a importância dessa editoria não só cresceu como recebeu outro tipo de abordagem. O jornalismo chamou a si a tarefa pedagógica de explicar as medidas e traduzir seus impactos na vida do cidadão e do país. Ao mesmo tempo em que surgiam os comentaristas especializados, fortalecia-se uma estratégia

³⁶ Em novembro de 1986, seriam eleitos deputados e senadores, e as disputas partidárias marcaram vivamente o debate sanitário daquele ano.

de aproximação com o público, inclusive como jornalismo de serviço, ampliando-se também a autoridade jornalística³⁷.

A conjuntura nacional e as características das primeiras epidemias, ainda consideradas benignas e com o epicentro no estado do Rio de Janeiro, podem ser tomadas para compreender, pelo menos parcialmente, por que o tema foi considerado uma questão a ser tratada principalmente nos telejornais locais. O que parece obter confirmação nas quinze matérias dedicadas ao assunto pelos *RJTVs*, em 1986, embora não se aplique para as três do ano seguinte.

Quadro 2 – Cobertura da epidemia em 1986.

	ABRIL		MAIO		JUNHO		TOTAL	
	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.
<i>JN</i>	01	3'08"	01	3'02"	01	1'36"	03	7'46"
<i>RJTV1</i>	-	-	01	1'14"	01	1'11"	02	2'25"
<i>RJTV2</i>	03	3'31"	07	8'52"	01	48"	11	13'11"
<i>RJTV3</i>	-	-	01	4'30"	-	-	01	4'30"
TOTAL	04	6'39"	10	17'38"	03	3'35"	17	27'52"

Quadro 3 – Cobertura da epidemia em 1987.

	JAN.		FEV.		MAR.		ABR.		MAIO		TOTAL	
	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.
<i>JN</i>	-	-	01	1'40"	02	3'26"	-	-	02	1'47"	05	6'53"
<i>RJTV1</i>	01	1'32"	-	-	-	-	-	-	-	-	01	1'32"
<i>RJTV2</i>	01	1'27"	01	1'26"	-	-	-	-	-	-	02	2'53"
TOTAL	02	2'59"	02	3'06"	02	3'26"	-	-	02	1'47"	08	11'18"

Tais considerações, no entanto, são insuficientes para o analista interessado em estimar como o *JN* construiu o problema público da dengue nesse período, tendo em vista a comparação com as décadas seguintes. A escassez de matérias dificulta tanto a demarcação do desenrolar do drama epidêmico (ROSENBERG, 1992a) quanto a identificação de possíveis inflexões na narrativa do telejornal nos momentos considerados de maior gravidade. Consequentemente, as questões que orientam essa investigação – a construção da causalidade,

³⁷ Sobre o tema ver Lene (2011), Fortes, (s/d), e Abreu (2003).

a atribuição de responsabilidades, as técnicas de exposição do sofrimento, o posicionamento da audiência e o papel que o JN se autoatribui – obteriam apenas lacônicas suposições.

Para tensionar produtivamente a eloquência do relativo silêncio do JN sobre as primeiras epidemias, recorreremos a três expedientes. Em primeiro lugar, explorar mais detidamente o contraste com a cobertura dos *RJTVs*, não só para demarcar especificidades das estratégias discursivas, mas também para compreender melhor o tratamento da dengue como tema local e os momentos em que o tema chega ao noticiário em rede. Em segundo, considerar como contraponto a cobertura efetuada pelo jornalismo impresso. Não se trata aqui de equiparar distintas tradições, condições de produção e gramáticas discursivas, uma definida economia espacial e outra regida pelo tempo e pelos recursos da linguagem audiovisual. Seu objetivo foi o de demarcar como a primeira grande epidemia de dengue foi construída e que tipo de politização foi, ou não, efetuada.

O terceiro expediente se refere a uma diferença mais significativa para a análise das coberturas midiáticas das epidemias de dengue nas últimas três décadas. Como se sabe, as formas graves e óbitos provocados pela doença tendem a surgir quando há uma segunda infecção por outro sorotipo do vírus, o que não se verificou na década de 1980. A ausência de mortes reduz a dramaticidade das narrativas, o tempo da cobertura e diminui sua relevância como problema público. Para contornar essa dificuldade, analisamos, no final do capítulo, duas outras notícias do JN, exibidas em 1984, que tratavam de mortes infantis causadas por vírus ou bactéria. A primeira reportagem é a do dia 10 de maio, com 2', sobre um surto de desidratação na Bahia causado por um vírus até então não identificado que “só em Feira de Santana causou a morte de 105 crianças em 15 dias”. A outra, do dia 23 do mesmo mês, com 1'46", sobre a endemia de enterite que causava anualmente mais de 23 mil mortes de crianças em Pernambuco. Dessa forma, a comparação mantém constante o tipo de evento (doenças transmissíveis em uma coletividade), o momento histórico e o tipo de vítima que receberá mais atenção do telejornal.

Optamos por analisar separadamente as epidemias de 1986 e 1987 e, no final do capítulo, apresentar as questões mais relevantes percebidas na década.

4.2 A EPIDEMIA EM 1986

A dengue chega ao JN em 29 de abril de 1986. No início, informações sobre a liberação de recursos pelo Inamps para intensificar o combate ao *Aedes aegypti* e sobre a reunião com autoridades de saúde do estado e do município de Nova Iguaçu, onde “50 mil pessoas já estão contaminadas”. Já aqui se manifesta a preocupação com o risco do retorno da

febre amarela, atenuada pela entrevista com o presidente da Fiocruz, Sergio Arouca, que descarta a necessidade de vacinação. No entanto, como o próprio título da matéria indica, “Combate ao dengue na cidade de São Paulo”, cerca de dois terços do tempo são dedicados àquela região. Embora os três casos até então registrados fossem de moradores do Rio de Janeiro, o eixo da narrativa segue a preocupação das autoridades de que a doença chegue rapidamente ao estado. Além da febre amarela, a dengue é relacionada com outras doenças, simultaneamente apresentadas como objeto de investigação científica e de intervenção sanitária. A reportagem em São Paulo inicia com esse duplo enfoque:

OFF [com várias imagens do trabalho de pesquisadores]: Tudo aqui é delicado, conferido várias vezes, nos mínimos detalhes. Num laboratório como este, do Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo, não pode haver erros, muito menos agora: os cientistas pesquisam os tipos de vírus e bactérias que voltam a ameaçar algumas regiões do país. Aqui se pesquisa a malária, que tem aumentado o número de vítimas no Brasil; a febre purpúrica, uma doença quase desconhecida; e, principalmente, a febre amarela e o dengue, transmitidas pelo mesmo mosquito, o *Aedes aegypti*. Mas, de todas, a prioridade é o dengue. Os cientistas temem que a doença se alastre pelo país.

ANTONIO GUILHERME DE SOUZA – Sucen/SES-SP [*interna, plano médio, sentado*]: A probabilidade é alta porque exatamente há um fluxo migratório, há um fluxo muito grande entre a população dos vários estados e [com] a facilidade de transmissão do dengue possa ocorrer um alastramento da epidemia.

Preocupação, ameaça e temor são as qualificações empregadas para as doenças que podem ou estão se alastrando pelo país, sem que sejam reforçadas suas características epidêmicas. A probabilidade é alta para o especialista, mas ainda uma virtualidade cuja potencial gravidade parece contida na enunciação do *JN*: as causas, os vírus e as bactérias estão sendo minuciosamente pesquisados – uma modalização positiva que é valorizada pelas imagens que acompanham o texto –; e, na sequência da reportagem, ficamos sabendo que o vetor está sendo combatido por “uma verdadeira operação de guerra”. O objetivo: acabar com o mosquito *Aedes Aegypti*, que em São Paulo *ainda não* está contaminado pelo vírus da dengue.

Na segunda matéria, exibida no dia 9 de maio, a doença continua inserida no quadro sanitário mais amplo:

OFF: Os transplantes sofisticados perderam espaço nas manchetes: doenças quase esquecidas voltaram com toda força. O *Aedes aegypti*, mosquito que transmite duas doenças, a febre amarela e o dengue, virou assunto obrigatório. Na periferia de São Paulo, ele é caçado com um grande aparato e toneladas de inseticida. Mas, há pouco mais de 100 km da capital, no litoral do Estado, outra doença marcou sua volta, a malária, causada por um mosquito diferente, o anofelino. São dezesseis casos no Guarujá.

Dessa vez, o texto torna mais nítido o contraste entre as doenças transmissíveis, associadas ao passado, e as questões de saúde do presente, enquanto vemos vários *takes* de

uma notícia do jornal *O Estado de S. Paulo*, símbolo da atualidade e da própria autoridade jornalística. As imagens do balneário e do vetor da malária acompanham o restante do texto, demonstrando a função ilustrativa e referencial do componente imagético predominante na época.

A situação do Rio de Janeiro só recebe uma reportagem exclusiva do *JN* em 3 de junho, dedicada à entrada do Exército no combate aos focos do vetor. Mesmo ao narrar essa iniciativa que pressupõe uma situação de maior gravidade, permanece o tom positivo e tranquilizador, como se observa na abertura e no encerramento de Cid Moreira:

No Rio, o Exército entra numa guerra declarada ao mosquito *Aedes aegypti*, o causador da dengue. São 5 brigadas, com mais de 1.600 homens **preparados** para o combate³⁸.

O trabalho do Exército só vai acabar quando não existir mais **nenhum** foco do mosquito *Aedes aegypti* no Estado do Rio.

Pode-se perceber que o *JN* inscreveu o fenômeno dengue no universo das doenças transmissíveis, apresentando o ciclo agente-ambiente-hospedeiro, os cuidados preventivos e ações de eliminação de focos do *Aedes*, mantendo constante a associação com a febre amarela. Embora haja vinculação das doenças e dos vetores ao passado – “retorno”, “volta” – e o contraste com as questões de saúde coetâneas, a enunciação toma a epidemia como um fato dado, sem estabelecer vínculo ou valorizar a experiência anterior de controle do vetor. Sua referência ao passado é tênue, consiste em apresentar a doença e o vetor e informar que estão sendo devidamente combatidos no presente. O único momento em que esta articulação parece se alterar, indicando a insuficiência das medidas em curso, é quando especialistas apontam para a necessidade de combate articulado no país e no continente, bem como políticas substantivas de saúde pública, na matéria de maio, discutida mais adiante.

As matérias dos *RJTVs*, principalmente em sua segunda edição, têm outras características. Algumas associadas ao enfoque tipicamente local, que justifica, por exemplo, a reportagem do dia 16 de abril, quando a doença ainda não estava identificada. Nesta e nas seguintes, serão conjugados o interesse em quantificar, localizar e acompanhar a evolução da doença – “ainda não existem estatísticas, mas calcula-se que pelo menos 5 mil pessoas já pegaram essa doença” –; esclarecer os sintomas – “segundo os técnicos da Secretaria de Saúde, os dois sintomas principais da doença são uma dor de cabeça muito forte e uma febre alta” –; orientar sobre os cuidados a serem tomados – “E o que as pessoas que já pegaram ou

³⁸ Nas transcrições, as palavras sublinhadas marcam a ênfase do falante. Em negrito, aquelas destacadas por mim.

que ainda podem pegar essa doença devem fazer?” –, além de acompanhar as medidas anunciadas ou implementadas.

Mais importante para nossa discussão, no entanto, é a referência aos determinantes sociais da epidemia. Na reportagem do *RJTV2*, exibida no dia 24 de maio, um repórter acompanha a visita de normalistas a uma favela para ensinar a evitar focos. No final, uma estudante afirma que incluirá no relatório a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde a presença de uma vala de esgoto a céu aberto, possível “fonte de mosquitos e doenças aqui da região”. No mesmo telejornal, no dia 29 de maio, o repórter afirma logo no início da matéria: “Dois meses depois do começo da epidemia, as condições de higiene e saúde aqui são as mesmas. A água continua empoçada nas ruas, os terrenos baldios são usados como depósito de lixo e o esgoto não foi encanado e nem sequer tratado”. Condições de vida associadas à pobreza, principalmente a ausência de saneamento básico, são incluídas na rede causal da epidemia.

Na imprensa escrita, notadamente a partir de maio, essa associação foi infinitamente mais forte e abrangente. Coube às reportagens listar a extensa relação de doenças transmissíveis com potencial epidêmico e acompanhar diariamente a evolução da dengue em vários municípios e bairros da capital do Rio de Janeiro, as medidas e a troca de acusações entre as autoridades sanitárias. Nos editoriais, o grave quadro sanitário – que tinha na dengue e na situação de Nova Iguaçu sua “amostra” mais evidente – era associado à falência da saúde pública, à omissão, à politicagem que grassava nos governos municipais, estaduais e federais, alternando a ênfase segundo a orientação político-editorial de cada veículo.

Três características marcantes e complementares do tema no jornalismo impresso evidenciam que o tipo de politização da epidemia e da situação sanitária mais geral esteve fortemente ancorado em causas sociais, muitas vezes subordinando o papel desempenhado pelo agente etiológico e pelo vetor de transmissão.

O primeiro vem à tona com as notícias que revelaram o conhecimento prévio dos altos níveis de infestação do *Aedes aegypti* no Rio de Janeiro e em mais de dez estados do país, situação agravada pela presença do vírus no Caribe e em países com fronteira com o Brasil, como Venezuela e Colômbia. As autoridades técnicas informaram aos políticos que não liberaram verbas para intensificação das ações de bloqueio. Por outro lado, as instituições tinham sua ação limitada pelo exíguo orçamento destinado ao Ministério da Saúde, desdobramento de uma política que, desde 1964, privilegiava a assistência médica e previdenciária. A falta de verbas foi relacionada à decadência dos sistemas de vigilância epidemiológica e à drástica diminuição da capacidade das instituições de controle de vetores e

endemias para manter políticas que, em outras épocas, haviam sido bem-sucedidas na erradicação do *Aedes*. Em resumo, uma epidemia de dengue e mesmo a possibilidade de reurbanização da febre amarela era “uma questão de tempo”, e os meios necessários para evitá-las foram subtraídos por uma decisão política.

No entanto, nos periódicos, as ações exitosas de controle do *Aedes*, empreendidas nas décadas de 1940 e 1950, não foram tão destacadas quanto o combate à febre amarela, desenvolvido no início do século XX. A retomada do discurso fundador³⁹ da saúde pública brasileira nos leva ao segundo traço marcante da cobertura. Imagens, caricaturas, retrospectivas e a famosa frase de Oswaldo Cruz – “Se me derem liberdade de ação, acabarei com a febre amarela em três anos” – foram constantes no espaço noticioso e de opinião. Este imaginário, em grande parte acionado pelos próprios sanitaristas, adquiria nos editoriais uma tríplice função estruturante, mesclada ao mito de Oswaldo Cruz: comprovar o retrocesso do país, sublinhar a falta de decisão política e enfatizar a gravidade da dengue.⁴⁰

A terceira marca, que reúne as anteriores, é o tipo de interpelação feita ao Estado, cobrando o fim das ações desenvolvimentistas (“empresariais”) e o retorno às suas funções básicas:

Regredindo mais de meio século no tempo, o Brasil se via às voltas [na semana passada], outra vez, com surtos de dengue e febre amarela, doenças praticamente extintas há décadas no país – e isso só ocorreu por único, exclusivo e total descaso do Estado no cumprimento de uma das suas funções mais rudimentares, que é cuidar da saúde pública. Na mesma semana, anunciavam-se os resultados obtidos pela Siderbrás, a gigantesca estatal metida na produção de aço, em seu último ano de operações: um prejuízo de 15,6 trilhões de cruzeiros. Nada poderia existir de mais ilustrativo. Do alto de sua arrogância, o Estado brasileiro não consegue, com um mínimo de eficiência, nem pegar mosquito, nem fabricar aço. Não pega os mosquitos, o que é uma das suas obrigações mais mezinhas, porque não quer fazer o que deve. Não fabrica o aço sem prejuízos, o que está absolutamente fora de suas obrigações básicas, porque não sabe fazer o que não deve (VEJA, “Carta ao leitor”, 7/5/1986).

A responsabilização de políticos e governantes pelo retrocesso socio sanitário do país e pelo sofrimento de milhões de brasileiros estavam inseridos e expressavam os diferentes projetos de nação em debate na retomada democrática. A posição de *Veja*, e de muitos jornais,

³⁹ No sentido proposto por Orlandi, assinalando que “em relação à história de um país, os discursos fundadores são discursos que funcionam como referência básica no imaginário constitutivo desse país” (ORLANDI, 2001, p. 7).

⁴⁰ Citamos os títulos de algumas matérias apenas para ilustrar a presença do tema em diversos periódicos e revistas e o tom crítico que acompanhava a cobertura: *Epidemias. E o país volta ao passado* (OESP, Editorial, 3/5/1986); *Alerta geral no Brasil* (VEJA, Editoria Saúde, p. 116-122, 7/5/1986); *Governo do Rio foi alertado para a epidemia há 3 anos* (FSP, 13/5/1986); *Zero em saúde* (JB, Editorial, 15/5/1986); *Epidemia de omissões* (FSP, Editorial, 15/5/1986); *O Brasil está doente* (VISÃO, p. 30-35, 21/5/1986); *Situação da saúde no país chega a números alarmantes* (FSP, 25/5/1986); *Inflação de epidemias* (ISTO É, Editoria Medicina e Saúde, p. 32-39, 28/5/1986); *A falta de saneamento básico provoca epidemias* (OESP, 8/6/1986); *Paraíso dos mosquitos* (OGL, 30/6/1986).

não era a única: havia posições que conjugavam a maior presença do Estado tanto na cadeia produtiva quanto como garantidor dos direitos sociais. Debate acentuado durante o processo Constituinte, no ano seguinte. No entanto, essa forma de explicação e responsabilização era bastante intensa, vinculada ao tipo de sociedade desejada, ao modelo de desenvolvimento a ser adotado para alcançá-la e ao papel que deveria ser desempenhado pelo Estado. Nessa perspectiva, a figura mítica de Oswaldo Cruz possibilitava tanto denunciar a falta de determinação política e moral dos governantes quanto reviver um passado de conquista e superação do “atraso” possibilitado pela aliança da ciência, da técnica e da política.

4.2.1 Houve responsáveis, houve doentes?

Este breve retrospecto da abordagem da imprensa escrita ressalta o contraste com o tratamento do tema na pauta do *JN*. Não perdemos de vista, que o tempo disponível e os candentes temas daquela atualidade, ao lado da face “benigna” da dengue, operavam para designar um lugar bastante secundário na pauta dos principais temas do dia. Mas merece ser destacada a opção por passar ao largo desses aspectos ressonantes na imprensa, alvo de intensas polêmicas no meio sanitário e mobilização de movimentos sociais, principalmente da Baixada Fluminense. Mesmo as trocas de acusação quanto ao momento adequado ou qual seria a magnitude dos prejuízos causados à saúde da população não foram consideradas relevantes. Ao contrário, no telejornal as medidas foram apresentadas e acompanhadas com otimismo. Nas duas primeiras matérias, sediadas em São Paulo, ampliou-se a sensação de segurança nas medidas preventivas. No dia 29 de abril:

OFF [imagens apenas ilustram o texto]: Amanheceu o dia e a periferia de Guarulhos, uma cidade da Grande São Paulo, foi coberta por uma espessa nuvem de inseticida. A população foi alertada de que não haveria riscos à saúde e todos deveriam abrir as casas para a entrada do inseticida. Em pouco tempo, a neblina tomou conta de uma área onde moram mais de 150 mil pessoas e onde foram encontrados vários focos do mosquito.

STAND UP [repórter caminhando na cena do acontecimento]: Aqui começa a parte mais complicada dessa operação: a Via Dutra, que liga São Paulo ao Rio de Janeiro, teve que ser paralisada dessa manhã, no horário de maior movimento. Seria impossível o trânsito de veículos no meio de toda essa neblina. São 60 litros de inseticida, apenas 60 litros, mas que têm que ser misturados a 1.000 litros de óleo diesel para que seja formada toda essa fumaça e espalhe bem o inseticida [*o repórter vai sendo crescentemente envolvido pela fumaça até desaparecer*].

OFF: O inseticida foi espalhado pelas margens da rodovia, num trecho de mais de 10km. A operação congestionou não só a Dutra, mas todas as vias de acesso da região. Muito transtorno, mas fundamental para **controlar a epidemia do dengue**.

Ora, a epidemia de dengue ocorria no Rio de Janeiro e, segundo sanitistas, autoridades, representantes da população, de forma descontrolada: as projeções nesse momento chegavam a 50 mil casos, sabidamente subnotificados. O evento, na melhor das hipóteses, permanece implícito nas ações de bloqueio efetuadas em São Paulo.⁴¹

A reportagem do dia 9 de maio – após destacar as ações de combate à dengue, a notificação de 16 casos de malária, mostrar o mosquito anofelino e a atividade dos agentes sanitários, em Guarujá/SP – deixa clara a opção por uma enunciação pedagógica para orientar a população assustada que buscava, equivocadamente, proteção na vacina contra a febre amarela.

OFF [com imagens de carros da Sucen/SP e agentes sanitários]: Tanto mosquito acabou assustando muita gente.

STAND UP [o repórter caminha por um corredor, na contramão de uma longa fila, até chegar numa grande área coberta, repleta de pessoas]: Este aqui é o posto da Sucam, a Superintendência de Saúde Pública, aqui em São Paulo. Normalmente, vinham até aqui apenas umas 50 pessoas por dia, no máximo, e geralmente pessoas que pretendiam viajar até a Amazônia. Agora a situação é bem diferente. Esse aqui é apenas o início da fila. Olha, aqui na rua, a pequena multidão esperando pela vacina. São mais de 2 mil pessoas que agora vêm até aqui, todos os dias.

Por quê?, pergunta o repórter a várias pessoas, na rua, algumas vindas em “excursão” da Zona Leste de São Paulo:

MULHER [que acabava de sair do ônibus]: Não, sabe o que acontece? Lá tem um córrego, mas tá meio sujo, então há bastante pernilongo, né?

REPÓRTER: Dá medo no pessoal...

MULHER: Dá medo no pessoal.

HOMEM [na rua]: Tava andando na rua, na cidade fazendo serviço, aí vim aqui para vacinar, já tava passando aqui perto, falei, vou aproveitar e vacinar, né...

SENHORA [entrando no posto]: Eu vim porque... todo mundo tá aproveitando a ocasião e com este surto que está tendo...

O *JN* é receptivo e compreensivo com os representantes de milhares de pessoas que lotavam todos os dias o posto de vacinação, mas opta por explicar as recomendações das autoridades sanitárias: áudio e imagem – um cartaz no mural do posto anuncia que não há vacina contra malária e dengue – destacam o equívoco da iniciativa. “Haveria mesmo

⁴¹ Além da posição diferenciada que o estado ocupa no país, deve ser levado em conta o fortalecimento da sucursal São Paulo no telejornalismo nacional da Rede Globo, entre meados da década de 1970 e 1980, impulsionada pela distensão política e pelo fortalecimento do movimento sindical, com as primeiras greves do ABC paulista. Como informa a Memória Globo, o então diretor de jornalismo da TV Globo de São Paulo, Luiz Fernando Mercadante, ampliou a equipe e trouxe profissionais experientes que atuavam na imprensa escrita, parte de um projeto da Central Globo de Jornalismo de investir na qualificação e profissionalização de sua atividade. Disso resultou a consolidação da emissora na região, o aumento da equipe – de cerca de 80 profissionais para aproximadamente 2.000, em 1983 –, a experimentação de novos parâmetros de atuação e a criação de “uma verdadeira escola de jornalismo, responsável pela formação de profissionais que mais tarde comporiam o primeiro time de repórteres da emissora” (MEMÓRIA GLOBO, 2004, p. 78-82).

necessidade de vacinação?”, pergunta o repórter à médica. A resposta é negativa e detalha os casos nos quais a vacina contra febre amarela é recomendada, ou seja, para quem mora ou viaja para certas partes do Centro-Oeste e do Norte do Brasil. E, diante dos casos verificados no Centro-Oeste paulista, também para aquela região. Logo após, o superintendente da Sucen/SES, Antonio Guilherme de Souza, renova de forma mais enfática a previsão feita em 29 de abril: “É indiscutível que o dengue vai se alastrar.”, de certa forma minimizada pelo *off* que encaminha o encerramento da matéria:

O retorno e a vitória **momentânea** dos mosquitos acabaram incentivando uma discussão: agora, os técnicos **acham** que é hora de reavaliar a saúde pública do país.

ÁLVARO ESCRIVÃO – Associação Paulista de Saúde Pública (APSP): Claro, não é possível mais atitude improvisada, apenas quando ocorre a epidemia, apenas quando ocorre alguma repercussão da infecção hospitalar, como a gente assistiu no Brasil. É necessário medidas de fundo, uma política de conteúdo e que avance realmente para transformar radicalmente o sistema de saúde brasileiro. Isso depende de decisão política.

Na fala final, temos o ponto de maior proximidade com a interpretação mais crítica dos especialistas acerca das insuficiências dos sistemas e políticas de saúde, que vinha obtendo maior espaço na imprensa. No entanto, o *JN* parece guardar distância dessa perspectiva, como acentuam os termos sublinhados. O emprego do verbo “achar” marca uma declaração pouco convicta, geralmente associada à fala imprecisa de leigos, e atenua a palavra autorizada (e convicta) do “técnico”. O uso de verbos como “garantir” e “afirmar” ofereceria efeitos de sentido mais taxativos. Por outro lado, Álvaro Escrivão reúne no mesmo enunciado político, permeado por operadores de ênfase, epidemia e infecção hospitalar, que o início da reportagem já havia situado em temporalidades distintas, opondo “novo” e “velho” – “Os transplantes sofisticados perderam espaço nas manchetes: doenças quase esquecidas voltaram com toda a força”. A qualificação da vitória dos mosquitos como “efêmera” pressupõe, mais uma vez, o sucesso das iniciativas em curso, nos laboratórios e nas ruas de São Paulo, também mostradas no início da matéria. Por essas operações, o *JN* abre espaço para avaliações políticas que consideram a insuficiência das ações de controle, sem alterar seu enfoque confiante e positivo.

A terceira e última matéria, sobre as operações do Exército para o controle de focos no Rio de Janeiro, mantém o mesmo tom, sem demonstrar qualquer estranheza pela atuação militar fora de sua área de competência. Após a abertura de Cid Moreira, a repórter Angela Lindenberg informa, em *off*, acompanhado passo a passo por imagens “literais”, que

Nós acompanhamos um grupo que foi até a Tijuca, um bairro da Zona Norte do Rio. Eles bateram de casa em casa e colocaram em prática a teoria que aprenderam com

técnicos da Sucam. Não escapou nada que pudesse ser foco do mosquito: plantas, vasos, ralos e latas, tudo foi examinado.

Note-se que o emprego dos pronomes “nós” (os jornalistas e o próprio *JN*) e “eles” (os soldados do Exército) marca um posicionamento muito diferente do assinalado na matéria anterior, em relação à fala mais crítica do especialista. A narrativa, marcada por quantificadores absolutos e certificada pela própria equipe de reportagem, não deixa dúvidas sobre o rigor e a eficiência da ação militar. Lembremos que Cid Moreira, no encerramento da matéria garantirá que “O trabalho do Exército só vai acabar quando não existir mais nenhum foco do mosquito *Aedes aegypti* no Estado do Rio”.

Além de tranquilizadora e fiadora da ação do Exército, a enunciação é também pedagógica. Em geral, o comportamento da população é retratado como exemplar e, diante da ausência de focos, as orientações são preventivas, uma segurança transmitida para e reconhecida pela população:

HOMEM [*em casa, com bebê no colo*]: Eu estou achando ótimo, né? Pelo menos a gente [pausa] pode tratar sem, sem perigo, né?

A pausa é provocada pela criança que mexe no microfone. Se o gesto espontâneo desvia a atenção do pai, acentua em muito a proximidade do *JN* com sua audiência e torna a segurança proporcionada à população mais palpável do que a própria fala.

Mas a função didática aciona também o mau exemplo, aqueles que “dão trabalho”. E nesse momento a narrativa se vale de recursos de suspense e maior intensidade dramática:

OFF [*panorâmica descendente da fachada da casa até enquadrar um grupo de soldados no portão*]: Mas essa casa deu trabalho aos soldados: em cada canto examinado, surgia a suspeita de foco do mosquito [*close de lata e de vaso de planta*].

STAND UP [*repórter agachada, na área externa de uma casa, com soldados em quadro*]: Aqui nesse ralo, a água tá ideal para a reprodução do mosquito, porque a água está limpa e parada.

OFF: Aqui, na tampa deste bueiro, não houve dúvida: ai está ela, a larva do *Aedes aegypti* [*close de colher com larva*]. SOBE-SOM da pergunta: O senhor não sabia que esse tipo de recipiente é ideal para o *Aedes aegypti* se reproduzir, não?

MORADOR [*com braços cruzados, cara de sono, cabelo desalinhado*]: É, saber eu sabia, só que por descuido ou por falta de tempo eu não pude reagir.

A repórter está ao lado do morador, no início da resposta, mas logo depois, no momento em que este assume o descuido, o plano se fecha em seu rosto. Este foi o único momento em que o tratamento das imagens, involuntariamente ou não⁴², revelou uma composição com algum efeito dramático: a câmera estava no alto, colocando o entrevistado

⁴² Durante a resposta, o rosto de um soldado entra e sai de quadro e o *zoom* pode ter sido acionado para “limpar” a imagem.

em posição “inferior”. Como se percebe, o substantivo “senhor” marca não a formalidade respeitosa de seu emprego como forma de tratamento, mas justo o oposto: aquele recurso de autoridade que acentua o tom cerimonioso para se repreender uma pessoa (inclusive crianças). Interessante também é o verbo “reagir” empregado pelo “morador descuidado”, que assim se mostra consciente da ameaça e da necessidade de ação prévia, possivelmente também reagindo à interpelação da repórter.

De modo geral, no entanto, a população foi convocada aos esforços de controle dos focos e sua participação considerada importante diante da extrema capacidade de adaptação e reprodução do *Aedes*. A ausência de doentes é também significativa, pois reforça a ideia de que a epidemia ainda era uma virtualidade, passível de ser evitada. Como vimos, eles apareceram nos telejornais locais justamente para reforçar a ideia de expansão da doença. Mas não foram responsabilizados: as pessoas nada fizeram para adoecer, moravam em lugares precários, propícios à disseminação do vetor, ou não tinham ainda sido suficientemente esclarecidas sobre a doença.

4.2.2 O JN e a relação com os peritos

As matérias permitem assinalar três aspectos importantes do posicionamento do JN sobre o lugar e o papel a serem desempenhados pelo jornalismo. O primeiro diz respeito à relação com os peritos. Na epidemia de 1986, os médicos aparecem como confiáveis, capazes de cuidar dos doentes e de tranquilizar a população, vista como suscetível de pânico injustificados. Os especialistas em saúde pública, por sua vez, explicam o que favorece a reprodução do mosquito e o que é possível fazer para controlá-la. O segundo aspecto, como sublinhamos, é a relação pedagógica com a audiência, ou melhor, com uma parte da audiência, aquela que precisa ser educada.

O terceiro, a forma como o jornalismo trata a epidemia como questão política, torna-se mais explícito no telejornalismo local. Como os trechos abaixo expressam, havia a epidemia, o Estado, os peritos, a população, os doentes e, singularmente, seus representantes – associações de moradores – desempenhando um papel de protagonista, como destacado pela repórter no dia 29. Note-se que esse caráter desaparece na matéria do JN, no mesmo dia. Ali, o apresentador se refere ao mesmo encontro e informa que o presidente do Inamps, Hésio Cordeiro, “se reuniu com **todas as autoridades** do estado e do município de Nova Iguaçu”.

RJTV2 – 29/4/1986 – OFF [imagens da reunião]: A verba do Inamps para combater o dengue saiu desta reunião, **convocada pelas associações de moradores de Nova Iguaçu. Eles chamaram os secretários** de saúde do município e do Estado e os presidentes do Inamps e da Fundação Oswaldo Cruz para melhorarem o

entrosamento no combate ao dengue, que já atingiu 50.000 pessoas. Os presidentes das associações acham que o combate ao dengue ainda é pequeno e desorganizado.

HÉSIO CORDEIRO: O Inamps se articulou com as outras instituições de saúde e nós garantimos o repasse de 2 milhões de cruzados para utilização imediata, pela Sucam e pelo Ministério da Saúde, para o combate ao vetor que transmite o dengue. Além disso, estamos também convocando os nossos médicos que estavam lotados em Nova Iguaçu para retornarem a Nova Iguaçu, para prestarem um atendimento melhor à população.

LÚCIA SOUTO – Federação das Associações de Moradores de Nova Iguaçu: A única maneira de enfrentar esse problema do *Aedes Aegypti* no município de Nova Iguaçu é a integração efetiva de todos os órgãos públicos de saúde, porque não há mosquito municipal, estadual e federal.

RJTV2 – 29/5/1986 – OFF: Hoje o ministro da Saúde Roberto Santos voltou ao Rio. Ele veio direto para Nova Iguaçu. Aqui ele se encontrou com o Bispo, Dom Adriano Hipólito, e com lideranças da cidade. O ministro ouviu das lideranças justamente a proposta de um plano de saúde para a Baixada Fluminense. (...)

ROBERTO SANTOS: Nós debatemos o assunto até chegarmos **a um plano orgânico, nos termos que colocou aqui o bispo D. Adriano Hipólito.**

RJTV1 – 7/6/1986 – APRESENTADORA: Moradores de Santa Teresa fazem manifestação contra a dengue. Segundo eles, a Sucam não está atuando no bairro e a doença se espalha rapidamente. (...)

VICENTE SABATO – Presidente da Associação de Moradores de Santa Teresa: É alarmante, porque há 15 dias, nós tínhamos 17 casos e hoje nós chegamos de 180 a 200, os constatados, e segundo notícias a coisa vai a quase 1.000 casos, somente em Santa Teresa.

Os fragmentos acima deixam claro que entidades e movimentos sociais fizeram da epidemia uma questão política: cobraram urgência e resolutividade das autoridades, reivindicaram e tiveram participação ativa da formulação de soluções “orgânicas”, embora com poucos resultados. A condução narrativa está ancorada no papel de tornar visível para muitos uma cena social, na qual a população e seus representantes mobilizaram-se para exigir do Estado medidas em relação a um sofrimento que os afligia, inclusive com direito a fala direta, como mostra o quadro abaixo. Tal posicionamento, naturalmente, segue critérios de seleção e processos de produção específicos. De qualquer forma, vale assinalar que houve espaço para o ato de Santa Teresa, na Zona Sul carioca, mas não para a manifestação convocada pela Famerj, que paralisou a Via Dutra por uma hora, no dia 27 de maio⁴³.

⁴³ *Dengue: protesto vai parar Via Dutra* (UH, 26/5/1986); *Famerj fecha a Via Dutra e pede maior combate à dengue* (OD, 27/5/1986); *Protesto contra a dengue deve interditar a Via Dutra hoje cedo* (FSP, 27/5/1986), *Moradores da Baixada param a Dutra para exigir saúde* (JB, 28/5/1986); *Má assistência leva à paralisação da Via Dutra* (OESP, 28/5/1986); *Moradores da Baixada fecham a Via Dutra* (OGL, 28/5/1986, acompanhada de nota editorial ao lado, *Pusilanimidade*, no qual o jornal critica veementemente a proliferação desse tipo de protesto e a compara à anarquia).

Quadro 4 – Vozes na cobertura da epidemia em 1986.⁴⁴

VOZES	TEMPO
Vozes do JN	
Apresentador	27"
Voz <i>Off</i>	3'53"
Repórter	1'03"
Subtotal	5'23"
Vozes da saúde	
Especialistas (técnico, médico, sanitarista)	30"
Autoridades sanitárias (secretários e ministro de Saúde, responsáveis pela vigilância epidemiológica, controle de vetores etc.)	52"
Subtotal	1'22"
Outras vozes	
Lideranças (moradores, sanitaristas, religiosas)	22"
Populares	39"
Vítimas (doentes)	-
Outros	-
Subtotal	1'01"
TOTAL	7'46"

É importante destacar que, no telejornalismo local, a linha divisória entre autoridades sanitárias e políticas não está claramente demarcada. Em 1986, o ministro da Saúde não era tratado apenas como político (integrante do primeiro escalão do governo federal) e autoridade máxima em termos de saúde pública, passível de ser cobrada pelos resultados de suas ações: era reconhecido também como perito. Em entrevista de 4'30" concedida no estúdio do *RJTV3*, no dia 21 de maio, o ministro teve o direito de definir a “real” gravidade da situação, de anunciar e justificar as medidas que estavam sendo tomadas. A repórter pouco interfere e as três únicas perguntas que lhes foram dirigidas não portavam nenhuma cobrança. No *RTV2*, exibido no dia 30 do mesmo mês, suas ações puderam ser assim anunciadas pela repórter: “Depois de resolver o problema da falta de soro, o ministro foi tratar do combate ao dengue: ele foi ver as 16 máquinas fumacê que chegaram hoje dos Estados Unidos”.

O Quadro 4 expressa que não houve espaço no *JN* para aqueles que contraíram a doença. Essa dimensão da epidemia também coube ao telejornalismo local: seis das treze matérias dos *RJTVs* 1 e 2 apresentaram entrevistas como aqueles que estavam ou estiveram doentes.

⁴⁴ O quadro se refere exclusivamente ao tempo da fala direta, ou *soundbites*, para Gomes (2008), em entrevistas e depoimentos. A presença dessas vozes nos textos dos jornalistas e o tipo de articulação efetuada são aspectos discutidos na própria análise.

RJTV2 – 16/4/1986

STAND UP: Só aqui nessa rua nós encontramos doentes naquela casa, naquela casa e nessa casa aqui. E agora nós vamos ver como as pessoas se sentem com essa doença, segundo os técnicos da secretaria de saúde os dois sintomas principais da doença são uma dor de cabeça muito forte e uma febre alta. Vamos ver aqui o **doente**.

REPÓRTER: O senhor está doente desde que dia?

DOENTE: Domingo à tarde.

REPÓRTER: E como é que o senhor se sente?

DOENTE: Ah, o corpo com bastante moleza, não dá vontade nem de me levantar, só fico deitado.

RJTV2 – 1/5/1986

STAND UP: Para a gente ter uma ideia da propagação da doença, basta dizer que nesta rua nenhuma pessoa escapou do dengue. Aqui por exemplo, olha, todas essas pessoas que estão aqui estiveram com a doença. A senhora, já sarou?

MULHER 1: Já...

REPÓRTER: E você?

MULHER 2: Também.

REPÓRTER: E você?

MULHER 3: Também peguei, todos nós pegamos aqui em casa.

REPÓRTER: E você?

MULHER 4: Também.

REPÓRTER: E você?

MULHER 5: Também peguei...

RJTV1 – 7/6/1986

REPÓRTER: Alguma pessoa da sua família já contraiu a dengue?

MULHER: Já, minha irmã tá na cama, minha sobrinha, três sobrinhos, meu cunhado, tá tudo em cima da cama com a dengue.

Interessante notar as respostas monossilábicas que o repórter obteve do grupo de mulheres, que conversam na frente de casa, e foram entrevistadas no dia 1 de maio. As expressões também não demonstravam interesse no assunto: a resposta da terceira mulher parece querer interromper a repetição, que, no entanto, continua. Outra motivação teve aquela entrevistada no dia 7, uma das participantes do ato em Santa Teresa. Além da descrição detalhada, quando o repórter pergunta se o carro fumacê passava por lá, responde ironicamente: “Fumacê, que isso? Não sei, nunca vi...”.

Do ponto de vista dos condutores da narrativa, as entrevistas correspondem predominantemente às funções narrativas de personificar os sintomas, a evolução clínica e ilustrar a propagação da doença. Trabalho que, além de reforçar o registro factual, aumenta o vínculo de proximidade com a audiência, já que os repórteres estavam nos bairros e dentro das casas. Nenhuma das matérias, no entanto, identificou os entrevistados, e mesmo que isso

tenha eventualmente ocorrido⁴⁵, não houve valorização nem individualização do sofrimento. Como destacado na fala da repórter, no dia 16 de abril, ao entrar em uma casa, ela anuncia que nós agora iríamos ver “o doente”.

É razoável atribuir este enfoque ao caráter benigno da doença, muitas vezes tratada em casa. No entanto, a valorização deste aspecto era uma opção disponível e foi explorada como forma de politização. Por exemplo, pelo movimento dos moradores da Baixada Fluminense, que denunciava a precariedade e o caráter mercantil da rede assistencial como um dos componentes das injustas condições de vida e saúde daquela população. Também no noticiário impresso houve acento no aumento da procura por assistência médica⁴⁶. Caso houvesse interesse nesse componente, não haveria dificuldade de encontrar pessoas sofrendo enquanto aguardavam atendimento na rede pública e privada extremamente precária de Nova Iguaçu. Note-se que a fala do presidente do Inamps, na reportagem do *RJTV2*, no dia 29 de abril, incluiu entre as medidas em curso a convocação dos “nossos médicos que estavam lotados em Nova Iguaçu para retornarem a Nova Iguaçu, para prestarem um atendimento melhor à população”. Como veremos a seguir no debate entre os peritos, esta era uma questão relevante, pelo menos entre aqueles que consideravam a possibilidade de casos de dengue hemorrágica e de reaparecimento da febre amarela urbana. Considerar esses elementos, do nosso ponto de vista, ajuda a demarcar o posicionamento dos telejornais, especialmente no *JN*, em relação à gravidade da epidemia na confluência entre o caráter “benigno” da doença, a política editorial e a relação proposta com seu público. Importa principalmente destacar que não houve avaliações negativas e cobrança das autoridades sanitárias e governamentais.

4.2.3 O que diziam os peritos em outro lugar

Para evidenciar a distância do *JN* em relação à avaliação dos peritos e melhor situar a edição da fala dos especialistas que aparecem em suas matérias, recorreremos ao registro de uma reunião do Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Públicas/Fiocruz, em 30 de

⁴⁵ Os créditos dos entrevistados, sejam eles autoridades ou populares, são pouco frequentes *no corpus*, o que não significa que não tenham sido exibidos.

⁴⁶ *Dengue atinge 350 mil pessoas no Rio, diz secretário* (FSP, 3/5/1986); *Medo leva a postos de saúde até pessoas com caso de resfriado* (OGL, 7/5/1986); *Saúde investiga morte de pessoas com dengue* (OD, 8/5/1986); *Fiocruz alerta Rio contra dengue hemorrágica fatal e Febre amarela começa a assustar* (OGL, 9/5/1986); *CAXIAS – Uma constante nas reclamações “Se tiver que morrer, morre na fila”* (OGL, 11/5/1986); *Sucam teme dengue hemorrágica* (FSP, 13/5/1986); *Dolorosa corrida contra quebra-ossos no Rio* (UH, capa, 15/5/2006); *Dengue hemorrágica pode ter causado morte em Niterói* (JB, 12/6/1986); *Fiocruz confirma que dengue causou morte de estudante* (JB, 13/6/1986).

abril de 1986. O evento reuniu autoridades estaduais e federais – várias gestões da Sucam estavam representadas –, professores e pesquisadores da casa (LEAL, 1987).⁴⁷

No debate, em clima de tensa preocupação e muitas divergências, alguns tópicos se destacaram entre as autoridades federais, estaduais e professores da casa: i) a avaliação do desempenho das instituições sanitárias envolvidas no controle de endemias e epidemias, notadamente a Sucam e a Secretaria Estadual de Saúde; ii) a eficácia e o ritmo das ações de bloqueio; iii) a meta prioritária a ser atingida, se a “eliminação do vetor, na forma alada”, com ou sem pulverização aérea, ou a “erradicação do mosquito”, devendo-se priorizar o combate às larvas do *Aedes*. Os prognósticos sobre o curso da epidemia também variavam, inclusive a manifestação das formas graves, como a hemorrágica, e a possibilidade de retorno da febre amarela urbana. Para alguns, a capital não seria atingida; para outros, não só a capital, mas todo o estado do Rio de Janeiro já estava comprometido e era grave a situação do país, com infestação reconhecida também nos estados de São Paulo, Bahia, Alagoas, Ceará, Paraná e Mato Grosso. Tais diagnósticos não deixavam de acentuar a dimensão continental da doença e de seu enfrentamento, pois a dengue estaria já presente na América Central, América do Norte, México, Caribe. Na América do Sul, além do Brasil, também Venezuela, Colômbia e Guianas.

Entre os participantes, apenas uma questão era consenso: *a epidemia era previsível e evitável*. Inúmeros argumentos e documentos oficiais sustentavam a afirmação, como a reintrodução do *Aedes* no Rio de Janeiro, conhecida desde 1976-77, a progressiva ampliação da infestação em vários estados, constatada em 1985, e a epidemia em Boa Vista/RO, em 1982. Se era sabido e evitável, por que ocorreu? Mesmo com variação de ênfase, todas as explicações convergiam para a falta de sensibilidade das autoridades políticas, que, a despeito

⁴⁷ A *Revista Cadernos de Saúde Pública* publicou a transcrição da exposição dos componentes da mesa-redonda e de perguntas e manifestações da plateia na seção *Debates*. Desconhecemos se o documento registrou integralmente o evento. As exposições abordaram inúmeras faces da doença, como o histórico e a atualidade epidemiológica da dengue no Brasil e no mundo, o ciclo de reprodução e as características do vetor, os tipos de vírus e detalhes do processo de transmissão, sintomas e quadros clínicos da doença, inclusive das formas graves como a dengue hemorrágica. O tipo de participação requerida da população e a natureza das informações fornecidas à imprensa, assim como a própria cobertura dos meios de comunicação, também pontuaram as intervenções.

Participaram da mesa: Eduardo de Azeredo Costa – professor da Ensp/Fiocruz, ex-secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, atual assessor do secretário de Saúde e coordenador da investigação sobre a doença; Pedro Luís Tauil – assessor parlamentar do Senado Federal, professor da Universidade Federal de Goiás e ex-diretor-geral do Departamento de Erradicação e Controle de Endemias da Sucam; Carlos Osanai, também professor da Ensp, foi responsável pela investigação da epidemia em Roraima, em 1981/1982; Antonio Carlos Rodopiano de Oliveira, representante da Superintendência da Sucam. Embora não anunciado, Joaquim de Castro Filho, então diretor-geral do Departamento de Erradicação e Controle de Endemias da Sucam, também se pronunciou. Da plateia, foram registradas as intervenções de três outros professores da EBSF: Vitor Valla, Sarah Escorel e Conceição Cassano Torres, também diretora da Federação das Mulheres.

dos relatórios técnicos e planos de ação propostos, não liberaram recursos para compra de equipamentos, insumos e contratação de pessoal. Para Pedro Tauil, “A repercussão que houve nos grandes centros foi mínima, e nós, lamentavelmente, mesmo com a Dengue em Roraima, na ocasião, não conseguimos levantar os recursos necessários, junto aos órgãos de decisão do governo, para uma campanha de erradicação do *Aedes*, no Brasil” (idem, p. 186).

Joaquim Castro Filho relembra que em agosto de 1985, quando se constataavam altos índices de infestação de *Aedes*, em pelo menos dez bairros do Rio de Janeiro,

reunimo-nos com o Ministro, numa reunião aberta, com a presença da imprensa, e apresentamos uma programação para intensificar o combate do *Aedes aegypti* no Brasil. Essa programação era até modesta pelas necessidades, envolvendo recursos da ordem de 340 bilhões de cruzeiros. É bom que se diga que, em nenhuma ocasião, o programa de febre amarela mereceu, por parte das autoridades políticas do país, mais do que 10% do orçamento da Sucam. Foi assim no passado, em 84 e 85, e continua assim este ano. Isso representa mais ou menos 150 milhões de cruzados (...) O máximo que se conseguiu foi uma verba de 40 milhões de cruzeiros para a intensificação do programa de febre amarela (idem, p. 197-198).

Não só as autoridades nacionais não liberaram recursos. O embaixador norte-americano no Brasil, Diego Ascêncio, também havia negado “a única reivindicação que o então Ministro da Saúde, o Ministro Waldyr Arcoverde (apresentou), o pedido de apoio aos Estados Unidos para o funcionamento do Fundo já criado na Organização Pan-Americana da Saúde, para o financiamento da Campanha de Erradicação Continental do *Aedes*” (idem, p. 200).

No plano nacional, as questões específicas sobre a dengue estavam inseridas em uma situação mais ampla de sucateamento das instituições de saúde pública, decorrente da política de saúde dos governos militares que desde 1964 privilegiava o modelo médico-assistencial privatista (LUZ, 1979; MENDES, 1994) e complexo médico-industrial (CORDEIRO, 1980). Nas palavras de Eduardo Costa, o reaparecimento do *Aedes*, em 1967, no Pará, e cerca de dez anos depois na Bahia e no Rio de Janeiro foi fruto,

de maneira nítida, no Brasil, [de] um período de grande centralização e centralizados, também, os recursos da Saúde, especialmente, através da unificação da Previdência Social, e desenvolvimento da área hospitalar, especialmente privada. É um período que marca, ao mesmo tempo, uma grande retração da saúde pública no Brasil. Foi essa retração que levou, de certo modo, à retomada da situação que nós tínhamos no começo do século, no Rio de Janeiro, por exemplo.

Desse período de 20 anos, portanto, retomamos alguns problemas que pensávamos que já tivessem sido eliminados (idem, p. 186).

A sanitarista Sarah Escorel questiona explicitamente a ação governamental e enfatiza a gravidade potencial da epidemia:

Pergunto outra coisa: a informação que está sendo transmitida pelas autoridades, no noticiário, é uma informação parcial, não é a real, não é a completa? As plantinhas

nas águas aparecem como sendo as grandes causadoras do problema. Todos esses aspectos que estão sendo colocados aqui, a falta de privilegiamento da saúde pública, a falta de integração e de articulação entre as instituições, a falta de um serviço de vigilância epidemiológica, realmente, eficaz, que consiga diagnosticar e combater, também, isso não sai no noticiário. Também não está sendo colocada a possibilidade da Dengue hemorrágica, e acho isso uma omissão de informação muito grave. Além do combate ao *Aedes*, pergunto o seguinte: o que se está fazendo em termos de assistência médica, para as pessoas que estão doentes? Existem postos volantes na Dutra, perto de Nova Iguaçu, ou em outras localidades, não só para detectar, mas para orientar essas pessoas sobre o que fazer, durante esse período? Por que elas estão indo para o Souza Aguiar? (idem, p. 206).

As edições de *Súmula*, publicação do Programa Radis, da mesma unidade da Fundação Oswaldo Cruz, seguiam na mesma direção. Já no início da década, o surgimento da dengue em Roraima já havia sido elencado junto com outras “doenças evitáveis” (RADIS, 1982). Em 1986, “A epidemia esperada” era o título do artigo, na primeira página, que afirmava que a situação “poderia ter sido diferente”, ao passo que identificava que

Há uma unanimidade entre os especialistas em responsabilizar os governos autoritários pelo total descaso com que trataram a Saúde Pública nos últimos 20 anos. Além disso, apontam para o próprio modelo de desenvolvimento brasileiro, imposto ao longo desses anos, como causador desta ‘socialização’ da doença no país (RADIS, 1986, p. 1).

Na época, era recorrente o uso da expressão *socialização da doença*, cunhada pelo sanitarista Gentile de Melo na década anterior, para marcar diferença em relação à neutralidade técnica da descrição desses fenômenos como urbanização das *endemias rurais* e, mesmo da transição epidemiológica em curso, acentuando a historicidade das causas sociais das doenças. Tanto nas discussões técnicas quanto no debate público mais amplo, como se percebe em “Doenças resultam da forma de organização da sociedade”, título de matéria “especial para a *Folha*” e assinada por Luiz Jacintho da Silva, publicada na *Folha de S. Paulo*, em 9 de maio de 1986. O artigo polemizava com o editorial do periódico, intitulado “Epidemia à Vista”, de 26 de abril. Sem desconsiderar o diagnóstico de “descaso e despreparo dos órgãos oficiais responsáveis”, o professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp alertava para os riscos de aceitar a tese sem discussão e incorrer na solução simplista e equivocada de privilegiar exclusivamente a reestruturação das instituições encarregadas do controle de endemias. “As doenças, enquanto fenômenos coletivos, não surgem como obra do acaso ou de caprichos biológicos. Apresentam uma historicidade que lhes é própria, são fruto da maneira como uma sociedade se organiza e se relaciona com a natureza.” Após discutir a articulação do recrudescimento das doenças com o tipo de desenvolvimento econômico e evidenciar os limites estruturais das alternativas técnicas, afirma:

Oswaldo Cruz, se revivesse, não saberia por onde começar o controle do *Aedes aegypti*, o mesmo que ele eliminou do Rio de Janeiro no início do século. Como furar latas numa cidade que tem favelas, que nem a polícia ousa entrar? (...) É fácil encontrar um bode expiatório, mas na verdade a culpa reside num modelo econômico injusto que, por mais que se equipe e amplie os serviços de saúde, sempre criará situações que irão favorecer o surgimento de doenças ou mesmo a mudança no comportamento de doenças existentes.

Tais críticas eram a face mais visível de processos que desde a década anterior ganhavam corpo nas instituições de ensino e pesquisa, serviços de saúde, em aliança com as associações comunitárias e movimentos sociais via interface com as questões de saúde. Vivia-se uma das conjunturas nas quais o debate sobre a saúde pública adquiriu um caráter especial, mobilizando diferentes correntes na disputa pela direção de uma determinada política ou modelo. Nesses momentos, a questão saúde ultrapassou o meio médico-sanitário, sendo incluída como parte importante das discussões sobre o próprio projeto nacional. Marcaram, portanto, um alto grau de exposição das diferentes teses sanitárias ao conjunto da sociedade.⁴⁸

4.3 O JN E AS EPIDEMIAS EM 1987

Embora em 1987 a dengue continue a merecer pouco destaque no jornalismo local e nacional da TV Globo, é importante notar que a maior parte das matérias teve lugar no JN. A expansão da dengue por outros estados do país parece responder pelo acréscimo de importância no noticiário nacional, embora não elucide a retração do espaço no jornalismo local, já que a epidemia fluminense foi maior do que aquela registrada no ano anterior.

Por outro lado, é preciso ter em mente que os meses de pico epidemiológico – de dezembro de 1986 a abril de 1987– se dão em uma conjuntura nacional de crise, marcada pela frustração das expectativas geradas pelo Plano Cruzado I e as medidas impopulares incluídas no Plano Cruzado II, lançado dias após as eleições de 1986. Em fevereiro do ano seguinte de 1987, a agenda política e midiática é tomada pela instalação da Assembleia Nacional Constituinte. No jornalismo da TV Globo, especialmente, acentuando o peso que os temas nacionais adquiriram com o fim dos governos militares, os trabalhos constituintes foram acompanhados diariamente. Para ele convergiu o trabalho da sucursal do Distrito Federal, que já havia passado de 15 para mais de 120 profissionais de jornalismo, entre as décadas de 1970 e 1980. Não se tratava apenas de noticiar os acontecimentos: os depoimentos destacam os desafios de traduzir assuntos complexos para a linguagem coloquial, dentro do exíguo tempo do telejornalismo diário (MEMÓRIA GLOBO, 2001, p. 179-184).

⁴⁸ Esses momentos singulares são a década de 1920, a transição entre os anos 1950 e 1960 e o período final do regime militar, iniciado em meados da década de 1970, mas que se intensifica em meados da década seguinte (Cf. CARDOSO, 2001, capítulo 2).

Contudo, a partir do final de 1986, a dengue retorna à imprensa diária do Rio de Janeiro, diante do aumento do número de casos em Niterói, nos subúrbios (como Penha e Irajá) e na Baixada Fluminense. Associado ao início do verão, a cobertura intensifica-se no final de janeiro e atinge o auge nos meses de fevereiro e março. No Estado do Rio de Janeiro, a situação se agravava rapidamente em Niterói e em São Gonçalo, enquanto permaneciam as divergências entre as autoridades quanto à extensão e a gravidade do problema. Ao contrário de ano anterior, eram divulgados periodicamente boletins das secretarias municipais e estaduais de saúde. Em pouco tempo, com índice diário de 5 mil casos por dia, a epidemia de 1987 passa a ser caracterizada como maior e mais grave do que a de 1986⁴⁹. Em meados de abril, segundo dados da Sucam, a dengue já tinha ultrapassado 50 mil casos no Rio de Janeiro. A partir de março, outros estados também registram surtos, elevação dos níveis de infestação ou do número de casos da doença: São Paulo, principalmente em Araçatuba e na zona rural de Guararapes; e Bahia, na cidade de Ipupiara, a 612 quilômetros de Salvador, com 3.500 casos.

Com os levantamentos realizados pela Sucam, que apontavam para a localização de 60% de focos de larvas em residências, a população passa a ocupar um tríplice papel: principal vítima da doença, público a ser informado e responsável pelo alastramento do vetor⁵⁰. A dengue, no entanto, continua inscrita no grave quadro sanitário provocado por déficits estruturais⁵¹, agravado pela desarticulação das instituições e das três esferas de governo, pela incompetência ou omissão das autoridades sanitárias.

4.3.1 Epidemias em vários estados do país: as causas e os responsáveis no JN

Neste ano, o aspecto gravidade é mais acentuado nas narrativas do JN sobre a epidemia no Rio de Janeiro. Ganham importância as estimativas do número de casos em âmbito local e nacional, assim como a distribuição geográfica da doença. A primeira matéria do JN, em 11 de fevereiro, ecoou o alerta dos especialistas:

CID MOREIRA [*com selo, uma grande cruz vermelha*]⁵² – No Rio, a Fundação Oswaldo Cruz faz um alerta: este ano a dengue, transmitida pelo mosquito *Aedes*

⁴⁹ *Dengue atinge 70 mil casos em Niterói e São Gonçalo* (OGL, 28/1/1987).

⁵⁰ *Sucam diz que a população “cria” mosquitos em casa* (JB, 5/2/1987).

⁵¹ “*Pestes nacionais*” fazem 16 milhões de vítimas (FSP, 8/2/1987), *A mortalidade cresceu junto com a riqueza* (ZH, 11/2/1987), *Rio tem doença de pobre e de rico* (JB, 16/4/1986), *Sujeira e miséria são as principais causas do mal* [dengue, meningite e conjuntivite, no Rio de Janeiro] e *Problemas sociais contribuem para agravar a situação* (OGL 12/4/1987).

⁵² Essa é a primeira vez que uma matéria sobre dengue aparece com um selo identificador, ainda no cenário dividido por molduras brancas. A cruz vermelha está claramente relacionada ao agravamento dos casos de dengue. Retomaremos a questão mais adiante, quando novo selo, em outra versão estilizada da cruz, aparece na narrativa.

aegypti, está mais grave do que no ano passado, e os médicos dizem que os doentes estão sofrendo mais.

O passado explicativo acionado pelo telejornal ficou restrito à experiência do ano anterior, em registro factual:

OFF: A dengue apareceu no início do ano passado no Rio e na Baixada Fluminense. Em pouco tempo virou uma epidemia e se espalhou pela cidade. Maio e junho foram os meses críticos. O governo começou uma operação de guerra de combate ao mosquito *Aedes aegypti*. O surto diminuiu. Mas esse ano a dengue reapareceu, pegou até a deputada Benedita da Silva, que estava com dengue ao participar da abertura da Assembleia Nacional Constituinte.

Após a conexão com o principal fato político do dia, a atualidade da doença mantém o tom informativo: “Este ano, o maior número de casos não está no Rio. Os maiores focos de dengue são agora do outro lado da baía, em Niterói, como aqui no morro da Engenhoca, onde praticamente todos os moradores tiveram dengue esse ano”.

Essa é a primeira vez que o *JN* focaliza o componente assistencial e os próprios doentes. As imagens da favela podem remeter ao vínculo com a pobreza, forma de incluir determinantes sociais entre as causas da epidemia. Mas não é esse o eixo privilegiado pela narrativa, pois em seguida o texto generaliza a situação, prioriza a subnotificação e a manifestação clínica da doença, modo de manter a aliança com os especialistas no assunto:

OFF: Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, como a dengue virou uma doença comum no Rio, muitos médicos particulares deixaram de comunicar os novos casos à secretaria de saúde. Mas os hospitais públicos registram um aumento do número de pessoas doentes:

KEYLA MARZOCHI – Médica da Fiocruz: Está havendo um comprometimento maior do estado geral, com aparecimento mais frequente de manifestações cutâneas, de manifestação de pele, e também, algumas manifestações hemorrágicas têm sido mais frequentes.

Em 16 de março, a nota coberta do *JN*, com 1’18”, mescla os valores-notícia gravidade, abrangência e novidade, dotando as informações objetivas sobre a doença de maior precisão, sem abandonar o tom assertivo e confiante do ano anterior:

CELSO FREITAS: O Ministério da Saúde revela: só nos dois primeiros meses deste ano já foram registrados 61.000 casos de dengue em todo o país. O Rio de Janeiro continua sendo o Estado mais atingido pela doença, com 48.800 casos. A dengue é transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* e provoca náuseas, dores musculares e fortes dores de cabeça. Os primeiros casos de dengue foram registrados em mais dois estados, São Paulo e Minas Gerais.

OFF [panorâmica da cidade rural, seguida de imagem da ação dos técnicos e close do mosquito em um frasco]: Em Minas, os primeiros casos de dengue surgiram em Perapetinga, na zona da mata mineira. A cidade tem 12.000 habitantes. A epidemia de dengue atingiu mais de 100 pessoas. Médicos do Centro de Saúde de Juiz de Fora estão na cidade para tratar dos doentes [*plano médio de senhor deitado na cama, com camisa levantada, plano mais fechado*]. A Sucam informou que todos os focos do mosquito transmissor já foram localizados, mas os técnicos ainda ficam na cidade

por mais 15 dias [*detalhe de pulverização de um pneu, zoom out até plano médio do agente trabalhando*].

[*vários planos de ruas vazias da cidade rural*] Em São Paulo surgiram pelo menos 8 casos em pessoas que não deixaram a cidade onde moram, por isso não trouxeram a doença de outro estado. Os casos aconteceram nesse pequeno distrito da cidade de Guararapes, chamado Ribeiro do Vale. Aqui moram apenas 170 pessoas e 31 delas já estão com sintomas da doença [*ação dos técnicos, tratando latão de água e uma piscina*]. Os 8 casos da dengue já estão comprovados, e os técnicos da secretaria de saúde recolheram amostras das larvas do mosquito transmissor da doença.

Predomina, nesse ano, o relato factual do agravamento e da expansão da doença, sempre com o destaque para o alastramento dos focos de *Aedes* e as medidas técnicas de controle. A visão positiva sobre as ações de saúde pública muda ligeiramente na matéria veiculada em 19 de maio, na qual Pernambuco, principalmente Recife, representa a expansão do vetor na Região Nordeste. Pernambuco exemplifica a região – cujos primeiros focos foram identificados no Maranhão, Ceará e Alagoas –, e o bairro de Ibura, em Recife, ilustra a situação do estado, incluindo “o sertão, o agreste, a zona da mata e agora a região metropolitana”:

STANP UP [*repórter com visão panorâmica do bairro em segundo plano*]: Ainda não foi feito o levantamento em todo o estado, mas já são tantos os casos de dengue aqui em Pernambuco que os órgãos de saúde já admitem que se trata de uma epidemia. E basta este bairro para comprovar isso: é Ibura, na Zona Oeste de Recife. Só aqui mais de 200 pessoas já foram atingidas pelo mosquito [*se vira e aponta para o bairro*].

“Já admitir” porta efeitos de sentidos diferentes dos verbos “revelar” ou “afirmar” a existência de uma epidemia e “admite” alguma relutância das autoridades diante de um fato tão evidente quanto o que o mostrado na reportagem. Assim, os mesmos elementos que teceram a reportagem em Guararapes recebem outra conjugação e organização hierárquica. Recebem atenção o bairro, a família e os doentes. Mas é o trabalho da Sucam, ou melhor, a falta de recursos a que o órgão está submetido, o fato destacado:

OFF [*imagens de técnicos pulverizando diversos locais*]: Os trabalhos de combate começaram há duas semanas. Aqui em Ibura, os guardas da Sucam estão examinando os locais com suspeita de focos e pulverizando as casas. Mas, se depender só desses guardas da Sucam, dificilmente a epidemia vai ser controlada.

STAND UP: São apenas 1.500 homens trabalhando em todo o Nordeste. E aqui em Pernambuco a situação é ainda mais grave. A Sucam só tem 70 máquinas para atender todo o estado.

OFF: Por isso, a Secretaria de Saúde de Pernambuco já pediu reforço de guardas sanitários. Para controlar a epidemia no Estado será necessária a convocação de, pelo menos, mais 2.000 homens e uma nova estratégia de combate

CELSON FREITAS: A Secretaria de Saúde de Pernambuco vai mobilizar o pessoal das secretarias municipais que será treinado pela Sucam no combate ao mosquito transmissor da dengue.

O relato das dificuldades e da expansão da doença tem como base a própria avaliação dos técnicos e exemplifica os problemas de uma das regiões mais pobres do país. Além disso, mesmo mais crítica, a matéria se encerra com informações de reforços. Quatro dias depois, em nota coberta de 24”, o apresentador Celso Freitas atualiza os dados: “A dengue no Nordeste: em Pernambuco, mais de 400 pessoas já foram atingidas”, e, como respondendo à insuficiência apontada na matéria anterior, informa que: “Seiscentos guardas sanitários da Sucam estão sendo treinados para combater o mosquito causador da doença”. Em ritmo acelerado, o *off* complementa ainda que

Hoje a Sucam de Pernambuco recebeu mais 10 máquinas que aplicam o inseticida e 12 para pulverização espacial, o fumacê. As máquinas foram para a Zona Oeste do Recife, onde há mais de 200 casos de dengue.

Para o telespectador atual, principalmente do *JN*, chama atenção que a ação das instituições não tenham sido creditadas à reportagem anterior. A ausência de qualquer operação de autorreferenciação⁵³ parece apontar, mais uma vez, para a cena social e para a ação dos atores que dela participam.

Mais importante para nossa comparação, no entanto, é o fato de que o drama epidêmico parecia seguir um curso próprio e “inevitável”. Nesse enquadramento, as ações humanas e técnicas são necessariamente limitadas e não se aponta a possibilidade de controle absoluto ou erradicação do vetor. Cabe, como destacado por Cid Moreira, no texto de abertura da matéria exibida em 16 de março, “um plano de emergência para controlar os focos do mosquito *Aedes aegypti* no noroeste do estado”, desenvolvido pela Sucen/SP para deter a doença no noroeste do estado. O fato de a epidemia não ser considerada evitável e não se investir na responsabilização, fica mais claro no final da reportagem, sobre o surto em Guararapes, cidade do interior paulista:

OFF: A própria Sucen considera inevitável: mais cedo ou mais tarde, deve surgir uma epidemia no Estado de São Paulo, mas, por enquanto, estão otimistas no controle desses primeiros focos.

⁵³ Operações de autorreferenciação são aquelas pelas quais um dado falante, individual ou coletivo, coloca em evidência a si mesmo ou seus feitos para projetar uma determinada imagem. Constituem, assim, estratégias de autolegitimação. Em relação ao jornalismo, expressam o deslocamento da tradicional mediação entre o mundo exterior e o público. Se antes eram observadas “fora do espaço propriamente noticioso” – os espaços de opinião, como os editoriais; publicidade; as retrospectivas; as comemorações de sua própria trajetória –, em tempos mais recentes tais estratégias são acionadas na própria construção da notícia. Esse deslocamento não é nada desprezível, pois tais operações passam a “disputar” o lugar central antes ocupado pelo “acontecimento em si” (FAUSTO NETO, 2006; RIBEIRO, 1995).

4.3.2 Os doentes e seu sofrimento

A existência do sofrimento provocado pela doença era igualmente aceitável e não foi tomado como oportunidade de crítica social ou moral. A presença dos doentes na narrativa era um elemento constituinte da evolução epidêmica e exemplificava, pela primeira vez no *JN*, os sintomas da dengue.

Na primeira matéria, no dia 11 de fevereiro, o repórter está no posto médico que atende os moradores do “morro da Engenhoca”, mostra o livro que registra “o nome do paciente e o diagnóstico” e enfatiza que de “trezentas pessoas atendidas aqui, 80% têm dengue”. A seguir, entrevista um doente:

OFF: O que o senhor tá sentindo, quais são os sintomas?

DOENTE [*sentado, expressão abatida, aguardando atendimento; poucas pessoas no posto*]: Dor no corpo.

OFF: Muita dor?

DOENTE: Cabeça, tudinho...

Embora aborde a maior gravidade da epidemia, o tom informativo predomina e não há valorização do sofrimento. Uma leve ênfase pode ser notada quando uma senhora amparada pelo acompanhante entra no posto, quando se mostra a face abatida do entrevistado e quando o texto sobre “o maior sofrimento” vem acompanhado pela imagem de uma criança sendo atendida pelo médico. Mas não compromete a impessoalidade e a objetividade da narrativa, que parecem seguir a descrição clínica privilegiada na fala da especialista. O mesmo ocorre quando é focalizado o surto em Minas, quando as imagens de um senhor deitado em sua cama é intercalada com as atividades dos agentes sanitários, reforçadas pela narração das medidas institucionais. Doentes não aparecem em Ribeirão do Vale, mas o pequeno povoado paulista ocupará a parte significativa da matéria exibida no dia 19 de março.

Nessa reportagem, o lado humano da experiência epidêmica recebeu mais atenção. Não há tanto o interesse pedagógico, mas uma postura amistosa e cúmplice do repórter Carlos Dornelles. Por um lado, é afirmado, em *off*: Para os técnicos, existem apenas oito casos de dengue confirmados; para os moradores são mais de quarenta. Por outro, se privilegia o que as pessoas estão sentindo, sentiram ou pensaram. A cena doméstica, familiar, predomina nas entrevistas. Numa delas, toda a família está almoçando e o repórter conversa com uma senhora idosa:

REPÓRTER [*em off*]: A senhora se assustou muito com essa doença?

MORADORA 4: Eu assustei.

REPÓRTER: O que a senhora pensou que era?

MULHER 4: Ah, eu pensei que ia morrer [*ela ri e outras risadas são ouvidas*].

REPÓRTER: Mesmo?

MULHER 4: É.

O sofrimento e a (possibilidade de) morte não são valorizados e sim o retorno à rotina cotidiana. O sentimento em relevo é o de alívio ou de contenção do perigo, mesmo quando a entrevistada está de cama. Em *stand up*, na localidade de Areia Branca, com “apenas cinco sítios”, o repórter fala enquanto entra em uma das casas:

Dos 40 moradores aqui da localidade [Areia Branca], pelo menos 4 já sentiram os sintomas da doença.

REPÓRTER [*sentado na cama onde D. Dirce, abatida, está deitada*]: Oi, D. Dirce. Não teve jeito de levantar, não?

D. DIRCE: Não, não teve jeito não.

REPÓRTER: O que a senhora sente?

D. DIRCE: Ah, primeiro senti dor na cabeça, dor na nuca, em volta do olho e dor nos ossos... e febre. Não tem jeito de levantar que dói tudo os ossos.

Vale ressaltar que a primeira cópia desta reportagem acentuava bastante o interesse humano, com mais da metade do tempo dedicada às entrevistas com aqueles que já tinham se recuperado. A postura corporal de Dornelles também expressava a cumplicidade, inclinándose para ouvir uma senhora e se agachando para ouvir o que um senhor sentado falava. Nesta versão ainda havia espaço para afirmar que “a doença passou como um raio: hoje, parece que o povoado inteiro está no período de recuperação”. A metáfora raio acentua a doença como um fenômeno da natureza, intenso e também imprevisível, circunscrevendo um campo limitado para a ação humana. No entanto, essas cenas foram cortadas na segunda cópia, com a versão que foi ao ar. Também a fala otimista da técnica foi substituída pelo texto de encerramento:

CID MOREIRA: No sul do Estado do Rio de Janeiro também há ameaça de novo surto da dengue. A saúde pública começa sábado uma campanha de erradicação dos focos de *Aedes aegypti* na região. Desde o início do ano, o Estado do Rio de Janeiro já registrou 48 mil casos da doença.

Diante de um evento epidêmico, os meios de comunicação podem adotar diferentes posturas, acompanhando as gradações que conhecem os extremos do pânico ou da negação. Parece não haver dúvidas de que o *JN* optou por um enquadramento tranquilizador, rejeitando acionar um passado explicativo que, mesmo com o caráter benigno da doença e a ausência de mortes, sustentou na imprensa denúncias quanto ao “escândalo” representado pelo retorno do *Aedes* e a possibilidade de reurbanização da febre amarela urbana. O telejornal evitou

igualmente projetar um futuro sombrio, e esta interpretação continuava disponível no meio sanitário. A ocorrência da manifestação mais intensa da doença e sua disseminação para outros estados não foram construídos como algo ameaçador, previsível ou evitável, mas como evolução de uma doença transmissível a ser combatida no campo das intervenções sanitárias. A enunciação do *JN* manteve-se firmemente ancorada na factualidade do tempo presente, vendo com otimismo as ações em curso.

4.3.3 A avaliação dos especialistas fora do *JN*⁵⁴

Como vimos, na primeira matéria do ano, a edição da fala de Keyla Marzochi privilegiou o quadro clínico da dengue. No entanto, em editorial na *Revista Cadernos de Saúde Pública*, escrito no mês seguinte e publicado em abril, a médica e pesquisadora da Fiocruz esboça um quadro muito mais preocupante e uma avaliação bem mais crítica. Com base no curso da doença no ano anterior, nos primeiros meses de 1987 e na própria experiência à frente do Hospital Evandro Chagas, o texto fornece “uma amostra, na Fiocruz, da recrudescência da epidemia”: em 1986, o hospital registrou picos de atendimento em maio e dezembro, respectivamente 130 e 127 casos; em 1987, 157 casos em janeiro e 174 em fevereiro (MARZOCHI, 1987, p. 140).

A pesquisadora não poupa críticas à condução das autoridades dos três níveis de governo, a começar pelo título, *Dengue – a mais nova endemia “de estimação”?*. Após historiar a limitação dos recursos empregados, a desarticulação de iniciativas clínicas e epidemiológicas, tendo como parâmetro a experiência cubana, em 1981, a pesquisadora conclui:

Entre nós, a permanecer o insuficiente investimento na saúde, o distanciamento da necessária reforma sanitária, a indiferença frente à necessidade de se estabelecer uma Política Brasileira de Saúde – que não venha a reboque de interesses de grupos, empresas ou nações desenvolvidas, ou não seja uma imitação pueril da realidade de saúde destas – não temos senão que aceitar, desde já, na lista das nossas grandes endemias, tão familiares com seus números crônicos e recrudescências, ou ditas em expansão, mais uma: a Dengue ou o Dengue.

Parece que até o “sexo” dessa doença, no Brasil, também está por se definir (MARZOCHI, idem, p. 141).

O fragmento ajuda a situar o que o *JN* julgou significativo das avaliações técnicas disponíveis e da própria fala da entrevistada. No telejornal desapareceu mesmo o tênue eco

⁵⁴ No primeiro semestre de 1987, foi publicado apenas um número de *Súmula*, em abril. A matéria dedicada à dengue faz uma síntese da cobertura jornalística, enfatizando a progressão da doença, em contraste com as ambiguidades dos responsáveis em reconhecer a nova epidemia. Em matéria assinada, o economista e pesquisador da Fiocruz e da UFRJ, André Medici, mantém o enfoque já detalhado na análise de 1986. A destacar, o fato da análise abrangente das dificuldades de saúde e da “necessidade de mudanças radicais no sistema de vigilância epidemiológica” visarem diretamente aos trabalhos de elaboração da Nova Carta (RADIS, 1987, p. 5, 15-16). Por esta razão, nos concentramos na avaliação de Keyla Marzochi, especialista ouvida pelo *JN*.

que tais críticas haviam conservado na edição das falas dos especialistas paulistas, em 1986. Simultaneamente, foi reforçado o acompanhamento da expansão da dengue para outros estados e a maior gravidade da epidemia no Rio de Janeiro, em crescente desvinculação com as condições sociais e a necessidade de revisão do conceito e políticas de saúde no Brasil. Vale notar, como demonstrado no quadro abaixo, que, embora o tempo total das matérias tenha diminuído, quando comparado às três matérias de 1986, aumentou o tempo de fala dos jornalistas. Estes se encarregaram de apresentar as avaliações e medidas efetuadas pelas autoridades sanitárias. O tempo das vítimas também se amplia, mas, como destacamos, sem valorização de seu sofrimento. Já as lideranças somem do espaço enunciativo e as próprias autoridades não o habitam na própria fala dos mediadores.

Quadro 5 – Vozes na cobertura da epidemia em 1987.

VOZES	TEMPO
Vozes do JN	
Apresentador	1'27"
Voz Off	3'23"
Repórter	58"
Subtotal	5'48"
Vozes da saúde	
Especialistas (técnico, médico, sanitarista)	12"
Autoridades sanitárias (secretários e ministro de Saúde, responsáveis pela vigilância epidemiológica, controle de vetores etc.)	-
Subtotal	12"
Outras vozes	
Lideranças (moradores, sanitaristas, religiosas)	-
Populares	-
Vítimas (doentes)	33"
Outros	-
Subtotal	33"
TOTAL	6'33"

4.4 A COBERTURA DO JN NA DÉCADA DE 1980

Vistas em conjunto, fica claro que as epidemias de dengue não foram tomadas pelo JN como um fato grave, como oportunidade de denúncia política ou crítica social. Alternando a ênfase nos componentes informativos e pedagógicos, sua narrativa privilegiou a responsabilidade causal, nos termos em que Gusfield diferencia os domínios de intervenção estritamente técnicos na estrutura de um problema público da sua responsabilização política

mais ampla (GUSFIELD, 2001). A dengue foi firmemente estabelecida como uma doença, cujo processo de transmissão era preciso interromper com conhecimento científico (biomédico) e intervenção sanitária. A importância da participação popular é flutuante: presente na matéria sobre a ação do exército em 1986, não é retomada nas matérias de 1987.

No entanto, para tais características da cobertura certamente foi decisivo o enquadramento do fenômeno como uma doença de pouca gravidade, a merecer pouco espaço entre os principais assuntos daquela atualidade. Nesse sentido, para melhor estimar o posicionamento do telejornal e viabilizar sua comparação com as décadas seguintes, é importante empreender o terceiro procedimento indicado na abertura do capítulo: a análise de duas matérias veiculadas em maio de 1984, envolvendo mortes infantis. A primeira é a do dia 10/5, com 2', sobre um surto de desidratação na Bahia causado por um vírus até então não identificado, que “só em Feira de Santana causou a morte de 105 crianças em 15 dias”. A outra, do dia 23/5, com 1'46”, sobre a endemia de enterite que causava “anualmente mais de 23 mil mortes de crianças em Pernambuco”.

4.4.1 Causa, sofrimento e responsabilidade quando há mortes

Em ambas as reportagens, pode-se notar a presença de uma crítica social, na qual a causalidade estrutural, ou elementos da determinação social das doenças, aparece claramente. Com imagens de uma favela de Recife, o *off* diz: “Convivendo o dia inteiro com a fome e a lama, as crianças enfrentam nessa época de inverno o seu maior inimigo, a enterite”. Em Feira de Santana, a pobreza como causa é mostrada, mais do que nomeada. Enquanto o repórter narrava que todas as vítimas pertenciam aos dois bairros mais populosos da cidade, cada um com 50 mil habitantes, imagens típicas de pobreza apareciam: moradias precárias e ruas sem calçamento. Na sequência, a reportagem informava que só havia um hospital público para a população de 300 mil habitantes, com capacidade para internar 40 crianças e com um pediatra por plantão. Uma médica afirmou que no último plantão foram atendidas 270 crianças: os poucos médicos estavam se desdobrando para tentar salvar a vida das crianças. Bactéria e vírus, portanto, constituem uma condição a partir da qual a causa, a pobreza sob as formas da desnutrição, da ausência de assistência médica e saneamento básico, produz seus efeitos, a morte de crianças pobres.

Nas matérias de 1984, o anonimato, já assinalado na cobertura de dengue, é ainda mais evidente nas imagens das crianças internadas no hospital de Feira de Santana e que moravam na favela de Recife. Imagens do corpo sofredor, mais do que uma função referencial, expressam de modo marcante o posicionamento diferencial da audiência. Na reportagem

sobre a enterite, vemos crianças descalças e quase desnudas enquanto a repórter denunciava a desnutrição e a falta de saneamento na favela. A mesma repórter já entrara numa casa para entrevistar uma mãe que segurava a filha, vítima da doença; a câmera se detém no corpo esquálido e na face amarelada da criança. A mãe ainda afirma, em evidente contradição com a imagem, que sua filha não estava tão mal e *que tem dia que ela tá obrando direitinho*. A distância entre felizes e infelizes, aparente pelo estado do corpo da criança, é composta pela dimensão de alienação: o sofredor sequer reconhece que sofre.

Por essa forma de causalidade, os políticos, se questionados, o são se nada fazem para modificar a condição estrutural que causa o sofrimento. A reportagem sobre as mortes por enterite, aberta com a referência aos elevados índices de mortalidade e desnutrição infantis e à falta de saneamento em Recife, termina com uma entrevista coletiva do ministro:

MINISTRO: Só aqui no Estado de Pernambuco nós teremos a morte de 23.300 crianças menores de um ano.

REPÓRTER: Este ano?

MINISTRO: Este ano.

REPÓRTER: E isso pode ser considerado **normal**?

MINISTRO: E 40% delas, 40% por doenças diarreicas, esse é o esperado estatisticamente.

REPÓRTER: E isso pode ser considerado **normal para o ministério e ele não pode fazer alguma coisa para evitar?**

MINISTRO: Isso é o normal, não é o desejado, mas é o real. Eu não posso fugir a uma realidade; eu tenho por norma falar a verdade, sempre.

O modo de interpelação da autoridade, assim como a apresentação das causas do sofrimento, expressam uma sensibilidade social mais geral na qual ainda era proeminente a forma como a modernidade concebeu os sofrimentos humanos como evitáveis, vinculando-os à historicidade dos problemas coletivos e das respostas que encontravam. Um tipo de politização característica, a política da piedade (ARENDT, 2001), que implicava a separação entre felizes e infelizes, a convocação à ação política para reverter as causas sociais do sofrimento.

Esta perspectiva postulava uma causa estrutural agregadora: os vários tipos de sofrimentos eram remetidos à “exploração”, ao “sistema” ou ao “modo de produção capitalista”. De início, essa causalidade esteve articulada prioritariamente à miséria dos trabalhadores e aos inúmeros sofrimentos que dela decorrem. O dinamismo desse modo de pensar dependeu do trabalho sobre a separação entre sofrimentos presumidamente vinculados à condição humana e aqueles que existiriam devido à forma de ordenação da sociedade, ampliando sempre estes por reduzir aqueles ao afirmar que o que se pensava natural era, em

verdade, histórico (BOLTANSKI, 1999, p. 57-76). A causalidade estrutural explicaria, assim, um amplo espectro de sofrimentos: a saúde dos indivíduos, a hierarquia entre gêneros, a miséria sexual... Todos se tornavam políticos ao se pensar que o Estado, com seus governantes e funcionários, atuavam para manter uma dada estrutura social e o conjunto de preconceitos a ela associado. Sua transformação, paulatina ou súbita, seria modo de erradicar ou reduzir essas mazelas no futuro.

A partir dessa referência, buscaremos identificar, nos anos seguintes, linhas de continuidade e deslocamentos nessa forma de politização.

4.5 AS EPIDEMIAS EM 1990/91

Quando a dengue rompeu o “silêncio epidemiológico”, na virada para a última década do século XX, o Brasil e o mundo viviam ruidosos processos de profunda, acelerada e turbulenta transformação. A reordenação das relações políticas, ideológicas e econômicas que se seguiu ao fim da Guerra Fria, materializado em uma série de acordos assinados em meados da década anterior, resultaria na desintegração da URSS⁵⁵ e da experiência socialista no leste europeu, simbolizada na queda do muro de Berlim (1989). Durante a década de 1990, o mundo ocidental seria marcado pela consolidação do pensamento neoliberal e dos modelos gestados e desenvolvidos pelos governos conservadores de Ronald Reagan e Margareth Thatcher, durante os anos 1980. O declínio do *welfare state* nas sociedades capitalistas centrais veio acompanhado da contenção das demandas pela universalização e/ou preservação de direitos sociais e sucessão de guerras étnicas que mudariam a cartografia mundial. Nos países periféricos, em especial na América Latina, uma série vertiginosa de reformas econômicas seguiria as diretrizes centrais de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulamentação ou flexibilização do mercado de trabalho e “enxugamento” do Estado com a privatização das empresas estatais.

O panorama e os códigos geopolíticos que sucederiam a Guerra Fria também foram forjados no início dos 1990, mais precisamente quando o Iraque invadiu o Kuwait, no dia 2 de agosto de 1990. A imediata, veemente e coordenada reação liderada pelas potências mundiais

⁵⁵ Mikhail Gorbachev assume a Presidência da URSS, em março de 1985, e passa a desenvolver uma ampla agenda de reformas que no ano seguinte seria conhecida como *glasnost* – conjunto de medidas contra a corrupção, para tornar a administração pública mais eficiente e transparente, e assegurar maior liberdade política e cultural – e *perestroika* – reestruturação econômica que a aproximava do mundo capitalista, ao estimular a competição, permitir empresas privadas, em detrimento das diretrizes até então vigentes de planejamento central, política de controle de preços e subsídios estatais. Movimentos de grande impacto mundial na reordenação das forças mundiais e no bloco socialista, com o fortalecimento de movimentos de independência nacional em muitos países da Europa Oriental.

desaguaria na Guerra do Golfo, em 16 de janeiro do ano seguinte, inaugurando um “novo tipo de guerra” – ou “‘a nova maneira norte-americana’ de fazer guerra: com uso intensivo da aviação, armamentos sob controle remoto e baixo número de perdas humanas.” (FIORI, 2001, p. 67). Para este autor, a única potência mundial que restara inaugurava ali novos parâmetros para definir o que é justo e ético na relação entre os Estados, o que “algum dia ainda venha a ser considerado como o momento inaugural da fase totalitária da utopia liberal.” (idem, p. 68-69).

No Brasil, as eleições presidenciais de 1989 marcariam o fim da transição política, com a retomada de um direito interditado desde 1961. No primeiro turno, a disputa foi travada por mais de vinte candidatos, entre os quais personalidades-chave no processo de redemocratização – como Ulisses Guimarães (PMDB), Leonel Brizola (PDT), Mário Covas (PSDB) e Luis Inácio Lula da Silva (PT) – e antigos e novos antagonistas à agenda democrática – como Paulo Maluf (PDS) e Ronaldo Caiado (PSD). O segundo turno foi disputado por Lula e o até então desconhecido Fernando Collor de Melo (PRN), que eleito protagonizou uma “atabalhada” adoção das diretrizes neoliberais pelo Brasil⁵⁶. O curto mandato de Collor, que renuncia em 29 de dezembro de 1992, às vésperas da votação do processo de *impeachment*, foi marcado, além das denúncias de corrupção, por reformas do Estado e da economia, estas últimas materializadas no Plano Collor I e II, que levaram à queda da produção, dos empregos e dos salários.⁵⁷ A virada da década é marcada e moldada por mudanças muito significativas no jornalismo e na televisão, seja no papel político que desempenharam as coberturas de eventos tão potentes, seja no lugar social que a mídia passa a ocupar no mundo “globalizado”, que teve no desenvolvimento e apropriação das tecnologias de informação e comunicação um eixo fundamental para sua configuração política, ideológica, econômica e cultural. Breves referências, bastante conhecidas e estudadas, bastam para sinalizar a magnitude desse deslocamento no âmbito nacional e internacional.

As primeiras se referem à eleição e ao mandato de Fernando Collor de Mello: a construção midiática do candidato, acompanhada da edição do debate Lula/Collor, exibido

⁵⁶ Inicia-se no governo Collor o desmonte do Estado desenvolvimentista no país, a partir do Programa Nacional de Desestatização. A desmobilização do setor público assume papel central na agenda governamental e torna-se um instrumento-chave do processo de ajuste fiscal. Com isso, o Estado deixa de ser paulatinamente o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e o mercado passa a ser o principal promotor da dinâmica econômica. O novo bloco do poder inicia especialmente pelos meios de comunicação de massa um processo de desqualificação da política e dos políticos através das denúncias de corrupção, e de combate ao sindicalismo autônomo dos trabalhadores, passando a apoiar e incentivar o “sindicalismo de resultados” em torno da Força Sindical de Luiz Antonio Medeiros, criada em 1991.

⁵⁷ O Plano Collor I foi anunciado no dia seguinte à posse de Fernando Collor de Mello. Entre as várias medidas, a mais impactante foi o anúncio do bloqueio de saques superiores a 50 mil cruzados novos (de poupança, aplicações financeiras e contas-correntes). As notícias sobre o assunto monopolizam o noticiário nacional; no *JN*, ocuparam quase toda a edição (MEMÓRIA GLOBO, 2004, p. 225). Já o Plano Collor II, lançado em 31 de janeiro 1991, mereceu do *JN* cerca de 40 minutos (idem, p. 228).

pelo *JN* às vésperas da eleição presidencial de 1989, e o processo de *impeachment* do vencedor, em 1991. Esses eventos foram catalisadores de intensas polêmicas políticas e objetos de estudo de inúmeros pesquisadores brasileiros dedicados à comunicação e à política. Se a tomada de posição, explícita ou implícita, de programas, veículos e empresas de comunicação não é estranha à história, principalmente do jornalismo nos mais diferentes contextos, importa sublinhar a singularidade da incorporação de protocolos midiáticos na arena política e na regulação das disputas aí envolvidas. Para além das preferências conjunturais ou ideológicas e dos resultados obtidos, tais processos apontam para novas relações no interior de uma sociedade crescentemente midiaticizada, a envolver exponencial aumento da autoridade jornalística.⁵⁸

No âmbito internacional, a referência é a transmissão em tempo real da Guerra do Golfo, até então inédita, não por acaso também chamada de *Guerra do Video Game*. Se a conjuntura do Leste Europeu foi acompanhada “passo a passo” pelo jornalismo da Rede Globo, com vultoso investimento na cobertura internacional, a Guerra do Golfo mereceu ainda mais. “Pára a novela que começou a guerra” (MEMÓRIA GLOBO, 2004, p. 241), pode ser tomada como a senha, proferida em 17 de janeiro de 1991, para a centralidade que o tema assumiu na emissora desde quando as primeiras bombas caíram sobre Bagdá, com inúmeras entradas ao longo da programação. No *JN* a guerra passou a ocupar um bloco inteiro, totalmente dedicado ao assunto, com cenário e âncora próprios, sustentado pelo trabalho intenso de uma editoria praticamente exclusiva. A cobertura mobilizou repórteres em vários países para acompanhar diariamente o conflito e suas repercussões e, ao lado dos desafios tecnológicos, também foi oportunidade para inovações narrativas. Na tela da Globo, pela primeira vez os correspondentes conversaram entre si (MEMÓRIA GLOBO, 2004, p. 241-243), descortinando novos elementos de conexão e coesão narrativa, ao mesmo tempo em que dotava a enunciação de maior agilidade e credibilidade.

Finalmente, a epidemia de Aids, que de sua emergência aos tempos atuais atesta a centralidade dos discursos midiáticos na construção e nas possibilidades de enfrentamento de eventos epidêmicos (HERZLICH; PIERRET, 1992; FAUSTO NETO, 1999). Para a nossa discussão, interessa destacar os conflitos relacionados à forma de exposição do sofrimento provocado pela epidemia, dado que expõem, simultaneamente, uma crítica às bases da política

⁵⁸ Entre os muitos estudos, vale destacar a análise da construção antecipada do resultado do *impeachment* de Collor pela mídia (FAUSTO NETO, 1995); a conformação do marketing político e as flutuações nas regras do horário eleitoral gratuito (RUBIM, 2000); e a problematização de Miguel (1999), que, em diálogo com Guiddens, discute o jornalismo como sistema perito e suas repercussões na política e na democracia contemporânea.

da piedade (o modo de generalização do sofrimento das vítimas, as causas estruturais de seu sofrimento, a promessa de superação via mobilização dos não sofredores no qual o próprio enunciador estava implicado) e um tipo de reação às imagens midiáticas predominantes, ambos calcados nas lutas da política da identidade (afirmação da singularidade irreduzível inscrita no direito à diferença e à autenticidade).

A reivindicação e o exercício da autoexpressão, que mobilizou parcelas significativas do movimento antiaids, é o aspecto mais significativo do que queremos evidenciar. Por um lado, contra qualquer visão essencialista, esse movimento parte do reconhecimento dos vínculos indissociáveis que unem qualquer fenômeno às suas representações sociais e às respostas morais e políticas que suscitam. Descrença, portanto, nos universais verdadeiros que sustentaram o projeto político moderno. Assim, nas disputas pela “propriedade retórica da doença” (SONTAG, 2007), a autorrepresentação política e discursiva e a máxima visibilidade de suas produções constituíram objetivos estratégicos de um tipo específico de semantização e politização da experiência, do sofrimento e de seu enfrentamento. Protagonismo que, ao recusar ser objeto da ação de qualquer “outro”, pôs em questão todo o processo de produção e circulação das imagens das vítimas de Aids.

E não se tratava apenas daquelas produzidas para reforçar a recriminação, culpabilizar a vítima e justificar o castigo; também foram vistos com desconfiança os interesses daqueles que se propunham a denunciar o preconceito e a injustiça do sofrimento e despertar a ação política solidária. No período compreendido entre meados da década de 1980 e a metade da década seguinte⁵⁹, lideranças HIV-positivas não apenas se organizaram, lutaram e conquistaram o direito de falar em seu próprio nome nos principais fóruns científicos e políticos. Criaram e fizeram circular suas próprias narrativas, em manifestações coletivas organizadas por ativistas em várias partes do mundo, ocuparam ruas, espaços em museus, páginas de jornais e revistas, telas de cinema e televisão. “Nada sobre nós sem nós”, lema hoje disseminado em uma miríade de movimentos sociais, talvez tenha conhecido no movimento antiaids seu momento mais intenso de elaboração e afirmação. Ele envolveu múltiplas formas de apropriação de dispositivos técnicos e estéticos, nas quais a imagem e, principalmente, as fotografias privadas mereceram um investimento privilegiado, seja como forma de singularizar as trajetórias biográficas para além da doença, seja para conferir sentido político à perda e ao sofrimento de familiares e amigos (PEREIRA, 2008).

⁵⁹ Quando o advento do AZT e de novos medicamentos mudou radicalmente a face da epidemia.

Esse cenário tão turbulento quanto multifacetado deve ser considerado, em várias dimensões, na análise da cobertura dedicada à dengue no período. Um primeiro e talvez mais evidente aspecto, a escassez de matérias, pode encontrar aí parte de sua explicação, como mostra o quadro abaixo. Razões semelhantes à encontrada na década anterior: a concorrência com outros acontecimentos que marcaram a conjuntura nacional e internacional. No Brasil, também merece destaque a realização, em 1990, das primeiras eleições gerais no Brasil, com eleição para governador nos 27 estados, deputados federais e estaduais e a renovação de trinta e um senadores. No Rio de Janeiro, o governador eleito Leonel Brizola tomaria posse em março de 1991.

Quadro 6 – Cobertura da epidemia em 1990/91.

	NOVEMBRO		DEZEMBRO		JANEIRO		TOTAL	
	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.
<i>JN</i>	-	-	02	2'57"	02	3'27"	04	6'24"
<i>RJTV1</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>RJTV2</i>	01	1'26"	-	-	02	2'16"	03	3'42"
TOTAL	01	1'26"	02	2'57"	04	5'43"	07	10'06"

A magnitude e a intensidade dos processos em curso naquele momento evidentemente vão muito além do tempo dedicado a esses temas no jornalismo e no *JN* em particular. Contudo, este não deixa de constituir um índice expressivo da localização do tema dengue naquela conjuntura.

Outra questão digna de nota é o recuo do espaço concedido à dengue também no telejornalismo local, mesmo com a introdução do DEN 2, no Rio de Janeiro, trazendo os primeiros casos e mortes por dengue hemorrágica no Brasil: segundo os dados do Ministério da Saúde, oito mortes em 1990; já pelo levantamento da Secretaria Estadual da Saúde, 24 mortes em 1991.⁶⁰ A maior gravidade e complexidade, implicando fortemente o componente assistencial, poderia ter sido oportunidade para maior acompanhamento do tema, bastante polêmico na imprensa⁶¹, em tempos de campanha eleitoral e de evento musical com projeção internacional.⁶²

⁶⁰ Buscamos esclarecer a diferença junto aos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, mas não conseguimos ir além de possíveis diferenças nas metodologias de confirmação e descarte.

⁶¹ Vale destacar que no jornalismo impresso a dengue esteve em pauta, principalmente de janeiro a meados de fevereiro de 1991. As epidemias no Rio e em São Paulo, a primeira do estado, tiveram maior visibilidade, mas também a situação em Alagoas, Ceará, Bahia e Mato Grosso do Sul ocuparam o noticiário. Além da

O pouco espaço dedicado à epidemia chama mais atenção se considerarmos as significativas mudanças que se processavam na condução do telejornalismo da Rede Globo. A saída de Armando Nogueira, criador do *JN* e desde 1966 à frente da Central Globo de Jornalismo, pontua o final de “uma era”. Em 1990, Alberico Souza Cruz assume o posto com o projeto de alcançar maior proximidade com o público, tendo como estratégia a produção de “mais matérias ligadas à comunidade, ao direito do cidadão e a comportamento de modo geral” e procurando imprimir uma “orientação mais investigativa” na produção dos telejornais (MEMÓRIA GLOBO, 2004, p. 231). Esse processo ocorre no contexto de acirramento das disputas pela audiência, principalmente com o SBT, em grande parte catalisada nos produtos telejornalísticos e dramatúrgicos.

Carlos Absalão assume a editoria do *JN* em 1991. O depoimento sobre sua primeira experiência é bastante eloquente em relação às novas diretrizes:

Eu vi uma matéria e fiquei pasmo com a força dela. Começava com um sujeito de uns 50 anos, sentado em uma cadeira de hospital, com rodinhas atrás. Ele tinha sofrido um enfarte, respirava com dificuldade, falava com um fiapo de voz. *Nesse fiapo de voz, você ouvia a dor do enfarte*. E ele não tinha assistência. Então, *a gente começou com essa matéria, muito forte do ponto de vista da saúde pública*. O que a gente imaginou? “*Precisamos mostrar a realidade como ela é*”. O cidadão que não tem recursos está exposto a essa realidade. A matéria teve uma repercussão muito grande. *No dia seguinte, o diretor do hospital foi exonerado* (MEMÓRIA GLOBO, 2004, p. 233 – marcas minhas).

Seja por ainda estarem em gestação ou no início de sua implantação, seja pela posição periférica da epidemia de dengue diante da primazia da agenda econômica, da política nacional e internacional, essas mudanças foram pouco perceptíveis no *corpus*.

previsibilidade, divisão de responsabilidades e o reconhecimento ou não da natureza epidêmica, outra questão relevante era se, no estado do Rio, tratava-se de uma epidemia de dengue hemorrágica. Os especialistas reforçavam o risco, principalmente diante das mortes, em Niterói. As posições divergentes entre especialistas e as autoridades sanitárias dos três níveis de governo continuavam no centro da cobertura. O secretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Pedro Valente, ora assumia a epidemia, com a divulgação de 4.565 casos e 7 de dengue hemorrágica, nas últimas semanas de dezembro (OGL, 4/1/1991); ora a descartava, contestando a duplicação dos registros (OGL, 24/1/1991; OD, 25/1/1991). A secretaria estadual negava. Já o ministro Alcení Guerra, começou rejeitando a existência de várias epidemias, quando os números nacionais chegavam a 17.781, com 156 casos da forma hemorrágica (OESP, 12/1/1991) e passou a se alarmar com a situação, no final do mês, quando declarou que a Funasa passaria a responder pelo controle da dengue no Rio (OGL e JB, 30/1/1991). Nesse momento, a tensão entre as autoridades chega ao auge, pois a medida foi considerada por muitos uma intervenção federal. Por outro lado, noticiava-se que as verbas federais para o combate foram congeladas pelo Plano Collor (OGL 5/2/1991). Como pano de fundo, a transição governamental, com o governador Leonel Brizola já eleito, mas com posse marcada para 15 de março. A troca de acusações entre a equipe do ainda governador Moreira Franco e o governo federal, principalmente sobre a destinação dos recursos federais, motivou a abertura de uma CPI na Assembleia Legislativa fluminense. Mesmo com toda essa efervescência, a cobertura sobre o tema declina acentuadamente, a partir da segunda semana de fevereiro.

⁶² O *Rock in Rio II* foi realizado na segunda quinzena de janeiro de 1991.

4.5.1 As causas no *JN*

A explicação dessa epidemia continua centrada no ciclo de reprodução do *Aedes* e de transmissão da doença, assim como as condições ambientais que os favorecem. Mas observam-se algumas variações. A primeira é o maior destaque concedido aos aspectos climáticos, como aumento do calor, período de intensificação de chuvas, maior umidade, que diminuem o tempo de desenvolvimento do *Aedes*, e à existência de depósitos de água, lixo e outros recipientes, como pneus, que potencializam sua proliferação. Por outro lado, o isolamento do DEN 2, no Rio de Janeiro, provocando o aumento dos casos graves. A proeminência desses fatores é acompanhada pelo apagamento dos determinantes sociais entre os elos causais da doença e de seu agravamento. Não foi notada nenhuma referência à pobreza – como ausência de saneamento, fornecimento regular de água ou condições de moradia – ou a outras características da organização social – como a intensificação dos fluxos de pessoas e mercadorias. A relação com outras doenças transmissíveis, inclusive a febre amarela, também sai da cena epidêmica.

Características do discurso informativo, como localização e abrangência do fato, ampliam esse efeito tanto no *JN* quanto no telejornalismo local. Assim, a indicação do local de ocorrência do maior número de casos, em geral bairros pobres, com infraestrutura deficiente e áreas de intensa movimentação entre municípios e cidades, restringe-se à localização geográfica depurada de seu contexto socioeconômico. Na edição de 7 de dezembro do *JN*, uma panorâmica da cidade, com uma flor amarela em primeiro plano, pode ser diretamente conectada à imagem de um cartaz sobre dengue, com destaque para o detalhe da imagem do *Aedes*, enquanto ouvimos da repórter que “O calor de 38° de Ribeirão Preto está ajudando ainda mais a proliferação do *Aedes aegypti*, o mosquito causador da primeira epidemia de dengue na região norte do Estado de São Paulo”. Logo depois, vemos a jornalista e, em *zoom out*, a equipe de técnicos em um terreno baldio:

STAND UP: Nós estamos numa região periférica de Ribeirão, onde está o foco do mosquito transmissor da dengue. Esse pessoal todo está trabalhando numa operação chamada arrastão, e o objetivo é retirar todo o lixo que seria o lugar ideal para o mosquito se procriar. E o lixo que foi retirado desta região aqui é tanto que foi preciso, olha [a repórter sobe na boleia e a câmera mostra o interior], um caminhão inteiro para tirar esse lixo.

Não só a imagem pretende conduzir a atenção do telespectador para o que mostra a reportagem: o pedido da repórter sublinha a relevância da quantidade de lixo, a conexão com a proliferação do mosquito e a eficácia da intervenção. Na sequência, já em *off*, a transição

para o lixo armazenado individualmente: “Este outro caminhão está carregado com lixo que foi retirado só de uma casa”, enquanto vemos o caminhão dar partida, carregando muito pneus. O que poderia conduzir à crítica aos moradores, no entanto, é direcionado para outro tipo de intervenção sanitária: “Além do lixo, os técnicos pulverizam locais que podem ser o ideal para o mosquito se reproduzir”.

É importante notar que a manifestação da forma hemorrágica da dengue, que aumenta consideravelmente a gravidade e complexidade do tratamento da doença, só foi mencionada uma única vez no período, no final dessa matéria:

TÉCNICA: O perigo é a introdução de um outro vírus, né, parente deste, tipo um, e aí então a gente passar a ter casos de dengue hemorrágico

REPÓRTER. Que pode levar à morte.

TÉCNICA: Sim, 1% dos casos de dengue hemorrágica, de dengue mais grave, né, pode levar à morte.

Sediada em São Paulo, a introdução de outro tipo de vírus ainda é uma possibilidade, ao contrário do Rio de Janeiro, onde o DEN 2 já havia sido isolado, no final do ano anterior. Como discutiremos a seguir, parece haver uma “especialização” da cobertura dos telejornais nesse período: enquanto o noticiário local lida com a forma mais grave da dengue, ainda que de maneira extremamente reduzida, priorizando o binômio indivíduo-assistência, o *JN* olha para as intervenções da saúde pública sobre o vetor e seu *ambiente* e para a retaguarda laboratorial, ancorada nos produtos científicos e tecnológicos disponíveis. Em nenhum dos dois há espaço para as polêmicas sobre a previsibilidade da epidemia e, consequentemente, para a politização das causas de sua ocorrência. No máximo, alerta-se para a evolução do número de casos e cobra-se a intensificação das medidas para o seu controle.

4.5.2 A exposição do sofrimento

Em novembro de 1990, segundo a publicação *Súmula*, três mortes por dengue hemorrágica já haviam sido confirmadas em Niterói/RJ (RADIS, 1990). Tais mortes não foram consideradas relevantes na narrativa da dengue: a informação não foi veiculada, nem o sofrimento dos familiares focalizado em nenhum dos telejornais pesquisados.

O *JN* também não deu espaço para o depoimento de doentes. Aqueles que já tinham se recuperado, aparecem apenas em imagem, na edição de 7 de dezembro de 1990, cabendo à repórter narrar em *off* a experiência: “Febre, dor nas juntas, ânsia de vômito, marcas vermelhas pelo corpo: é o que contam essas mulheres que moram no mesmo quarteirão e pegaram a doença, que também é chamada de quebra ossos”. Claramente, o objetivo não é

destacar o sofrimento e sim informar os sintomas e a progressão da doença em uma mesma localidade. A experiência de anônimos e a forma de nomeação popular da doença constituíram insumo e comprovação da veracidade do relato, sem que o depoimento e marcas individuais fossem necessários à tessitura do texto jornalístico. Uma participação secundária, já que o que a reportagem privilegia é a ação das autoridades sanitárias.

O contraponto com os *RJTVs* é importante para assinalar o tratamento um pouco diferente da questão. No dia 24 de novembro, após informar que “7 dos 21 casos foram registrados no Bairro do Fonseca, perto do Horto Florestal, onde tem muita água acumulada em tanques como este”, seguimos para a narrativa de um caso específico:

RJTV – 24/11/1990 – OFF: O morador desta casa [*foto em que aparece sorrindo e ao lado, possivelmente, da esposa*], na Rua São Januário, foi o primeiro a apresentar os sintomas da doença. João Batista Barbosa está internado no Hospital Ourêncio de Freitas, a direção não permitiu que ele fosse filmado. O filho dele [*em casa*] disse que essa foi a segunda vez que o pai teve dengue, em menos de um ano. SOBE-SOM.

MARCOS ROBERTO BARBOSA, com crédito: Os sintomas foram bem mais fortes, bem mais diferente do que a primeira vez [*mesma foto do casal*]. Ele teve tonteiças, teve, ele botou sangue pelo nariz e pela boca, derrubou ele de tal forma [*sorri*] que não conseguiu levantar.

A abordagem de um caso que exigiu internação não torna a narrativa mais dramática: a expressão do filho é tranquila, sem demonstrar preocupação com a possibilidade de agravamento do caso e mesmo a recorrência da doença não se traduz em denúncia ou cobrança. Para a análise das próximas epidemias, merece ser sublinhado que esta foi a primeira vez que uma foto privada foi mostrada para identificar uma pessoa ausente, um casal alegre, em ambiente festivo, possivelmente uma alternativa à proibição da entrevista.

No dia 4 de janeiro de 1991, a reportagem do *RJTV* mostrou várias pessoas no ambulatório e nas enfermarias do Centro Previdenciário de Niterói. Uma foi entrevistada: “Entre os pacientes, **apenas** D. Geni Pinheiro mostra sinais claros de dengue hemorrágica e deve ser transferida logo. Esta é a segunda vez que ela tem a doença. D. Geni: “Já tive dengue igual a esta [*pausa, aperta os olhos*] quatro anos atrás, em fevereiro”. Sentada na maca onde fora vista deitada, D. Geni tem os cabelos desalinhados, expressão abatida e de dor, mas não se acentua o sofrimento. Embora seja exemplo da forma mais grave da dengue, D. Geni equipara as duas experiências.

Em 1990/1991, os doentes podem ser identificados, além do nome, com foto privada, e seus familiares serem entrevistados, recursos que expressam interesse humano e de maior aproximação. Os enfermos, no entanto, continuam a exemplificar a condição dos muitos

“casos”, “doentes”, “pacientes” ou “moradores” que contraíram a dengue, sem que se individualize seu sofrimento.

A gravidade e o risco de mortes também não foram destacados na fala das autoridades. Puderam ser vislumbrados, apenas, em cartaz afixado na unidade de saúde visitada pela reportagem. Assim, na mesma reportagem do dia 4 de janeiro 1991, podemos ver um cartaz, na parede da unidade de saúde. Em grandes letras maiúsculas, nas cores preto e vermelho, no alto “DENGUE HEMORRÁGICA”, MATA!, com manchas vermelhas que sublinham o alerta. Um pouco mais abaixo, à direita, a imagem do mosquito com o “carimbo” “PERIGO DE MORTE”. Embaixo, em letras bem menores, um *box* com o título “Todos estamos ameaçados!”. Na sequência, vemos um corredor cheio, pessoas na enfermaria, o médico que entra para examinar uma delas, enquanto o áudio informa o número de internados, leitos disponíveis e outros que estão sendo providenciados. O fragmento do discurso oficial sobre a epidemia, mostrado rapidamente, se comparado com o curso da narrativa já aponta para uma diferença de ênfase bastante expressiva.

4.5.3 Os responsáveis

O interesse em apontar responsáveis pela epidemia esteve distante da cobertura do *JN*: quem estava em estado de alerta, e atuando de acordo, eram os próprios técnicos:

JN – 7/12/1990 – SÉRGIO CHAPELIN: Técnicos de saúde entram em alerta no interior de SP: em dois dias dobrou o número de casos de dengue na região de Ribeirão Preto. Dos 554 exames feitos, em moradores, 216 já confirmaram a presença do vírus da doença.

A reportagem segue, como destacamos antes, mostrando o trabalho de limpeza e pulverização de inseticida. O trabalho continua intenso no mês seguinte:

JN – 9/1/1991 – SÉRGIO CHAPELIN: A dengue **já** atinge 29 cidades do Estado de São Paulo, **mas** a secretaria de saúde garante que na região de Ribeirão Preto, onde a situação é mais grave, o foco está controlado. Na capital, o Instituto Adolfo Lutz trabalha em ritmo acelerado na análise de amostras que chegam de várias partes do país.

A narrativa comprova e destaca a dimensão mais ampla do trabalho: “As amostras de soro não param de chegar. Elas vêm de Alagoas, do Mato Grosso do Sul e de todo o estado de São Paulo. É tanto trabalho que os funcionários do Instituto Adolfo Lutz tiveram as férias suspensas, estão fazendo hora extra e perderam até os finais de semana.” O tipo de imagem – que privilegia a ação dos técnicos –, os planos e enquadramentos da câmera – que acompanham vários profissionais em movimento, focalizam detalhes das amostras e sua manipulação – pontuam ritmicamente a intensidade das ações anunciadas pelo *off*. Na

sequência, a repórter no próprio ambiente se encarrega de explicar minuciosamente as etapas, mostrar as cobaias e os materiais envolvidos na análise das amostras. E destaca o aprimoramento no trabalho de identificação do tipo de vírus, “isto porque os EUA doaram outro reagente que permite fazer este teste.” A intensificação do trabalho é claramente vinculada aos meios técnico-científicos que viabilizam o enfrentamento da doença.

Em 7 de janeiro de 1991, a reportagem é dedicada ao exemplo positivo, como o apresentador destaca, na abertura: “No combate ao mosquito transmissor da dengue, Pernambuco é um estado privilegiado. Graças à prevenção, a doença está controlada no estado há quase quatro anos”. A reportagem cita os números e detalha os procedimentos para comprovar que

STAND UP [nas instalações da Sucam]: Essa situação de relativa tranquilidade se deve a um trabalho de prevenção que a Sucam vem realizando **e não propriamente à sorte**. A Sucam fechou todas as entradas da cidade ao mosquito *Aedes aegypti*. Em 657 pontos diferentes foram colocadas armadilhas simples como aquela ali. Na verdade, um pedaço de pneu cheio de água, capaz de detectar a presença do mosquito em qualquer lugar. As armadilhas são na verdade ambientes ideais para o mosquito se reproduzir. Toda semana os guardas da Sucam recolhem amostras da água que são enviadas para o laboratório para serem analisadas. *[plano aberto equipe no laboratório, detalhe de técnica no microscópio e outro plano enquadrando dois técnicos ao microscópio]*. Se os técnicos descobrem ovos ou larvas do *Aedes aegypti*, imediatamente *[vários planos de pulverização do carro fumacê]* uma equipe é mandada para o local onde foi colhida esta amostra para pulverizar toda a região em torno dela com inseticida. É graças a este trabalho que o diretor regional da Sucam se orgulha do fato de Pernambuco ser um dos estados menos infestados do país pelo mosquito da dengue. Apesar dos problemas que o órgão que ele dirige enfrenta

Cabe ao comentarista Joelmir Beting o fechamento da matéria:

A dengue **não tem predileção pelo Rio**: ataca em qualquer ponto do Brasil, especialmente no Sudeste e no Nordeste. A situação no interior de São Paulo é preocupante; o **Ceará**, por exemplo, fechou o ano com mais de 16 mil casos registrados, o que lhe dá o título de **campeão nacional da dengue**. Então, **o negócio é fazer como Pernambuco** já fez: o combate ao mosquito começa na casa de cada um e alcança até os vasos nos cemitérios. Um mutirão que instituições oficiais e privadas no Rio de Janeiro vão organizar numa reunião marcada para amanhã.

Tomando o êxito de Pernambuco como parâmetro, a crítica tem a função de apontar e explicitar para os estados do Rio de Janeiro e do Ceará o que é preciso fazer: o reforço aos trabalhos de prevenção e controle, por indivíduos e instituições. A generalização e a orientação, no entanto, são feitas fora do espaço informativo estrito senso.

Isso não significa ausência de críticas nas próprias notícias. No dia 19 de dezembro de 1990, Sérgio Chapelin já havia anunciado: “Duzentos e setenta milhões de cruzeiros em equipamentos para o combate da dengue estão abandonados num depósito de Fortaleza. E o Ceará já registrou mais de 15 mil casos da doença desde janeiro, e, agora, enfrenta um novo

surto”. Antes de detalhar o “problema mais grave” – uma visita ao depósito mostrará inúmeros equipamentos empoeirados, enquanto o repórter detalha o custo de cada tipo de máquinas –, ficamos sabendo que “nos últimos três dias foram confirmados mais 500 casos de dengue” e que

OFF [fumacê pulverizando ruas residenciais]: A maior dificuldade das equipes da Sucam é convencer as pessoas que o produto usado para matar os mosquitos não provoca alergia [técnicos no portão de uma casa]. Pelo menos 400 mil pessoas que moram em Fortaleza não deixam as equipes entrar nas casas [técnicos conversam com senhor idoso].

SENHOR IDOSO [de pijama, em frente de casa]: É uma maneira minha de agir e de pensar.

No fechamento, o apresentador relata que o “Superintendente Substituto da Sucam, no Ceará, Oswaldo Farias, disse que 40 máquinas vão ser recuperadas até o final de janeiro”. A destacar, o tom cético e também a apresentação da resistência da população à ação das autoridades sanitárias. Mas a reportagem deixa claro que não são equivalentes, pois o problema mais grave é a falta de manutenção das máquinas necessárias ao controle e prevenção. Também na matéria em Ribeirão Preto, a parcela de responsabilidade da população é sugerida: na periferia, a repórter acompanha a operação “arrastão” para retirada de lixo e mostra que “Este outro caminhão está carregado com lixo que foi retirado só de uma casa”. De toda forma, não há julgamento explícito: mantém-se a distância enunciativa em relação aos fatos e aos atores, sem apelo á indignação.

O mesmo acontece no telejornalismo local. Uma matéria acompanha a intensificação dos trabalhos no município do Rio. As outras três matérias informam sobre as providências tomadas, em Niterói, diante da previsão de uma epidemia: há articulação entre os serviços, o que garante que “os pacientes que apresentam os sintomas da doença [sejam] imediatamente submetidos a exames de laboratório” e os casos graves hospitalizados. Como informa Fátima Bernardes logo na abertura do *RJTV*, em 4 de janeiro de 1991: “A cidade de Niterói já está preparada para o caso do surto de dengue no Estado virar epidemia. De abril para cá, foram registrados no município 48 casos de dengue, 9 deles nos últimos 6 dias”. No final da matéria, Gilson Cantarino, secretário de Saúde de Niterói, confirma que a epidemia havia sido antecipada e medidas tomadas: “Nós temos uma expectativa realmente de uma epidemia. Nós já tínhamos feito uma projeção da possibilidade de Niterói chegar a ter até 1.000 casos de dengue hemorrágico”. No dia 12 do mesmo mês, a reportagem acompanha o trabalho coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, no final de semana, “quando as pessoas estão em casa”, na Ilha do Governador.

Vale notar que, ao contrário de 1986, não houve nenhuma referência do *JN* a outras doenças, nem mesmo à febre amarela, ou menção ao debate sobre políticas de saúde mais amplas. A expectativa é que as deficiências específicas para o controle da dengue sejam superadas, ou seja, que os equipamentos funcionem, os leitos estejam disponíveis, que a população seja esclarecida e atue de acordo com as orientações sanitárias. Não há discussão, polêmicas, reuniões, planos ou estratégias de ação. Também saem de cena o Exército, o ministro, lideranças e associações de moradores. Além dos doentes e de um “representante” da população resistente à ação dos agentes sanitários, têm direito à fala direta apenas as instituições diretamente responsáveis pela prevenção e pelo controle do vetor e pela assistência médica: o diretor do hospital, o secretário de Saúde de Niterói e a secretária estadual de Saúde do Rio de Janeiro e São Paulo. Falas cuja autoridade é fundamentalmente técnica e assim são acolhidas pela cobertura, sem que se estabeleça qualquer vínculo com sua dimensão política, seja relacionada às causas estruturais ou à conjuntura político-partidária.

Quadro 7 – Vozes na cobertura da epidemia em 1990/91.

VOZES	TEMPO
Vozes do JN	
Apresentador	1'13"
Voz Off	2'37"
Repórter	1'32"
Comentarista	35"
Subtotal	5'57"
Vozes da saúde	
Especialistas (técnico, médico, sanitarista)	15"
Autoridades sanitárias (secretários e ministro de Saúde, responsáveis pela vigilância epidemiológica, controle de vetores etc.)	10"
Subtotal	25"
Outras vozes	
Lideranças (moradores, sanitaristas, religiosas)	-
Populares	02"
Vítimas (doentes)	-
Outros	-
Subtotal	02"
TOTAL	6'24"

Mesmo esta opção editorial parece insuficiente para compreender o quase silêncio do *JN* a respeito da epidemia no Rio de Janeiro, que parece contrariar os valores-notícias mais tradicionais, já que este era o único estado com a presença do vírus DEN 2, com casos e mortes de dengue hemorrágica. Todavia, esta ausência permite afirmar que para o *JN*, neste

momento, a dengue não constituía um problema público prioritário, ou seja, um tema que por transcender o domínio da ação e explicação de especialistas põe em evidência uma questão a ser assumida de forma mais ampla e permanente pela sociedade, implicando a mudança de comportamentos, normas e valores. Claro está que a natureza intrinsecamente coletiva do fenômeno a vincula à população, mas isso não é o suficiente para ultrapassar *per se* o domínio “técnico” da explicação e ação sobre a questão (GUSFIELD, 1981). As dimensões sociais, políticas e morais, nesse sentido, ficaram duplamente eclipsadas, tanto na explicação de sua emergência quanto na atribuição das responsabilidades individuais e coletivas.

Outro tipo de investimento foi notado no *corpus*: em janeiro de 1991, outro selo⁶³ específico sobre a dengue constitui as matérias do *JN*⁶⁴. Posicionado à direita do apresentador, o relevo do mapa do Brasil aparece definido em uma grande cruz vermelha inclinada. A cruz é sabidamente um dos símbolos mais antigos e com amplo espectro de utilização. Uma das mais fortes associações é a mística e religiosa, presente em culturas tão distantes e antigas, como a dos egípcios, celtas, romanos e índios americanos, antes de sua difusão universal pelo cristianismo, como símbolo do sofrimento do Cristo crucificado. A figura, além de incorporada em várias bandeiras nacionais, é também firmemente relacionada à saúde, seja como emblema da Cruz Vermelha Internacional, entidade voltada para o socorro de feridos de guerra, ou como símbolo internacional de identificação das ambulâncias e unidades de tratamento intensivo (UTI)⁶⁵. Sua utilização na cobertura do *JN* – associada, numa, à infestação de *Aedes* em municípios paulistas e ao trabalho do Adolfo Lutz na análise de amostra de vários estados; noutra, à experiência exitosa de Pernambuco – é ambígua, já que pode sugerir a gravidade de uma situação que toma o país – sentido presente, mas não enfatizado pela matéria – e o cuidado e intervenção a ela dispensados –, direção mais explorada pela reportagem. O único investimento que parece inequívoco é o de “alerta para

⁶³ Segundo a classificação de Kosminsky (2003, p. 86), este selo corresponde à segunda fase e ao estilo estético “tela cheia”, no qual a imagem, já produzida com recursos da computação gráfica, se liberta da moldura e ocupa todo o fundo do cenário. A profundidade é uma dimensão buscada pelo tratamento visual da época, como se nota na disposição “inclinada” do mapa.

⁶⁴ Em 1989, muda o cenário do *JN*, até então composto por molduras fixas, com “janelas” que exibiam fragmentos da marca e iniciais do telejornal. A partir deste ano, o cenário torna-se móvel, incorporando vinhetas que permitiam “um tratamento visual particular a cada reportagem” e vencia “as limitações de espaço das molduras”. Armando Nogueira deixa claro o investimento no cenário para expressar a mudança desejada: “Nós passamos a nossa vida inteira debaixo de um regime de exceção fazendo um telejornalismo que, tanto na forma como no conteúdo, era absolutamente ‘chapado’. Nós tínhamos sempre uma tapadeira atrás dos apresentadores. E quando veio a abertura, nós chegamos à conclusão de que uma das maneiras de mostrar que estávamos fazendo um novo jornalismo era criar um cenário em três dimensões. Era aprofundar o cenário, colocar uma bancada em primeiro plano, e fazer uma concepção cenográfica, através da iluminação e de criptogramas, que desse a ideia de que nós tínhamos um jornalismo agora com mais peso, com mais densidade”. Esse processo de modernização incluiu a abertura, refeita por computação gráfica, e a vinheta musical, dotada de novo arranjo (MEMÓRIA GLOBO, 2004, p. 186-88).

⁶⁵ No Brasil, esta forma aparece estilizada no símbolo do SUS.

ação”, reforçado pelo áudio na primeira e pelo comentário de Beting, na segunda. De qualquer forma, se as deficiências foram criticadas, nenhuma autoridade foi diretamente confrontada. Houve também espaço para avaliações positivas, além de se reconhecer o esforço das equipes profissionais.

4.5.4 A discussão dos peritos

Tomando as edições de *Súmula* como referência, é possível constatar que a dengue preocupava sanitaristas desde o início de 1990, principalmente sua forma mais grave, a hemorrágica⁶⁶. Em fevereiro, avaliava-se que os 6 mil leitos existentes no Rio de Janeiro seriam insuficientes para uma epidemia de dengue hemorrágica. Para Rivaldo Venâncio da Cunha, então pesquisador do Departamento de Medicina Tropical/IOC/Fiocruz e ex-coordenador da Campanha Estadual de Combate ao Dengue⁶⁷, “[da] mesma forma que as epidemias de 1986 e 87 foram previstas, a de dengue hemorrágica está sendo alertada desde 1987” (RADIS, 1990a, p. 7). O que não era um consenso, como demonstra o número de março. A publicação apresenta duas opiniões divergentes, ao lado da nota que anuncia as medidas federais para o reforço da vigilância na fronteira com a Venezuela (71 casos e 11 mortes por dengue hemorrágica) e um esquema especial para os estados que já tiveram epidemia de dengue – RJ, AL e CE. Para o diretor da Sucam no RJ, Paulo Magalhães, não há risco de dengue hemorrágica; já para Márcio Dias, médico e chefe do Centro de Epidemiologia e Controle de Doenças da SMS/Niterói, também ex-coordenador da Campanha Estadual de Combate ao Dengue, “não adianta tapar o sol com a peneira”. Embora não seja caso de alarde, o perito defende que seja considerada a gravidade da situação e dos riscos concretos, “de consequências imprevisíveis para a população”, sublinhando que o número de agentes é muito aquém do necessário (RADIS, 1990b, p. 7).

Em novembro, enquanto o Ministério da Saúde e a Fiocruz assinam acordo para reforçar a estrutura laboratorial, é anunciado o combate ao vetor em dez municípios prioritários, que reúnem 70% da população fluminense. Na entrevista com Wagner dos Santos Figueiredo – representante da Secretaria Estadual na Comissão Estadual de Combate ao Dengue –, ficamos sabendo que houve três mortes de dengue hemorrágica em Niterói e outras 17 notificações. Até 10 de outubro foram contabilizados 9.429 casos. Além das medidas de

⁶⁶ Vários países da América Latina estavam infestados e a Venezuela vivia uma epidemia de dengue hemorrágica.

⁶⁷ A constatação de que a dengue deixou de ser prioridade política dos governos estadual e federal foi a razão indicada para ter deixado o cargo em janeiro de 1989.

combate ao vetor, foi definida uma ação junto aos médicos para facilitar diagnóstico diferencial entre dez outras doenças com sintomas semelhantes. Descontinuidades do trabalho por falta de repasse de verbas federais, demissão de agentes da Sucam, além da desativação da Comissão, que só foi reativada em junho, foram alguns dos fatores mencionados para a necessidade da ação emergencial. Para Wagner, há o risco de epidemia de dengue hemorrágica, pois além da circulação do vírus DEN 1, há mais de 100 mil pessoas suscetíveis a uma segunda infecção (RADIS, 1990c, p. 7). Como vimos, as duas matérias exibidas pelo *JN* nesse mês passaram ao largo de tais questões.

O debate se intensifica no início do ano seguinte: “A dengue hemorrágica” é o título da matéria de capa do número de janeiro, que informa 13.328 casos, 123 do tipo hemorrágico, até a primeira semana de dezembro, com mais um óbito sendo averiguado. Situação grave na cidade do Rio de Janeiro – dados da Secretaria Municipal de Saúde registravam aumento de 800% no número de casos de dengue de outubro para novembro de 1990, com 67 casos de dengue hemorrágica – e no estado de São Paulo. O secretário de Saúde, José Aristodemo Pinotti, afirmava que 57 cidades têm elevado índice de infestação e que “o risco de epidemia em São Paulo existe há mais de cinco anos.” Para o periódico,

Três fatores contribuem para que a maioria dos técnicos do setor saúde avalie que todas as condições estão dadas para uma grave epidemia de dengue hemorrágico no Rio: a grande proliferação do mosquito transmissor (o *Aedes aegypti*); a introdução do vírus 2 em vários municípios de grande concentração populacional e finalmente o elevado número de pessoas que nos últimos quatro anos foram atingidas pela dengue do tipo 1 (cerca de cem mil de acordo com as notificações oficiais e pelo menos dois milhões segundo estudo feito por pesquisadores que levaram em conta o alto grau de subnotificação da doença) (RADIS, 1991a, p. 1).

“Não há mais dúvida. Temos uma epidemia em curso”, é o título de outra matéria, na qual o coordenador do Programa de Febre Amarela e Dengue – Sucam/RJ, Guilherme Franco Neto, afirma que “só falta as autoridades reconhecerem”, declaração que ecoa no jornal *O Globo*, no dia 15 de janeiro de 1991. As quatro linhas propostas pelo coordenador são de mobilização para uma epidemia de grandes proporções, entre elas um “tratamento de choque”, com a divulgação maciça, permanente e gratuita das formas de prevenção nos meios de comunicação, em horários e espaço nobres; “mobilização de todas as instituições como sindicatos, associações de moradores e profissionais para transmitir à população informações sobre a gravidade do momento que vivemos”; definição clara dos locais para atendimento para que população saiba “onde pedir socorros em tempo ágil” (RADIS, 1991a, p. 1).

Em fevereiro, todas as oito páginas da edição são dedicadas à doença. Na matéria de capa, “Dengue já atinge cinco estados”, é sublinhado o aumento do número de casos, durante o

verão em MS, CE, SP e AL. No RJ, 17.781 casos, dos quais 177 do tipo hemorrágico. Para um especialista, as três mortes até então confirmadas laboratorialmente não devem ser as únicas, pois “o sistema deficiente de notificação deve estar deixando passar muitas outras”. Naquela altura, a cidade do Rio de Janeiro contabilizava 112 casos de dengue hemorrágica em 44 bairros distantes entre si. A matéria traz ainda os resultados de um inquérito sorológico realizado em 1987, pela Fiocruz e Sucam/Funasa. Por este trabalho, a projeção de casos de dengue no Grande Rio elevou-se para três milhões, muito acima dos cerca de 60 mil notificados, ampliando exponencialmente a parcela de suscetíveis ao vírus 2 (RADIS, 1991b, p. 1).

“O reaparecimento do *Aedes* e como ele foi enfrentado até agora”, na página 2, é oportunidade para denunciar a “ineficiência do sistema de saúde e inexistência de uma política de controle do mosquito que tivesse como ponto de partida um compromisso básico: o Estado tem que trabalhar com a população organizada para ter sucesso”. São destacadas, além da disseminação do segundo tipo de vírus no Rio de Janeiro, a alteração do padrão clínico, com maior número de casos em crianças e velhos, e as diferentes sintomatologias da doença; o aumento do número de casos em alguns municípios e bairros da capital; a demissão de 377 guardas sanitários da Sucam e a semiparalisação do programa (RADIS, 1991b, p. 2).

Um artigo bem específico, sobre o combate ao vetor, na página 7, expõe os limites das estratégias para limitar a reprodução do *Aedes*, inclusive possíveis prejuízos à saúde da “vaporização de inseticida à base de organofosforado”, o popular fumacê. Por um lado, a maior eficácia do produto, atingida na temperatura de 25°C, restringiria os horários de aplicação, enquanto que a toxicidade do produto, “que existe em qualquer inseticida”, exigiria cuidados, como a proteção de alimentos. Por outro, sabidamente, o fumacê combate a forma adulta do *Aedes*, restando ainda o ovo, a larva e a pupa, fases que, dependendo da temperatura, podem levar de 3 a 7 dias cada uma. Para eliminar o ovo e a larva é aplicada a substância *Abate* (nome comercial, também conhecido como “pó branco”). A pupa, no entanto, se desenvolve na água e é imune a estas substâncias. Tais razões levam Marcos Antônio Paixão, chefe do Departamento de Controle de Vetores – SMS/Niterói, a defender o trabalho permanente em várias frentes (RADIS, 1991b, p. 6).

A política editorial do *JN* e a dos telejornais locais podem ter sido razão suficiente para descartar o tipo de politização empreendida por parte dos sanitaristas e as interpretações mais críticas ou abrangentes⁶⁸. Mas percebe-se que mesmo o olhar retrospectivo da evolução

⁶⁸ Por exemplo, a matéria “Como Cuba venceu a ‘guerra’ contra o mosquito”; a defesa da municipalização das ações de controle e prevenção e da participação da população – não de forma tópica e emergência, mas como participante da formulação, implementação e controle de políticas e estratégias. Ou ainda o artigo, de caráter

quantitativa da doença, notado em 1987, foi desprezado: na edição de fevereiro de *Súmula* estavam disponíveis gráficos da Sucam, relacionando o número de casos desde 1987. Também aquelas informações cujo interesse público parece inquestionável, como as do parágrafo acima, e mesmo aquelas mais afeitas ao jornalismo de serviços ou comunitário, como endereço de instituições e serviços aos quais a população poderia recorrer, não tiveram lugar nas matérias veiculadas no período estudado.

O apelo à participação da população, que aparece com maior ênfase no comentário de Joelmir Beting, não é equivalente ao acento estratégico conferido pelos peritos ouvidos por *Súmula* e também por jornais da grande imprensa. No *JN*, desapareceu mesmo a metáfora da guerra, tão potente para estimular um tipo de politização que apaga os determinantes sociais e a distribuição desigual dos riscos de adoecimento ao pregar a união nacional contra o “inimigo público” comum. Não é difícil imaginar a cobertura e o apoio no telejornalismo local à campanha que estava em curso em Niterói, “Joga fora no lixo”, como observamos em 1986, em várias localidades do Rio de Janeiro. Em 1991, apenas uma ação, na Ilha do Governador, teve espaço no *RJTV*, sem que qualquer um desses aspectos fosse mencionado, tendo prevalecido a razão técnica na justificativa da ação.

Tal recorte, ao lado do exíguo espaço concedido à dengue no período, parece sustentado na crença na efetividade das medidas em andamento, traduzida no caráter fundamentalmente informativo e seletivo das avaliações disponíveis. Nele não ecoaram polêmicas, nem a avaliação enfática de especialistas de que a epidemia e as mortes eram previsíveis e evitáveis, sendo sua emergência relacionada a questões políticas conjunturais e estruturais, passíveis de crítica e de mobilização.

4.6 PONTO DE PASSAGEM

As narrativas sobre os três ciclos epidêmicos abordados neste capítulo permitem identificar linhas de continuidade e tensão. Sobre as causas da doença e de sua expansão, transparece na passagem para a década de 1990 uma nítida dissociação dos determinantes sociais, em favor de sua circunscrição às interações entre o agente etiológico, o vetor de transmissão e o meio ambiente. Esse meio ambiente, que na década de 1980 ainda

mais amplo e político, assinado por Márcio Almeida, “A epidemia de dengue e a Reforma Sanitária”, mesmo que a autocrítica proposta para avaliar os acertos e desacertos conjugue o caráter “revolucionário” da reforma com a necessidade de rever teses e diretrizes, em especial a de “estatização progressiva (...) Nos tempos da **Perestroika**, é impossível não rediscutir e redefinir o papel e a conformação do Estado, mesmo em sociedades como a nossa, nas quais as desigualdades agravam-se e a revolução técnico-científica chega com atraso” (RADIS, 1991b, p. 4-5 – grifo e grafia no original).

comportava vínculos com a organização social, passa a ser caracterizado crescentemente com os fatores climáticos e déficits nos meios e técnicas de prevenção e controle. O elemento central, como sublinhado, foram as intervenções específicas de saúde pública, principalmente da pulverização dos carros fumacê para combater a forma alada, as ações de limpeza pública e a ação de agentes sanitários para destruição dos focos de larvas nas residências, a fim de evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*.

A eclosão de nenhum dos três ciclos epidêmicos foi questionada, ao contrário do tratamento do tema na imprensa escrita. Muito menos foram considerados pelo *JN* como eventos passíveis de serem previstos e evitáveis, atributos característicos da lógica do risco. O posicionamento do telejornal foi marcadamente o de acompanhar a evolução dos casos, alternando as funções informativas e pedagógicas necessárias à superação dos distúrbios causados e retorno à normalidade da vida social. Os doentes, como não poderia deixar de ser, eram personagens dessa trama: a dengue se manifestava em seus corpos, mostrados para exemplificar os sintomas e atestar o crescente número de casos, sem que o sofrimento individual fosse valorizado. Público a ser informado, população a ser educada e protegida. Nesse sentido, o enquadramento da doença não diferiu das características do relato jornalístico de tratar os temas da atualidade e de interesse social de forma objetiva, imparcial e atenta aos aspectos humanos. O *JN*, em particular, conjugou a sobriedade dos apresentadores com reportagens dinâmicas e também didáticas. Nelas sobressaía a confiança nas ações públicas, notadamente do Exército. Dos responsáveis, cobrava-se eficiência no manejo de técnicas e equipamentos, sem deixar de acentuar que a “guerra ao mosquito” estava sendo encarada com trabalho redobrado e incorporação de novas tecnologias para aprimoramento das intervenções. Práticas que pouco se diferenciaram das clássicas intervenções sanitárias de controle e prevenção: ações tópicas sobre o transmissor para interromper as condições favoráveis à disseminação da dengue, bem nos moldes da racionalidade médica moderna, que estabelecia uma relação de causalidade direta entre a doença e um agente *invasor* (LUZ, 1988).

O contraponto com as epidemias de 1984 deixa claro, no entanto, que, diante de doenças transmissíveis que provocavam a morte de centenas de crianças, o sofrimento era conectado às desigualdades e injustiças sociais historicamente construídas e por isso passível de ser evitado e superado pela ação política dos homens. As reportagens sobre a desidratação e a gastroenterite são denúncias da perversa situação social a que estava submetida boa parte da população nordestina. A forma de expor esse sofrimento era simultaneamente denúncia, cobrança e chamado à mudança, características da moderna política da piedade. As perguntas

ao ministro da Saúde, ainda no final da ditadura, cobravam uma solução dos poderes públicos, mas implicava na narrativa não só as autoridades, mas também os não sofrendores, que, ativa ou passivamente, podiam usufruir de melhores condições à custa do sofrimento de tantos.

Mesmo em relação à dengue, estavam disponíveis outras formas de explicar e lidar com as epidemias, com forte acento político, embora orientadas segundo os diferentes projetos em disputa. No meio sanitário e também na imprensa percebe-se que, principalmente no ambiente efervescente de redemocratização, o retorno do *Aedes* foi creditado ao desmonte das políticas de saúde pública, consequência do projeto de desenvolvimento econômico excludente, autoritário e descomprometido com as condições de vida e saúde da população. Nos dois campos, as epidemias de dengue foram claramente apontadas como previsíveis e evitáveis e, conseqüentemente, governos omissos, instituições e profissionais despreparados, insuficientes ou ineficientes foram incluídos entre as causas da doença.

Mas isso não significa que a orientação predominante fosse a atual lógica do risco. Principalmente em relação ao meio sanitário, é importante considerar que, em meados da década de 1980, ganhava força e projeção política o *movimento sanitário brasileiro*⁶⁹, contidas pela ditadura na década anterior. Suas propostas antagonizavam com o paradigma da história natural da doença, que fornecia o modelo explicativo do processo saúde-doença centrado nas interações entre agente, meio ambiente e hospedeiro. Este modelo teórico, desenvolvido por Leavell & Clarck (1976)⁷⁰, foi exaustivamente criticado por toda uma geração de sanitaristas que o viam na base dos projetos liberais, defendidos pelo movimento preventivista para a organização “racional” do setor saúde, para formação profissional e para as intervenções de um certo tipo de medicina preventiva, social e comunitária. Embora professassem concepções “positivas” de saúde e desenvolvessem modelos mais complexos de multicausalidade, as teses preventivistas continuavam a naturalizar as relações sociais e os processos de adoecimento. Contra este enfoque, empenharam-se importantes segmentos de esquerda da intelectualidade sanitária brasileira⁷¹ para construir a *saúde coletiva*, entendida como alternativa epistemológica, ideológica e política. Esse processo envolveu uma “depuração” de propostas aparentemente semelhantes, como a crítica ao modelo biomédico

⁶⁹ A expressão “movimento sanitário” pode sugerir uma equivocada unidade de pensamento, práticas e propostas políticas, como, aliás, foi objeto de polêmicas na época, juntamente com a designação “partido sanitário”, bastante em voga nos trabalhos constituintes (Cf. FLEURY et al., 2007). Utilizo-a para demarcar um campo específico de debate sem tomá-la como sinal de homogeneidade e unicidade das teses sanitárias em geral, nem de suas porções mais “revolucionárias”, “progressistas” ou “conservadoras”.

⁷⁰ O modelo da História Natural da Doença foi apresentado na primeira edição do *Textbook of Preventive Medicine*, em 1953.

⁷¹ Também em outros países latino-americanos, como México e Equador, ganhava vulto a produção de sanitaristas, cientistas sociais e epidemiologistas filiados a perspectivas críticas.

predominante, que tinha no hospital e na crescente especialização da medicina algumas de suas figuras centrais, e a defesa da ação preventiva.

Três tópicos da crítica nos interessam mais de perto. Primeiro, a diferenciação que a medicina preventivista buscava estabelecer em relação às condutas preventivas presentes nas diferentes configurações históricas da medicina. Defendiam a autonomização dessa dimensão, a ser transformada em disciplina própria e transversal às várias especialidades médicas. Seus críticos sublinhavam que, embora essa perspectiva liberasse “a enfermidade para o espaço social” (AROUCA, 2003, p. 41), reeditavam o projeto de extensa medicalização da sociedade da higiene a liberal: tornar o homem hígido e responsável por sua saúde em todo o ciclo vital – que se deseja “natural” – e salubres os espaços sociais, privados e públicos, via imposição de condutas e práticas normativas.

O segundo, já apontado, é a naturalização das relações sociais e consequente diluição da determinação estrutural das doenças que resultam da inscrição, “sem hierarquia”, no componente ambiental que reunia questões tão distintas como as condições climáticas e geográficas, poluição, condições de vida, nível de educação. Assim, reconhecendo o avanço que representavam as redes multicausais e inter-relações de fatores complexos, criticava-se que “o mecanismo pelo qual opera a causalidade na Epidemiologia e consequentemente na Medicina Preventiva é o do reducionismo, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias” (idem, p. 178).

Por fim, o enquadramento da doença em gradações da prevenção: primária (a intervenção no estado pré-patogênico, onde agente, hospedeiro e meio ambiente estão em equilíbrio, portanto, antes dos sintomas clínicos) e secundária (quando a doença já está instalada e segue seu curso fisiopatológico; este estágio admite uma subdivisão antes e durante a manifestação de seus sinais clínicos). Nas duas era preconizada a antecipação máxima, portanto, a intervenção médica deveria recuar no tempo antes do desequilíbrio das entidades envolvidas, dos distúrbios fisiológicos e sua manifestação clínica. Deixavam intocadas, ou relegadas a um remoto segundo plano, as desigualdades sociais e a necessidade de sua reversão para a melhoria substantiva das condições de saúde da população.

A revisão das bases positivistas e funcionalistas dessas propostas levou, no plano acadêmico, à expressiva crítica das condições de emergência do discurso preventivista⁷², da

⁷² De forma bem esquemática, e com base em Arouca (2003), a emergência do discurso preventivista teve três condições centrais de possibilidade: i) o curso da higiene nas sociedades capitalistas modernas; ii) os altos custos da atenção médica nos EUA, durante as décadas de 1930 e 1940; e iii) após a Segunda Guerra Mundial, a redefinição das responsabilidades médicas, já com significativa ampliação das demandas por serviços médicos,

recuperação da “historicidade do conceito de causa” na epidemiologia e da inclusão das ciências sociais em seu arcabouço teórico. No plano político, traçou um vínculo indissociável entre saúde e democracia, fazendo da proposta de reforma sanitária brasileira um projeto ético-político emancipatório e não apenas uma reorganização do setor saúde. A realização e as teses aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em dezembro 1986, encarnavam esse ideal. Ao contrário das conferências anteriores, compostas exclusivamente por técnicos e autoridades da área, o evento levou cerca de 4 mil pessoas à capital do país, representantes da população usuária dos serviços, entidades sindicais, associativas, religiosas, movimentos sociais, profissionais e governos⁷³. A tese central universalizante da *saúde como direito de cidadania e dever do Estado* expressa uma ruptura com as políticas sociais brasileiras e com o arcabouço jurídico que a delimitava como um bem a ser adquirido pelo trabalho. Por outro lado, sustentava-se no conceito ampliado de saúde

uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doenças.

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologias) (LUZ, 1994:136-137).

Assim, foi num quadro de referência, que majoritariamente privilegiava a ação sobre a determinação social do processo saúde-doença, que o movimento sanitário da época incorporou a noção de risco presente na análise multicausal, no processamento estatístico das relações interfatoriais, que permitirá intensificar tanto o aperfeiçoamento nos modelos de vigilância sanitária quanto a prática de exames preventivos, cada vez mais diversificados e em menor intervalo de tempo. Mas o risco, como destaca Nogueira, não havia adquirido a centralidade das décadas seguintes, quando, “embora [conservando] ambiguidades e polêmicas entre especialistas, a avaliação de risco veio a dominar por completo todo o cenário técnico da elaboração de normas e medidas de prevenção de enfermidades e promoção da saúde” (NOGUEIRA, 2003, p. 180).

em parte sustentado ou defendido pela relativa generalização de uma ideia positiva de saúde, incluída no rol de direitos universais do homem das Nações Unidas.

⁷³ Representantes do setor privado da saúde recusaram-se a participar, diante do que viam como a estatização da saúde no Brasil, mas não deixaram de atuar ativamente para vetar as teses que, pactuadas no evento, chegaram à Constituinte e, parcialmente, ao texto da Constituição de 1988.

Na virada para a última década do século XX, o cenário ainda era de disputa. A referência a dois eventos de grande repercussão mundial servem para contextualizá-la e inscrever o movimento brasileiro no debate da saúde pública mundial. Por um lado, o ideário da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, promovida pela OMS e Unicef. Ali se cunhou o lema “Saúde para todos no ano 2000” e se mostrou o caminho: os Estados nacionais deveriam promover a articulação entre o desenvolvimento econômico e social, coordenar as políticas dos diversos setores, de forma a reduzir as desigualdades sociais e melhorar as condições de vida e saúde de suas populações. A universalização dos “cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social”, envolvendo as necessidades de prevenção, cura e reabilitação (ALMA ATA, 1978).

Esse ideário, ou utopia, como acentua Castiel (2011), apontava uma direção totalmente diferente da que foi proposta, quatro anos antes, pelo estudo promovido pelo governo canadense, considerado o ponto zero do movimento internacional de promoção da saúde. O documento, conhecido como Informe Lalonde (1974)⁷⁴, a partir da constatação da discrepância entre os altos custos da atenção à saúde e os resultados obtidos, propunha uma reorientação das políticas e ações de saúde que reservava aos indivíduos um papel central na obtenção de melhores níveis de saúde, também entendida de forma ampla, como bem-estar físico, mental, social e econômico.

Vale destacar, no entanto, o recuo da capacidade de mobilização social mais ampla do “movimento sanitário”, durante a vigência do governo Collor – e Alcení Guerra no Ministério da Saúde –, período marcado pela extinção de várias instituições públicas e cortes orçamentários para as políticas sociais como um todo. No campo político, o movimento sanitário deixa de privilegiar, progressivamente, a articulação entre as mudanças do setor saúde com uma reforma social mais ampla, tal qual o projeto original da reforma sanitária dos anos 1980. Esse movimento se reconfigura evidenciando tensões e conflitos entre os segmentos que buscavam manter espaços institucionais para a implantação do SUS, por meio da regulamentação dos preceitos constitucionais, e aqueles para os quais a resistência só seria exitosa com a intensificação da mobilização popular. Essa “crise” acompanha o próprio processo de criação de novos municípios brasileiros durante os anos 1990, o aprofundamento das identidades partidárias e a crise econômica. Do ponto de vista da política de saúde, a implementação do receituário neoliberal aliado a um Congresso Nacional que se desloca para

⁷⁴ LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians* – an working document. Ottawa, 1974.

a direita, após as eleições de novembro de 1990, dificulta a implementação da reforma setorial, principalmente no que diz respeito ao financiamento do setor e às demandas de descentralização política, administrativa e financeira dos serviços de saúde⁷⁵.

O que se verifica, daí em diante, é a diminuição ou contingenciamento dos recursos e sua utilização para outros fins, ao mesmo tempo em que passa a ocorrer o que Paim (2008) denomina de “sanitarismo de resultados”. Isto é, políticas governamentais que num contexto recessivo e neoliberal privilegiam uma medicina simplificada para os mais pobres, excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo, mas de alto impacto, tal qual o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994.

Paralelamente, no plano internacional, ganha força, no ideário da promoção da saúde, o polo “estilos de vida/responsabilidade individual”, em detrimento das posições que investiam na superação das desigualdades sociais determinantes do processo saúde-doença.

Dessa forma, os rumos do Brasil e do mundo, na virada para a última década do século XX, e sob impulso do neoliberalismo, já apontavam para a correlação de forças largamente favorável à consolidação da responsabilização individual dos cuidados de saúde, seja na forma da promoção à saúde ou nas propostas de atenção primária seletiva, dirigidas aos grupos de maior risco. Cabe ver como essas forças incidem nas narrativas jornalísticas sobre dengue na próxima década.

⁷⁵ Para vários autores, entre eles Lima (2010), a questão do desfinanciamento do SUS está vinculada tanto à desconstrução do conceito de seguridade social quanto à lógica da financeirização da economia brasileira, que se implanta definitivamente com o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a partir de 1995. O governo Collor, assim como seus sucessores, não cumpriu o dispositivo constitucional de designar 30% do orçamento da seguridade social para a área de saúde. No período 1990-1992, os recursos da saúde foram reduzidos quase à metade, passando de US\$ 8,494 bilhões para US\$ 5,413 bilhões, respectivamente.

5 ENTRE A GRAVIDADE E A RESPONSABILIDADE POLÍTICA: FORMAS DE MOSTRAR E CONTER

5.1 NA VIRADA DA DÉCADA...

Copa do Mundo, El Niño, clonagem humana, o caso Clinton-Lewinsky, eram alguns dos temas em evidência na mídia, sete anos após a “última grande” epidemia de dengue.⁷⁶ Na política nacional, as eleições presidenciais, reformas constitucionais e mudanças ministeriais. Temas de saúde também ocupavam o noticiário internacional –gripe aviária, em Hong Kong – e nacional – a morte de 72 bebês, em apenas um mês, em maternidades públicas do Rio de Janeiro⁷⁷.

Segundo nosso levantamento, a possibilidade de uma nova epidemia de dengue não foi incluída na pauta dos telejornais, nos dois primeiros meses do ano, ainda que em 1997 a dengue tenha se alastrado por vários estados do país, com expressivo aumento do número de casos. Mesmo nos *RJTVs*, apenas uma referência foi encontrada, sobre a primeira vítima fatal de dengue hemorrágica, em Maricá/RJ, como demonstra o quadro abaixo. Apenas a partir de meados de março, com a intensificação da doença, principalmente nas cidades de Belo Horizonte e Rio de Janeiro, o tema passa a merecer maior atenção, coincidindo com a substituição de Carlos Albuquerque por José Serra no Ministério da Saúde, no final desse mês. Importante destacar que as eleições presidenciais daquele ano resultaram na reeleição de Fernando Henrique Cardoso (PSDB).

Quadro 8 – Cobertura da epidemia em 1998.

	JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO		ABRIL		TOTAL	
	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.	QUANT.	DUR.
<i>JN</i>	-	-	-	-	02	3'30"	03	4'49"	05	8'19"
<i>RJTV1</i>	-	-	-	-	-	-	03	4'36"	03	4'36"
<i>RJTV2</i>	-	-					06	7'13"	06	7'13"
<i>RJTVS/I</i>	01	1'44"	-	-	03	3'33"	-	-	04	5'17"
TOTAL	01	1'44"	-	-	05	7'03"	12	16'38"	18	25'25"

⁷⁶ Entre os anos de 1990 e 1991, totalizando 144.678 casos, no Brasil, e 1998, com 507.715, ocorreram várias outras epidemias e surtos de dengue. Entre as de maior magnitude podem ser citadas as de 1995, com 137.308, novamente com o Rio de Janeiro liderando as estatísticas, com 35.240, mas seguido de perto pela Bahia, com 34.507; a de 1996, com 183.762, dessa vez atingindo mais duramente a Região Nordeste, principalmente a Bahia, com 64.435, e a de 1997, com 249.239 casos, dos quais 190.746 registrados nos estados nordestinos, principalmente Paraíba, Pernambuco e Bahia. Cf. Tabelas do Ministério da Saúde, Anexo A.

⁷⁷ Conforme constatado na consulta à Hemeroteca do Programa Radis.

No decorrer da década, as mudanças no jornalismo da Globo se acentuaram.⁷⁸ Como destacamos no capítulo 3, em março de 1996 ocorre uma das mais significativas: Fibe, substituída em 1998 por Fátima Bernardes. A tomada da posição da “locução”, colocando a cargo de jornalistas profissionais os principais postos da elaboração e apresentação do telejornal, a par do ambiente de concorrência televisiva, marca uma nova estratégia de ampliação da credibilidade. O papel “ativo e interpretativo” desses profissionais na mediação entre o que vai pelo mundo e o que chega, e como chega, à audiência, redimensionou a relação não “apenas” com os governos, mas principalmente com a política e os políticos. Evandro Carlos de Andrade, um dos artífices da ruptura, afirma que o que mudou foi

o espaço excessivo que a TV Globo dava aos políticos, *para políticos que eram só políticos, a mentira comum dos políticos, a promessa, ou a indignação teatral dos políticos* (...) era flagrante que o povo não estava gostando disso e nem nós gostamos. (...) *Nós retiramos dos nossos telejornais o que eu chamo de blá-blá-blá da política.* Tem que ser objetivo (PORTO, 2002, p. 20 – marcas minhas).

Não se trata aqui de discutir o acerto do diagnóstico sobre as mudanças da sociedade brasileira em relação aos políticos. Importa sublinhar o quanto o novo papel dos jornalistas e do jornalismo, não só da Globo e do *JN*, foi modelado por essa percepção, de resto difundida e reafirmada cotidianamente nas páginas e telas brasileiras.⁷⁹ Ela está na base da ampliação da autoridade enunciativa do jornalismo e maior independência em relação aos especialistas. Tais mudanças redimensionam também a figura do comentarista, pois aumenta o espaço para que o próprio apresentador se pronuncie diretamente sobre os assuntos que julga mais relevantes, principalmente no encerramento de cada matéria. A chamada “nota-pé”, no jargão jornalístico, tornou-se praticamente regra geral: o estudo de Porto demonstra que, após a saída de Cid Moreira, a conclusão da notícia foi feita por apresentadores em 88% da amostra de 1996, um aumento dos 28,2% em relação ao encontrado em 1995 (*idem*, p. 23). A explicação de Bonner é exemplar:

Pelo lado da editoria Brasil, a grande preocupação que havia era a de fornecer ao espectador informações adicionais que lhe permitissem estabelecer uma visão crítica do que tinha visto. Isso a gente fazia por meio da nota-pé, a nota que vem ao pé do

⁷⁸ Já com o jornalista Evandro Carlos de Andrade na direção da CGJ, Luis Erlanger como diretor editorial e Amauri Soares editor-chefe. A linha editorial adotada anteriormente se intensificava: maior espaço para análises, para o jornalismo investigativo e comunitário. As séries de reportagens que duravam toda a semana foi uma inovação do período, conjugando vários dos objetivos acima.

⁷⁹ Importante destacar, no entanto, que a relação entre jornalismo e política não deve ser simplificada, pois, “Não obstante a atuação dos jornalistas e das organizações jornalísticas seja influenciada pelos seus interesses econômicos ou pela agenda de atores políticos aliados, ela não pode ser apropriadamente reduzida a eles. Os jornalistas e as organizações jornalísticas se dirigem aos agentes políticos e ao público em geral de um lugar que lhes é próprio. Em particular, os jornalistas e as organizações jornalísticas reivindicam desempenhar o papel de representantes dos legítimos interesses dos cidadãos. O modo como o fazem e os princípios a que recorrem para sustentar esta pretensão diferem amplamente, porém” (ALBUQUERQUE, 2011, p. 7).

VT, após a exibição da reportagem (...) sem que você ponha nela a sua opinião de jornalista, de pessoa física. Porém, em alguns casos – e eu lhe digo qual é o critério – eu também botava opinião. Porque havia uma avaliação do Evandro de que, quando uma situação de injustiça fica muito evidente numa reportagem e quando o repórter em seu trabalho *apenas com a justaposição de fatos objetivos não é capaz de fornecer ao espectador uma válvula de escape de indignação diante do que vê, se a matéria não consegue por força própria produzir essa catarse, é necessário que a gente aqui na apresentação tenha a iniciativa de verbalizar isso* (BONNER, apud PORTO, idem, p. 24 – marca minha).⁸⁰

Como veremos, segundo nosso *corpus*, a epidemia de dengue em 1998 não suscitou esse investimento. Na cobertura também não transpareceu a associação com a defesa dos direitos humanos ou o maior estímulo à participação dos telespectadores, características atribuídas ao período. Mas trouxe a presença de Fátima Bernardes na bancada, uma das mais expressivas e duradouras mudanças,⁸¹ ao lado do uso mais frequente de recursos gráficos para apresentar a evolução dos casos de dengue e explicar a ação do vírus no corpo humano.

5.1.1 As causas e as responsabilidades em 1998

Como nos anos anteriores, a eclosão de uma nova epidemia não despertou discussão ou estranhamento. As notícias de março relatavam o aumento do número de casos, primeiro em Belo Horizonte/MG; depois, a situação em outros estados, com destaque para o Rio de Janeiro, para a manifestação da forma hemorrágica e do número de mortes. A narrativa acompanha o curso de uma doença transmissível, as intervenções técnicas e suas insuficiências, sua maior gravidade e abrangência, sem que a situação tenha sido considerada evitável. Trata-se de generalizar a situação de perigo e enfatizar a necessidade de melhorar as iniciativas de controle e investir na prevenção.

Por outro lado, a maior parte das matérias pressupõe um repertório compartilhado em mais de dez anos de convivência com a doença e muitos surtos epidêmicos, de gravidade crescente. Para atualizar as informações sobre a doença, bastam referências aos mosquitos, às larvas e às intervenções técnicas, sem retomar o ciclo de reprodução do vetor e de transmissão. O que mereceu ser explicado com mais detalhes foi o porquê do agravamento dos casos clínicos, ou seja, os efeitos de uma segunda infecção, por outro tipo de vírus, no corpo humano. Assim, a cobertura pode prescindir da presença dos peritos para confirmar a epidemia (apenas dois médicos são ouvidos, um sobre o tratamento, no dia 25 de março, outro, sobre as causas de uma morte, em 13 de abril) ou da referência verbal ao *Aedes aegypti*

⁸⁰ No mesmo depoimento, Bonner afirma que “esses fatos são raros” e que “devo te dizer, criticamente, hoje, como editor-chefe, que houve um certo exagero na ocasião” (PORTO, idem, p. 24).

⁸¹ A partir de 30 de março de 1998, segundo <<http://pt.wikipedia.org/wiki/F%C3%A>>. Acesso em 3 de março de 2012.

(mencionado apenas como mosquito e presente em duas matérias também na forma gráfica de um selo, nas edições de 2 e 3 de abril).

O registro informativo “sintético” e a ênfase no componente assistencial, no entanto, não implicam a ausência de referência à necessidade de informação e educação sobre a doença. Mas estas atividades cabem a outras instituições, cujo trabalho o *JN* relata. Já na abertura da primeira matéria, William Bonner destaca: “Telefone e ajuda de moradores para combater a dengue em Belo Horizonte. Já são 13 mil casos confirmados e 10 mil **pessoas** com suspeita de estar com a doença”. E o final da reportagem é todo dedicado ao trabalho informativo da Secretaria de Saúde:

JN – 16/3/1998 – SOBE-SOM [atendimento em estande]: “Disque dengue, boa tarde”.

OFF: [imagens do estande, em saguão de um prédio, com mesas e pilhas de folheto, rolos de cartazes; atrás, mural com muitos cartazes] Este é o mais novo serviço no combate à desinformação sobre a doença. A secretaria de saúde montou também um stand no centro da cidade [imagens do estande, em saguão de um prédio, com mesas e pilhas de folheto, rolos de cartazes; atrás, mural com muitos cartazes]. Três milhões de folhetos e cartazes foram impressos. Eles vão ser distribuídos em lojas, hospitais, ônibus e escolas [detalhes do atendimento/detalhe dos folhetos sobre dengue].

No dia 25 de março, enfatiza-se que “nas escolas os alunos aprendem a combater o mosquito”. Após mostrar as crianças produzindo cartazes sobre a doença, a matéria é concluída com a fala de uma professora, na porta da sala, com a turma em segundo plano: “A dengue não escolhe classe social, raça, nem nível de informação, né. O cuidado tem que ser geral”. O mau exemplo também está presente, modo de incluir o descuido da população entre os agravantes da epidemia. Em *off*, informa-se que “Este homem foi multado em 2.100 reais porque no terreno dele havia água parada dentro de pneus, o que facilita a reprodução do mosquito transmissor da doença”. O próprio *JN* assumirá uma enunciação pedagógica direta apenas para explicar a ação do vírus no aparelho circulatório, usando sofisticados recursos de computação gráfica, como veremos a seguir.

Vejamos agora as estratégias de generalização do perigo e de responsabilidades sobre a epidemia. Na primeira matéria, exibida em 16 de março de 1998, a reportagem inicia mostrando três doentes em uma casa, “a avó, a filha e a netinha”, passando para uma externa onde um menino fala e mostra vários outros que, como ele, já tinham tido a doença. As cenas e os actantes trazem marcas de que estamos em bairros populares, com pouca infraestrutura – tubulação à mostra, paredes sem pintura –, atenuados pelo *off* generalizante que as ligam a outra cena: “São 700 casos **todos** os dias, em **todos** os bairros de Belo Horizonte. **Horas nas filas** dos postos de saúde, com os mesmos sintomas”. Destaca-se que “**médicos e enfermeiras**

trabalham dobrado”, mas “os quatro carros fumacê não são suficientes. Soldados do Exército visitam as casas e levam veneno para matar as larvas”.

Na transcrição abaixo, vemos que o que poderia ser insumo para crítica é tratado com ambiguidade: o processo de endemização não é abordado e a própria classificação da epidemia é flutuante. Note-se que, nas transcrições, as palavras sublinhadas marcam a ênfase na expressão facial, principalmente pelo movimento das sobrancelhas:

JN – 25/3/1998 – WILLIAM BONNER: A dengue ataca em várias regiões do Brasil. Em alguns estados a situação é quase epidêmica. No Rio, o número de contaminados aumentou muito nos últimos dias.

*OFF [com arte localizando os estados e cartela reforçando as informações]: Além do Rio, há epidemia de dengue em outros 4 estados. No Pará foram 23 mil casos nos últimos 6 meses. 6.300 casos foram registrados desde janeiro em Sergipe. No Espírito Santo, 25 mil pessoas pegaram a doença, 7 pessoas tiveram o tipo mais grave da dengue, a hemorrágica, 1 pessoa morreu [*cenos de pessoas em unidades de saúde*]. E em Minas Gerais são 34 mil casos, só em Belo Horizonte.*

STAND UP [no corredor de uma unidade de saúde, em Belo Horizonte]: Postos de saúde e hospitais lotados. Como o caso é de epidemia, já não são mais necessários nem exames de laboratório para confirmar.

No Rio de Janeiro, as deficiências das ações técnicas são citadas e incluídas entre os agravantes da epidemia, mas não entre suas causas.

*JN – 25/3/1998 – OFF [close da aplicação de substância em um vaso de samambaia]: No Estado do Rio, o problema é o combate ao mosquito: o inseticida acabou; dos 26 carros de fumacê, 11 estão quebrados ou sem pneus para rodar [*ação de guardas sanitários/carros fumacê em uma garagem*]. Em Volta Redonda, foram confirmados 2 casos de dengue hemorrágica [*imagem cidade, siderúrgica ao fundo/ambulâncias em frente a um hospital, com SUS na fachada*]. Na capital, os mosquitos que vem de uma construção abandonada contaminaram 13 moradores de um mesmo prédio [*pan da fachada e de entulhos de obra; detalhes de uma adolescente deitada na cama*]. Só ontem foram registrados 77 casos da doença na cidade [*pote plástico com mosquitos mortos*].*

O que poderia ser considerado como falha que possibilitou a eclosão de uma nova epidemia é relatado como problema técnico que dificulta seu enfrentamento. Mesmo durante o mês de abril, com o aumento do número de casos e mortes, os limitados efeitos das ações de combate ao vetor serão abordados de forma mais “implícita”, enfatizando-se as medidas que estavam sendo tomadas para seu controle:

JN – 2/4/1998 – FÁTIMA BERNARDES [com selo à esquerda da tela⁸²]: Dois mil homens do exército entram na guerra contra a dengue, no Rio. Hoje surgiu a suspeita de dois casos de dengue hemorrágica na capital.

A reportagem segue informando sobre a participação do Exército, com destaque para o treinamento para utilizar “um aparelho de última geração”, que permitirá a análise mais rápida

⁸² A imagem mostra vários mosquitos, de tamanhos variados, em movimento de subida; embaixo, algo em tons de verde e branco sugere água limpa.

das amostras de sangue. O final reforça o texto da cabeça: “No fim da tarde no Rio foi definida a estratégia para conter a doença. Dois mil soldados vão reforçar o trabalho nas áreas críticas. O treinamento do batalhão contra dengue começa na semana que vem”.

A tônica e quase toda a matéria é dedicada à entrada do Exército nas ações de combate, perspectiva que prescindiu da presença de doentes e de seu sofrimento, da fala direta de especialistas, assim como da responsabilização pelo agravamento da situação. O retorno da metáfora da guerra, com a presença concreta dos soldados, generaliza a ideia da doença (e não só o *Aedes*) como o inimigo comum, mas, ao contrário do que já ocorrera desde a primeira epidemia, a ação dos militares não se restringe ao reforço do contingente de pessoal para o trabalho de campo. Desta feita, o Exército também atuará na análise laboratorial das amostras de sangue – esfera que envolve o domínio de tecnologias e métodos específicos da área da saúde. O eixo narrativo é a presença dos militares, inclusive quando se localiza Barra Mansa como “área crítica”. É fornecido o número dos militares, mas não o de casos de dengue.

O exemplo mais expressivo dessa estratégia narrativa aparece no dia seguinte:

JN – 3/4/1998 – FÁTIMA BERNARDES [*também com o selo, à esquerda*]: Confirmado os dois primeiros casos de dengue hemorrágica no município do Rio. Em Brasília, o ministro da Saúde, José Serra, assinou convênios liberando 24 milhões e meio de reais para o combate à doença e demitiu o coordenador da Fundação Nacional de Saúde no Rio.

Esse enquadramento indica que não houve interesse em atribuir responsabilidades pela ocorrência de epidemias em vários estados do país, nem pelo sofrimento e mortes por elas provocadas. Explicando melhor, a ênfase nessas dimensões fica contida pelo destaque conferido ao que está sendo feito no presente. Frente ao crescimento do número de casos e a insuficiência de recursos até então existente, há o empenho dos profissionais e autoridades da saúde, educação, da esfera legal e militar. Além da ação escolar e das decisões do ministro José Serra, podem ser citados como exemplo o trabalho dobrado de médicos e enfermeiras, em Belo Horizonte, em 16 de março; o recurso da multa para aqueles que não tomavam as devidas medidas preventivas, no dia 25 do mesmo mês; e o interesse especial em detalhar as tecnologias acionadas. Elas podem ser naturais, como mostrou o JN, em 16 de março – “No combate ao mosquito já surgiu uma receita natural: peixes estão sendo jogados em piscinas desativadas, em casas e escolas” – ou representarem inovações, como o novo kit diagnóstico e o equipamento que acelera o resultado laboratorial, como destacado acima.

Nos telejornais locais, o contraste gravidade/intervenção tecnológica também é enfatizado. Mas há diferenças. Além de anunciar a confirmação dos casos apontados como

suspeitos no *JN*, houve espaço para a filha de D. Sebastiana, no cemitério, expressar sua indignação:

RJTV2 – 13/4/1998 – OFF: Sebastiana Galdino Monteiro foi enterrada no fim da tarde, no cemitério Morundun, em Padre Miguel, na Zona Oeste do Rio [plano aberto grupo em torno da cova]. Ela morreu ontem, às 10 e meia da noite [caixão é colocado na cova]. A família está revoltada.

FILHA: Ela com dengue, foi à morte e assim vai vários, vários e vários e **eles** não tomam providência nenhuma. Saúde pública cadê? O fumacê que não passa?

O repórter, ainda no cemitério, explica que, “Segundo os médicos, D. Sebastiana não conseguiu vencer a doença porque já tinha uma saúde bastante fragilizada. Ela estava com 77 anos de idade e sofria de problemas do coração. Chegou a ser transferida para a UTI do Hospital Rocha Faria, mas não resistiu”. Embora com maior carga dramática, confrontada a avaliação médica, a cobrança não repercute. A matéria segue em Angra dos Reis, com mais quatro casos suspeitos, um deles, o secretário de Obras do município.

5.1.2 O sofrimento

Em março, a exposição do sofrimento dos doentes no *JN* tem como cena o ambiente doméstico e assistencial: no primeiro, as pessoas aparecem deitadas; no segundo, sentadas e abatidas, aguardando atendimento médico e descrevendo os sintomas dolorosos da doença. No dia 16, após marcar a presença da dengue em todos os bairros de Belo Horizonte, uma senhora afirma: “Muita dor de cabeça, dor na nuca, nas pernas muita dor também. O corpo todo dói.” Na matéria seguinte, a reportagem traz a fala de várias pessoas, aguardando atendimento em uma unidade de saúde:

MOÇA: Dor nos ossos, no corpo inteiro e muita febre, febre alta, né.

MULHER: Não tô aguentando de dor de cabeça, não. As vistas, assim, dói demais da conta.

RAPAZ: A moleza no corpo, danada...

As edições, no entanto, mantêm o tom descritivo da informação objetiva, sem maior ênfase no sofrimento daquelas pessoas: os depoimentos materializam a manifestação da doença e comprovam a extensão da epidemia. Nas salas de espera, podemos ver pessoas conversando, algumas sorrindo, sem expressão de revolta ou indignação. Por outro lado, as reportagens trazem também as ações em curso para controlar a epidemia.

A situação se altera no início de abril, com o anúncio de dois casos de dengue hemorrágica na cidade do Rio de Janeiro, e, no dia 13, assistimos a imagens, até então inéditas, do enterro de duas vítimas. Analisemos com mais detalhes essas matérias que, a despeito da maior carga dramática e individualização da narrativa, não parecem expressar um

deslocamento significativo na forma de exposição do sofrimento, quando comparadas às epidemias anteriores.

Um primeiro aspecto a ser notado é a diferença do anúncio da confirmação dos casos da forma mais grave da dengue na capital. No *RJTV*, os dois casos são confirmados na edição de 2 de abril; no *JN* eles permanecem suspeitos, e a confirmação, com a identificação e imagens de Ricardo Sesper e Sebastiana Monteiro, só aparecem na edição do dia seguinte. Nessa edição, uma segunda dimensão a ser considerada diz respeito à estrutura da matéria e à forma de articulação de informações sobre aspectos distintos da doença. A alternância entre a gravidade dos casos, as medidas político-administrativas tomadas em Brasília, a explicação da ação do vírus no corpo humano incidem diretamente sobre a técnica de exposição do sofrimento individual e suas possibilidades de generalização. Já destacamos a abertura da apresentadora, mas cabe complementar que, na sequência, enquanto as imagens mostram Ronaldo Bento dando entrevista a vários jornalistas, o *off* complementa que “uma sindicância vai apurar se houve irregularidade durante o período que Ronaldo Bento esteve na coordenação da Fundação Nacional de Saúde. No município do Rio foram notificados 146 novos casos, de ontem para hoje”. A ligação direta entre demissão, abertura de sindicância e o número de casos nas últimas vinte e quatro horas, foram suficientes para explicar a pertinência da medida, e ouvir a versão do coordenador não foi considerado relevante. A reportagem segue com informações técnicas e geográficas sobre os dois casos do tipo mais grave da doença, a explicação videográfica da ação do vírus, para só então identificar e mostrar os dois doentes, um deles com direito a fala:

JN – 3/4/1998 – STAND UP [na frente de um hospital]: Dois moradores daqui da Zona Oeste do Rio de Janeiro estavam internados neste hospital com sintomas do tipo mais grave de dengue. Amostras de sangue foram analisadas em laboratório e hoje veio a confirmação. Eles estão com dengue hemorrágica.

OFF [arte com animação gráfica]: O vírus da dengue enfraquece as paredes de veias e artérias, ele reduz o nível de plaquetas, os componentes do sangue que são responsáveis pela coagulação. Na segunda vez que o paciente contrai a doença, a dengue pode causar hemorragia, provocando sangramento nas gengivas [cartela com texto reforça o que é dito], nos olhos e em partes internas do corpo. O doente pode morrer por anemia.

OFF: O bancário Ricardo Sesper foi internado com sangramento na boca, o primeiro médico que o atendeu errou o diagnóstico [imagens de Ricardo deitado, no hospital].

RICARDO [sentado]: Ele falou que estava com uma virose, né, devido a febre, passou um remédio para virose.

OFF: Sebastiana Monteiro chegou ao hospital com hemorragia interna. A dona de casa de 77 anos está recebendo soro, plaquetas e fortificantes para o sangue. Ela sofre do coração e corre risco de vida [imagens de Sebastiana, deitada e de olhos fechados, seguida de pan descendente, do suporte do soro para o leito, e detalhe de seu rosto].

Após um silêncio de dez dias, o *JN* volta, pela última vez, ao tema dengue: as mortes, confirmadas ou suspeitas, são a questão central da matéria.

JN – 13/4/1998 – WILLIAM BONNER: Uma mulher é a segunda vítima fatal da dengue hemorrágica este ano no Brasil. Dona Sebastiana estava internada num hospital da Baixada Fluminense. A epidemia no Estado também pode ter atingido uma família: nora e sogra morreram com sintomas da doença.

A reportagem inicia com imagens do enterro, enquanto uma voz feminina narra o *off* de 37”:

[Em primeiro plano, homens empurram carrinho com caixão, na entrada do cemitério, tendo atrás um grupo de pessoas, cameraman, ônibus e caminhão] O enterro da mãe, Dona Eurídice Rosa de Oliveira foi a última parte de uma tragédia que o servente Antônio André da Silva Filho começou a enfrentar há 1 semana *[detalhe filho, com lenço branco na boca/plano mais aberto de André abraçado com amigo/parente]*. A mulher de Antônio, Maria das Graças, estava com sintomas da dengue *[detalhe foto de Antônio com a mulher/plano mais aberto mostra que a mulher tem um bebê nos braços]*. No dia 6 de abril, viajou para Carambola, em Minas Gerais. Morreu ao chegar à cidade. O atestado de óbito traz causa indeterminada *[foto de Maria das Graças ao lado de uma mulher com bebê no colo/atestado de óbito/detalhe do atestado, caneta aponta “indeterminada”]*. O que causou a morte da mãe de Antônio, ontem, também não foi esclarecido. Ela foi atendida no Pronto Socorro Juscelino Kubitschek, na Baixada Fluminense, e transferida para o Hospital da Posse. Já chegou morta, com manchas por todo o corpo.

O evento é nomeado como tragédia, a dor do filho é mostrada e ampliada pelas fotos privadas onde as duas mulheres aparecem com um bebê no colo, mas a narrativa parece privilegiar a comprovação da causa da morte, registrada como indeterminada. É o que leva a repórter à casa das duas mulheres, comprovando com “evidências” e depoimento de um perito, a relação entre sintomas, situação de risco e o desfecho da doença:

JN – 13/4/1998 – STAND UP: As duas mulheres moravam **nessa casa**, em Nilópolis, na Baixada Fluminense. Os mesmos sintomas e **a mesma situação de risco** aumentam as suspeitas que D. Eurídice e Maria das Graças tenham morrido de dengue hemorrágica. **Dois casos fatais num prazo de sete dias.**

OFF: *[caixa d’água destampada]* A caixa d’água que abastece a casa da família está cheia de larvas do mosquito. **As evidências são muitas**, mas não foram feitos exames de sangue específicos para detectar a doença. **Mesmo assim**, pelos sintomas, **os médicos já têm um diagnóstico.**

SOBE-SOM MÉDICO: Nós classificamos como dengue hemorrágica, até que se prove o contrário (marcas minhas).

A preocupação se mantém na terceira morte focalizada, desta vez localizada no município do Rio. Imagens do enterro de Sebastiana, com foto de sua carteira de identidade, pontuam a narrativa:

OFF: E o município do Rio teve sua primeira vítima fatal da epidemia de dengue. Sebastiana de Monteiro, de 77 anos, estava internada há duas semanas, com

hemorragia digestiva e fortes dores no corpo. O atestado de óbito traz como causa da morte complicações da dengue hemorrágica.

A ausência do depoimento da filha de Dona Sebastiana, que no *RJTV* acusou os responsáveis pela saúde pública, confirma que o *JN* julga a morte relevante, mas se mantém distante de qualquer atribuição de responsabilidade. Em 1998, os dados do Ministério da Saúde totalizam dez mortes no país, sendo três no Estado do Rio de Janeiro.⁸³

5.1.3 O debate dos especialistas

Em *Súmula*, a principal questão, em março, era o aumento do número de casos: entre 1994 e 1997, passaram de 56 mil para 227 mil. Apesar de iniciativas que envolveram, em 1996, dez ministros e verbas de R\$ 206 milhões, “que incluía grandes investimentos em saneamento”, até agosto de 1997, apenas R\$ 25 milhões tinham sido gastos, exclusivamente no combate ao vetor (RADIS, 1998a, p. 7). Fabíola Aguiar Nunes, ex-coordenadora do Conselho Nacional de Saúde, lamenta o abandono do programa que poderia ter levado o país a liderar a erradicação no continente, como o Brasil havia proposto à OPAS. Jarbas Barbosa, diretor do Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa, contesta os números, pois não se poderia comparar as notificações a partir de 1994, já que sua obrigatoriedade foi estabelecida em 1996. Para ele, estaria havendo uma “epidemia estatística”, pois entre 1996 e 1997 o aumento foi de 26% (e não quatro vezes maior, quando comparada aos dados de 1994), passando de 180 mil casos para 227 mil.

A publicação expõe um quadro com a situação da dengue em alguns estados: em Minas Gerais, a Secretaria Municipal de Saúde assume a epidemia na capital mineira; em São Paulo, a Baixada Santista é apontada como área crítica; no Espírito Santo, há o temor de epidemia até o final do verão, na região metropolitana; no Rio de Janeiro, a situação é de alerta, e a responsável pela vigilância epidemiológica da capital, Cecília Nicolai, afirma que a cidade tem “todas as condições” para um novo surto, em função do controle deficiente do vetor, não repasse de verbas federais e falta de conscientização da população.

Em abril, apenas uma nota sobre o aumento de quase 700% do número de casos de 1997 para 1998, na Região Sudeste, com o elogio à aprovação do projeto de lei, na cidade de São Paulo, que estabelece multas e a suspensão temporária ou definitiva de alvarás de borracharias e empresas de recauchutagem (RADIS, 1998b, p. 7).

⁸³ Nesse ano há nova discrepância com os dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, que indicam duas e não três mortes.

Este resultado nos levou a outro debate, promovido pela Revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, editada pela Casa de Oswaldo Cruz, unidade da Fiocruz, publicado em junho do mesmo ano (MARZOCHI, 1998). Dele participaram médicos, sanitaristas, biólogos e entomólogos, vários ouvidos pela imprensa escrita no período.⁸⁴ Foram abordados vários aspectos da dengue e de outras doenças transmissíveis, das quais destacamos aqueles específicos sobre nosso tema, a fim de situar as escolhas do *JN* e mapear distintas vertentes de interpretação disponíveis entre os peritos. São eles:

- a crítica à “politicagem” ou “aspectos políticos, com um ‘p’ bem pequenininho, de clientelismo, apadrinhamento” como entrave à execução de políticas eficazes;
- as vantagens e desvantagens do uso de inseticidas para o combate da forma alada do *Aedes*;
- as iniciativas, no Brasil e no mundo, para o desenvolvimento de uma vacina contra a dengue;
- a necessidade de considerar como “arsenais tecnológicos muito dirigidos interagem com a prevenção, a organização social, com outras maneiras de trabalhar, mais preventivas, visando assegurar o controle. Esta é uma discussão ainda pendente: controle, erradicação, intervenção social, tecnológica, como se combinam?” (idem⁸⁵);
- a questão da infraestrutura social, principalmente o saneamento, apontada por Keyla Marzochi como “a verdadeira causa da dengue”. Para ela, o plano de erradicação do *Aedes* tem uma premissa equivocada, pois o objetivo possível seria a erradicação da doença, rebaixando os níveis de infestação do *Aedes* a níveis mínimos:

O desastre foi ter havido uma esperança enorme com esse plano da administração Jatene, porque no bojo do plano havia um investimento importantíssimo, ao lado do controle vetorial e da avaliação deste controle, investimento em educação e saneamento básico. Isso traria benefícios enormes para o país porque não controlaria só a dengue, mas muitas outras endemias como leptospirose, doenças diarreicas gerais etc. Mas aí se efetuou a redução de custos sob a forma de um corte absurdo, como falou Gadelha, por medidas burocráticas, de natureza econômica, sem ir ao âmago da questão, sem um compromisso com os resultados almejados. A única diferença desse plano em relação aos outros seria o acréscimo do saneamento básico e a ênfase no processo de educação envolvendo vários setores, secretarias e ministérios. Seria importante para a cidadania tentar mover um processo contra o governo, se possível através de associações, pela falta de controle da dengue. Promover uma ação pública contra o governo que não está cumprindo o seu papel, a parte que lhe toca (idem).

⁸⁴ Participaram Keyla Marzochi, médica e pesquisadora da Fiocruz; Milton Moura Lima, entomologista e então chefe do combate a vetores na Companhia de Limpeza Urbana do Rio de Janeiro (Comlurb); o médico sanitarista Luís Borges; Jair Rosa Duarte, biólogo, assessor da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; Ricardo Lourenço de Oliveira, médico veterinário da Fiocruz, com pós-graduação em biologia parasitária na mesma instituição, atuando junto à formação de profissionais que atuam no combate à dengue. Dois historiadores da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Paulo Gadelha e Jaime L. Benchimol, também tiveram atuação destacada no debate, com questões condizentes com o perfil do periódico.

⁸⁵ No artigo, consultado na publicação *on-line*, não consta a numeração das páginas.

- a dicotomia “verticalização” e/ou “horizontalizarão” das ações, no momento em que se apontava para a municipalização das ações de combate; criticava-se o desmonte da “estrutura paramilitar” sem que outra fosse construída em seu lugar, considerando “uma série de aspectos novos da dinâmica social, como a mídia”. Para Jair Rosa, a crítica incluía o perfil dos profissionais envolvidos, o processo de trabalho e a ação sindical:

Os guardas de endemias empregados atualmente não são guardas de endemias, são guardas de dengue. Não entendem de endemias, o que é um absurdo num país como o Brasil. (...) Não há supervisão. Aspectos sociais, teoricamente louváveis, são, na verdade, empecilhos. Existe um sindicato dos guardas que protege aqueles que cometem erros prejudiciais à população. Um guarda que faz a casa “no lápis”, que falsifica dados de inspeção, não está trabalhando só contra a instituição – a Fundação Nacional de Saúde – está trabalhando contra a população. Essas coisas não podem ser misturadas. O direito do trabalhador não pode se sobrepor à proteção da população (idem).

- a insuficiência de recursos: “no Rio de Janeiro, por exemplo, os municípios não têm como absorver um guarda de endemia da Fundação Nacional de Saúde que ganha mais que seu professor, seu médico (...), o repasse de recursos para o município combater a dengue é irrisório, quatro milhões e pouco, para seis meses de campanha contra a dengue no auge da epidemia, quando, em 1991, foi da ordem de cento e tantos milhões de dólares. Por aí se vê a importância que se dá à prevenção. O município quer coordenar, mas, sem condições administrativas e recursos financeiros, como é possível?” (idem);

- o estado imunológico da população e a distribuição geográfica da dengue: “no Rio de Janeiro, desde 1986, vemos que a tendência é de ela se repetir nas mesmas áreas, portanto, de ter um número cada vez menor de pessoas suscetíveis. Daqui a pouco, só as crianças dessas áreas serão suscetíveis. Os adultos vão terminar imunes às cepas circulantes. É claro que, se chegarem os tipos 3 e 4, tudo muda, a dengue vai dominar” (idem);

- coerção ou educação: a afirmação “Nós não podemos ficar com 30% de casas sem ser visitadas” é seguida de debate sobre o uso ou não de “autoridade excepcional”, como no início do século, consciência e mobilização social, e segurança:

Quando a população vai aceitar a entrada em suas casas se já vivencia problemas tão graves de violência? Como pensar a combinação de alternativas coercitivas, com um programa educativo e democrático que seja eficaz, levando-se em conta, inclusive, a necessidade permanente de pessoal? (...) Acho que toda a população já sabe hoje como é que se transmite a dengue, que vaso de planta com água contribui etc. Isso precisa ser incorporado desde a infância, no entanto não chega a se constituir em prioridade para as famílias onde a dengue predomina. Não tem o chamamento de uma doença meningocócica, que mata, aleija e por isso se impõe às prioridades sociais. Além de a informação influir ou atingir pouco, está em curso um processo de descrença social. Mesmo que creia na ciência, a população está exposta à atuação da mídia contra as ações públicas, às falcaturas dos políticos, e vai se tornando descrente (idem).

E se estende às concepções de prevenção e promoção, com a crítica à ideia de

fazer promoção à saúde sem passar pela prevenção, nem pelo diagnóstico laboratorial, nem pela clínica. Muitas vezes quando se fala da necessidade de fazer “promoção à saúde”, trata-se de uma promoção retórica, ainda que seja politicamente interessante, “correta”. Corre o risco de resvalar da promoção à extrema-unção. Pula-se as outras fases, que envolvem a prevenção, o controle da doença, que começa, sem dúvida, pela questão clínica, pelo diagnóstico laboratorial. Isso, embora o conceito maior de promoção à saúde envolva todo um sistema funcionante, da prevenção até a recuperação e o controle (idem).

Essa recapitulação, talvez excessiva, serve para marcar a amplitude das questões envolvidas e consideradas pelos especialistas, sem que haja consenso sobre várias delas. Não se tem a intenção, obviamente, de sugerir qualquer tipo de equivalência entre essa discussão e o trabalho telejornalístico. Muitos destes aspectos poderiam ser considerados extremamente técnicos ou complexos para o telejornalismo diário da Rede Globo. Mas nos interessa destacar que questões como verbas, interferência de interesses políticos menores nas ações e possibilidades de controle ou projeções quanto à evolução da dengue no Rio de Janeiro e no país eram correntes e passaram despercebidas à política editorial que perseguia maior vínculo e defesa da população. Da mesma forma, chama atenção a ausência de interesse pelos números da epidemia e da própria endemização da doença: o artigo, com informações sobre o número de casos entre os anos de 1982 e 1997, atesta que eles estavam disponíveis. Assim, de todos os aspectos contemplados neste debate, apenas dois foram abordados pelos telejornais: a questão das leis que viabilizem a punição dos incautos e a da necessidade de investir em atividades de informação e educação junto à população.

Tanto o número de matérias quanto o posicionamento adotado – nenhum questionamento sobre a ocorrência de mais uma epidemia, dessa vez de maior extensão e gravidade – reforçam a interpretação de que a dengue não foi considerada pelo *JN* um problema público maior. Não houve intenção em politizar a questão, seja criticando a ação governamental ou denunciando falhas, o que fica evidente pelo tom positivo com que foram anunciadas as medidas que começaram a ser adotadas já em plena epidemia. A população também não foi recriminada, nem convidada a indignar-se. O que foi reforçado foi a necessidade de informá-la. Dessa forma, a tônica pareceu recair mais na generalização do perigo da doença do que seu enquadramento na lógica do risco. Esta implica, como vimos, a previsão ou o raciocínio retrospectivo que permita indicar a decisão capaz de mudar o curso dos acontecimentos e evitar que determinado evento ocorra. No *JN*, a epidemia de 1998, em que pese o histórico de mais de dez anos da doença no Brasil, foi narrada praticamente como um fenômeno da natureza, sobre o qual a ação humana era limitada.

O tempo ocupado pelas vozes mobilizadas expressa essas características, principalmente se notarmos a ausência de fala direta de autoridades e a soma de 12” para os dois especialistas ouvidos. As explicações sobre a expansão e a gravidade da doença foram absorvidas na fala dos próprios jornalistas, dotada de recursos audiovisuais mais sofisticados. Em especial, deve ser destacada a diminuição do tempo de presença do repórter, enquanto aumentam o do apresentador e, principalmente, da narração em *off*.

Quadro 9 – Vozes na cobertura da epidemia em 1998.

VOZES	TEMPO
Vozes do JN	
Apresentador	1’07”
Voz <i>Off</i>	5’07”
Repórter	1’08”
Subtotal	7’22”
Vozes da saúde	
Especialistas (técnico, médico, sanitarista)	12”
Autoridades sanitárias (secretários e ministro de Saúde, responsáveis pela vigilância epidemiológica, controle de vetores etc.)	-
Subtotal	12”
Outras vozes	
Lideranças (moradores, sanitaristas, religiosas)	-
Populares	09”
Vítimas (doentes)	25”
Outros (professora/diretora)	11”
Subtotal	45”
TOTAL	8’19”

5.2 AS EPIDEMIAS DE DENGUE EM 2002

A cobertura do *JN* sobre as epidemias em 2002 apresenta elementos distintos dos que analisamos até aqui. Em primeiro lugar, o maior número, constância e duração das notícias. No período de janeiro a maio, contabilizamos 383 referências de matérias sobre dengue no *JN* e nos *RJTVs*, conjugando o levantamento apresentado pela empresa Conteúdo Expresso com outro feito diretamente no Cedoc/Globo, com a seguinte distribuição: 101 registros em janeiro, sendo 9 do *JN*; 164 em fevereiro, 20 do *JN*; 103 em março, 12 cabendo ao *JN*; 12 em abril, 4 no *JN*; 3 em maio, 1 no *JN*⁸⁶. É evidente a concentração de matérias entre janeiro e

⁸⁶ Vale lembrar o caráter aproximativo destes números, já que baseado em informações nem sempre convergentes contidas em sinopses e espelhos. Estes últimos, além de não retratarem com exatidão as matérias veiculadas – alterações podem ocorrer durante a exibição do telejornal –, apresentam grande variação na

março, principalmente em fevereiro. No entanto, dois momentos de incremento da cobertura foram encontrados em meses diferentes, respectivamente, na segunda quinzena de janeiro – com 8 referências – e no mesmo período de fevereiro, com 14 matérias. Em março, essa divisão é mais equitativa: 6 na primeira quinzena e 5 na segunda.

Diante dessas características e do alto custo envolvido na compra das matérias, 2002 foi o primeiro ano em que o critério básico de definição do *corpus* foi efetivamente acionado para privilegiar os momentos de maior gravidade, pela ocorrência do número de casos e/ou de mortes, levando à opção por privilegiar a segunda quinzena de fevereiro. A análise das sinopses permitiu, no entanto, identificar que também em janeiro as primeiras mortes por dengue hemorrágica foram o tema do período de pico deste mês. Em março, a realização do *Dia D* de combate à dengue e seus preparativos, com o registro de um editorial do *JN*, foi considerado igualmente importante para os objetivos da pesquisa. Tais matérias foram incorporadas ao *corpus* principal de análise. Em relação aos *RJTVs*, mantivemos o parâmetro gravidade e incorporamos matérias veiculadas nos mesmos dias, ou próximos, das matérias exibidas pelo *JN*. O *corpus* ficou assim constituído:

Quadro 10 – Cobertura da epidemia em 2002.

	JAN.		FEV.		MAR.		TOTAL	
	QUANT .	DUR.	QUANT .	DUR.	QUANT .	DUR.	QUANT.	DUR.
<i>JN</i>	08	15'35"	19	37'01"	03	10'04"	30	1h02'40"
<i>RJTV1</i>	01	1'39"	16	47'44"	-	-	17	49'23"
<i>RJTV2</i>	-	-	05	17'53"	-	-	05	17'53"
<i>RJTV S/I</i>	05	17'04"	09	15'23"	-	-	14	32'27"
TOTAL	14	34'18"	49	1h58'01"	03	10'04"	66	2h42'23"

A análise contou com três procedimentos básicos: análise das matérias veiculadas na segunda quinzena de fevereiro, sua comparação com as de janeiro e março e, por fim, o contraste com as matérias do *RJTVs*.

Antes da apresentação dos resultados, vale destacar algumas características gerais dessa cobertura. Por um lado, o maior peso das epidemias na pauta do telejornal se refletiu também em maior investimento na produção das matérias, apresentando reportagens em

descrição dos temas, às vezes fundindo várias matérias, em outras, sequer mencionando o seu teor (em relação aos temas abordados por comentaristas, por exemplo).

cidades de vários estados. Em cada uma delas, mais lugares foram visitados e entrevistas realizadas. Encontrando-se com orientações estéticas e editoriais recentes – como a mudança no cenário, em 2000 –, recursos eventualmente empregados nos anos anteriores adquiriram estabilidade, como o selo identificador do tema e o uso frequente de infográficos e animação na tessitura narrativa do telejornal. No *RJTV1*, a tela em estúdio tornou mais dinâmica a relação entre apresentadores e repórteres, seja na chamada das reportagens ou na conversa entre eles. Foi frequente que as autoridades, principalmente o secretário e o subsecretário municipais de Saúde – Ronaldo Cesar Coelho e Mauro Marzochi, respectivamente –, fossem entrevistadas simultaneamente pelo(a) repórter e pelos apresentadores.

Outras mudanças extratextuais são relevantes e dizem respeito à ocupação de espaços pelos telejornais, principalmente a internet. Em relação ao *JN*, surgem o *site* e o *blog* do *JN*⁸⁷. Mais do que manter o perfil de inovação tecnológica tão caro à imagem da TV Globo e seu principal produto jornalístico, as estratégias na web podem ser tomadas como tentativa de captura de um receptor mais arredo, frente a maior e mais diversificada oferta comunicacional. Estratégias acompanhadas pela intensificação do convite à participação, com espaços para comentários e sugestões de pauta.

O *site* e o *blog* do *JN* representaram também outra fonte de pesquisa, permitindo a localização de matérias não identificadas nos mapeamentos anteriores – por exemplo, o comentário de Arnaldo Jabor, em 22 de fevereiro – e a complementação de dados que não constavam das sinopses, como o crédito dos entrevistados. Mais que isso, forneceu elementos que permitem situar fatos e inovações que o próprio *JN* julgou relevante naquele ano.

2002 – Um ano marcante. Com esse título, a súmula histórica disponibilizada no *site* do telejornal destaca três projetos: a cobertura da Copa do Mundo – “Fátima Bernardes apresenta o **Jornal Nacional** ao vivo da Coreia do Sul e do Japão, longe de cenários de televisão e sempre perto da seleção” –; a das eleições presidenciais – “o **Jornal Nacional** promove, pela primeira vez na história, rodadas de entrevistas, ao vivo, no próprio cenário, com os quatro principais candidatos à Presidência da República. No dia 28 de novembro, o presidente Lula fica ao lado de William Bonner durante todo o *Jornal Nacional*”; e a morte do jornalista Tim Lopes. No dia em que a morte é confirmada, “o *JN* encerra sua edição com uma imagem inédita: os profissionais do Jornalismo, reunidos numa salva de palmas a Tim Lopes, na redação da TV Globo, no Rio de Janeiro”. Esses três momentos memoráveis

⁸⁷ Não conseguimos localizar a data de inauguração do *site*, no portal G1. A matéria mais antiga sobre dengue, com o título “*Campanha nacional para erradicar o Aedes aegypti: transmissor da dengue*”, tem a data de 23 de outubro de 2001.

destacados pelo *JN* nos permitem situar aspectos da autoimagem que se quer projetar e da relação proposta com a audiência. Não mudaram os objetivos básicos do telejornal mais longo da televisão brasileira, e muitos elementos técnicos e estéticos já haviam sido experimentados sob a mesma rubrica identitária da inovação tecnológica, sem, contudo, constituírem marcas regulares⁸⁸. No breve comentário a seguir, interessa destacar a forma como a pretendida aproximação com o público era construída, no início do século XXI.

Como destaca o *site*, 2002 não foi “apenas” o ano de mais uma Copa do Mundo, o que já seria suficiente para manter o tema em evidência no *JN*, além de ter sido o ano da conquista do pentacampeonato mundial. Foi o ano em que a apresentadora Fátima Bernardes deslocou-se para os dois países-sede, Coreia do Sul e Japão, acompanhando passo a passo as atividades da seleção brasileira. Minuciosamente planejadas, as muitas alterações efetuadas no próprio percurso buscaram, segundo os participantes, a maior proximidade possível com a seleção brasileira (BONNER, 2009). O trabalho, que renderia a Fátima Bernardes o título de “musa da Copa”, foi também oportunidade de experimentações enunciativas que aproximariam de forma singular o casal de apresentadores dos telespectadores.

Nós vimos que, na Copa de 2002, Fátima Bernardes ancorava, a cada dia, de um ponto diferente – o que justificava minha pergunta inicial, no *JN*, sobre o seu paradeiro. É verdade que *a forma da pergunta foi determinante para seu sucesso*, por que um “Fátima, onde você está hoje?” não tem a força dramática do “onde está você, Fátima Bernardes?”. A primeira forma é absolutamente protocolar. *A segunda pode ser entendida como a manifestação quase desesperada de um pai de trigêmeos às voltas com a rotina doméstica na ausência da “titular”*. E esse comentário é apenas um comentário. Não uma confissão (BONNER, 2009, p. 174 – marcas minhas).

O trecho acima exemplifica alguns componentes “extrajornalísticos” embutidos na relação dos apresentadores com a audiência do telejornal. Como se sabe, a familiaridade do público com a equipe que protagoniza o *JN* é um patrimônio e marca identitária cuidadosamente mantidos ao longo dos anos, perceptível na longa permanência de apresentadores e também de um núcleo de repórteres, a despeito de o telejornal não contar com “time” específico. Em diversos depoimentos, tal credencial é apresentada como respeito

⁸⁸ Por exemplo, a apresentação do telejornal, “ao vivo, de outro lugar do planeta, Léo Batista já fazia desde os anos 70”; fora de um estúdio, “deixou de ser novidade pelo menos desde 1992, durante a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento”; nas Copas, desde 1994 (BONNER, 2009, p. 189). Em janeiro de 2002, a série “JN nas estradas” inaugurou um novo formato de reportagem (idem, p. 190); em 2006, a “Caravana JN” foi o projeto de “correr o país, de ônibus e de barco, para investigar os desejos dos brasileiros naquele momento, às vésperas da eleição”; em 2010, o projeto especial para as eleições foi o “JN no Ar”, com sorteios ao vivo, na edição anterior, para definir uma cidade de cada estado e o DF. (<http://g1.globo.com/jornal-nacional/videos/t/jn-no-ar/v/projeto-jn-no-ar-e-a-novidade-para-as-eleicoes-2010/1313646/>. Acesso em 1/2/2012).

à entrada cotidiana no ambiente doméstico e defesa de um tipo de relação que se soma e ampara a credibilidade de sua enunciação. “Família” é, em muitos sentidos, uma categoria central no *JN*: configura a imagem e o ambiente da recepção do seu amplo e diversificado público (BONNER, 2009), é um valor social a ser defendido e componente da própria gestão das empresas Globo, cuja missão estabelecida por seu fundador é afiançada por representantes de várias gerações. O amálgama da vida pessoal e profissional do (literalmente) casal âncora não é um componente secundário, como o “comentário” de Bonner explicita tão claramente. A essa altura, Fátima Bernardes e William Bonner já eram celebridades, *personas* construídas cotidianamente em revistas e programas especializadas na “vida televisiva” (e nos próprios veículos jornalísticos), como pais dedicados, cidadãos ilibados, profissionais sérios e competentes, atributos que diariamente reforçam o *ethos* proposto pelo e no próprio *JN*, além de ancorarem não apenas as reportagens, mas os vínculos de fidelização da audiência (HAGEN, 2009).

As entrevistas com os candidatos à Presidência da República também inauguram um formato inédito e alternativo aos debates promovidos pelas emissoras, dotado de rituais específicos. Além de “tornar distantes” eventos polêmicos que comprometeram a credibilidade do *JN*, como a edição do debate Collor e Lula, em 1989, a presença no estúdio mostra a capacidade de atração do telejornal, ao trazer para seu próprio espaço e regras os pleiteantes e, mais tarde, o próprio presidente eleito, que permanece na bancada durante todo o programa (FAUSTO NETO; VERÓN; RUBIM, 2003).

Vale ressaltar que, em 2002, a epidemia de dengue e as eleições presidenciais estiveram estreitamente veiculadas. Como veremos, o momento mais agudo da cobertura coincide com o momento da desvinculação dos cargos exigida para a participação nas eleições, o que coloca a epidemia – em vários estados do país, com o maior número de casos, de morte e de gravidade até então conhecidos – como um dos temas de destaque da disputa⁸⁹. Entre os principais candidatos, dois estavam diretamente implicados com o evento: os até então ministro da Saúde José Serra (PSDB) e governador do Rio de Janeiro, Anthony

⁸⁹ Tal quadro é associado à circulação do sorotipo DEN 3, identificado, pela primeira vez, em dezembro de 2000, no Estado do Rio de Janeiro e, no final do ano seguinte, também no Estado de Roraima, em novembro de 2001. Em 2002, foi constatada a rápida disseminação deste sorotipo para outros estados, atingindo principalmente adultos jovens (BRASIL, 2009). Segundo o Ministério da Saúde, neste ano foram notificados 697.998 casos no país, 249.120 no Estado do Rio de Janeiro. Pernambuco, com 99.900 casos, foi o estado mais atingido no Nordeste, região que totalizou 267.851 casos. No Brasil, foram 121 mortes por dengue hemorrágica, 49 no Rio de Janeiro e 20 em Pernambuco. Os dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, no entanto, são diferentes: 285.038 casos notificados, dos quais 143.227 confirmados, e 52 mortes por febre hemorrágica e síndrome de choque por dengue e 4 por dengue com complicação. Cf. tabelas nos Anexos A e B.

Garotinho (PSB), que ao licenciar-se cede o posto para a até então vice-governadora Benedita da Silva (PT).⁹⁰

A morte de Tim Lopes é outro índice da força e do papel contemporâneo do jornalismo brasileiro. Para além da brutalidade de sua morte e de seus méritos profissionais, parece inquestionável que a repercussão não seria a mesma, não fosse Tim Lopes jornalista da maior emissora do país. Este episódio funde a prática jornalística, e sua mística, ao capital social da Rede Globo. A cena mencionada, no entanto, dá outra dimensão à mudança do cenário, efetuada em 2000, quando o “jornal sai do estúdio e passa a ser apresentado de dentro da redação. O *telespectador pode ver a equipe* envolvida na realização do telejornal, tanto na abertura quanto no início e no fim de cada bloco. *Um conceito que leva para dentro da casa do público a própria redação do Jornal Nacional*” (site JN, marcas minhas). A exibição dos “bastidores”, em um cenário sofisticado e majestoso, não contava, até então, com a manifestação de seus participantes. A homenagem a Tim Lopes traz os jornalistas para o primeiro plano: luto, solidariedade e comunhão de um ideal de jornalismo. Eles também podem ser considerados “um exército” de Tim Lopes.

5.2.1 Causas da gravidade e da epidemia

Ao contrário dos anos anteriores, não há ambiguidade em relação à natureza epidêmica da dengue em várias cidades do país. Como informa William Bonner na abertura da matéria do dia 17 de janeiro, “Três capitais brasileiras estão enfrentando **epidemias** de dengue, segundo a Fundação Nacional de Saúde. Campo Grande, Goiânia e Rio de Janeiro. Em todo o Brasil, o número de casos da doença aumentou 63% no último ano”. Como destacado em 1998, o processo de transmissão e as condições favoráveis à reprodução do vetor, assim como o nome científico do vetor, ocupam momentos específicos do noticiário. O *Aedes* estará presente, no entanto, em todas as edições, no selo específico da cobertura e, com muita frequência, nas imagens de sua forma larvária e alada.

O porquê de mais uma epidemia, no entanto, não é a questão central da maior parte das matérias: o tópico mais constante é o acompanhamento de sua evolução, por meio do número de casos, com destaque para dengue hemorrágica e óbitos, sua expansão geográfica e a pressão sobre a rede assistencial e laboratorial. Pela primeira vez em nosso *corpus*, o ritmo da ocorrência de novos casos é marcado pela unidade hora, com frequência associado à comparação com períodos anteriores:

⁹⁰ O prefeito do Rio de Janeiro nesse ano era Cesar Maia, eleito pelo PTB e filiado ao PFL em 2002.

JN – 17/1/2002 – STAND UP: Nos primeiros 15 dias de janeiro, o município do Rio teve um caso **novo a cada hora: foram 522 registros**, mais do que todo o número de registros em janeiro do ano passado.

Junto a esses aspectos, as medidas tomadas para seu enfrentamento e as dificuldades encontradas para sua execução também compõem o núcleo mais regular das narrativas. Em relação às causas, as associações mais frequentes, em janeiro, são com as larvas do mosquito e (a possível insuficiência de) recursos para o combate. Em 17 de janeiro, elas aparecem uma após a outra, no final da matéria:

OFF: Larvas de mosquito foram encontradas nas tubulações usadas para reforma desta praça [*geral praça e detalhe da tubulação*]. A obra está parada. Os moradores combatem os focos com terra e cloro [moradores limpando a área].

MORADOR: O pessoal tá tudo aí com doença [*corte/flash*]. Tem mais de dez aí.

OFF: A Funasa repassa anualmente 360 milhões de reais para estados e prefeituras. Com mais 115 milhões, espera reduzir pela metade os casos de dengue.

REPRESENTANTE FUNASA [*em externa*]: Mas é possível sim, com a participação da população, com a intensificação das ações de controle, por parte de estados e municípios, reduzir muito a ocorrência da doença no país.

No Rio de Janeiro, o volume de chuvas aparece como explicação, na fala de autoridades municipais, para uma “antecipação” da epidemia, mas é a introdução do tipo DEN 3 a principal variável explicativa para o número crescente de casos e mortes (suspeitas ou confirmadas) de dengue hemorrágica:

JN – 25/1/2002 – STAND UP REPÓRTER ARNALDO DURAN: Agora, o que preocupa as autoridades de saúde é a dengue tipo 3, detectada pela primeira vez no estado **em 2001**. Hoje, foram confirmados os 10 primeiros casos, deste ano, no Rio:

OFF: Os novos casos do tipo 3 aumentam os riscos em relação à dengue hemorrágica. Se a pessoa é infectada pelo vírus do tipo 1, por exemplo, ela cria anticorpos e nunca mais vai ter dengue tipo 1. Se ela é infectada mais tarde, pelos tipos 2 ou 3, esses anticorpos agem contra o organismo, fazendo com que o novo vírus se multiplique rapidamente. E “quem já teve dengue pode contrair a forma hemorrágica da doença quando infectado novamente, por outro tipo de vírus”. Com a entrada do tipo 3, o risco de desenvolver a dengue hemorrágica aumenta.

ZAMIR MARTINS, Coordenador de Epidemiologia do RJ: Nós temos uma parte da população que já está imune ao dengue 1, outra imune ao dengue 2, mas o dengue 3, agora é que ele entrou no Brasil. Então, ninguém está imune ao dengue 3, todos podem ter dengue 3.

O *off* do repórter é acompanhado por infográfico animado. A tela é dividida ao meio: do lado direito, a ilustração do corpo humano, sob fundo azul-escuro; o lado direito é ampliado quando se inicia a animação da ação dos diferentes tipos vírus na célula. A seguir, novo *display*, com fundo abóbora e a tela dividida em três: no alto, o título, em caixa alta, *Evolução da doença*, o mosquito no canto inferior, à direita; créditos – entre aspas no texto acima – aparecem no quadrado central.

A lógica epidemiológica dos fatores de risco fica bastante evidenciada no fragmento acima, sendo a diversidade de vírus cocirculantes e a suscetibilidade da população os elos centrais a explicar o maior número de casos e mortes. A participação da população, embora mencionada em janeiro, ganhará mais destaque nos meses seguintes, assim como a variável técnico-política. Em todo o período analisado, no entanto, o cálculo do risco não alimenta cobranças retrospectivas em relação ao passado, melhor dizendo, referências ao passado serão feitas dentro do ciclo atual da epidemia, não enfatizando um momento anterior onde teria sido possível evitar sua eclosão. O que se persegue nesse momento e nos meses seguintes é a evolução bioepidemiológica da doença estreitamente relacionada com a intensificação das ações técnicas e da mobilização popular. É no recorte temporal do presente epidêmico que as divergências entre autoridades e especialistas irão ganhar peso: a ele e dentro dele serão marcadas as remissivas e as projeções.

Mesmo as citações constantes à série histórica de epidemias de dengue não alimentam maiores críticas no *JN*: esta é a sétima⁹¹ e oscila, no final de fevereiro, entre a segunda ou a mais grave já conhecida. Mas a comparação não vem na forma da denúncia ou do escândalo e sim atesta a gravidade da situação no Brasil e no mundo. Em nosso *corpus*, nos telejornais locais, o tom de crítica é mais agudo, principalmente em relação às autoridades municipais, e são constantes as matérias que denunciam o descaso e o abandono da população pobre, que vive em bairros sem infraestrutura urbana, e tem que encontrar formas próprias de conter o avanço da epidemia. No entanto, as reportagens percorrem a capital e vários municípios, mapeando inúmeros tipos de focos: bromélias na Zona Sul, vasos no Cemitério do Caju, lixo e água empoçada na periferia, piscinas e depósitos em todos os lugares.

O agravamento da situação na segunda quinzena de fevereiro, no *JN*, também é acompanhado pelo aumento da duração das matérias, inclusive das cabeças, e pela incorporação de novos elementos à narrativa. Nos textos iniciais, dois elementos serão mais regulares: o anúncio de medidas, principalmente as do governo federal, e a evolução da situação epidêmica. Aprofundaremos esses componentes no tópico da responsabilização. Em relação às causas, importa destacar o aumento do peso relativo da variável política, como fator que limita o combate ao mosquito transmissor. Pela primeira vez em nosso *corpus*, aparecem no *JN* as divergências entre os responsáveis pelo controle da epidemia nas esferas federal, municipal e estadual, uma constante na imprensa desde 1986:

⁹¹ Não foi possível recuperar, nas matérias, as seis anteriores. Frequentemente, eram citadas as consideradas mais graves, as de 1986, 1987, 1991.

JN – 18/2/2002 – OFF: O combate à epidemia poderia ser bem maior [*Plano médio de guarda borrifando jardim, de máscara, luvas e capacetes/zoom out detalhe de jato saindo da traseira de carro fumacê em movimento*]. Nos depósitos de São Paulo e Rio de Janeiro, **carros doados pela FNS continuam parados**. Na capital paulista, por falta de placas. No Rio, a prefeitura diz que os carros não se adaptam ao serviço do fumacê e a manutenção é muito cara [*vista aérea de carros/vista área duas fileiras de carros/plano fechado carros/detalhe carros, um com pessoa dentro e outra fora, zoom out enquadra duas fileiras*¹]. No começo do mês, 1.044 agentes de saúde de todo país chegaram ao Rio, mas a epidemia continua se agravando [*zoom in grupo de guardas atravessando rua/detalhe guarda de costas, examinando plantas em quintal/plano médio frontal de três guardas caminhando*].

MAURO MARZOCHI, SUBSECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE/RJ: O início dessas operações não conseguiu diminuir estrategicamente o número de mosquitos, porque **também a população não estava participando**, uma vez que a transmissão se dá, predominantemente, dentro de casa. [*interna, plano médio, só microfone em quadro; no fundo, mural com cartaz “Isso pode ser dengue”*].

OFF: Os **especialistas acreditam que a situação vai ficar mais grave ainda**, em meados de março [*detalhe larva em frasco/dois técnicos ao microscópio, em stand externo/detalhe placa/detalhe frasco com larvas*].

AUTORIDADE MINISTÉRIO DA SAÚDE: Não é o momento de discutirmos as falhas de A, B ou C. O momento é de unirmos esforços para ajudarmos a população do RJ.

O *JN* destaca claramente as deficiências das intervenções públicas, no âmbito municipal, e cobra sua breve solução. A abertura da matéria já havia destacado um conjunto de medidas federais, inclusive a entrada do Exército no combate à epidemia no Rio de Janeiro; o *off* e as imagens que o acompanham evidenciam que os recursos para incrementar o combate estão disponíveis – para deter o avanço e não ter evitado a epidemia –, mas não são utilizados por burocracia ou divergências entre as esferas de governo. O contraste principal explorado no *off* é entre a existência de recursos não aproveitados, a situação de gravidade e a projeção de seu agravamento. Antes, já haviam sido apresentados os números da epidemia, imagens de unidades assistenciais aquém da procura e o sofrimento de uma jovem. A avaliação dos especialistas reforça e embasa o quadro já preocupante. A autoridade ministerial, apesar do tom conciliador, reforça a existência de falhas, enquanto no encerramento da matéria o apresentador anuncia que, também em São Paulo, aumenta o número de mortes: “E a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo confirmou hoje a primeira morte por dengue hemorrágica, contraída no estado. Uma professora da região de Piracicaba morreu no início do mês”.

Nesse momento é possível marcar as principais diferenças entre a cobertura do *JN* e o debate entre os peritos na época, que tiveram muitos pontos em comum, embora vistos sob diferentes ângulos e segundo distintas ordens de prioridade. Entre as convergências, destacam-se a crítica à descontinuidade das ações de prevenção e controle e à desarticulação entre as instâncias de governo; a importância crescente conferida à informação, educação,

comunicação e mobilização da população; e a inclusão dos fatores socioambientais na cadeia causal. Uma diferença capital, entretanto, continua a ser quanto à previsibilidade do evento. Assim como nos anos anteriores, parte significativa dos especialistas considerou a epidemia previsível e evitável. Para o pesquisador Rivaldo Venâncio,

‘quem trabalha com dengue há muito tempo já tem uma convicção: epidemia de dengue é previsível e evitável, desde que haja um planejamento mínimo’, conclui Rivaldo, para quem, depois de uma epidemia, todas as medidas tomadas são paliativas e servem apenas para amenizar o problema, não acabar com ele (RADIS, 2002, p. 7).

As autoridades sanitárias têm privilegiado ações emergenciais de combate às epidemias da doença em detrimento de medidas para a sua prevenção. A luta contra o mosquito *Aedes aegypti*, também vetor da forma urbana da febre amarela, tem se concentrado na aplicação espacial de inseticida em ultrabaixo-volume, medida valiosa durante a vigência de uma epidemia, porém pouco efetiva na obtenção e manutenção de baixos índices de infestação predial (TAUIL, 2001, p. 100-1).

O virologista Hermann Schatzmayr, então chefe do Departamento de Virologia do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, além de destacar o documento da OPAS que, em 1996, já alertara “sobre o sério risco da dengue tipo 3 e do perigo deste vírus causar a FHD”, relata que após um trabalho de vigilância laboratorial, em 2000 sua equipe havia comunicado às autoridades “o perigo de uma nova epidemia muito mais perigosa” (RADIS, 2002, p. 6). “Mas o governo federal nada fez para evitar os números que estamos observando, já são mais de 90 mil pessoas infectadas no país” (SCHATZMAYR apud RADIS, 2002, p. 2).

Tais avaliações já apontam para a atribuição de responsabilidades que abordaremos no próximo item. Antes, é preciso destacar o peso conferido às determinações culturais, sociais e econômicas na rede explicativa da reemergência da dengue, no geral, e da situação em 2002, em particular. Para muitos sanitaristas, a reemergência da dengue não pode ser compreendida e superada sem levar em conta, ao lado das características do vetor e da doença, características da organização socioeconômica, como o crescimento desordenado das cidades a partir do pós-guerra, simultâneo à precariedade da infraestrutura básica e ao incremento da produção industrial e da velocidade crescente dos meios de deslocamento terrestre e aéreo:

As razões para a re-emergência do dengue, atualmente um dos maiores problemas de saúde pública mundial, são complexas e não totalmente compreendidas.

As mudanças demográficas ocorridas nos países subdesenvolvidos, a partir da década de 60, consistiram em intensos fluxos migratórios rurais-urbanos, resultando num “inchaço” das cidades. Estas não conseguiram dotar-se oportunamente de equipamentos e facilidades que atendessem às necessidades dos migrantes, entre as quais incluem-se as de habitação e saneamento básico. Boa parte desta população passou a viver em favelas, invasões e cortiços. Estima-se que 20 a 25% da população de grandes cidades da América Latina estejam nestas condições. O saneamento básico, particularmente o abastecimento de água e a coleta de lixo, mostra-se insuficiente ou inadequado nas periferias das grandes metrópoles. Uma das consequências desta situação é o aumento do número de criadouros potenciais do principal mosquito vetor. Associada a esta situação, o sistema produtivo

industrial moderno, que produz uma grande quantidade de recipientes descartáveis, entre plásticos, latas e outros materiais, cujo destino inadequado, abandonados em quintais, ao longo das vias públicas, nas praias e em terrenos baldios, também contribui para a proliferação do inseto transmissor do dengue. O aumento exorbitante da produção de veículos automotores tem gerado fatores de risco para proliferação, criadouros preferenciais dos mosquitos vetores, por meio de um destino inadequado de pneus usados, e para a disseminação passiva destes transmissores, sob a forma de ovos ou larvas, em recipientes contendo água, como vasos de flores, plantas aquáticas e outros (Gubler, 1997).

Quanto ao agente etiológico, o vírus do dengue tem sua propagação hoje grandemente facilitada pelo aumento espetacular da intensidade e velocidade do tráfego aéreo e terrestre. Rapidamente, ele pode ser transportado de uma cidade à outra, de um país a outro, de um continente a outro, no sangue de pessoas portadoras da infecção (TAUIL, 2001, p. 100).

Pela primeira vez a dengue é tratada como um problema mundial no *JN*, merecendo destaque tanto no texto dos apresentadores quanto nas reportagens. No dia 1 de fevereiro, Fátima Bernardes abre a matéria informando que, no Rio de Janeiro, são registrados “vinte novos casos da doença por hora”. É o avanço de uma epidemia que mata 30 mil pessoas por ano em todo o mundo. Até países como Cuba, que chegou a erradicar a doença, voltam a enfrentar o desafio de erradicar o mosquito transmissor da dengue”. A matéria caracteriza a situação nacional, com arte da distribuição dos casos, ouve um depoimento sobre uma vítima fatal, e retorna à situação de Cuba (com 1.300 casos registrados no ano passado) e do mundo, onde “2 bilhões e meio de pessoas, em 100 países, correm o risco de contrair a doença”. Em 21 de fevereiro, “A dengue no mundo” volta a merecer destaque, com informações da Organização Mundial de Saúde sobre a gravidade, acrescentando que são mais de “100 milhões de casos por ano no planeta”. No Rio, destaca-se que “as ações de prevenção falharam”, o que é corroborado pelo depoimento de uma autoridade (10’), aponta-se a burocracia que impede que os carros fumacê sejam utilizados, mas informa que a população está procurando formas de enfrentar a epidemia, com o exemplo da ação da organização *Viva Rio*. A matéria é encerrada por Fátima Bernardes, desta vez destacando a situação no continente.

A Organização Pan-Americana de Saúde lançou um alerta hoje sobre a volta da dengue ao continente americano. Segundo a OPS, atualmente existem poucos países na América Latina livres da doença. Nos últimos 20 anos, o número de contaminados pelo *Aedes aegypti* subiu de 66 mil para 609 mil. A organização afirma que a dengue voltou a ser uma epidemia por várias razões. Entre elas, a falta de um inseticida bom e barato, a deterioração dos programas de prevenção, a falta de educação sanitária e o crescimento desorganizado das grandes cidades.

O eixo “gravidade atual do problema”, entremeado com a situação no Brasil, simultaneamente, contextualiza, condiciona e também atenua a situação nacional. No restante da cobertura, mesmo a rápida menção a aspectos sociais mais amplos se dissipa nas reportagens que constata a proliferação dos focos de *Aedes* em bairros de áreas “nobres” e

periféricas de diversos estados, abordagem na qual a limpeza de piscinas, de vasos de plantas ou de terrenos baldios é de responsabilidade de indivíduos e instituições.

5.2.2 Os responsáveis

Na segunda quinzena de fevereiro, a cobertura segue acompanhando a evolução da epidemia, em vários estados e cidades, e as medidas governamentais para contê-la, principalmente no Rio e em Brasília. A participação da população é privilegiada, seja no anúncio de que 9 de março será o dia de combate no Rio de Janeiro, seja na cobertura de um “arrastão” em Goiânia, que ocupa a parte final da matéria veiculada no dia 21 daquele mês. Mas é no dia seguinte que as desavenças técnicas e políticas voltam com maior clareza e intensidade no noticiário como elementos que, se não explicam o surgimento da epidemia, respondem pelo seu agravamento, no Rio de Janeiro.

FÁTIMA BERNARDES: Os mortos pela dengue no RJ já são 17. É a segunda pior epidemia no estado, em 16 anos. Carros doados ao município, para o combate ao mosquito transmissor da dengue, estão parados, segundo a prefeitura, porque seriam inadequados. Mas, um teste, feito hoje, mostrou que os veículos podem [*move a cabeça em movimento afirmativo*] ser usados.

A reportagem, com um pouco mais de três minutos, anuncia a intensificação do combate: com a entrada da Marinha, do Exército e novas contratações pelo Ministério da Saúde, estima-se que um contingente de 17 mil homens estará trabalhando no Rio de Janeiro, nos próximos 15 dias. O anúncio é feito pelo ministro da Saúde Barjas Negri, que substituíra, há poucos dias, o agora candidato à Presidência da República, José Serra. A tensão entre as autoridades vem à tona na possibilidade de intervenção do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, no caráter normal ou atípico da auditoria no uso das verbas federais no estado, nos processos de calúnia a serem movidos pelo secretário estadual de Saúde, Gilson Cantarino, contra a Funasa e seu presidente. Mas é a questão dos carros o centro da matéria e nela nos detemos. Já na abertura, áudio e imagem confirmam que os carros são adequados, dado alarmante pelo número de mortes da segunda maior epidemia vivida pelo estado, como dito um pouco antes e pelo que segue:

OFF: A Funasa distribuiu 2082 carros novos para 24 estados e o DF. **O Estado do Rio recebeu a maior quantidade, 373 veículos, mas** no município do Rio parte da frota ainda está parada. O motivo **alegado** pela prefeitura: eles não podem carregar o equipamento do fumacê

RONALDO CESAR COELHO, Secretário Municipal de Saúde: **Vou devolver** a frota que eu considero inadequada para o trabalho de campo, carros pequenos, de 1 lugar só, **vou devolver** pelo menos metade desses 200 veículos.

OFF: Mas um teste feito por especialistas pela Coordenadoria de Pós Graduação em Engenharia conclui que o modelo atende às exigências de peso, feitas pela empresa

que instala o pulverizador [*inicia com pan ascendente e para direita, da traseira de carro para rapaz que sobe e senta-se na parte aberta, onde já estão outros três; zoom out, enquanto entra o quinto homem; na frente, mais dois*].

ESPECIALISTA: O veículo é 1.6, que bate com as especificações que foram passadas pelo fabricante do equipamento [pequena pausa] e tem 92 cavalos [com ênfase], quer dizer, uma potência mais que satisfatória pra esse tipo de utilização.

OFF: **Hoje mais três pessoas morreram** por causa da dengue. **Já são 17 mortes** no Estado, o que transforma esta epidemia na **segunda maior** que o Rio já teve desde 1986.

A insistência da autoridade municipal, o número diário e acumulado de mortes, as várias imagens da frota parada e a realização do teste que comprova sua adequação são argumentos fortes de responsabilização. O uso da adversativa “mas” e o verbo que designa a posição municipal permitem situar a posição do *JN* sobre a questão. Ademais, vale notar que a edição não julgou relevante informar quem solicitou o teste à Coppe/UFRJ, se o Ministério da Saúde ou o próprio *JN*. Se a iniciativa foi do próprio telejornal, causa surpresa ao telespectador que assiste atualmente ao telejornal a não explicitação (e capitalização) do serviço prestado à população. Também não houve interesse em apresentar este resultado aos entrevistados, nem a outros especialistas que discutissem, por exemplo, a segurança para as pessoas sentadas na lateral aberta do carro, no trânsito do Rio de Janeiro.

O encerramento da matéria retoma outro tipo de risco, a limitar a ação das Forças Armadas:

FÁTIMA BERNARDES: As áreas consideradas de risco pelas autoridades, como as favelas, vão ser atendidas por grupos de agentes civis, formadas pelos moradores das próprias comunidades.

Ainda no dia 22 de fevereiro, a dengue é tema do comentário de Arnaldo Jabor. A maior liberdade estética e opinativa desse gênero realça os elementos da cobertura noticiosa sobre a responsabilidade da “vitória” da dengue, mencionados acima:

JABOR [*som de zumbido de mosquito, enquanto o comentarista simula tentar agarrá-lo até conseguir*]: Vou entrevistar um mosquito: – Boa noite, senhor mosquito. A que o senhor atribui a vitória da dengue? Ele diz: – **a briga entre os poderes públicos** nos favorece. Por exemplo, o governo mandou R\$ 11 milhões para o Estado do Rio e **não usaram a grana**. Eles falam: toma que o mosquito é teu. Mas não há mosquito federal. E os estados e prefeituras? – Mas não espalha, não... Esse quebra-pau é bom pra nós. – **E a burocracia?** – Ah, uma delícia para nós. Dezenas de carros de fumacê estão parados, porque o Detran não emplacou. Graças a Deus. – **E o ano eleitoral ajuda?** – Muito. Os partidos se matam e quem fica vivo somos nós. – E o senhor é de que partido? – Não tem mosquito do PT, nem mosquito tucano. Sou do PZG: Partido da Zona Geral. Quanto mais, melhor. – E seus planos para o futuro? – Bem, nossos companheiros estão muito animados com a febre amarela dos bons tempos de Oswaldo Cruz. Ah, o Rio antigo. – Ok, obrigado senhor mosquito. Boa sorte. [*o mosquito voa*] **Mas, a guerra da dengue é de todos nós.** [*e simula matar o mosquito com as duas mãos*]

No tópico anterior, já foram apresentados alguns elementos que constroem as responsabilidades sobre a epidemia, basicamente, sobre seu controle e não sua emergência, na qual se destacam, por sua ênfase e constância, a evolução da gravidade da epidemia, em companhia cotidiana das medidas de seu enfrentamento. Tal associação é expressa na maior parte das matérias encontradas na segunda quinzena de fevereiro e não raro também no texto de fechamento das reportagens:

JN – 18/2/2002 – WILLIAM BONNER: O governo acaba de decidir que soldados do Exército vão reforçar a guerra contra a dengue, no Rio de Janeiro. Numa reunião no Ministério da Saúde, que terminou agora a pouco, **foram acertados**: repasse de dinheiro, para que a prefeitura contrate **mais** 1.000 agentes de saúde, e a participação de mil recrutas, que vão se somar aos 4 mil agentes que já estão trabalhando. Os laboratórios do Exército **também** vão fazer exames de dengue. E em outra decisão, a Agência Nacional de Saúde **obrigou** os planos de saúde a pagarem todo o tratamento de dengue. **As medidas foram tomadas por causa do aumento do número de casos da doença no Rio.**

JN – 19/2/2002 – WILLIAM BONNER: O governo anunciou hoje a extinção da Fundação Nacional de Saúde e a criação de uma agência de prevenção e controle de doenças. Além da participação de homens do exército e da marinha no combate à dengue no Rio, **2.000 agentes de saúde vão ser contratados.**

JN – 19/2/2002 – WILLIAM BONNER, no fechamento da matéria: O ministro da Saúde José Serra anunciou hoje a participação de **1.000 homens do Exército no combate à dengue em São Paulo. E a prefeitura** vai contratar **1000 agentes de saúde para reforçar** o combate à doença. **Dois pessoas morreram vítimas da dengue no Estado.**

JN – 23/2/2002 – ALEXANDRE GARCIA: São Paulo usa todas as armas para impedir o avanço da dengue: mutirão de limpeza, passeata, teatro na rua, grafite. A maior cidade do país aposta na informação e no apoio das crianças para combater o mosquito *Aedes aegypti* [conforme dito].

JN – 25/2/2002 – FÁTIMA BERNARDES: A Defesa Civil do Rio de Janeiro vai usar aviões para combater o mosquito transmissor da dengue. Mas **pesquisadores alertam**: o *Aedes aegypti* pode estar resistente ao inseticida que também é usado nos carros fumacê.

As cabeças assemelham-se ao lide, destacando os aspectos principais das matérias, e conjugam a atualidade das informações e o governo como sujeito das ações urgentes para conter a epidemia: “O governo acaba de decidir”, “Numa reunião no Ministério da Saúde, que terminou agora há pouco”, “O governo anunciou hoje”, “E em outra decisão, a Agência Nacional de Saúde obrigou os planos de saúde a pagarem todo o tratamento de dengue.” Aqui não há a presença de adversativas que possam neutralizar ou atenuar o impacto das decisões: ao contrário, os operadores acentuam e sintonizam a escalada da atividade governamental frente à progressão da epidemia. Numa edição livre, com as marcas de ênfase em negrito: **mais 1.000** agentes e a participação de **mil recrutas** vão se somar aos **4 mil** agentes já trabalhando. Os laboratórios do Exército **também** vão fazer exames de dengue. E em outra decisão **obrigou** os planos de saúde a pagarem todo o tratamento. O governo anunciou hoje a

extinção e a criação. **Além** da participação de homens do **Exército** e da **Marinha**, **2.000 agentes** vão ser contratados; O ministro da Saúde José Serra anunciou hoje a participação de **1.000** homens do Exército em SP. **E** a prefeitura vai contratar **1.000 agentes**.

A ênfase não é só verbal: as palavras sublinhadas marcam o movimento das sobancelhas dos apresentadores, operadores paraverbais de uma enunciação que, sabidamente, se quer sóbria, “isenta, imparcial” (BONNER, 2009). As reportagens, por sua vez, têm o uso abundante de recursos gráficos para retratar a escalada da epidemia. A do dia 18 enfatiza, ainda, que os números são subestimados:

JN – 18/2/2002 – STAND UP: Os números da epidemia da dengue no Rio não param de crescer e assustar. E o pior é que os especialistas garantem que para cada caso há pelo menos 4 pessoas que ficaram doentes, foram tratadas em casa, por médicos e hospitais particulares e **nada** foi comunicado. Assim, a epidemia no Rio **já teria passado de 100 mil pessoas**.

OFF: A epidemia não está espalhada em todo o país. A situação é mais grave em Mato Grosso, onde foram confirmados 946 casos; 1.570 casos em Pernambuco, com 1 morte, e 633 no Ceará, com 2 mortes. A situação é muito pior no Rio, onde já são 25.535 casos, com 11 mortes.

No entanto, as reportagens não deixam de acompanhar as medidas, notadamente a participação das Forças Armadas e dos bombeiros fluminenses, com imagens impactantes do contingente mobilizado.

Como dito, a partir de 19 de fevereiro, a mobilização da população passa a ser destacada: nesse dia, mostra-se o “arrastão” em Goiás, com a participação de moradores e, principalmente, a ação dos agentes de saúde, com coletes identificando o Ministério da Saúde. No dia 23, sábado, com apresentação de Alexandre Garcia, uma reportagem de 1’45” mostra detalhes da ação exemplar “da maior cidade do país”: passeata, grafite, esquete de teatro, moradores de uma favela engajados na limpeza de valas e córregos. O protagonismo aqui é claramente da população: autoridades, como a prefeita Marta Suplicy e o secretário municipal de Saúde Eduardo Jorge, aparecem na passeata; os entrevistados são um grafiteiro, um ator da esquete e uma criança, que demonstra o quanto aprendeu com a peça interativa – com direito a um coro de aplausos puxado pelo repórter; mostram-se imagens do trabalho de limpeza dos moradores de uma favela “que está mudando a paisagem”. No Rio, outra reportagem, com mais 1’43”, mostra a ação da organização não governamental *Viva Rio*, em parceria com instituições de saúde. A disposição da população é focalizada em depoimentos, no treinamento de voluntários e no trabalho “de formiguinha” já em curso.

Esse esforço é personificado, na cobertura dos telejornais da Globo, por uma nova e importante figura: o voluntariado, cujo maior representante é a *Viva Rio*. Seu protagonismo é evidenciado na proposta e capacidade de mobilizar diferentes grupos da população e outras

entidades. Após informar sobre o treinamento de 250 voluntários e a existência de uma lista de espera de 850 pessoas, a entrevista explica a ação dos voluntários:

JN – 23/2/2002 – Representante da Ong *VIVA RIO*: Eles vão procurar as Igrejas, eles vão procurar os clubes, eles vão procurar as entidades de classe, eles vão procurar as organizações sociais e vão fazer essa orientação de educação em saúde.

O *off* destaca ainda que o que une pessoas de vários bairros do Rio, de todas as idades, de níveis de escolaridade bem diferentes é a “a indignação e a vontade de agir”. No *JN* fala mais alto a disposição para a ação, traço comum nas entrevistas e na edição das reportagens. Seu auge é o editorial, na véspera do Dia D:

WILLIAM BONNER: Antes de encerrar o *JN*, é preciso dizer uma coisa muito importante: os brasileiros estão ameaçados por uma doença que pode matar, transmitida por um inseto minúsculo, um mosquito.

FÁTIMA BERNADES: É preciso acabar com esta ameaça. É preciso acabar com os mosquitos e com os criadouros do mosquito. Você, a sua família e seus vizinhos, nós aqui, todos temos a obrigação de evitar que mais brasileiro morram de dengue.

WILLIAM BONNER: Amanhã, o Rio de Janeiro vai ter o Dia D, contra a dengue, mas o que os cariocas vão fazer amanhã, pode ser feito por todo mundo em todas as cidades do Brasil. Presta atenção ao que fazer: (...)

Os diferentes blocos são separados por vinheta visual e sonora, e cobrem um conjunto diversificado de informações. Durante 4’26”, os apresentadores se revezam para explicar, em tom extremamente coloquial e com detalhes minuciosos, como identificar o inimigo, como verificar se há focos locais e explicar os cuidados a serem tomados e os perigos a serem evitados. As imagens alternam artes gráficas (por exemplo, para explicar a evolução do *Aedes* em suas várias fases), com imagens de arquivo (para exemplificar os cuidados, a ação dos agentes sanitários e de carros fumacê). Depois de explicar os cuidados domésticos e tomar como certo que cada um já fez o que deve, inclusive olhar “embaixo da geladeira”, Bonner pergunta: “E o vizinho? Será que ele fez o mesmo?” Cabe a uma mulher, representando a população, responder: “Não basta cuidar da sua casa, é preciso cuidar da rua, do seu bairro e ampliar para toda a cidade”, com cenas de trabalho comunitário e mobilização.

A opção por integrar a luta contra a dengue já havia aparecido no dia 1 de março. Na matéria que saudava o aniversário da cidade do Rio de Janeiro, no encerramento do telejornal, além das belezas naturais e do projeto do *RJTV* para eleger suas maiores belezas, a dengue também esteve presente. O perigo da doença é ressaltado, mas predominam as inúmeras provas de que o carioca sabe, “como poucos”, usar a criatividade e a alegria para superar o sofrimento: paródias musicais em vários ritmos musicais, capoeira e ação voluntária são mostradas como exemplo.

Esse posicionamento e os novos personagens da trama narrativa se refletem na distribuição do tempo de fala. Note-se que o espaço concedido aos “populares” e aos voluntários supera em muito aquele destinado às vítimas. Significativo aumento também dos depoimentos e entrevistas com autoridades das várias instituições envolvidas⁹². Chama a atenção o notável aumento do *off* e o retraimento da presença do repórter em cena – mesmo considerando que ela está “implícita” nas entrevistas.

Quadro 11 – Vozes na cobertura da epidemia em 2002.

VOZES	TEMPO
Vozes do JN	
Apresentador	15'15"
Voz <i>Off</i>	30'34"
Repórter	5'59"
Comentarista	1'25"
Subtotal	53'13"
Vozes da saúde	
Especialistas (técnico, médico, pesquisador, sanitarista)	45"
Autoridades sanitárias (secretários e ministro de Saúde, responsáveis pela vigilância epidemiológica, controle de vetores etc.)	4'25"
Subtotal	5'10"
Outras vozes	
Lideranças (moradores, sanitaristas, religiosas)	-
Populares	1'54"
Vítimas (doentes)	53"
Voluntários	1'25"
Outros (presidente da Associação de Empresa de Aviões Agrícolas)	05"
Subtotal	4'17"
TOTAL	1h 02'40"

Uma vez mais, vale destacar a manutenção do enfoque preventivo tradicional, embora intensificado pela ameaça e o perigo representados pelo vetor. A metáfora da guerra, já amplamente materializada pela presença do Exército, da Marinha e da Defesa Civil (Corpo de Bombeiros), é ampliada com a mobilização da população, atendendo a convocação das autoridades e da mídia para que “cada um se torne um guarda de sua casa, de sua rua.”

Também entre os especialistas esse tópico foi acentuado. Além dos determinantes sociais apresentados anteriormente – e que nesse período passam a ser remetidos às políticas intersetoriais –, a dengue é prova e exemplo cabal também do fracasso das ações específicas

⁹² O ministro José Serra não foi ouvido pelo JN.

de saúde pública em relação a agravos evitáveis⁹³. Nas duas dimensões, a falta de decisão política é destacada entre as razões do fracasso por não viabilizar a continuidade das ações técnicas de prevenção, a manutenção e o aperfeiçoamento das atividades de controle dos focos e dos sistemas de monitoramento epidemiológico, entomológico, virológico; a intensificação das iniciativas de mobilização popular, a infraestrutura hospitalar e plano emergencial para as epidemias. Todas essas medidas estariam cada vez mais comprometidas pela escassez de recursos agravada pelas políticas governamentais de ajuste fiscal (TAUIL, 2001, 2002; RADIS, 2002b).

Para o *JN*, muito do que estaria associado, para os peritos, à desarticulação entre instâncias governamentais e falta de decisão política é reunido na rubrica *burocracia*, que teve seu ponto alto no acompanhamento do caso dos carros doados pela Funasa e “rejeitado” pela prefeitura do Rio de Janeiro, entre os meses de janeiro e fevereiro. Esta questão, vale observar, não foi citada (ou reproduzida) nos depoimentos de vários especialistas ouvidos pela publicação *Súmula*, na edição de março de 2002, inteiramente dedicada à avaliação da epidemia. Muito possivelmente porque vários depoimentos enfatizavam a limitação de seus efeitos. Nesta publicação, a questão mais destacada por autoridades sanitárias e pesquisadores como exemplo de descontinuidade e desarticulação foi a demissão de mais de 5 mil agentes da Funasa, no Rio de Janeiro. O “caso” merece um *box* explicativo, que sintetiza a demissão ocorrida em 1998, a ação judicial movida pelos agentes demitidos, visando sua reintegração, a liminar favorável, concedida dois anos depois, a continuidade do processo e a defesa da iniciativa da Funasa, feita por Jarbas Barbosa, então diretor do Centro de Epidemiologia (Cenepi), da mesma instituição. Sua argumentação destaca que

Os mata-mosquitos eram fruto de uma concepção equivocada de combate á dengue: a fantasia de ser possível erradicar o *Aedes aegypti* a curto prazo, bastando contratar um exército provisório (...) O contrato foi sendo renovado porque o problema da dengue é permanente. Num dado momento, tomou-se a decisão de não prorrogar mais os contratos e passar a adotar no Rio de Janeiro o modelo vigente em todo o país. Ou seja, o governo federal repassa o recurso para a prefeitura, e esta contrata seu pessoal permanente. Em alguns município houve demora excessiva na contratação dos novos agentes. O que ocorre é que as pessoas tendem a buscar explicações simplistas para as epidemias (...) O fato é que já houve grandes epidemias com os mata-mosquitos e anos sem epidemias, como 1999, que foi o ano posterior à não renovação dos contratos. Essas [atraso do contratado, descentralização e demissão], portanto, são explicações sem base em evidências técnicas, mas que expressam posições políticas ou repetem o senso comum sem a devida avaliação crítica. A questão é que os municípios precisam realmente contratar pessoas em número suficiente e isso não está acontecendo (BARBOSA apud RADIS, 2002b, p. 5).

⁹³ Para o sanitarista Paulo Buss, então presidente da Fiocruz, a reintrodução da cólera e da dengue “é a medida do fracasso da área de saúde pública: termos no país, e em pleno crescimento, a incidência dessas ‘doenças medievais’” (RADIS, 2002 a, p. 3).

Não obstante, a posição criticada pelo diretor do Cenepi é mantida pelo ex-secretário estadual de Saúde/RJ, Gilson Cantarino, pelo médico e pesquisador Rivaldo Venâncio da Cunha e por José Wellington, epidemiologista da Fiocruz. Este último destaca a redução salarial no vínculo com as prefeituras como outro agravante.

Como vimos, as ações emergenciais foram um dos temas centrais da cobertura, mais empenhada em apontar os obstáculos burocráticos para seu desenvolvimento do que seu alcance e eficácia, aspectos considerados relevantes pelos especialistas ouvidos por *Súmula* e em periódicos científicos, desde, pelo menos, 1998. A eficácia da pulverização aérea – por seu alcance limitado frente aos hábitos domésticos do principal vetor e também pela resistência desenvolvida pela espécie, após anos de uso – e os riscos à saúde humana e ao meio ambiente pelo inseticida foram os mais recorrentes⁹⁴.

O chefe do laboratório e da equipe que identificou a presença do DEN 3 no Rio de Janeiro, no *JN*, foi ouvido sobre a pertinência ou não da pulverização aérea, preservando de seu depoimento o trecho sobre o ecossistema e não o argumento que associa sua ineficácia aos hábitos domésticos do mosquito. Da mesma forma, a avaliação de Anthony Érico Guimarães, entomologista da Fiocruz, sobre os efeitos limitados das velas de andiroba e aparelhos elétricos, além dos riscos advindos do uso continuado de repelentes, foi registrada na cobertura do *JN*. O telejornal não julgou importante destacar seu parecer sobre o ‘fumacê’, que “também pode ser ineficaz, pois o mosquito só morre quando atingido diretamente por, pelo menos, uma microgota do veneno, e a probabilidade de isso acontecer é muito pequena. Dessa forma, o fumacê acaba apenas espantando o mosquito, na maior parte das vezes” (RADIS, 2002b, p. 8). Tais argumentos vêm acompanhados da ênfase na dificuldade de erradicar o vetor e na necessidade de priorizar o combate às larvas.

5.2.3 O sofrimento

A forma de exposição do sofrimento é o terceiro elemento que sustenta nossa percepção de que não houve interesse do *JN* em radicalizar a indignação da audiência. O que não significa que o sofrimento não tenha sido narrado em texto e imagem. Em 17 de janeiro, como vimos, o final da cabeça registra o aumento de 63% dos casos no Brasil. A reportagem de Ari Peixoto se inicia assim:

⁹⁴ Além da publicação analisada – não só nos depoimentos, mas também na apresentação de estratégias de controle biológico e no anúncio da patente do primeiro inseticida biológico nacional (respectivamente nas páginas 8 e 3) –, a questão também é destacada por Campos, Andrade (2001) e Augusto et al. (1998).

OFF: Foi no domingo que Sandro começou a ter os sintomas da doença.

SANDRO: Febre alta, enjojo, tonteira e dor nas pernas.

OFF, sem som ambiente: O exame de sangue confirmou o diagnóstico: dengue hemorrágica, o mesmo tipo que, no ano passado, **matou o irmão** dele.

MÃE: Eu to vivendo **um drama**, né, **um pesadelo que não acaba nunca**.

Na sequência, é relatada a situação já crítica da sétima epidemia de dengue no estado do Rio, onde “o número de casos subiu de 428, em 2000, para 68.438, em 2001”, com um caso a cada hora na primeira quinzena de 2002. As imagens mostram a ação dos técnicos da Funasa pulverizando quartos, jardins, supervisionando uma caixa d’água em cima do telhado. O drama da família de Sandro foi a ilustração e o ponto de passagem para os “números frios” da epidemia.

No *JN*, cenas de sofrimento só voltaram a aparecer em 18 de fevereiro, também no início da reportagem logo após o final da fala de William Bonner: “As medidas foram tomadas por causa do aumento do número de casos da doença no Rio”.

JN – 18/2/2002 – OFF: Ana Letícia chora de dor na sala de emergência do hospital [close de Ana Letícia chorando/plano aberto dela no banco, junto com outras pessoas, coberta com manta azul; na frente, uma haste com soro, de outra jovem, à esquerda/]. Metade dos doentes desta sala está aguardando a [close senhora, queixo apoiado na mão, com esparadrapo/volta para plano anterior/] confirmação de que tem dengue [plano médio de profissional de saúde, de costas, atendendo paciente sentada no banco de espera, rosto de outra mulher em quadro/]

ANA LETÍCIA: Sábado e domingo eu fiquei deitada o dia todo, com febre alta, sem pode levantar. Eu não conseguia ficar de pé nem 1 minuto *[quase close de Ana Letícia, marcas de lágrimas]*

OFF: Só aqui, no Hospital do Andaraí, na Zona Norte do Rio, 80 pessoas foram atendidas hoje. O chefe do setor de dengue do Hospital da Universidade Federal do Rio, diz que **nem a rede de saúde, nem os médicos estavam preparados para uma epidemia tão grande** *[pan da direita para esquerda, pessoas recebendo soro, poltronas; parte de senhor idoso, passa por senhora idosa e fecha zoom in em mulher negra/].*

PAULO FEIJÓ: Nós temos que aumentar a capacidade instalada de uma forma rápida, uma resposta rápida às necessidades dessa situação, que é quase uma situação de guerra.

A cena de Ana Letícia é mais dramática do que a anterior, em que pese a gravidade do depoimento de uma mãe que já havia perdido um filho e acompanhava outro, com a mesma doença, ao hospital. Ana Letícia sofre e chora, mas está sendo atendida, assim como as outras pessoas mostradas durante a fala do repórter. A sequência da reportagem a situa como uma vítima de uma situação de guerra imprevista, mas não é oportunidade de cobrança ou denúncia.

Esse enfoque se mantém na matéria do dia 19 de fevereiro, quando a reportagem vai a um hospital público da Zona Oeste do Rio e mostra que doentes (“os pacientes de dengue”)

fazem fila. “Por dia, são 250 atendimentos, famílias inteiras **vítimas** da doença”. Uma mulher é entrevistada: “Tá eu, minha filha, minha sogra, todo mundo passando mal”. Também é informado que no hospital particular, do mesmo bairro, a espera pode chegar a duas horas, mas “A direção está contratando mais médicos e enfermeiros e criando novas áreas para consulta”.

No dia 22/2/2002, não há depoimentos. Logo após o teste do carro fumacê, enquanto o áudio relata novas mortes, são mostradas cenas de pessoas internadas ou aguardando atendimento:

OFF: Hoje mais três pessoa morreram por causa da dengue. Já são 17 mortes no Estado [pan percorre enfermaria da direita para esquerda, mostrando três camas: na primeira mãe abraçada com filho; na do meio homem deitado, com moça em pé, ao seu lado; mulher em pé, ao lado da última, onde uma profissional de saúde ausculta um homem deitado, com efeito slow], o que transforma esta epidemia na segunda maior que o Rio já teve desde [corredor, com filas de pessoas esperando em cada lado, sentadas/profissional colhendo sangue de um paciente] 1986 [câmera no alto, corredor lotado, pessoas em pé].

As matérias seguintes não privilegiam a cena hospitalar e tratam das medidas, reuniões, possibilidade de resistência do vetor ao inseticida usado no fumacê, polêmica sobre o uso de aviões agrícolas para pulverização da área metropolitana do Rio de Janeiro. Já vimos como, no dia 23, a reportagem no Rio e em São Paulo enfatiza a participação da população em diversas atividades. Nela, são atualizados o número de casos em São Paulo – dez casos contraídos em cidade/estado; entre os voluntários do *Viva Rio*, o depoimento de um homem sobre a doença em sua família. Estamos longe, no entanto, do sofrimento da doença.

Mais eloquente para caracterizar o posicionamento do *JN* e aquele proposto à sua audiência é a ausência de nomeação das vítimas, relato dos casos singulares e de cenas de enterro de vítimas da dengue. Em 1998, como discutido antes, o anúncio da confirmação das primeiras mortes por dengue hemorrágica foi acompanhada por imagens de dois cortejos fúnebres. No dia 13 de abril, William Bonner anunciava “a segunda vítima fatal da dengue este ano no Brasil”, e a reportagem mostrava o enterro de Dona Sebastiana e também de D. Eurídice, mãe de Antônio, que já havia perdido a esposa, ambas tendo a dengue hemorrágica como suspeita de *causa mortis*. Em 2002, com a reportagem acompanhando de perto a evolução epidêmica, esse recurso não foi acionado, assim como nenhuma vítima foi identificada ou teve características biográficas destacadas na cobertura – o irmão de Sandro é mencionado, mas seu nome não é citado, nem fotos são mostradas. Já na edição do *RJTV*, há espaço para que a mãe, vestida com camiseta que estampa a foto de Leandro, faça críticas à

saúde pública. Também não houve referência às ações judiciais impetradas por vítimas da dengue, citado na edição de *Súmula* (RADIS, 2002a, p. 3), em nenhuma matéria do *corpus*.

É importante sublinhar que no telejornalismo local houve o relato individualizado de, pelo menos, oito mortes, várias em janeiro. Além de descrever a evolução do caso, a reportagem ia aos bairros, ouvia familiares indignados e vizinhos que denunciavam a situação de descaso e abandono. Nas entrevistas com as autoridades, foi possível que a apresentadora – após solicitar informações sobre dois casos de morte relatados na reportagem – perguntasse ao subsecretário municipal de Saúde: “O senhor está satisfeito com o combate à dengue?” (*RJTV1*, 19/1/2002). Também foram denunciadas as pausas para lanche e almoço dos funcionários, “que deixam os pacientes revoltados” (*RJTV1*, 25/2/2002). Sem direito a réplica, mas com a imediata intervenção do secretário municipal de Saúde.

Tais características são, claramente, associadas ao caráter comunitário dos programas, assim como o papel de representante dos interesses de seu público. Ausentes do *JN*, em 2002, veremos que muitas dessas estratégias serão redimensionadas e apropriadas pela enunciação do principal telejornal do país, em 2008.

5.3 PONTO DE PASSAGEM

A análise das narrativas do *JN* sobre as epidemias de 1998 e 2002 trouxe elementos importantes para estimar continuidades e deslocamentos do posicionamento do telejornal e do tipo de politização empreendida. Por um lado, observa-se que a maior gravidade do ciclo epidêmico de 2002 foi acompanhada pela ampliação do espaço concedido ao tema e a intensificação do apelo à mobilização popular. Por outro, entre as mudanças mais significativas, destacam-se a presença explícita das divergências entre as autoridades políticas e sanitárias e a abordagem da dengue como um problema mundial, relacionado à interação de fatores sociais e epidemiológicos mais complexos.

No entanto, uma marca distintiva e comum aos dois períodos foi a demarcação das causas principalmente no presente epidêmico. Essa inscrição temporal do evento permitiu ao telejornal, com ênfases distintas, complexificar a cadeia causal e apontar os prejuízos provocados pelas desavenças políticas à saúde da população. Mas, simultaneamente, desvincular o agravamento das epidemias de dengue das opções envolvidas na condução das estratégias específicas e das políticas mais amplas. As medidas anteriores do governo federal – como o corte de recursos e a demissão de agentes sanitários – não entraram em discussão, embora as falhas nas ações preventivas fossem alvo de críticas. O que poderia ter sido feito antes foi citado, mas não constituiu um foco de problematização. A única exceção a ser

assinalada foi o “caso” dos carros fumacê, não utilizados por “burocracia” ou divergências políticas menores, já que o próprio telejornal se encarregou de desqualificar os argumentos técnicos alegados por representantes da Secretaria Municipal de Saúde. Os limites da eficiência da pulverização aérea não foram considerados relevantes, até porque os carros representam, também simbolicamente, as intervenções sanitárias e as esperanças de controle da epidemia.

Em cada presente epidêmico obteve maior destaque o anúncio das medidas que estavam sendo tomadas para deter o avanço da epidemia: os recursos estavam sendo liberados, as Forças Armadas foram convocadas, acentuando os limites impostos pelos obstáculos técnicos e políticos “locais”. Nesse enquadramento, e principalmente em 2002, a importância da participação da população como um todo foi renovada e intensificada, segundo o ideal do voluntariado. Se houve espaço para sublinhar a indignação com a situação, falou muito mais alto a necessidade de cada um fazer a sua parte na guerra contra o inimigo comum. Uma estratégia muito característica das medidas sanitárias tradicionais. No entanto, o tratamento impessoal dos casos de mortes nos pareceu a estratégia mais evidente para demarcar o posicionamento de contenção da indignação e da responsabilização. Como vimos, em 1998, casos individuais foram mostrados, inclusive cenas de enterro, embora (ou talvez porque) fosse bem menor o número de óbitos.

Muitos fatores aos quais não temos acesso – de natureza institucional, empresarial, conjuntural etc. – devem ter incidido nas diferentes modelagens discursivas das epidemias de dengue, em 2002. No entanto, chama atenção que o “calendário epidêmico”, principalmente no estado do Rio de Janeiro, não tenha suscitado críticas mais contundentes, diante do maior vulto e mortes causadas. Ao contrário do que foi percebido no telejornalismo local, apresentadores e repórteres do *JN* não assumiram, decididamente, o papel de juízes, representantes da população ou em posição de criticar os segmentos que não colaboraram; tampouco a edição e os recursos mobilizados foram orientados nessa direção. Além do acompanhamento da gravidade da situação e a preocupação com sua possível intensificação, o *JN* se coloca como partícipe da mobilização nacional face à explosiva propagação da doença e do aumento do número de mortes, cumprindo o papel educativo e mobilizador.

Esse papel foi assumido maciçamente pelos meios de comunicação no período, mas principalmente na imprensa escrita as críticas também foram intensificadas, principalmente tendo em vista as eleições presidenciais. Com esse histórico e com a explosividade associada à entrada do vírus 3, dificilmente a dengue não se tornaria também um problema público, político e eleitoral. E, de fato, esta epidemia foi um dos principais temas das campanhas,

notadamente dos candidatos Lula e Garotinho, contra o candidato Serra. O próprio José Serra, ao entregar o cargo de ministro da Saúde, cita a epidemia de dengue como um dos problemas mais sérios enfrentados em sua gestão, em matéria incluída em nosso *corpus*. Segundo nossa análise, no entanto, fica claro que o *JN* optou, tanto quanto possível, por investir na dissociação desses elementos. Alternando a objetividade informativa, que entrelaçou os números da epidemia com as medidas para seu controle, com o discurso pedagógico, o telejornal pôde deixar em posição periférica tanto a questão da responsabilização quanto o sofrimento dos doentes e familiares das vítimas fatais da epidemia.

É importante ressaltar que a ênfase nas atividades de informação e comunicação visando à mobilização comunitária e, principalmente, na responsabilidade individual se coadunam com os rumos das políticas de promoção da saúde, predominantes nesse período, no Brasil e no mundo. Em tempos de fortalecimento das teses neoliberais, os discursos da “nova saúde pública” ganham força e novas características em sua convergência com aqueles produzidos em outros campos, como os da responsabilidade social, pró-atividade ou empreendedorismo, *empowerment* e *advocacy*. Em relação à saúde, os programas propostos pelo Banco Mundial deixam clara a opção pela ação seletiva e focalizada, e a distância com o ideário universalizante de Alma Ata. No Brasil, o movimento sanitário enseja uma repolitização das lutas pela saúde e em defesa do SUS. Em 2002, tendo em vista as eleições, um fórum congregando diversas organizações de saúde coletiva lança um manifesto com suas teses e destaca:

este é o momento de transitarmos desde uma democracia eleitoral a um verdadeiro sistema democrático, o que só existirá quando forem apresentadas opções concretas de radicalização do processo de desenvolvimento nacional. Isto significa, um padrão de desenvolvimento que coloque como objetivos centrais o investimento em um crescimento autônomo e soberano, voltado para a geração de emprego, distribuição de renda e garantidos direitos de cidadania. (...)

No entanto, os governos tornaram-se prisioneiros dos instrumentos de sua política monetária, o que acarretou a consolidação de um padrão de capitalismo financeiro que, apesar de dinâmico e inserido na economia globalizada e no comércio internacional, produz e reproduz a concentração da renda. (...)

É preciso que estes mecanismos [democracia direta] deixem de ser restritos às áreas sociais e avancem para aumentar a transparência e a participação social na definição e implementação das políticas macroeconômicas, pois sabemos que estes são fatores condicionantes do êxito na democratização da política de saúde. Setorialmente também temos que radicalizar para fazer valer o texto constitucional (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2002, p. 1).

Cenário ainda de luta e disputas, também no interior do próprio movimento, mas que não impediu o avanço da perspectiva hegemônica da promoção da saúde e suas propostas seletivas e crescentemente orientadas para as responsabilidades individuais, inclusive no

âmbito de programas como o de Saúde da Família. Isso ocorreu por uma série de fatores, mas cabe destacar

a emergência de uma nova sensibilidade social, na qual as questões da subjetividade, da ética e da autonomia individual ganharam proeminência no combate às tendências mais cruéis do neocapitalismo globalizado (...) A emergência de uma compreensão que abraça denotativas de individualidade e subjetividade não deveria obscurecer a dimensão social da saúde (NOGUEIRA, 2003, p. 181).

Esse período também marca a intensificação da linguagem do risco na imprensa. Spink e colaboradores analisaram as edições do jornal *Folha de S. Paulo*, de 1921 a 1997, percebendo que o “uso intensivo da linguagem do risco é um fenômeno dos anos 90, sendo que o uso se inicia pelas áreas onde o conceito já estava mais consolidado: a economia e a saúde” (SPINK et al., 2002, p. 155).⁹⁵ Seu emprego não é unívoco, apresentando semantizações distintas, entre outros fatores, segundo a área de conhecimento e/ou editoria, além de variação das estratégias, tendo em vista o interlocutor imaginado. Especificamente em relação à saúde, nota, no entanto, a ênfase no “dever de prevenção” individual, ancorada nos cálculos probabilísticos efetuados por especialistas.

⁹⁵ Os pesquisadores apresentam, na mesma página citada, a distribuição temporal das 454 matérias encontradas em 1994 e 1997: 24 em 1994, 14 em 1995, 39 em 1996 e 377 em 1997. Em comparação diacrônica, utilizando uma amostragem do período entre 1921 e 1998, apenas uma matéria com o termo foi encontrada na década de 1950 e sete nos anos 1980.

6 DENGUE, RISCO E POLÍTICA DO SOFRIMENTO

6.1 EM 2008

Desde o segundo semestre de 2007, as estatísticas oficiais já apontavam para o expressivo aumento do número de casos em vários estados do país, antes mesmo do início do verão: 481.316 casos entre janeiro e setembro e 61 mortes por dengue hemorrágica revelavam um aumento de 50% em relação ao mesmo período de 2006. Mato Grosso do Sul, Ceará e Pará estavam entre aqueles com situação mais crítica, embora fosse preocupante o aumento de 82% de casos na Região Sul, a disseminação em 127 municípios paulistas e o aumento de mais de 40% no município do Rio de Janeiro. No final do ano, o Ministério reconhecia a situação epidêmica e anunciava a intensificação do combate e a antecipação das campanhas de prevenção junto à população.

O assunto continuou a merecer grande destaque na imprensa escrita e, desta vez, também no *JN*. O telejornal exibiu uma série especial de reportagens sobre a doença, entre 8 e 12 de outubro de 2007.

No início de 2008, enquanto se observa a diminuição do número de casos no país – quase 40% nas cinco primeiras semanas do ano –, a situação se agrava significativamente no Estado do Rio de Janeiro, com 42% de aumento. Em março, a capital registrava mais de 20 mil casos, com 29 mortes, e o Estado, mais de 30 mil, com 47 óbitos, a maior parte em menores de 15 anos.

Novamente, as avaliações divergentes das autoridades ocuparam lugar central. No município, as autoridades sanitárias negavam a epidemia, enquanto o prefeito Cesar Maia recusava-se a conceder entrevistas. O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, reconhecendo a gravidade, instituiu um gabinete de crise no Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que não poupava críticas à condução municipal. Posição compartilhada pelo governador Sérgio Cabral. Mais uma vez, as Forças Armadas são convocadas, desta vez para assumir a instalação de tendas de hidratação e hospitais de campanha.

Intensificando a tendência apontada em 2002, a dengue ocupa espaço significativo do telejornalismo local e, a partir da segunda quinzena de março, também no *JN*. Nesse período, foram localizadas 23 matérias, associadas ao incremento das estatísticas: os números de casos oscilaram entre 19 mil e 55 mil casos, e as mortes elevaram-se de 28 para 54, a maioria de crianças e adolescentes. A cobertura permanece intensa na primeira quinzena de abril – quando os casos no estado evoluem de 57 mil para 93 mil, e as mortes confirmadas passaram

de 67 a 87 –, apresentando forte declínio na segunda metade. Em abril, também foram exibidas matérias sobre dengue em outros estados, principalmente do Nordeste.

O *corpus* deste ano é composto por todas as matérias veiculadas em março pelo *JN*, concentradas na segunda quinzena. Integram o *corpus* secundário todas as matérias do *RJTV2* desse período e as do *RJTV1* veiculadas nos dias 24 e 25 de março, assim distribuídas:

Quadro 12 – Cobertura da epidemia em 2008.

	MARÇO	
	QUANT.	DUR.
<i>JN</i>	23	58'51"
<i>RJTV1</i>	20	41'38"
<i>RJTV2</i>	26	54'09"
TOTAL	69	2h 34'38"

Tanto a restrição do *JN* (exclusão de abril) quanto da primeira edição do telejornal local (apenas dois dias em março) foram impostas pela magnitude da cobertura e o alto custo para aquisição das matérias. Note-se que o *RJTV1* já vinha acompanhando o tema dengue desde, pelo menos, novembro de 2007, quando identificamos 45 registros. Após um declínio em dezembro, com 16, o espaço dedicado à epidemia foi ascendente, atingido o auge também na segunda quinzena de março, com 132 matérias.⁹⁶ Nesse período, houve dias em que mais da metade da edição foi ocupada por esse tema, alternando reportagens gravadas e ao vivo, em vários pontos da capital e do estado, com entrevistas com autoridades de saúde no estúdio. Foi o caso dos dias 24 e 25, respectivamente com aproximadamente 20' e 28', quando foram entrevistados os secretários estadual e municipal de Saúde.⁹⁷

O conjunto selecionado retém a importância que o *JN* conferiu à epidemia, cuja expressão vai além do aspecto quantitativo. O grau de investimento manifesta-se nos editoriais, na mobilização de equipes de reportagens para percorrer unidades assistenciais, áreas críticas, local de moradia das vítimas em diferentes pontos da capital e da região

⁹⁶ Em abril, 123 das 160 matérias foram exibidas na primeira quinzena.

⁹⁷ No período estudado, o *RJTV1* tinha, em média, 40' de duração. A cobertura da dengue alternou duas vinhetas, “Rio contra a dengue” e “Todos contra a dengue”. No dia 8 de janeiro, o telejornal anunciou a divulgação diária dos números da dengue na cidade e no estado. A maior parte das matérias foi veiculada na coluna *RJ Móvel*, sendo o tema frequente também na coluna *Amigos do Rio*. Além da ronda pelas áreas críticas e hospitais, principalmente emergências públicas, foram constantes as denúncias de focos, orientações preventivas e, a partir de março, o acompanhamento da campanha de doação de sangue, promovida pela TV Globo (Projac – o centro de produção da Rede Globo, em Jacarepaguá –, universidades e escolas de samba foram alguns dos lugares percorridos pelo ônibus de coleta), sempre com muitas entrevistas de artistas da emissora e personalidades da comunidade visitada.

metropolitana e na diversificação das estratégias narrativas reunidos em quase uma hora dedicada ao tema, em 12 edições no período.

A gravidade da que é considerada a maior epidemia de dengue do estado e do país não é suficiente, todavia, para entender a relevância que adquire na pauta do telejornal e as estratégias acionadas para narrá-la. Decisivo foi o enquadramento do evento como previsível e evitável, com desdobramentos significativos na hierarquia dos elementos incluídos na rede explicativa, posto que a responsabilidade humana foi apontada como causa maior tanto da eclosão quanto do agravamento da epidemia. Outra característica distintiva foi a forma de apresentar o sofrimento, com o privilégio do relato de experiências singulares, com alta intensidade dramática.

A supremacia da ação humana na causalidade da epidemia e a técnica de expor o sofrimento estão estreitamente vinculadas e respondem pela singularidade histórica do nexo entre negligência dos governantes e vulnerabilidade dos cidadãos. Sua análise em separado visa favorecer o maior detalhamento e aprofundamento do funcionamento das operações em cada dimensão, sem perder de vista a articulação entre elas. Seria impossível apreender, por exemplo, o tipo de responsabilização empreendida desvinculada da forma de narrar o sofrimento das vítimas. Nessa construção, houve grande investimento na relação texto/imagem, razão pela qual optamos por apresentá-la de forma diferenciada, visando detalhar com mais precisão sua articulação e os efeitos de sentido propostos à audiência⁹⁸. Por outro lado, é importante não perder de vista a sequência cronológica das reportagens, já que seu fluxo quase diário⁹⁹ estabelece uma dinâmica serial do drama epidêmico, pontuada pela intensificação progressiva de suas características centrais.

6.1.1 Causas e responsáveis ou os responsáveis como causa principal

Como nos anos anteriores, principalmente em 2002, dois tópicos foram regulares no *corpus*: i) o acompanhamento e a explicação do aumento do número de casos e mortes, principalmente entre menores de 15 anos e ii) as orientações quanto ao tratamento, o reforço da necessidade de medidas preventivas e da mobilização solidária do voluntariado. A abordagem, no entanto, foi radicalmente distinta.

Começamos pela dramaticidade, uma das características mais marcantes da narrativa, injetada em doses crescentes na edição de texto e imagem nas duas semanas analisadas. E

⁹⁸ Mesmo essa iniciativa é, sabidamente, insuficiente para “traduzir” a força das imagens e de sua edição. Para contornar essa limitação, anexamos um DVD com as matérias que nos pareceram mais características deste e dos outros períodos analisados.

⁹⁹ Apenas a edição do dia 18 não abordou a epidemia.

segundo estratégias diversificadas. Já na primeira matéria, exibida no dia 17 de março, quando os casos de dengue no Rio de Janeiro atingiam 19 mil pessoas, a onipresente metáfora da guerra foi acionada segundo outra modalidade. A analogia com um filme de guerra, mobilizando repertório cultural e recursos da linguagem associados a um gênero cinematográfico específico. Assim, as imagens usuais das ações de combate ao “inimigo comum”, o *Aedes aegypti*, foram substituídas por seus efeitos, os “feridos de guerra”. A reportagem começava assim:

ÁUDIO

IMAGEM

<p><i>OFF</i>: As cenas parecem de um filme e as vítimas, de uma guerra.</p> <p>Mas esta é a emergência de um hospital público do Rio.</p> <p>Aqui todas as crianças estão com dengue.</p> <p>Na ala da pediatria, essas foram internadas com o mesmo diagnóstico.</p> <p>A situação é igual nessa outra unidade de saúde: a sala de espera está lotada.</p> <p>Pelo menos 300 crianças chegam aqui com suspeita de dengue, todos os dias.</p> <p>Camila tem apenas sete anos, mas sabe o risco que corre.</p> <p>CAMILA: Eu quero ser atendida [<i>pausa</i>]</p> <p><i>pra mim não morrer, né.</i></p> <p><i>OFF</i>, com som ambiente: A mãe da menina está desesperada. SOBE-SOM</p> <p>MÃE, chorando: Cadê os médicos dos hospitais públicos, que não tem?! As crianças estão morrendo!!</p> <p><i>OFF</i>: Crianças têm que ser amparadas: Juliana mal consegue andar.</p>	<p>Ambiente pouco iluminado, câmera na mão percorre leitos de uma enfermaria com várias crianças, algumas embaixo de cobertores/</p> <p>Detalhe menina, expressão abatida, tubos e esparadrapo na mão/</p> <p>Detalhe de outra criança no leito, chora, enquanto profissional colhe sangue/</p> <p>Outra criança, deitada e muito abatida/</p> <p>Menino deitado chora, mãe o segura, enquanto profissional colhe sangue/</p> <p><i>Close</i> folha com o nome de “Ruthely Sampaio – dengue”, escrito à mão/</p> <p><i>Close</i> folha “Giovanna Rodrigues da Silva – dengue – pediatria – maca extra”/</p> <p>Pai embalando bebê no colo/</p> <p>Criança em berço hospital, mãe do lado/</p> <p><i>Zoom in</i> em <i>slow</i>, criança no leito, até <i>close</i> identificação na parede Isaac Marques da Cruz – dengue – pediatria – 01”/</p> <p><i>Pan</i> sala de espera lotada de mulheres com crianças/</p> <p>Detalhe mãe embalando menino, abatido, no colo/</p> <p><i>Take</i> várias mães com crianças pequenas no colo, em pé/</p> <p><i>Close</i> bebê dormindo no colo da mãe/</p> <p>Plano fechado da menina, de trancinhas e expressão triste, até <i>close</i>/</p> <p>Plano mais aberto, Camila na frente do hospital, pessoas ao fundo; aperta os lábios/</p> <p><i>Close</i> mãe chorando, curto <i>zoom out</i>/</p> <p><i>Close</i> Camila, que olha para mãe/</p> <p><i>Close</i> mãe, <i>zoom out</i> até enquadrar a filha também e o gesto enfático das duas mãos/</p> <p>Plano sem iluminação TV: uma mãe abraça a filha, em primeiro plano; em segundo plano, efeito “lente” destaca a mãe que ajuda a menina Juliana a sentar/</p>
---	---

MÃE, irritada: Mandou aguardar, não tô vendo entrar ninguém lá pra dentro. <i>STAND UP</i> : O medo ronda pais e mães . Eles já chegam aos hospitais assustados com as dores no corpo e febre dos filhos. O número de crianças com dengue não para de crescer: é o maior já registrado no Rio.	Externa, frente do hospital: mãe segurando mão de Juliana no peito/ Externa, portaria do hospital, com pessoas aguardando/ Pan de vários leitos enfermaria.
--	---

No final da matéria, Fátima Bernardes informa: “A prefeitura do Rio declarou que está treinando médicos e enfermeiros para atender pacientes com dengue. O Ministério da Saúde considera o avanço da doença preocupante no Rio de Janeiro”. A objetividade da apresentação das informações oficiais acentua o contraste com o contundente registro do sofrimento, desespero, medo e indignação dos pais no hospital. Se a responsabilização não é direta, a edição marca claramente a diferença do modo como a questão é tratada pelo telejornal e pelas autoridades.

Nos dias seguintes, com as mortes se avolumando e as filas crescentes nas emergências, a responsabilização da situação se adensa e circunscreve a posição enunciativa assumida pelo *JN*. No dia 19 de março, o telejornal noticia a denúncia-crime na justiça contra as autoridades das três instâncias executivas por negligência no atendimento aos doentes, impetrada pelo Sindicato dos Médicos/RJ. No final da reportagem, a imagem da face assustada de uma criança internada, com fios e tubos espalhados pelo corpo, sustenta a voz do presidente do sindicato quando afirma que “essa situação não pode ficar impune”.

Paralelamente, e pela primeira vez, o *JN* põe em questão o reconhecimento do caráter epidêmico, negado pelas autoridades municipais. Ao lado das explicações sobre a doença e o tratamento médico recomendado, anteriormente abordadas, esta é a principal questão colocada ao epidemiologista Roberto Medronho (UFRJ), no dia 19 de março.

O clímax é atingido na semana seguinte, com a expansão quantitativa e qualitativa da responsabilização, adquirindo notável nitidez no espaço informativo e nos editoriais. A ela esteve subordinado o acompanhamento detalhado do sofrimento dos doentes e dos parentes das vítimas fatais, assim como o anúncio das medidas das autoridades de saúde.

A edição do dia 24 de março é reveladora pelo fato de portar a decisão de sentido sobre a previsibilidade e a contingência da epidemia. A ela foram dedicados cerca de 10', no primeiro bloco do telejornal. No editorial de abertura, a lógica do risco aparece de forma cristalina:

FÁTIMA BERNARDES: Quando nós apresentamos a primeira reportagem da série [*sobre dengue*], em **8 de outubro do ano passado**, todos, aqui, no *Jornal Nacional*, estávamos convencidos da responsabilidade de cada um no combate a essa doença.

As autoridades públicas municipais, estaduais e federais, os profissionais da saúde, os profissionais de comunicação e cada cidadão brasileiro. Nas reportagens da série, nós relembramos os procedimentos básicos para eliminar criadouros de mosquitos; mostramos como o *Aedes aegypti* se reproduz e como todos precisam ajudar a combater a dengue, uma doença que pode matar.

WILLIAM BONNER: A dengue **não era novidade para ninguém**. Pelo menos **não deveria ser**. Mas, **apesar de tudo isso**, neste ano de 2008, **milhões de brasileiros** estão **assustados porque milhares ficaram doentes e morreram dezenas**. E, desta vez, no Rio de Janeiro.

Como explicar, naquele momento, 48 mortes e mais de 30 mil casos de dengue, principalmente entre crianças, se o risco de epidemia foi avisado pelo *JN* com tamanha antecedência e se as formas de controle eram amplamente conhecidas e fáceis de implementar? A resposta vem na reportagem seguinte, um histórico do agravamento da epidemia, que toma como ponto de partida a morte do menino Sérgio, por dengue hemorrágica, na véspera de Natal. Recupera o caso de Daniel Evaristo, de 6 anos, e ouve o relato indignado dos pais de Rodrigo Lopes, de 15 anos, para apresentar o aspecto mais doloroso da epidemia que “dessa vez tem nas crianças e adolescentes as maiores vítimas”. Enquanto as imagens mostram imensas filas e, em *close*, um bebê chorando, ouvimos:

OFF: Hoje, passados 3 meses da morte do menino Sérgio, com a **situação aparentemente descontrolada**, algumas medidas foram adotadas. **Só agora**, como de emergência. A principal delas é o início do funcionamento de três tendas de hidratação (...).

Providências que não aliviam o sofrimento de multidões: no dia 25, Fátima Bernardes destaca: “**Depois do anúncio de medidas emergenciais** para o combate à dengue no Rio de Janeiro, **5 mil pessoas por dia ainda** procuram os hospitais públicos”. A reportagem ouve e mostra várias pessoas nessa situação, que vivem cenas de “choro e revolta nas emergências do município e do estado”, antes de anunciar:

STAND UP REPÓRTER ANDRÉ LUIZ AZEVEDO: E hoje, **pela primeira vez desde que a dengue começou a matar** no Rio, **as autoridades de saúde** do governo federal, estadual e municipal, da região metropolitana, **se reuniram**.

Logo após, informa-se a criação do gabinete de crise, inclusive com a participação das Forças Armadas. Logo após, ouvimos as declarações do ministro e do secretário municipal e ficamos sabendo que o prefeito César Maia continua se recusando a ser entrevistado: lemos os destaques do e-mail, narrados pelo *off*. Justificativas, negativas e troca de acusações reforçam a crença de que, aos políticos, só interessa fugir de suas responsabilidades. Mas o *JN* insiste:

OFF: O *Jornal Nacional* fez a mesma **pergunta** às autoridades responsáveis pela prevenção à dengue: **por que só agora foram tomadas medidas de emergência?** O presidente Lula não falou sobre a epidemia de dengue.

Seguem outras justificativas atuais, enquanto a próxima reportagem recupera trechos de arquivo de declarações das autoridades das três esferas, feitas em 2007, todas reconhecendo os riscos e prometendo intensificação das ações. Os repórteres apontam sua insuficiência e ampliam o círculo de responsáveis:

OFF: Mas a doença cresceu. Atingiu 33 mil pessoas, em todo estado esse ano.

STAND UP REPÓRTER SANDRA MOREYRA [vista da cidade em segundo plano]: Não foi só a demora das autoridades no combate ao mosquito que fez a dengue aumentar tanto no Rio de Janeiro. Parte da população também não colaborou. Os agentes encarregados de fazer a inspeção sanitária não conseguiram entrar em 40% das casas da cidade.

A matéria encerra com o depoimento emocionado de mais um pai, cujo filho morreu de dengue, para reforçar a necessidade de ação coletiva contra a dengue:

PAI: A gente tem que nos preocupar com tudo isso aí. Não sou eu que tenho que me preocupar porque perdi um filho. Eu não me preocupava com a dengue. Mas hoje eu me preocupo porque eu perdi [pequena pausa] o meu coração.

Vimos que em 2002, enquanto o jornalismo local assumiu uma postura mais crítica na relação com as autoridades fluminenses, fiscalizando e cobrando medidas efetivas, no *JN* essa dimensão foi flutuante, muito menos enfática e circunscrita ao presente epidêmico. No entanto, se não era inédita, a responsabilização em 2008 distingue-se por ser fundamentada e estruturada pela lógica do risco. Ao contrário do conceito de perigo, no qual um evento futuro pode ou não acontecer, o conceito de risco postula imediatamente o poder da ação humana ao supor a dupla contingência do evento negativo (LUHMANN, 1993, p. 16). Além de ser meramente possível como um perigo, seu advento depende, ao menos em parte, de uma decisão tomada no presente, que pode ou não ser feita. Risco não é apenas oposto ao acaso, por implicar um cálculo probabilístico do futuro, mas também se opõe ao fatalismo: o evento previsível pode ser evitado por ações humanas. Se essa lógica é aplicada a um evento que já ocorreu, ou está em curso, busca-se no passado o momento em que algo poderia ter sido feito. Por essa via, a epidemia tornou-se plenamente previsível e evitável; consequentemente, a mácula do atraso foi sublinhada em cada iniciativa anunciada, sempre insuficiente por ter desprezado o momento no qual seus efeitos teriam construído outro presente.

A cobrança retrospectiva se mantém no dia 25, quando, em novo pronunciamento editorial, William Bonner afirma: “Quando se olha para trás, essa situação toda se torna ainda mais espantosa, porque já no ano passado a dengue foi um dos problemas de saúde pública mais graves do país”. Que o previsto aconteça, só pode surpreender se é suposto que o evento poderia e deveria ter sido evitado.

No dia 27 de março, volta à tona a responsabilização judicial, dessa vez tendo como alvo a aplicação de recursos. Segundo relatório do Tribunal de Contas, de janeiro de 2008, houve erros principalmente na aplicação de verbas federais repassadas para a prefeitura, e “cinco milhões e meio de reais deixaram de ser gastos”. Por suposto, as verbas para dengue existiam e eram suficientes: não se trata do “execrável” argumento de ampliação dos recursos públicos, mas sim do uso adequado e competente. Em 29 de março, notícias e entrevistas sobre inquérito instaurado pelo Ministério Público “para saber se houve omissão das autoridades” e a decisão da Justiça para que estado e município garantam a internação de doentes em hospitais privados. Os dois relatos reprisam o tipo de relação texto/imagem frequentemente utilizada nas 14 edições analisadas: enquanto a voz do repórter denuncia, surgem na tela as filas e a face triste e assustada de crianças em hospitais. A voz aponta o criminoso e a imagem mostra a vítima.

O tipo de responsabilização empreendido pelo *JN* não descartou os elos virológicos, biológicos e ambientais da cadeia causal. Estiveram presentes a coexistência de dois tipos de vírus, a suscetibilidade da população – principalmente seus segmentos mais jovens, sem imunidade para o DEN 2, que fazia sua reentrada no estado –, as características e os hábitos domésticos do *Aedes aegypti* – reforçados pelo incremento das condições propícias à sua proliferação –, a precariedade da rede assistencial e, muito frequentemente, de erros médicos. Além de matéria-prima do discurso informativo, tais componentes foram pedagogicamente apresentados e usados como argumento para o aumento da vigilância e cuidado – dos sintomas no corpo, dos criadouros domésticos, em suas próprias casas, nas dos vizinhos e no entorno – e para a intensificação da ação solidária, principalmente a doação de sangue. No dia 28 de março, o *JN*, seguindo o padrão do telejornalismo local, dedicou cerca de três minutos para perguntas da população, com dois especialistas revezando-se nas respostas.

Os agentes etiológicos, o vetor de transmissão e as condições ambientais que favorecem sua reprodução e disseminação geográfica explicam a explosividade e a gravidade da epidemia. Mas não afetam seu estatuto de fenômeno previsível, não atenuam a responsabilidade das autoridades por sua eclosão e, principalmente, não são acionados quando se trata de explicar por que um indivíduo específico contraiu a forma hemorrágica ou morreu, como vimos em 1998. Em nenhuma das entrevistas, ou nos relatos indiretos da experiência de doentes e casos fatais, foi mencionada a condição de saúde individual ou uma segunda infecção por outro tipo do vírus. Em contrapartida, todas as matérias conectaram o agravamento do quadro e a morte às medidas tardias, à falta ou à demora de atendimento e aos erros de diagnóstico e conduta terapêutica. Como na edição de 24 de março:

OFF [foto do rapaz sorridente e dos pais]: Rodrigo Lopes tinha 15 anos e era apaixonado por música. Os pais dele dizem que a doença só foi identificada depois de 23 dias.

PAI [sentado no sofá, desolado]: Meu filho durou 3 dias quando descobriram que estava com dengue. Não durou mais de 3 dias, ele faleceu 3 dias depois.

Assim, na maior parte das matérias as interações bioepidemiológicas puderam convergir ou serem mantidas a distância quando se tratava de apontar as responsabilidades de uma situação que deveria não existir. Nesse sentido, o peso relativo de cada elemento e das relações entre eles foi diluído, transformado em condições que potencializaram a causa maior: a omissão e a negligência dos responsáveis por evitar a epidemia. Nem mesmo os efeitos de fatores climáticos – intensificação do calor, umidade, chuva – na aceleração do ciclo de reprodução do vetor ocuparam o lugar reservado nas narrativas anteriores. Em 2008, quando citados, acentuavam a ausência da intervenção pública na escala e no tempo que seriam apropriados.

É importante destacar que, na explicação proposta pelo *JN*, a população não ocupou apenas o lugar de vítima. Como informou Sandra Moreyra, 40% dos moradores não permitiu que os agentes fizessem a inspeção sanitária em suas casas; muitos não fizeram sua parte. Essa dimensão foi reiterada em diversas reportagens e, na maior parte das vezes, na edição da fala de populares e vítimas, assustados e indignados com o descaso de vizinhos que acumulavam lixo ou não cuidavam de suas piscinas.

JN – 21/3/2008

ÁUDIO	IMAGEM
<i>OFF:</i> (...) Mas os moradores da cidade que se engajaram no combate ao <i>Aedes aegypti</i> , ainda não encontram apoio. Quando tentou denunciar um foco de mosquito, na piscina abandonada da vizinha, Dona Marlene ouviu apenas uma gravação: “Nosso horário de atendimento é das 8 às 17 horas, nos dias úteis.	Grupo de mulheres na rua/ Senhora ligando para o “Disque dengue”/ <i>take</i> da piscina/ Senhora ao telefone/

JN – 24/3/2008

ÁUDIO	IMAGEM
[<i>só som de agente batendo na porta</i>] <i>OFF:</i> Algumas [casas] estão fechadas, mas há casos em que os moradores se recusam a abrir a porta para a prevenção. Hoje, agentes encontraram dificuldades na Zona Oeste do Rio [agente: “senhora, equipe de combate ao dengue”], região que registrou o maior número de vítimas da dengue no município. Piscinas abandonadas, com água parada, ambiente ideal para reprodução do mosquito transmissor. VIZINHO: Já tem mais de um ano e meio, coisa assim, parecida, que não é cuidada, como deveria de ser.	<i>Take</i> de arquivo: grupo de agentes batendo na porta de uma casa, <i>zoom in</i> / Agente com colete da Defesa Civil subindo em muro por uma escada, pan para a porta fechada; grita para dentro da casa/ <i>Take</i> de arquivo: equipe na casa vizinha a uma com piscina/pan da piscina cheia/ <i>Zoom in</i> de repórter entrevistando para o vizinho, do lado da janela que dá para a piscina/

E a gente fica incerto com os vizinhos porque podem não estar fazendo o papel deles.	<i>Zoom in</i> piscina/
<i>OFF</i> : Hoje, um batalhão de bombeiros reforçou a caça ao <i>Aedes aegypti</i> : 500 homens.	Batalhão de bombeiros caminha/contraplano mais aberto/
Estiveram onde o combate ainda não tinha chegado.	Bombeiros entregam papel a uma moradora/
A vistoria é minuciosa, começa pelo quintal	Bombeiros em área externa de uma casa/
e vai até os ralos, dentro de casa, que são tratados com remédio. SOBE-SOM entrevista.	Bombeiro se abaixa até ralo do banheiro,
DONA DE CASA: Toda vez que vem eu abro, é importante	coloca substância/
porque mostra que é o cuidado, que vocês estão vendo e fiscalizando pra ver se está tudo certo ou não.	Moça na frente de casa, olha para a esquerda/
<i>OFF</i> : Cuidados que podem impedir novas mortes provocadas pela doença.	Rapidíssimo <i>zoom in</i> em bombeiro examinando vaso pendurado em uma varanda, no segundo andar de outra casa/ <i>zoom in</i> bombeiros de costas, saindo de uma casa.

Os dois exemplos demonstram que à parcela irresponsável foi contraposto o exemplo dos bons cidadãos. Mas o tipo de interação pedagógica não reforça apenas a necessidade de participação, mas cobra incisivamente que cada um faça a sua parte: na descoletivização operada pela lógica do risco, radicaliza-se a exigência de que todos os indivíduos tenham a mesma percepção e cota na gestão dos riscos. A responsabilidade maior, contudo, foi atribuída às autoridades. Afinal, se os bombeiros tivessem sido acionados há mais tempo ou o serviço de teleatendimento fosse eficiente, o governo poderia ter impedido que vizinhos negligentes colocassem os bons em risco.

O julgamento moral constituído na enunciação do *JN* recorreu à verdade jurídica – houve omissão e negligência –, o que as ações do Ministério Público e da Justiça corroboraram. Tomadas em conjunto, as diversas modalidades de judicialização são apresentadas como alternativa de ação coletiva frente à epidemia e para a punição dos responsáveis. Em outras palavras, a audiência é convidada a avaliar as decisões dos governantes segundo suas qualidades e opções individuais, em vez de ser convidada a pensar que expressam uma decisão coletiva feita por ela mesma, quando os elegeram. Desse modo, mais do que tentar a mudança pelo voto, cabe a via judicial para punir culpados ou obter reparação.

Judicialização da política, nesse caso, não deixa de ser a manifestação de uma forma de politização apolítica. Também aqui há uma ideologia, a transparência. Se a rotina segura e prazerosa, de direito, deveria existir, mas é interdita pelas falhas de governantes e

funcionários, cabe exigir crescentemente a transparência das ações do Estado para reduzir a probabilidade de haver sofrimento. Ideal que expressa um reposicionamento dos cidadãos frente à política: assumir o papel de vigilância permanente e controle minucioso marca a distância com um momento histórico onde os cidadãos estavam implicados na conquista e no exercício do poder para a construção de outro mundo comum. A transparência pode tornar-se assim a virtude moral exigida dos governantes num tipo de democracia em que a *reserva de desconfiança* é cotidianamente exacerbada e a política pouco se distingue da gestão (ROSANVALLON, 2006, p. 261-268). O posicionamento do *JN* parece não deixar dúvidas quanto ao exercício, ou pelo menos sua candidatura, a outro tipo de gestão: constituir-se em gestor legítimo dessa reserva de desconfiança, com a denúncia cotidiana das falhas cada vez mais transparentes de governantes, políticos e maus cidadãos. E não só em relação à dengue, como o noticiário não cessa de demonstrar.

Nesse sentido, deve ser destacado que, no *corpus* de 2008, mantém-se a ausência de lideranças – religiosas, profissionais, associativas ou de moradores – percebida nos anos 1990. Contraste acentuado com a década de 1980, quando habitavam o espaço narrativo não só para denunciar o descaso, mas para defender políticas e planos de saúde alternativos. Como se viu, houve exceções, que do nosso ponto de vista confirmam a regra: o Sindicato dos Médicos, ou, melhor, a ação judicial por ele impetrada, a mobilização de voluntários, que requer boa vontade e solidariedade, mas não expressa ação política organizada¹⁰⁰, o Ministério Público e as Forças Armadas. O Corpo de Bombeiros pode ser também lembrado. Mas, na narrativa do *JN*, as esperanças de ação imediata e resolutiva são dirigidas às Forças Armadas. No dia 31 de março, a participação dos militares nos hospitais de campanha é saudada como alternativa extraordinária, no duplo sentido do termo. No início da reportagem, o *off* contrapõe a incapacidade do sistema de saúde frente à embaraçosa regularidade da dengue no Rio de Janeiro: “As Forças Armadas se apresentam para ajudar, dão uma força a um sistema de saúde que, às vezes, dá a impressão de não se aguentar em pé”, com a significativa imagem que acompanha o final do texto: soldados com uniforme de campanha amparam uma mulher e ajudam a colocá-la na maca. O ritmo da edição das imagens se acelera para mostrar o desempenho militar, mesmo no “improvisado hospital de uma doença só”. Gritante contraponto com os serviços públicos ordinários, onde vemos mães desesperadas e revoltadas tentando forçar a entrada e o atendimento:

¹⁰⁰ No *corpus* ampliado, uma matéria focalizou uma reunião do Conselho de Municipal de Saúde, apresentado como órgão de fiscalização das ações de saúde (*RJTV2*, 25/3/2008). A fala do presidente enfatiza a ação conjunta das esferas de governo, na forma de um centro de referência unificado.

JN – 31/3/2008

ÁUDIO	IMAGEM
Hoje, nesse hospital de campanha, sete pessoas descobriram estar com a forma mais grave da doença: dengue hemorrágica.	Externa, câmera na mão segue outra mulher, mão no rosto, sendo levada na maca para tenda, com um grupo/contraplano maca entrando na tenda, com militares dentro/
Algumas foram levadas de ambulância para hospitais da rede pública, mas ainda não há vaga para todas.	Externa de criança saindo de maca da tenda, com grupo de atendimento, militar segura soro, entrando na ambulância/
São pais e filhos , pra lá e pra cá, precisando de um colo , de uma atenção que, finalmente, parece chegar . SOBE-SOM.	Externa: câmera acompanha uma mulher passando com filho no colo, ajusta e enquadra pai com menino no colo vindo de outra direção, junto com um militar e mulher com criança caminhando atrás/
MULHER: Foi muito rápido o atendimento [RJTV2]	Externa, mulher com tendas ao fundo/
<i>OFF</i> : Um contraste com o clima de indignação do fim de semana, onde sobrava reclamação e faltavam médicos, principalmente pediatras.	<i>Close</i> de um menino. Ele olha para o alto, aperta os olhos, junta seu rosto no do pai, que chora e o beija/
Hoje, um grupo de mães não aguentou tantas horas de espera: elas tentaram, à força, obter um socorro para seus filhos .	Mães tentando entrar à força, desesperadas; um segurança as impede/
(…)	(…)
<i>OFF</i> : Para as crianças que se recuperam aos poucos, nos hospitais [<i>de campanha</i>], os dias passam devagar. O que é o pior dessa história toda?	<i>Zoom out</i> de menina pequena no leito até enquadrar profissional ao lado, ajustando equipamento/
MENINO: Tirar sangue, trocar o negócio da veia.	Sentado em leito hospitalar, meio sorrindo/ <i>close</i> mão com tubo de soro e esparadrapo, pan ascendente e para direita mostra dois outros leitos, com crianças e parentes ao lado/
<i>OFF</i> : Picadas dolorosas, é verdade, mas melhores do que as de um certo mosquito.	<i>Zoom out</i> de <i>close</i> de menina deitada, em pan para esquerda, outra menina, com mãe ao lado/
Essas crianças estão tendo o cuidado delicado que precisam e que todas têm direito .	Três leitos infantis, zoom in em pan para a janela até close no arco-íris.
Forças Armadas, mais médicos, começo de uma luz no fim do túnel.	

Note-se que, em diferentes modulações, até 2002, esteve presente nas narrativas o esforço das equipes, seja na linha de frente do atendimento ou na retaguarda laboratorial. Não raro, a abertura dos apresentadores e as reportagens destacavam que os profissionais “estavam se desdobrando” para responder ou ao menos aliviar o impacto da epidemia. Se não eram entrevistados, as imagens encarregavam-se de mostrar a intensificação do ritmo do trabalho. Essa dimensão não teve espaço nas inúmeras matérias que focalizaram a caótica situação das unidades assistenciais em 2008. Apenas na fala de um popular, na edição de 17 de março, houve uma leve menção ao esforço médico: “Muitas crianças em macas nos corredores, o chão sujo, sabe, tem poucas pessoas... Os médicos até têm **uma certa boa vontade**, mas pelas

condições que eles têm lá dentro...”. Como regra geral, o anúncio de novas contratações, da ampliação da carga horária, do cancelamento de folgas ou suspensão de férias teve a marca da insuficiência (pelo atraso) ou suspeita de efetividade, visto que tais notícias vinham sempre acompanhadas das dramáticas cenas das emergências superlotadas. Ouvir os profissionais de saúde diretamente envolvidos com tamanho sofrimento, talvez levasse a “humanização” do relato para os “culpados”, abrindo uma indesejável fissura na clara divisão postulada entre o bem e do mal.

Tal abordagem também prescindiu da inclusão dos determinantes sociais da doença e da epidemia: pobreza, ausência de saneamento básico, fornecimento regular de água e coleta de lixo, déficit educacional, habitacional e assistencial puderam ser omitidos ou reduzidos à dimensão gerencial. Eloquentemente, nesse sentido, foi a reedição de reportagem apresentada no *RJTV2*, no dia 29 de março. Ao narrar mais uma morte, a repórter vai ao bairro onde mora a família. Na frente da casa, mostra uma nuvem de mosquitos e indica a ausência “de saneamento básico e calçamento de ruas”. Essa é a única vez em todo o *corpus* de 2008 que houve a indicação de causalidade estrutural. Sintomaticamente, no *JN* do mesmo dia, a mesma imagem ganha novo *off*: “na frente da casa de uma delas [*das três crianças enterradas nesse dia*], os inimigos são muitos e se reproduzem sem parar, um viveiro de mortes”.

6.1.2 O sofrimento das vítimas

A diferença histórica na causalidade também está relacionada a modos distintos de os meios de comunicação exporem o sofrimento de estranhos e de interpelarem sua audiência. Esquemáticamente, na causalidade estrutural, a audiência é endereçada como os felizes responsáveis pelo sofrimento dos infelizes, seja por responsabilidade passiva, quando poderiam ajudar e não o fazem, seja por responsabilidade ativa, através, por exemplo, da teoria da exploração, em que a felicidade de poucos é conseguida à custa da infelicidade de muitos (ARENDR, 2001; BOLTANSKI, 1999). O “sistema” é a causa, mas os felizes são por ele beneficiados e podem transformá-lo através da política. Os infelizes, por sua vez, tendem a ser mostrados como anônimos, até porque se trata de suscitar a compaixão ao mostrar o que caracteriza uma condição coletiva: cada sofrido é apenas um exemplo dos miseráveis, oprimidos, explorados. Esse enquadramento aparece com clareza nas mortes de crianças por desidratação e gastroenterite, em 1984.

Na causalidade, em que o sofrimento se deve a decisões dos políticos, a tendência é individualizar os sofridos, contando suas histórias de vida e realçando o quanto eram felizes até a interrupção súbita da rotina (VAZ, 2009a, 2010). Em vez de ser endereçada como os

felizes, a audiência é convidada a ocupar o lugar de vítima virtual, a se conceber também como ameaçada por aquele tipo de evento em virtude de sua aleatoriedade e pela negligência dos governantes. A presença de detalhes insignificantes do ponto de vista da concepção tradicional de notícia tem a função de favorecer essa identificação. Simultaneamente, esta estratégia confere momentos de protagonismo à singularidade de cada sofredor que, em nosso *corpus*, eram todos pobres.

Em 2008, desde a primeira matéria, a singularização do sofrimento concentrou alto investimento narrativo. Para melhor detalhar as operações e os sentidos propostos, vamos distinguir dois tipos: o sofrimento dos que estão doentes e o sofrimento dos familiares de vítimas fatais.

6.1.2.1 O sofrimento dos doentes

Invariavelmente, o sofrimento dos doentes foi apresentado nas unidades públicas de saúde: unidades de atenção básica, emergências e leitos hospitalares. Em todas, a mesma cena se repetia: enormes filas, salas de espera superlotadas, insuficiência de leitos, profissionais e precariedade das acomodações. Na edição, a objetividade dos números e dos sintomas da doença era contraposta à experiência singular: primeiro, por vários *closes* das faces e dos corpos mais exauridos; em seguida, nos depoimentos que destacavam o tempo de espera, a frustração de tentativas anteriores, as dores mais agudas.

A nomeação, forma primeira de individualizar o sujeito no mundo, constituiu uma operação central e regular na narrativa desse tipo de sofrimento, mas não de forma absoluta. O sofrimento focalizado pode ser anônimo, sem abandonar a dramaticidade da denúncia e a indignação do relato. No final da reportagem do dia 20, um paciente em cadeira de rodas esperando atendimento afirma: “um descaso total, essa é a realidade, é um descaso total”. No dia seguinte, o *off* destaca: “Os mais velhos também sofrem. Esta senhora de 70 anos conseguiu ser atendida apenas na terceira unidade que procurou”, enquanto a vemos caminhado, amparada por duas pessoas. No dia 21:

OFF: É muita gente. O atendimento demora.

MOÇA: [voz *desanimada*] Cinco horas.

HOMEM: Nós pegamos o número 100, está no número 50.

O sentido orientado à indignação fica mais claro quando comparamos com a edição do *RJTV2*, exibida um pouco antes. Foi irrelevante a explicação fornecida pelo mesmo

entrevistado: “Deu uma paradinha agora, né, porque tiveram que atender uma emergência lá dos internados, né”.

No entanto, a identificação foi uma marca regular a aparecer com inédita frequência. O que parece indicar que, no conjunto das enunciações, foi preciso ultrapassar o uso convencional dos créditos que aparecem durante uma entrevista ou um depoimento, inseridos no canto inferior da imagem do falante. Duas estratégias foram acionadas: mostrar o nome em imagens ou incorporá-los na fala dos repórteres e apresentadores. Ambas indicam que a eles está reservado outro lugar na teia enunciativa que propõe vínculo de maior proximidade com o telespectador. Nas 13 edições analisadas, 46 vítimas foram nomeadas, entre as quais 41 com menos de 15 anos, uma grávida e seu bebê. Um expressivo indicador da frequência, mas que não expressa a dramaticidade dos relatos.

A opção de nomear por imagens foi apresentada no tópico anterior, na edição do dia 17, quando a câmera na mão do cinegrafista mostra crianças na enfermaria e a edição privilegia os detalhes: a expressão de uma menina no leito, com expressão abatida e a mão coberta de esparadrapo que mantém o soro; outra criança chora, enquanto profissional colhe sangue; um menino chora e a mãe o consola. *Close* também na rústica identificação dos ocupantes dos leitos: escritos à mão, aparecem os nomes de Ruthely Sampaio, Giovanna Rodrigues da Silva e, antes do de Isaac Marques da Cruz, um pai embala um bebê e outra criança no leito é mostrada, ao lado da mãe. Nesse dia, de forma conjugada com a nomeação verbal de Camila, que temia a morte, e de Juliana, que não conseguia ficar de pé.

No dia 19, o caso da menina Thaísa abre e fecha a reportagem. No início, o *off* informa que “O estado de Thaísa, de seis anos, é grave. Ela vai precisar ser transferida para uma UTI”, enquanto vemos a menina coberta por tubos, no leito da enfermaria. A mãe ratifica: “Cada dia que passa, ela piora mais ainda”. No final, a imagem de Thaísa retorna para tecer o elo com a responsabilização e a necessária punição, pontuando a fala do presidente do Sindicato dos Médicos contra a impunidade.

Este e outros sentidos são ofertados na edição dos dias 21 e 22 de março. As duas reportagens são abertas com casos fatais, discutidos mais adiantes. Destaquemos, por ora, a imagem do pai de Caroline, sentado no chão, encostado na parede, com a filha no colo. O *off* informa que “Depois de esperar quadro horas na fila, Caroline, de quatro anos, desmaiou”, e o pai, desanimado afirma: “Covardia, né, covardia vê tanta criança desse jeito, né”. Aumento da carga dramática em relação ao *RJTV2* do mesmo dia, quando Caroline não foi identificada e o *off* dizia que a menina “estava passando mal”. Da mesma forma, no dia 22 de março:

OFF: Quase 33 mil doentes em todo estado, 48 mortes. Nos hospitais, centenas de pessoas procuram atendimento, com sintomas iguais aos provocados pela dengue: dores na cabeça, no corpo, febre alta. [*em tom mais baixo*] **O que elas sentem?**

IONE [*expressão de dor, voz embargada*]: Medo de ser uma dengue hemorrágica, chegar em casa, a dor de cabeça aumentar, quando chegar já é tarde demais.

O repórter se encarrega de apresentar os sintomas da doença. O que a pergunta expressa e a edição conserva é a generalização do sentimento de medo e insegurança que acompanha o diagnóstico e a orientação recebidos.

6.1.2.2 O sofrimento da perda

Em relação às vítimas fatais, a nomeação foi imperativa e articulada em outra estratégia narrativa. Os relatos do agravamento da doença e morte foram intercalados com características biográficas e preferências pessoais, como o time de futebol, o animal de estimação, as novelas e, principalmente, os sonhos para o futuro. Por que informações tão íntimas são importantes na narrativa? Parece claro que elas se destinam a realçar a inocência das vítimas, aumentar a indignação, favorecer a identificação da audiência com os sofredores e reforçar a aliança com o telejornal que denuncia tamanho escândalo.

A edição do dia 25 de março condensa os elementos dessa retórica. Nesse dia, a epidemia ocupou 10'23" do tempo do *JN*, 5'25" dedicados às vítimas fatais menores de 15 anos, que respondiam por 27 das 49 mortes no estado do Rio de Janeiro. Destaca-se, em primeiro lugar, o esforço para identificá-las: 27 crianças e adolescentes tiveram seus nomes e idades ditos e mostrados em quatro blocos exibidos ao longo do telejornal. Cada bloco iniciava com uma vinheta, em três segundos de silêncio: sobre fundo azul, foram apresentadas imagens esmaecidas da foto de rapaz de *smoking*, provavelmente nas mãos de sua mãe; o rosto triste de uma mulher, no canto esquerdo da tela, seguido por outra mãe chorando desconsolada, amparada por parentes, à direita. O efeito de fusão, ao sobrepor por instantes duas imagens, atenuava o corte seco e sublinhava a emoção contida nas cenas. Em seguida, surgem, vindos do fundo da tela, o nome e a idade de cada criança, com a voz de Fátima Bernardes pronunciando cada nome. Seis delas também com pequena foto em moldura oval. Acompanhando o nome da última criança citada em cada bloco, uma foto ocupava toda a tela e dava início a uma reportagem específica, com cerca de um minuto de duração. Com exceção do bebê Leonardo, de 1 ano e 6 meses, o nome e a reportagem eram feitos pela repórter Mônica Teixeira.

Com pouca variação, as quatro histórias continham a mesma estrutura: apresentação do local de moradia, identificação dos pais, características da personalidade, as preferências e

os sonhos da vida normal e feliz de cada criança, entrevista com os pais, relato do rápido curso de adoecimento e morte, o sofrimento e a perda insuperável da família. Ao final, a mesma foto da abertura sustenta a voz da repórter: “A dengue matou [nome] aos [X] anos de idade”, em vez de dizer, como seria mais usual, “[nome] morreu de dengue” – ou de outra doença. Talvez para sugerir que houve crime e afirmar que as mortes eram evitáveis, concluindo o trabalho de sentido iniciado com o espanto do âncora de que o previsto tivesse ocorrido. Entre os blocos, os textos, gestos e expressões de Fátima Bernardes, mãe de trigêmeos, também sublinhavam o absurdo da situação:

Nesse grupo de cidadãos, a maioria era naturalmente mais frágil, tinha menos de 15 anos. Eram crianças, tinham uma vida toda pela frente. Tinham uma família, um endereço. Tinham um nome. (...)

O número de morte por dengue no Rio de Janeiro está quase 10 vezes maior do que o limite **tolerado** pela Organização Mundial de Saúde. **Mas** o que essa tragédia tem de **mais doloroso** é o fato de ter interrompido 25 vidas que estavam só no início. Em respeito a dor das famílias, essa edição do *Jornal Nacional* deu nome a essas crianças. Brasileiros com menos de 15 anos, que morreram por causa de **um mosquito** [*gesto e expressão do absurdo*], no século XXI.

Os relatos utilizaram fotos privadas das vítimas alegres, fantasiadas, brincando e com uniforme escolar, comprovando a felicidade então existente e brutalmente interrompida. A rotina segura e prazerosa é a condição para os planos de futuro: Samuel queria ser bombeiro ou médico para salvar vidas; Amanda economizava para sua festa de 15 anos; Patrick ansiava pelo começo das aulas. No texto dos repórteres e na fala direta dos pais, a felicidade foi articulada ao valor moral de seus filhos: estudiosos, caseiros, generosos, religiosos, solidários, e o bebê Leonardo, “brincalhão por natureza, não precisava de brinquedos”. Um exemplo, na íntegra:

JN – 25/3/2008

ÁUDIO	IMAGEM
Silêncio	Vinheta vítimas
OFF MÔNICA TEIXEIRA: nomeia vítimas infantis até Patrick Luis de Souza Gomes, que morava na Cidade de Deus, filho do meio de Jorge. O pai traz lembranças nas mãos: a mochila com os brinquedos preferidos, o material escolar.	Nome e idade de cada uma, algumas com fotos/ Foto menino sorridente, fundo vermelho, ocupa toda a tela / Geral rua da favela/ Câmera baixa, na mão, Jorge caminha com a mochila na mão/ Plano mais fechado de Jorge caminhando, passa pela câmera/
PAI E REPÓRTER: Caderno, borracha [<i>falam juntos</i>] lápis de cor, tudo, cola. Tudo ele que escolheu.	Os dois (ele de frente para câmera, ela de costas) colocam o conteúdo numa mesa; ao fundo, um “toldo” entreaberto, com grande imagem de Nossa Senhora, deixa ver vala e mato da rua/

<p><i>STAND UP</i> REPÓRTER MÔNICA TEIXEIRA: Mas Patrick nem chegou a usar os cadernos e lápis que ele escolheu com tanto carinho. Na primeira semana de aulas, o menino não pôde ir à escola.</p> <p>O pai teve que levar o filho para o hospital.</p> <p><i>OFF</i>: Primeiro veio a febre, depois dores e vômitos; no quarto dia, o fã de super-heróis não resistiu.</p> <p>JORGE, PAI DE PATRICK: Era o xodó da família. Não descartando os outros, né, mas ele era o Patrick, ele era o “Super-homem”.</p> <p>A dengue matou Patrick Luis de Souza aos sete anos de idade.</p>	<p>Câmera na mão; <i>zoom out</i> da repórter, que caminha, mato e vala, ao fundo, até enquadrar pai que tira material da mochila e coloca na mesa, onde a camiseta escolar está estendida/</p> <p>Repórter aponta e câmera fecha nele/</p> <p>Foto de Patrick se desloca para direita até ficar só fundo vermelho/mesma foto com Patrick no centro/</p> <p><i>Close</i> de Jorge, olha para baixo/ Olha para o lado (repórter)/ Abaixa e levanta a cabeça, sorri/</p> <p>Foto de Patrick, usada na abertura, entra da direita para esquerda e para um pouco mais para a esquerda.</p>
---	--

O sentido do sofrimento é dado, primeiro, pela dor incomensurável dos pais. Seus relatos exemplificam uma diferença significativa na forma de expor o sofrimento que pode ser sintetizada como a passagem do Crucificado à Pietá (Fassin, 2010). Se no primeiro tipo as marcas visíveis do corpo que sofre estabelecem imediatamente a distância com a audiência, no segundo as imagens e os testemunhos de parentes sobre a imensidão da perda, ao contrário, favorecem a identificação direta: qualquer um é capaz de se angustiar e revoltar ao imaginar-se diante da perda de um ente tão querido.

Esta estratégia narrativa esteve presente em outras edições, em geral no início ou na conclusão da reportagem. E não só em relação às crianças. No dia 26 de março, aparecem na abertura das duas reportagens exibidas pelo JN:

ÁUDIO	IMAGEM
<p><i>OFF</i>: Suzana Souza de Santos era uma mulher forte, tinha 26 anos e 3 filhos.</p> <p>Ela é a última vítima confirmada da dengue no Rio.</p> <p>O marido diz que Suzana passou por um posto de saúde e três hospitais,</p> <p>que teriam demorado a fazer o diagnóstico. SOBE-SOM</p> <p>JORGE LUIS CAMPO, MARIDO DE SUZANA: Ela ficou no soro, passando mal, e eu do lado. O que eles querem fazer agora, deveriam ter feito de 2002 pra cá. Pô, dengue no Rio de Janeiro? Pô, não era para existir mais, era pra ser erradicado já há muito tempo.</p>	<p>Arte: foto 3X4 de Suzana, sobre fundo em tons de azul/</p> <p>Foto de Suzana e filhos na igreja, altar ao fundo/</p> <p>Marido no sofá, gesticulando e falando para repórter na sua frente; plano médio, câmera à direita/</p> <p><i>Zoom in</i> detalhe documento de atendimento, em papel timbrado da Secretaria Municipal de Saúde; escrito à mão Dengue e o nome de Suzana/</p> <p>Marido na mesma posição, olhando para repórter, mas a câmera é frontal.</p>

ÁUDIO	IMAGEM
<p><i>OFF:</i> Na sala da casa, a estante exibe fotos de Sara, 6 anos, sempre sorridente, sempre ao lado da irmã gêmea.</p> <p>A mãe não consegue olhar sem lágrimas nos olhos. SOBE-SOM</p> <p>JANICE LOIOLA, MÃE DE SARA: Uns quatro dias antes do acontecido, ela deitada assim, na minha cama, e ela falou uma coisa pra mim: Mãe, é, eu vou crescer, vou trabalhar, vou ganhar muito dinheiro pra te dar tua casa na praia, que era um sonho que eu tenho.</p> <p>[segue a explicação da letalidade...]</p> <p><i>OFF:</i> Mas quando Janice teve certeza que a filha Sara estava com a doença, já era tarde demais.</p> <p>A dengue foi violenta e Vitória, agora, não tem mais a irmã Sara para brincar.</p>	<p><i>Zoom in</i> mãe, de costas para a câmera, arruma porta-retratos na estante/ <i>Close</i> de duas fotos de Sara, na piscina e de biquíni/ <i>Close</i> na foto: Sara sorrindo, duas mãos no rosto/ Foto de Sara com a irmã gêmea, fantasiadas de Minie/ Mãe, chorando, com som ambiente; pan descendente para foto de Sara em suas mãos/ <i>Zoom in</i> para rosto da mãe, olhando para esquerda, câmera frontal/ Chorando/ [...] Janice chorando/ <i>Close</i> duas fotos de Sara, na estante, mostrada no início da reportagem/ Pan da esquerda para a direita, circunda Vitória com uma boneca, sentada na varanda de casa.</p>

Da mesma forma, no dia 27, numa matéria fortemente didática que acompanha detalhadamente, durante dois minutos, a consulta de uma criança com suspeita de dengue, o encerramento lembra a dor dos que foram privados desse direito:

ÁUDIO	IMAGEM
<p><i>OFF:</i> Dona Maria não entende por que, no caso do filho dela, de sete anos, se complicou tanto. A Secretaria Estadual de Saúde do Rio vai investigar a conduta da médica que atendeu o menino. Jean é uma das 27 crianças mortas por dengue, esse ano, no estado.</p> <p>DONA MARIA: Ele tá fazendo muita falta pra mim [soluça no final].</p>	<p><i>Close</i> em Dona Maria, chorando muito/ <i>close</i> em foto de Jean, sete anos/ mãe olha foto do filho/ Dona Maria, muito emocionada.</p>

Outra variante para expor o sofrimento deve ser sublinhada: as cenas de velório e enterro, opção para narrar a morte de três crianças e de uma mulher grávida. Ao contrário daquelas exibidas em 1998, não há dúvida sobre o alto teor dramático com que foram revestidas:

JN – 21/3

ÁUDIO	IMAGEM
<p>[choro]</p> <p>OFF: Mais uma cena de dor.</p> <p>A epidemia de dengue fez uma nova vítima. Ana Clara tinha sete meses, morreu ontem à noite, num hospital da Zona Oeste do Rio,</p> <p>a região onde há o maior número de casos da doença.</p> <p>MÃE DE MARIA CLARA: Tiraram um pedaço de mim, tiraram um pedaço de mim, tiraram um pedaço da minha vida.</p>	<p>Curto zoom in mãe desesperada no enterro da filha, chorando e amparada por várias pessoas/</p> <p>Detalhe caixão branco/ foto de Ana Clara, no berço/ na cama</p> <p>Pessoas jogando flores no túmulo/</p> <p>Mãe, entre duas mulheres, câmera frontal, mas ela não olha direto e sim para a repórter, à esquerda, e para baixo.</p>

JN – 22/3

ÁUDIO	IMAGEM
<p>OFF [tom <i>consternado</i>]: Da felicidade causada pela gravidez de oito meses à morte causada pela dengue se passaram seis dias. Roberta Ramos sentiu os sintomas da doença no último domingo e procurou o hospital, mas foi mandada para casa porque não havia vagas.</p> <p>Ela piorou, foi internada na quarta</p> <p>e morreu ontem à noite.</p> <p>O bebê também não resistiu, morreu dois dias antes.</p> <p>Os médicos dizem que ele também foi contaminado pela dengue.</p> <p>RAFAEL RODRIGUES DA SILVA, IRMÃO DE ROBERTA: Minha irmã ficou em casa, mal, que ela não estava bem, olho fundo...</p> <p>MÃE DE ROBERTA, chorando: Ele não podia <i>fazerem</i> isso, mandar ela pra casa, não/Agora tá minha filha morta, aí.</p> <p>IRMÃ DE ROBERTA: Muitas famílias tá morrendo por causa dessa doença. Eu tomo cuidado, minha mãe toma cuidado, gente toma cuidado... Mas e outros vizinhos?</p>	<p>Arte-foto de Roberta, grávida de oito meses, exibindo a barriga, curto <i>zoom in</i>/</p> <p>Dois rapazes no enterro de Roberta/</p> <p>Mãe de Roberta, falando e com expressão de grande tristeza/</p> <p>Plano fechado do caixão no túmulo/</p> <p>Pessoas no enterro/</p> <p>Pessoas no enterro batem palmas; funcionário deposita coroa de flores/</p> <p>Atestado de óbito, arte destaca causa “dengue materna”/</p> <p>Externa, Rafael virado para a direita/</p> <p>Virada para esquerda, de perfil/</p> <p>Câmera frontal, ela olha para esquerda, em lento <i>zoom in</i>; vira cabeça enquanto fala.</p>

JN – 29/3

ÁUDIO	IMAGEM
<p>OFF: Na porta da casa de uma delas, os inimigos são muitos e se multiplicam sem parar,</p> <p>um viveiro de morte.</p> <p>Deiseane tinha apenas 12 anos,</p> <p>morreu ontem à noite, o enterro foi hoje.</p> <p>O médico, no atestado de óbito, não hesitou em apontar a principal suspeita, dengue hemorrágica.</p>	<p><i>Close</i> em <i>zoom out</i> de insetos voando em frente à casa até geral de área rural/</p> <p><i>Close</i> insetos/</p> <p><i>Close</i> foto Deiseane/</p> <p>Geral velório, parentes e amigos ao redor do caixão/</p> <p>Arte certidão de óbito/detalhe “dengue hemorrágica/</p>

<p>Mãe, pai, vivem a pior de todas as dores, enterrar um filho.</p> <p><i>[seguem notícias: inquérito Ministério Público sobre omissão autoridades, declaração de autoridades; decreto que obriga internação em hospitais particulares; abertura de mais uma tenda; ação da Defesa Civil e voluntários no controle ao vetor]</i></p> <p>OFF, com som ambiente: A raia da saúde botam a boca no trombone. Mostram como o mosquito pode estar muito bem escondido, em cima do muro, num simples caco de vidro.</p> <p>O que está bem exposto ao público é a dor de tanta gente nos cemitérios. Os parentes enterravam Milena, menina de sete aninhos,</p> <p>e não continham a raiva. SOBE-SOM</p> <p>AVÓ: ...E amanhã pode ser um de nós também.</p> <p>OFF, com som ambiente: A avó e a mãe estavam inconsoláveis, na hora do caixão descer chamavam Milena, clamavam por um milagre.</p> <p>STAND UP REPÓRTER MARCOS UCHÔA: Um pedido impossível de ser atendido, mas a população espera uma saída para o abandono que tem gerado tanto sofrimento.</p> <p>OFF: A mãe, Fernanda, sentada ao lado do túmulo, se negava a ir embora, dizia querer levar a filha à escola, ao balé. Uma dor, em carne viva.</p> <p>FERNANDA, MÃE DE MILENA, chorando: Não desejo essa dor ao pior inimigo que eu tiver na Terra.</p>	<p>Close mãe chorando muito/ Geral velório, parentes e amigos ao redor do caixão/ [...]</p> <p>Senhor com megafone, andando na rua, passa pela câmara e continua/ Close em martelo quebrando caco de vidro com água, em cima de muro/ Mãe de Milena gritando desesperada no velório e sendo retirada por parentes/ Parentes e amigos na capela/ coroa de flores sobre o caixão/ Avó falando e gesticulando enfaticamente, junto a outras pessoas/ Plano fechado da avó/ Câmera alta, mãe e avó de Milena rodeadas por várias pessoas, ao lado da sepultura/ Grupo de pessoas e dois funcionários do cemitério/ Repórter à esquerda da tela, ao fundo, pessoas em volta ao túmulo de Milena/ Aponta para o túmulo, em segundo plano/ Lento <i>zoom out</i> de mãe de Milena, sentada junto à sepultura da filha, chorando e falando ao celular/ Plano fechado, de perfil, sentada próxima ao túmulo da filha.</p>
--	--

A insistência na inter-relação entre técnica de exposição e concepção da causa do sofrimento deve-se ao fato de que sua variabilidade depende da concepção de justiça social aí implicada: as condições da vida em comum, com ênfase na igualdade e na liberdade, ou a garantia da rotina segura e prazerosa dos indivíduos. O ideal de justiça afeta o que despertará a sensibilidade compassiva, condicionando tanto o tipo de sofrimento selecionado quanto a forma de narrar.

Relembremos que, na forma de politização característica da modernidade, a política da piedade, nos termos de Arendt (2001), o sofrimento observado a distância era articulado à causalidade estrutural. Por ser histórica, seria passível de mudança pela união política dos

cidadãos em nome de um interesse coletivo maior. Hoje, a causalidade do Estado sobre a emergência de eventos que interrompem abruptamente a rotina dos indivíduos, como as epidemias, tem a forma da negligência, associada a falhas individuais de governantes e funcionários. Pela indignação em relação à ocorrência desses eventos, a rotina plena de prazeres e segura de cada indivíduo parece ser hoje o ideal a ser garantido.

Para a comparação histórica com a técnica anterior de expor o sofrimento, note-se que todas as vítimas que apareceram no *JN* eram pobres, como mostravam as imagens e falas localizando onde moravam: Bangu, Cidade de Deus, São João de Meriti, zona rural de Campos, Itaboraí, Duque de Caxias, Realengo ou, ainda, a indicação de que a vítima “morava nessa comunidade pobre”. A pobreza, contudo, não era a característica que favorecia a identificação, na forma de a audiência pensar como seria estar naquela condição. Como qualquer um, independente de suas vicissitudes, as vítimas já seriam felizes em suas vidas privadas; o que suscita a compaixão é a perda dessa felicidade. Assim, a pobreza pode ser mostrada e mesmo nomeada, mas, na comparação histórica, é duplamente elidida: não é obstáculo à felicidade, não aponta para desigualdades sociais, nem é articulada causalmente à emergência da doença e do sofrimento.

E a dengue poderia ser articulada causalmente à desigualdade. Abstratamente, porque esse enquadramento ainda está disponível em nossa cultura e porque os desvios do passado em relação a algum ideal são inumeráveis e, portanto, podem ser relacionados ao presente de sofrimento: existiam tanto a incompetência das autoridades quanto a desigualdade. Concretamente, algumas coincidências poderiam ter sido exploradas. A maior parte das mortes ocorreu após o atendimento em hospitais e emergências públicos; talvez fosse o caso de discutir o número de médicos no serviço público e sua remuneração ou a qualidade da atenção básica. O *JN* fez a retrospectiva de diversas epidemias, inclusive a de 2006 na cidade do Rio de Janeiro; em vez de só afirmar o escandaloso da reaparição em 2008 – ou mesmo em 2002 –, poderia ter notado a repetição dos bairros, com menor nível de renda e infraestrutura básica, onde houve mais doentes e mortes. E talvez a ausência de encanamento permita que não se descreva como escolha ou descuido o fato de se armazenar água em recipientes.

Para a forma de atribuição de responsabilidades bastou, no entanto, colocar de um lado o indivíduo sofrendor e/ou cidadão voluntário, e, de outro, o Estado e políticos que não mais representam diferentes opções e interesses antagônicos, apenas os seus próprios.

Quadro 13 – Vozes na cobertura da epidemia em 2008.¹⁰¹

VOZES	TEMPO
Vozes do JN	
Apresentador	4'08"
Voz Off	31'35"
Repórter	6'12"
Subtotal	41'55"
Vozes da saúde	
Especialistas (técnico, médico, pesquisador, sanitarista)	4'55"
Autoridades sanitárias (secretários e ministro de Saúde, responsáveis pela vigilância epidemiológica, controle de vetores etc.)	5'02"
Subtotal	9'57"
Outras vozes	
Lideranças (moradores, sanitaristas, religiosas)	5"
Populares	39"
Vítimas (doentes)	4'38"
Voluntários	10"
Políticos (governador, prefeito)	1'27"
Subtotal	6'59"
TOTAL	58'51"

6.1.3 A fala dos peritos fora do JN

Apontamos duas variantes identificadas neste trabalho de construção de uma enunciação verdadeira pelo telejornal: a que maneja atributos jurídicos e a que se reveste de autoridade científica da área da saúde. A primeira já foi abordada na análise dos tópicos anteriores. Em relação à saúde, vale destacar o aumento significativo do tempo de fala, se comparado com 2002, inclusive acionados para respostas diretas, no modelo “povo fala”. No entanto, é preciso considerar que também se intensificou a incorporação de suas explicações na própria fala dos jornalistas, valorizadas nas edições do telejornal com o uso de animação e infográficos.

Em relação à fala dos especialistas de saúde, duas dimensões envolvidas nas atividades prévias de seleção e edição merecem destaque. Por um lado, o que foi considerado relevante. Na primeira semana, os critérios para o reconhecimento do estatuto epidêmico da dengue e, durante todo o período analisado, os argumentos para o questionamento dos governantes quanto ao crime sanitário. Um aspecto importante a ser explicado por especialistas era a alta letalidade da doença, principalmente em menores de 15 anos: enquanto

¹⁰¹ É preciso lembrar que não conseguimos acessar os textos de abertura e fechamento de 12 matérias.

se noticiava a escalada vertiginosa do número de casos, era preciso responder por que uns e não outros adoeciam e morriam. O que leva ao terceiro tópico, o mais abordado: o que cada um fez para ficar doente e o que pode fazer para não adoecer. Cabem aqui as informações sobre a reprodução do vetor, a transmissão do vírus, as medidas de prevenção, os sintomas e possibilidades de evolução clínica da doença, sempre noticiadas pelo prisma dos cuidados individuais e segundo a estratégia pedagógica de opor o bom ao mau exemplo.

Três edições da *Revista Radis*¹⁰² forneceram o contraponto com as falas dos peritos privilegiadas pelo *JN*: a de dezembro de 2007 (RADIS, 2007), a de abril de 2008 (RADIS, 2008a) e, principalmente, a de maio, quando vários especialistas foram ouvidos sobre a epidemia fluminense (RADIS, 2008b).

De imediato, mas sem perder de vista a heterogeneidade das posições, emergem muitos pontos em comum com a cobertura do *JN*: a omissão das autoridades sanitárias, a ausência para um plano de emergência diante das sucessivas epidemias e a afirmação de que as mortes e o número de casos poderiam ter sido drasticamente reduzidos. No entanto, as (ir)responsabilidades públicas são apontadas e criticadas, mas também conjugadas com diferentes e inter-relacionadas ordens de determinação. Em maior ou menor grau, a causalidade estrutural é considerada nas avaliações. Ela é reconhecida tanto nas desigualdades sociais e precárias condições de vida e saúde da maior parte da população brasileira quanto na magnitude do déficit de serviços como saneamento, fornecimento regular de água e limpeza urbana. Um dos especialistas mais acionados pelo *JN* para explicar as características do vetor, dos riscos implicados na coexistência de vários tipos de vírus e orientar os telespectadores sobre os cuidados individuais de prevenção, em 2008, foi o pesquisador da Fiocruz Anthony Érico Guimarães. Fora do *JN*, ele

defende uma mudança no cenário geográfico urbano, “desfigurado pelo processo de favelização” e “grande responsável pela alta densidade do *Aedes aegypti*”, como parte da solução para o problema. Nas grandes cidades, alerta ele, problemas de abastecimento fazem com que as pessoas sejam obrigadas a manter recipientes com água perto de casa, criando potenciais criadouros, sem falar do processo de industrialização, que leva às residências produtos “descartáveis”, viveiros das larvas do mosquito (RADIS, 2007, p. 12).

Em relação às políticas públicas de saúde, além das desavenças partidárias “menores”, os especialistas apontam as dificuldades estruturais do sistema de saúde: principalmente, precariedade da rede assistencial, a falta de investimentos em sistemas de referência, na Atenção Básica e a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de

¹⁰² A *Revista Radis* substituiu, em agosto de 2002, as três publicações anteriores – *Súmula*, *Temas* e *Dados*. Cf. <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/todasedicoes>. Acesso em: 10/12/2011.

Janeiro – em 2008, apenas 8% da população – contribuíram para agravar a epidemia. São destacadas também a ineficiência e a descontinuidade dos programas de combate ao vetor, a má remuneração dos profissionais, a falta de capacitação para lidar com os quadros individuais e epidêmicos, principalmente de pediatras para tratar a dengue nas crianças. Aqui são conjugadas tanto as características do sistema imunológico infantil quanto as deficiências na formação dos médicos e ausência de medicamentos específicos. Para Patrícia Brasil, médica e infectologista da Fiocruz,

É verdade que não se tem uma droga específica contra o vírus ou contra os mecanismos fisiopatológicos que conduzem ao choque ou às grandes hemorragias, porém pode ser aplicado outro recurso altamente eficaz, que é a classificação dos pacientes segundo os seus sintomas para decidir condutas, assim como o reconhecimento precoce dos sinais de alarme que anunciam a iminência do choque e permitem ao médico estar à frente das complicações. (...) A vigilância clínica intensiva dos pacientes hospitalizados permite identificar, quase sempre, os sinais de alerta para início do tratamento. Entretanto, tratamento individual não pode ser definido integralmente nem ser aplicado adequadamente se não estiver inserido num conjunto de medidas de organização da assistência e de capacitação dos profissionais de saúde, com garantia de um mínimo de recursos. (...) além de problemas na atenção primária à saúde existe insuficiência de leitos para as formas complicadas ou graves da dengue, “assim como de outras doenças endêmicas como as meningites, que matam mais do que a dengue” (RADIS, *idem*, p. 30).

Por outro lado, a possibilidade de erradicação do *Aedes*, como sugerido permanentemente pelo JN, em aliança com a indignação de vítimas e familiares, é enfaticamente descartada, pelo menos desde o final da década passada. Características do vetor – principalmente sua extrema capacidade de adaptação aos ambientes humanos e sua competência na dispersão geográfica – conduzem os especialistas a afirmar que “o controle da dengue é uma das tarefas mais difíceis para os serviços de saúde” (MEDRONHO, 2009, p. 667), e que, sem uma vacina, seu controle e prevenção representam “uma formidável tarefa quase impossível de ser atingida com os atuais meios disponíveis” (BARRETO; TEXEIRA, 2008, p. 63).

As esperanças recaem sobre o desenvolvimento de uma vacina. No entanto, as tentativas se deparam com a complexidade das infecções provocadas pelos quatro sorotipos de vírus e os riscos da imunidade a um deles potencializar as formas mais graves da doença. A tarefa tem levado o Brasil a fomentar, desde 2002, a pesquisa em rede direcionada para a dengue e outras doenças negligenciadas, como a malária, hanseníase, leishmaniose, que “prevalecem ou podem incidir sobre 90% da população mundial e mobilizam cerca de 10% do capital global destinado à pesquisa” (BRASIL, 2010b, p. 1160).

Sem a vacina, especialistas como Rivaldo Venâncio, infectologista e professor da UFRMS, acreditam que epidemias de dengue podem ser previstas com “relativa facilidade”,

dado o conhecimento acumulado sobre a doença. O Levantamento de Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) é apontado como um dos instrumentos disponíveis e confiáveis para subsidiar a ação dos gestores (RADIS, 2007). No entanto, epidemiologistas reconhecem que, mesmo com o aprimoramento de estratégias de vigilância sanitária, existem importantes limitações nos modelos preditivos atuais, assim como no conhecimento sobre os mecanismos causais das formas mais graves da doença, como a dengue hemorrágica (BARRETO; TEIXEIRA, 2008). A expansão e a sofisticação de sistemas de vigilância e a organização da rede assistencial são citadas como iniciativas que permitem rápida reação, capazes de diminuir, mas não eliminar a ocorrência de casos fatais. E que merecem investimentos correspondentes.

Essa síntese parcial do debate entre especialistas em saúde coletiva nos aproxima, por contraste, do modo como a mídia utiliza suas falas. Embora sejam muitos os pontos de convergência, importa destacar que na seleção do *JN* foram priorizados os argumentos que permitiram a intensa responsabilização e ênfase nos cuidados individuais, ao passo que condicionantes e determinantes sociais e sua interação com os outros elos da cadeia causal foram suprimidos. Da mesma forma, a complexidade envolvida nas políticas e estratégias de prevenção e controle destoa do veredito midiático quanto à absurda contemporaneidade da doença e à facilidade de sua erradicação. Em 2002, como salientamos no capítulo anterior, essa dimensão pode ser destacada quando a dengue foi localizada como problema mundial de saúde pública. Em 2008, a OMS só é citada para destacar que o Rio de Janeiro estava muito acima dos índices “tolerados”, acentuando a indignação que um mosquito pudesse ainda matar crianças, em pleno século XXI, no Rio de Janeiro (*JN*, 25/3/2008).

6.2 PONTO DE PASSAGEM

Em 2008, o drama epidêmico encenado nas telas a cada noite reforçou as linhas-base do vínculo proposto com a audiência e da relação projetada com os outros poderes. A clara configuração de um “nós” – o próprio *JN*, as vítimas e os bons cidadãos – constituiu simultaneamente o “eles” – Estado, políticos e maus cidadãos. Ao primeiro grupo conferiu-se autoridade equivalente à dos peritos, valorizando-se o saber advindo da experiência vivida, em aderência ao ponto de vista do telejornal. Um exemplo ilustra a circularidade ininterrupta das concepções do senso comum e do discurso do telejornal: uma mulher entra com passos firmes em uma unidade de saúde, após já ter levado os dois filhos, ambos com dengue. Antes de ser atendida, afirma de forma taxativa para o repórter (e telespectadores): “Estou com dengue. Por quê? Porque a dengue tomou conta do Rio de Janeiro”. Verdade tão transparente

que Camila, a menina de sete anos entrevistada no dia 17, sabia do risco de morte que a rondava.

A enunciação se encarregou de esclarecer que o *JN* foi uma exceção: sabia, fez a sua parte, confirmou sua capacidade de antecipação e incansável trabalho de fiscalização. As operações autorreferenciais com que teceu editoriais e textos informativos foram centrais na projeção da imagem de sua legítima autoridade; também ensejaram um efeito de “fechamento dos sentidos” (FAUSTO NETO, 1995a), pois tratou-se de afirmar o próprio julgamento ao narrar os acontecimentos. Tais características não são exclusivas do *JN* e remontam, além do contexto específico em questão, às formas singulares com as quais o jornalismo brasileiro reinterpretou os parâmetros do modelo norte-americano no que diz respeito à responsabilidade política de informar para decisão consciente dos cidadãos.

À luz de códigos particulares da sociedade brasileira (...) tratar-se-ia de colaborar na implantação ou manutenção de uma ordem sempre percebida como instável. Neste sentido, simplesmente informar os cidadãos não seria o bastante. Seria preciso *formá-los* de modo a que eles pudessem desempenhar corretamente o seu papel na democracia (ALBURQUERQUE et al., 2002, p. 1).

Em tempos mais recentes, essa proposição parece exacerbada ao constituir o jornalismo, pragmática e deontologicamente, como “um lugar transcendental, de representante do interesse nacional como um todo, e árbitro maior das disputas que se estabelecem entre as instituições e os agentes políticos” (ALBUQUERQUE, 2008, p. 15). Guardadas as devidas proporções, já que em nossa discussão a defesa dos interesses da nação fica restrita à saúde, é possível perceber que o discurso do *JN* pode configurar-se tanto como um vetor de apaziguamento de conflitos estruturais quanto de nutrição do descontentamento permanente com a esfera política.

Pode-se argumentar que a denúncia em defesa de valores e direitos humanos é uma missão tradicional do jornalismo, desde sua institucionalização na sociedade moderna. Mais que isso, seu incremento deve ser elogiado, dada as inaceitáveis condições que restringem, cotidianamente, os direitos humanos assegurados constitucionalmente, mas negados para a maioria da população brasileira. Do nosso ponto de vista, há aqui dois problemas: a verdade parcial do argumento e a direção que imprime à constatação irrefutável das persistentes e vergonhosas iniquidades nacionais.

Ver apenas a permanência naturaliza um deslocamento contemporâneo relevante do lugar ocupado hoje pela mídia e, particularmente, pelo jornalismo, cuja força exacerbada, não raro, constrange outras instâncias e atores sociais. Por certo, um fenômeno mais amplo e complexo que se fortalece na convergência de inúmeros processos socioculturais, dos quais a

mídia participa de formas e em correlação de forças heterogêneas. Entre eles, vale destacar a ideologia despolitizante dos direitos humanos que traz e se apoia, nos termos de Gauchet, nas figuras do “novo político”, “novo militante”, “novo jornalista” em escala planetária. O trecho abaixo sintetiza, em cores fortes, a dinâmica que os caracteriza:

O concreto das situações, a simplicidade das mensagens, os valores consensuais, a política em nome dos direitos, ela [a ação militante] lhes oferece [à mídia] abundantemente. Ela lhes traz a imagem que choca, a cena comovente, o testemunho identificatório, a evidência irrecusável dos critérios sobre os quais se pronunciar, o enfrentamento das oposições e a reunião dos espíritos em torno das certezas últimas sobre o bem e o mal. Como elas poderiam recusar? Graças a simplificação radical do julgamento coletivo introduzida pela ideologia dos direitos do homem, as mídias tornaram-se o palco da reflexão pública, o epicentro do trabalho da sociedade sobre si mesma (GAUCHET, 2010, p. 345).

Se em países com tradição democrática mais enraizada a ação militante é capitaneada por partidos políticos ou associações civis, no Brasil, a atuação recente da mídia orienta os atributos investigativos de sua função para ocupar, de forma cada vez mais autônoma, o espaço dessas instituições. O único competidor a sua altura, nos tempos atuais, parece ser o Ministério Público; ainda assim, tem sido frequente vermos esta instância e outras do aparato judicial agirem a partir das denúncias produzidas midiaticamente em aliança com o senso comum.

Esse tipo de posicionamento não se dá no vácuo político, inclusive partidário. Essa mediação parece responder por duas diferenças capitais da construção narrativa efetuada em 2002. Vimos que naquele ano as medidas emergenciais foram recebidas com esperança na ação enérgica do ministro José Serra, que acabava de assumir o posto. Demissão do coordenador regional, convocação das Forças Armadas, ampliação de verbas e do contingente de profissionais foram informadas sem cobranças retrospectivas. Por não considerar a epidemia evitável, a despeito das projeções dos peritos, a temporalidade do evento foi o seu próprio presente. Aí foi feita a única denúncia: o combate atual ressentia-se da decisão equivocada das autoridades municipais em não utilizar os carros doados pelo Ministério da Saúde. A lógica do risco definitivamente não presidiu aquela narrativa. Já em 2008, a responsabilização que se vale da previsibilidade de uma situação evitável é exacerbada pelo permanente confronto entre o presente doloroso e a frustração de uma segurança, urgente e plenamente possível, que por direito deveria existir. Aqui, o fio condutor das matérias pode ser definido como o que Gauchet (2010) denomina de “presentificação do ideal”, na qual a distância entre o que deveria ser e o que efetivamente é torna-se inexplicável, dado que todos os meios já estão disponíveis e se sabe o que fazer. O ideal a que se refere o pensador é a ideologia contemporânea dos direitos humanos, alimentada pela denúncia ininterrupta e

minuciosa de sua interdição cotidiana e atingindo contingente crescente de seres humanos. Tal crença, em sinergia com a descrença na ação e nas instituições políticas, torna dispensável, desqualificada e coloca sob suspeita a própria ideia de buscar explicação. Isso é visto como desculpa, postergação que esconde a falha, o mau juízo. O que habita o hiato entre o que existe e o que deveria existir é o crime escandaloso e injustificável.

Como vimos antes, a política da piedade na modernidade clássica valeu-se da denúncia para produzir política e discursivamente os vínculos de identidade e solidariedade entre felizes e infelizes. Naquele marco, os direitos humanos constituíram o fundamento da ação política voltada para a construção de um futuro utópico. Boltanski (1999)¹⁰³ identifica dois tipos de denúncia que apelam à indignação moral para suscitar a mobilização coletiva. Na forma que se quer “unânime”, a acusação é orientada para gerar a raiva e o desejo de punição no expectador. Seu alvo é o outro, o desviante que personifica a ameaça e diante do qual a moralidade do grupo é reforçada. Na vertente “esclarecida”, inverte-se a direção: propondo-se a proteger aquele que é acusado injustamente, pleiteia-se um senso de justiça que, amparado na objetividade dos argumentos, questiona a moralidade vigente no grupo, mostra seus descaminhos e aponta o rumo da correção.

A matriz em ascensão na política do sofrimento contemporânea, propondo que os sujeitos se vejam permanentemente ameaçados por riscos evitáveis e politicamente injustificáveis, faz parecer cada vez mais distante e desnecessária a segunda opção. É nessa perspectiva que as respostas das autoridades públicas, em 2008, também puderam tornar-se vazias de sentido explicativo, pois os argumentos foram transformados em eloquentes desculpas de algo que poderia, deveria e não foi feito. O raciocínio retrospectivo se deteve, invariavelmente, na única “explicação plausível”: a incompetência e a imoralidade de políticos e autoridades sanitárias. Se as autoridades sabiam, desde outubro, dos riscos da epidemia e se bastavam procedimentos básicos para evitá-la, como assegurara o editorial, como não foram capazes de evitá-la? A distância entre ideal e atual, que avivou as esperanças da modernidade, suscita agora a indignação que prescinde de um pensar sobre a sociedade da qual se participa. Importa apontar os culpados, inclusive cobrar o pronunciamento do próprio presidente da República sobre a questão, fazendo parecer insuficiente que quem responda seja o ministro da Saúde (*JN* 24/3/2008). Mas, do ponto de vista do alargamento da problematização dos nexos entre presente, passado e futuro, com vistas à ação política, a

¹⁰³ Especialmente o capítulo 4, *The Topic of denunciation*.

denúncia, por representar um fim em si mesma, é tão intensa e radical quanto inofensiva (GAUCHET, 2010).

Assim, é importante perceber que o postulado neoliberal do Estado mínimo pode comportar o pressuposto de uma quase onipotência da ação desse mesmo Estado: mínimo em recursos, instituições e profissionais, mas máximo na eficiência com que deve manejá-los para coibir riscos à segurança dos cidadãos. A interdição de tal ideal, visto que mortes e sofrimentos continuam a existir, encontra sua explicação nas falhas individuais no exercício das funções públicas. A reiteração dessa crença não é inócua para a formulação e a implantação de estratégias sanitárias. A definição de qualquer intervenção precisa considerar, além de sua potencial eficácia, também a necessidade de enfrentar o futuro julgamento midiático.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão proposta por esta pesquisa foi analisar se e como a lógica do risco se manifestava na forma como o *Jornal Nacional* construiu as epidemias de dengue, os posicionamentos propostos à sua audiência e o ideal de justiça que deveria unir cidadãos e poderes públicos. Para tanto, buscamos considerar a historicidade das narrativas jornalísticas e da própria configuração dos discursos do risco, privilegiando pontos de cruzamento entre a saúde pública e do jornalismo, suas relações e campos de tensão. No final do percurso, a análise efetuada nos permitiu identificar, ao longo das três últimas décadas, algumas características distintivas dessa produção.

Entre os anos 1986 e 1991, as epidemias não foram relevantes para o telejornal. Da reintrodução do *Aedes* no Brasil aos primeiros casos de morte por dengue hemorrágica, o tema ocupou um lugar muito periférico no noticiário nacional, e mesmo local, seja porque a dengue ainda era considerada essencialmente benigna, seja porque outros temas candentes do cenário nacional e internacional requisitavam mais espaço e investimento jornalístico. Nesse período, e a partir de uma perspectiva preventiva tradicional, coube ao *JN* informar sobre as características da doença e de seu principal vetor de transmissão e, principalmente, sobre as medidas que estavam sendo tomadas pelas autoridades sanitárias. Poucas foram as críticas e predominou o tom de confiança, principalmente na ação do Exército, e esclarecimentos que evitassem condutas inadequadas. Um claro contraponto com a cobertura da imprensa, que responsabilizava claramente as autoridades das três esferas e cobrava medidas resolutivas. Também em relação aos especialistas, que afirmavam categoricamente que a epidemia do Rio de Janeiro era previsível e poderia ter sido evitada, não fora o sucateamento das instituições de saúde e dos sistemas de vigilância. Previsibilidade, no entanto, firmadas em bases totalmente diferentes daquelas que sustentam a atual lógica de risco.

Ainda assim, foi perceptível, em 1986, alguma permeabilidade para as posições de sanitaristas e movimentos sociais que incluíam a dengue no grave quadro sanitário nacional e a viam como sintoma da desarticulação da saúde pública, processada pelos governos militares. Uma posição mais crítica foi notada nas matérias de 1984, sobre mortes de crianças nordestinas por doenças derivadas das precárias condições de vida. A enunciação do *JN* teve claro sentido de denúncia, solicitando da audiência indignação frente à injustiça social, mediante a utilização de estratégias retóricas próprias da política da piedade.

Em relação à dengue, nos dois ciclos epidêmicos seguintes, o posicionamento do *JN* manteve-se no registro factual e pedagógico, enquanto se observa o claro distanciamento de

condicionantes sociais em prol dos fatores ambientais, como clima, acúmulo de lixo e água, sem qualquer vínculo com as políticas públicas mais abrangentes. As únicas críticas focalizam as medidas específicas de combate ao vetor. Mas ainda aqui as epidemias não são tomadas como eventos graves, a mobilizar maior atenção e mobilização da população, embora se endosse a necessidade de colaboração com as autoridades sanitárias.

A análise das epidemias de 1998 e 2002 apontou deslocamentos importantes, principalmente em relação ao último ano. Embora a eclosão das novas epidemias não tenha sido considerada evitável, foi maior a cobrança por medidas efetivas: “o controle poderia ser melhor” se os recursos fossem aplicados corretamente e não houvesse desavenças entre as autoridades sanitárias. A enunciação fortemente ancorada no presente epidêmico permitiu circunscrever nessa temporalidade, e não ao passado, a possibilidade de intervenção. Ao abordar a dengue como problema mundial, o *JN* também cedeu algum espaço para os fatores sociais e econômicos mais amplos, acompanhado do uso mais recorrente do vocábulo risco, quando citava os dados das organizações internacionais de saúde. Ainda aqui, risco estava mais associado à noção genérica de perigo e ameaça, e não ao cálculo probabilístico para evitar a ocorrência das epidemias.

A cobertura concedeu primazia ao agravamento dos casos, provocados pela introdução do DEN 3, e ao acompanhamento das medidas oficiais. Mais cenas de hospitais e ambulatorios lotados, imagens de sofrimento e das iniciativas da própria população pontuaram a narrativa. Principalmente em fevereiro de 2002, pareceu-nos claro, na enunciação dos apresentadores, que a ênfase nas medidas tomadas, principalmente pelo governo federal, contém, ou pelo menos ameniza, as cenas mostradas pelas reportagens. Um aspecto importante desse posicionamento é relacionado à técnica de exposição do sofrimento, durante a evolução da epidemia. As estatísticas do número de casos e mortes (confirmadas ou suspeitas) foram atualizadas diariamente, mas nenhum caso mereceu a citação nominal, nota ou reportagem especial, como já havia acontecido em 1998, inclusive com cenas de enterro das vítimas.

Nos telejornais locais, no entanto, as críticas e cobranças às autoridades, principalmente municipais, eram bem mais intensas. Não apenas se mostravam as emergências superlotadas, o longo tempo de espera e entrevistavam-se doentes. Também eram constantes as denúncias sobre o atendimento – como a pausa para o almoço ou lanche dos profissionais – e se interpelava acidamente os responsáveis pelo controle das epidemias. Principalmente o *RJTVI* assumiu claramente o papel de representante e defensor da população. É inquestionável que, conjugada com a gravidade e a explosividade da epidemia, a

proposta de maior proximidade com a população local, o caráter de jornalismo comunitário e de prestação de serviços podem favorecer essa tomada de posição e justificar o peso e o investimento que a cobertura de dengue assumiu no telejornal em 2002. Como pontuamos, cada edição trazia várias reportagens, percorrendo bairros da Zona Sul, Zona Norte, Zona Oeste e Baixada Fluminense. Também aqui a generalização do perigo, e não sua desigual distribuição na população, assim como o acesso aos meios de proteção. Muitas mortes foram tema de reportagens, com relatos da evolução da doença e do atendimento prestado. A posição de confrontação que os apresentadores assumiram nesse ano reivindicava o exercício de maior autoridade e independência em relação aos políticos, mas também em relação aos especialistas.

Em 2008, é nítida a mudança na enunciação do *JN*. Assumindo a previsibilidade da epidemia, o telejornal toma a posição de acusação e julgamento da omissão, negligência e descaso com que as autoridades trataram a epidemia. Esse posicionamento se valeu de três estratégias principais: as remissivas que identificaram o momento no qual teria sido possível reverter o curso da epidemia; a primazia dos sofrimentos e mortes causados, revestidos de alta carga dramática e singularidade de cada caso narrado; as operações autorreferenciais que sustentaram as narrativas e permitiram ao telejornal legitimar seu lugar social e posicionamento enunciativo. Embora a população não tenha sido poupada de críticas, ficou clara a aliança tecida com as vítimas e a percepção do senso comum sobre a inevitabilidade dos riscos e a facilidade de erradicação do *Aedes aegypti*. Da trama discursiva, desapareceu qualquer menção às complexidades envolvidas nesta tarefa, destacada pelos especialistas desde a década anterior, e ainda passível de ser reconhecida pelo telejornal, ao abordar o “problema mundial da dengue”, em 2002. O conjunto das operações permitiu, simultaneamente, o endereçamento dos telespectadores como potenciais vítimas da dengue, a desqualificação de políticos (e da política), das autoridades sanitárias e a projeção incontestada do julgamento efetuado pelo *JN*.

Embora a notável gravidade da epidemia de 2008 não possa ser desconsiderada, não acreditamos que este seja o único fator envolvido na acentuada mudança na construção do drama epidêmico. Outras linhas de força presentes na sociedade brasileira certamente incidiram nas posições editoriais e narrativas do *JN*. O contexto político sobressaiu em nossa análise, principalmente na comparação entre as duas mais graves epidemias, as de 2002 e de 2008: o primeiro, marcado pela disputa eleitoral pelos candidatos José Serra e Luis Inácio Lula da Silva; o segundo, já durante o segundo mandato presidencial deste último. Tendências do jornalismo contemporâneo, conjugadas às mudanças socioeconômicas que incorporam ao

mercado consumidor segmentos antes privados dessa condição, também merecem consideração, ao lado de outras reordenações mais amplas do mundo contemporâneo.

A lógica do risco desde há muito estava social e tecnicamente disponível. Como destacamos, na imprensa escrita houve seu incremento, em diversas editorias, durante os anos 1990 (SPINK et al., 2002). Sua adoção pelo *JN*, em 2008, e nos referimos especificamente à epidemia de dengue, parece ter se dado no encontro com fatores de outra ordem, como o quadro político nacional e estratégias de manutenção e ampliação do público, mediante intensificação de estratégias de aproximação mais características do jornalismo local/comunitário. Se a busca por estreitar os vínculos com a audiência é uma marca tradicional do jornalismo da Rede Globo, fortalecida pela expansão do enfoque comunitário desde a década de 1990, nesta cobertura parece-nos que essa tendência foi bastante radicalizada e orientada para favorecer os sentimentos de indignação, impotência e medo da população, ao mesmo tempo em que o telejornal ampliava sua autoridade e independência sociodiscursivas. A cobertura do *RJTV1*, em 2002, parece ter funcionado como um “laboratório” para as estratégias narrativas acionadas pelo *JN*, em 2008, e com muito maior intensidade.

Como buscamos acentuar ao longo do estudo, tal caracterização não significa apontar “o momento” de uma ruptura, um processo linear, homogêneo e, muito menos, afirmar uma tendência inexorável. A recém-encerrada epidemia de dengue no Rio de Janeiro¹⁰⁴ não mereceu tratamento equivalente, nem mesmo quando as projeções iniciais dos especialistas e autoridades sanitárias apontavam para aquela que seria a pior epidemia do estado.

Seria preciso mais tempo tanto para aprofundar a reflexão sobre as relações entre as coberturas midiáticas, os discursos dos peritos e as políticas de saúde pública. E também para explorar a riqueza do material empírico, o que talvez permitisse identificar novas, ou ressaltar o peso de algumas das operações e estratégias acionadas pelo *JN*, trabalho que implicaria estudo teórico mais detido. Outras estratégias metodológicas poderiam acompanhar esses objetivos, como entrevistas com especialistas e jornalistas. Ou, ainda, a complementação do *corpus* com pelo menos algumas edições na íntegra do telejornal. Opções que chegaram a ser cogitadas, mas descartadas pelo esforço mobilizado nesse percurso, encarado como uma primeira etapa de análise.

Ainda assim, acredito que as tendências aqui esboçadas e as questões suscitadas podem ser aproveitadas ou estimular pesquisas futuras para aqueles interessados nas

¹⁰⁴ Segundo declaração do secretário municipal de Saúde, Hans Dohman, no *RJTV2*, edição de 29 de maio de 2012.

interfaces entre saúde e comunicação. Algumas possibilidades foram despertadas durante a própria investigação, como o aprofundamento das instâncias de mediação – institucionais, políticas, empresariais, profissionais, midiática – nas coberturas das epidemias; a análise comparativa – nos eixos sincrônicos e diacrônicos – com a cobertura efetuada por jornais impressos; a comparação das coberturas entre diferentes epidemias, como previmos no projeto original; as repercussões das coberturas e do julgamento midiático sobre a elaboração de políticas públicas, assim como as estratégias desenvolvidas por profissionais e instituições de saúde para lidar com essas situações.

Enfim, qualquer pesquisa é sempre restrita no tempo e seus resultados provisórios. A expectativa de tomá-los como ponto de partida para próximos projetos, em conjunto com os colegas do Laboratório de Comunicação e Saúde/Icict/Fiocruz e parceiros, é uma forma de contornar seus limites e continuar a explorar a motivação que lhe deu origem. Longe de ser um final, este é apenas mais um ponto de passagem.

REFERÊNCIAS

Fontes primárias:

Jornal Nacional e RJTVs

1986

RJTV2 – 16/4/1986 – EPIDEMIA EM NOVA IGUAÇU (QUE MAIS TARDE FOI DIAGNOSTICADA COMO DENGUE) – REPÓRTER BIA FALBO

RJTV2 – 29/4/1986 – DENGUE – INAMPS LIBERA VERBAS PARA COMBATER A DOENÇA EM NOVA IGUAÇU

RJTV2 – 29/4/1986 – FAMÍLIA EM BOTAFOGO COM SINTOMAS DE DENGUE – SUSPEITA DA DOENÇA NA ZONA SUL DO RIO – REPÓRTER JULIO REBOUÇAS

JORNAL NACIONAL – 29/4/1986 – COMBATE À DENGUE NA CIDADE DE SÃO PAULO – ENTREVISTA COM JOÃO YUNES – REPÓRTER CARLOS DORNELLES

RJTV2 – 1/5/1986 – JULIO REBOUÇAS FALA SOBRE A EPIDEMIA DE DENGUE EM NOVA IGUAÇU

RJTV1 – 8/5/1986 – CENTRO TELEFÔNICO DE INFORMAÇÕES SOBRE A DENGUE NO RIO DE JANEIRO – REPÓRTER SANDRA MOREYRA

JORNAL NACIONAL – 9/5/1986 – COM O SURTO DA DENGUE, PAULISTAS CORREM AOS POSTOS DE SAÚDE PARA SE VACINAREM CONTRA A FEBRE AMARELA – REPÓRTER CARLOS DORNELLES

RJTV2 – 10/5/1986 – COMBATE À DENGUE NO RIO DE JANEIRO – SOLDADOS DO EXÉRCITO VISITAM CASAS E PRÉDIOS DA TIJUCA À PROCURA DE FOCOS DO MOSQUITO *Aedes Aegypti*

RJTV3 – 21/5/1986 – ROBERTO SANTOS FALA DA TRANSFERÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O RIO PARA INTENSIFICAR COMBATE À DENGUE – REPÓRTER LILIANA RODRIGUES

RJTV2 – 22/5/1986 – ALUNOS DA UFRJ ORIENTAM MORADORES DE FAVELAS NA LUTA CONTRA A DENGUE

RJTV2 – 22/5/1986 – ROBERTO SANTOS SE REÚNE COM TÉCNICOS DA FIOCRUZ, SUCAM E ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, NO RIO, PARA DISCUTIR COMBATE À DENGUE – REPÓRTER JULIO REBOUÇAS

RJTV2 – 24/5/1986 – DIA ESTADUAL DE COMBATE À DENGUE NO RIO DE JANEIRO – ALUNOS DE ESCOLAS PÚBLICAS VÃO DE CASA EM CASA DANDO ORIENTAÇÃO SOBRE A DENGUE – REPÓRTER MARCELO MATTE

RJTV2 – 29/5/1986 – MINISTRO ROBERTO SANTOS SE ENCONTRA COM BISPO DOM ADRIANO HIPÓLITO PARA TRATAR DO COMBATE AO MOSQUITO TRANSMISSOR DA DENGUE – REPÓRTER JULIO REBOUÇAS

RJTV2 – 30/5/1986 – ROBERTO SANTOS, NO RIO DE JANEIRO, ASSINA CONVÊNIO PARA ACABAR COM A FALTA DE SORO ANTIOFÍDICO E VISTORIA AS MÁQUINAS “FUMACÊ” QUE CHEGARAM DOS EUA

JORNAL NACIONAL – 3/6/1986 – SOLDADOS DO EXÉRCITO AJUDAM NA CAMPANHA DE COMBATE À DENGUE, NO RIO DE JANEIRO – REPÓRTER ÂNGELA LINDENBERG

RJTV1 – 7/6/1986 – MORADORES DE SANTA TERESA FAZEM MANIFESTAÇÃO CONTRA A DENGUE PEDINDO MAIOR ATUAÇÃO DA SUCAM NO BAIRRO – REPÓRTER RÔMULO CASALI

RJTV2 – 20/6/1986 – NO MORRO DA FORMIGA, NA TIJUCA, SOLDADOS DO EXÉRCITO AJUDAM NO COMBATE AO MOSQUITO TRANSMISSOR DA DENGUE

1987

RJTV2 – 10/1/1987 – SEM A AJUDA DA SUCAM, MORADORES NÃO TÊM COMO COMBATER A DENGUE EM SÃO GONÇALO – REPÓRTER BEATRIZ BECKER

RJTV1 – 15/1/1987 – EPIDEMIA DE DENGUE CRESCE COM O CALOR DO VERÃO – PAULO CORREIA

JORNAL NACIONAL – 11/2/1987 – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CONSTATA QUE A DENGUE ESTÁ MAIS GRAVE QUE EM 1986 – REPÓRTER ANDRE LUIZ AZEVEDO

RJTV2 – 25/2/1987 – DECORAÇÃO DE CARNAVAL NO RIO DE JANEIRO – REPÓRTER PAULO CORREA

JORNAL NACIONAL – 16/3/1987 – IMAGENS DO DISTRITO DE RIBEIRO DO VALE, CIDADE DE GUARARAPES, SÃO PAULO, ONDE VÊM OCORRENDO CASOS DE DENGUE

JORNAL NACIONAL – 19/3/1987 – DENGUE EM GUARARAPES, SÃO PAULO – REPÓRTER CARLOS DORNELLES

JORNAL NACIONAL – 19/5/1987 – DENGUE SE ESPALHA EM PERNAMBUCO – REPÓRTER JOSÉ RAIMUNDO

JORNAL NACIONAL – 23/5/1987 – OS GUARDAS DA SUCAM DE RECIFE RECEBEM TREINAMENTO E MÁQUINAS PARA APLICAÇÃO DO INSETICIDA DE COMBATE AO MOSQUITO DA DENGUE

1990/1991

RJTV2 – 24/11/1990 – AUMENTAM OS CASOS DE DENGUE HEMORRÁGICA EM NITERÓI. ENTREVISTA COM O DIRETOR DO HOSPITAL OURÊNCIO DE FREITAS, LUIS CARLOS PECANHA – REPÓRTER PAULO ROBERTO AMAR

JORNAL NACIONAL – 7/12/1990 – TÉCNICOS COMBATEM EPIDEMIA DE DENGUE EM RIBEIRÃO PRETO NO INTERIOR DE SÃO PAULO – REPÓRTER MARIA CRISTINA POLI

JORNAL NACIONAL – 19/12/1990 – EM FORTALEZA, 270 MILHÕES DE CRUZEIROS EM EQUIPAMENTOS PARA COMBATE À DENGUE ESTÃO ABANDONADOS NUM DEPÓSITO DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – REPÓRTER GIACOMO MANCINI

RJTV2 – 4/1/1991 – ENTREVISTA COM GILSON CANTARINO, SECRETÁRIO DE SAÚDE DE NITERÓI, QUE FALA SOBRE O SURTO DA DENGUE HEMORRÁGICA EM NITERÓI – REPÓRTER ARI PEIXOTO

JORNAL NACIONAL – 7/1/1991 – A DENGUE ESTÁ CONTROLADA EM PERNAMBUCO, DEVIDO A UM TRABALHO DE PREVENÇÃO REALIZADO PELA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – REPÓRTER FABIO PANNUNZIO

JORNAL NACIONAL – 9/1/1991 – O LABORATÓRIO ADOLFO LUTZ TRABALHA EM RITMO INTENSO NA ANÁLISE DE AMOSTRAS, PARA DETECÇÃO DA DENGUE, QUE CHEGAM DO PAÍS INTEIRO – REPÓRTER MARIA CRISTINA POLI

RJTV2 – 12/1/1991 – ENTREVISTA COM MARIA MANUELA DOS SANTOS, SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE, QUE FALA SOBRE O MUTIRÃO DOS GUARDAS SANITÁRIOS PARA INTENSIFICAR O COMBATE À DENGUE

1998

RJTV – 1/1/1998 – DENGUE HEMORRÁGICA EM MARICÁ FAZ PRIMEIRA VÍTIMA

JORNAL NACIONAL – 16/3/1998 – SURTO DE DENGUE EM BELO HORIZONTE

RJTV – 23/3/1998 – CONFIRMADO O SEGUNDO CASO DE DENGUE HEMORRÁGICA EM VOLTA REDONDA

RJTV – 24/3/1998 – DENGUE ATINGE QUINZE MORADORES DE UM MESMO PRÉDIO NA TIJUCA

RJTV – 25/3/1998 – SURTO DE DENGUE EM SAQUAREMA

JORNAL NACIONAL – 25/3/1998 – EPIDEMIA DE DENGUE NO RIO E EM MINAS GERAIS

RJTV2 – 1/4/1998 – MINISTRO JOSÉ SERRA CONVOCA O EXÉRCITO PARA COMBATER A DENGUE NO RIO

RJTV1 – 2/4/1998 – CASOS DE DENGUE HEMORRÁGICA NO RIO

RJTV2 – 2/4/1998 – EXÉRCITO ENTRA NA LUTA CONTRA SURTO DE DENGUE NO RIO

JORNAL NACIONAL – 2/4/1998 – EPIDEMIA DE DENGUE – EXÉRCITO AJUDA NO COMBATE

RJTV2 – 3/4/1998 – EXONERADO RESPONSÁVEL POR COMBATE À DENGUE NO RIO

JORNAL NACIONAL – 3/4/1998 – CRESCE A DENGUE HEMORRÁGICA NO RIO – DEMISSÃO DE RONALDO BENTO

RJTV1 – 13/4/1998 – O MOSQUITO DA DENGUE É CULTIVADO EM LABORATÓRIO POR PESQUISADORES DA COMLURB

RJTV2 – 13/4/1998 – DENGUE HEMORRÁGICA CONTINUA FAZENDO VÍTIMAS NO ESTADO DO RIO

JORNAL NACIONAL – 13/4/1998 – MORTE DE PESSOAS COM DENGUE NO ESTADO DO RIO

RJTV1 – 15/4/1998 – SURTO DE DENGUE NO RIO: DENGUE HEMORRÁGICA EM BARRA MANSA MATA APOSENTADO

RJTV2 – 15/4/1998 – EPIDEMIA DE DENGUE: VÍTIMAS VÃO ENTRAR NA JUSTIÇA CONTRA GOVERNO ESTADUAL

RJTV2 – 15/4/1998 – SURTO DE DENGUE ATINGE CSN – 300 FUNCIONÁRIOS JÁ CONTRAÍRAM A DOENÇA

2002

RJTV – 16/1/2002 – SANDRO, IRMÃO DE LEANDRO CARONE, QUE MORREU DE DENGUE, TAMBÉM CONTRAIU A DENGUE

RJTV – 17/1/2002 – HISTÓRICO DA DOENÇA DA DENGUE TRANSMITIDA PELO MOSQUITO *Aedes Aegypti*

RJTV – 17/1/2002 – COMERCIANTE ADILSON MORAES PODE TER MORRIDO DE DENGUE HEMORRÁGICA, EM SÃO GONÇALO

JORNAL NACIONAL – 17/1/2002 – EPIDEMIA DE DENGUE NO RIO DE JANEIRO

JORNAL NACIONAL – 18/1/2002 – SEM TÍTULO

RJTV – 19/1/2002 – CINCO PESSOAS TÊM MORTE SUSPEITA DE DENGUE, NO RIO

RJTV – 19/1/2002 – CASOS DE DENGUE NO RIO

JORNAL NACIONAL – 19/1/2002 – RIO: DENGUE: CINCO MORTES SUSPEITAS DE TEREM SIDO DENGUE HEMORRÁGICA

JORNAL NACIONAL – 21/1/2002 – COMBATE À DENGUE NO RIO – EXÉRCITO E AGENTES DE OUTROS ESTADOS SERÃO ACIONADOS

JORNAL NACIONAL – 22/1/2002 – RIO: SOLDADOS DO EXÉRCITO SERÃO TREINADOS PARA COMBATER A DENGUE

JORNAL NACIONAL – 25/1/2002 – CHEGADA DA DENGUE TIPO 3 NO RIO

RJTV1 – 28/1/2002 – MORADORES DE CAPIVARI ABREM VALAS E LIMPAM TERRENOS PARA COMBATER A DENGUE

JORNAL NACIONAL – 30/1/2002 – GNA: DENGUE: AGENTES DE SAÚDE NÃO CONSEGUEM ACABAR COM OS FOCOS DA DENGUE

JORNAL NACIONAL – 31/1/2002- RIO: DENGUE: ENTREVISTA FABIANO PIMENTA DA FUNASA

RJTV1 – 1/2/2002 – VIVO – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIVULGOU MAIS UM BALANÇO DE CASOS DE DENGUE QUE JÁ CHEGAM A CINCO MIL EM JANEIRO, NO MUNICÍPIO – REPÓRTER TATIANA NASCIMENTO

RJTV1 – 1/2/2002 – VT – AGENTES DA FORÇA-TAREFA DA FUNASA NO COMBATE À DENGUE – REPÓRTER RENATA CAPUCCI

RJTV1 – 1/2/2002 – VT ARTE – BALANÇO DAS MAIORES EPIDEMIAS DO ESTADO

RJTV2 – 1/2/2002 – COMERCIANTE MARIO GULO MORRE DE DENGUE, NA BAIXADA FLUMINENSE

JORNAL NACIONAL – 1/2/2002 – AVANÇO DA DENGUE NO RIO

JORNAL NACIONAL – 2/2/2002 – RJO: COMBATE À DENGUE – AGENTES DE SAÚDE DESEMBARCANDO DO RIO VINDOS DE FORTALEZA – MOÇA COM DENGUE DESMAIANDO NA PORTA DE UM HOSPITAL

JORNAL NACIONAL – 2/2/2002 – RPO: EM JARDINÓPOLIS, NO INTERIOR DE SÃO PAULO, QUEM NÃO AJUDAR A COMBATER A DENGUE PODE IR PARA A CADEIA – JCB

JORNAL NACIONAL – 4/2/2002 – RJO: DENGUE/VD/NO RJTV

JORNAL NACIONAL – 4/2/2002 – NTL: AGENTES DE SAÚDE: FORÇA-TAREFA CONTRA A DENGUE DOS ESTADOS

JORNAL NACIONAL – 7/2/2002 – RJO: ANTIMOSQUITO: TURISTAS QUE CHEGAM PARA O CARNAVAL RECEBEM ORIENTAÇÕES CONTRA A DENGUE – GRUPO DE TEATRO

JORNAL NACIONAL – 7/2/2002 – MNS: DENGUE: MANAUS CONSEGUE VENCER SURTO DA DENGUE COM MEDIDAS PREVENTIVAS E AJUDA DA POPULAÇÃO

RJTV1 – 12/2/2002 – DENGUE MATA A ADVOGADA FLÁVIA MARIA SALAZAR GUERRA, NO GRAJAÚ

RJTV1 – 1(?) /2/2001 – MATÉRIA SOBRE AS AMOSTRAS DO NOEL NUTELS (SEM SINOPSE)

RJTV – 14/2/2002 – MENINA COM DENGUE MORRE POR DOSE EXCESSIVA DE PARACETAMOL, EM DUQUE DE CAXIAS

RJTV1 – 15/2/2002 – CASOS DE PESSOAS QUE ESTÃO COM DENGUE

RJTV1 – 15/2/2002 – AUMENTO DE CASOS DE DENGUE EM BELFORD ROXO

RJTV2 – 15/2/2002 – ESPECIALISTAS TEMEM QUE VÍRUS TRANSMISSOR DA DENGUE ESTEJA MAIS FORTE

RJTV1 – 16/2/2002 – POPULAÇÃO TEME EPIDEMIA DE DENGUE, NO RIO

RJTV1 – 16/2/2002 – ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, RONALDO CEZAR COELHO, SOBRE DENGUE

RJTV1 – 16/2/2002 – VÍTIMAS DE DENGUE RECLAMAM DA DEMORA NO ATENDIMENTO EM POSTOS DE SÃO GONCALO

RJTV1 – 18/2/2002 – PACIENTES COM SINTOMAS DE DENGUE LOTAM POSTO DE SAÚDE NO MEIER

RJTV1 – 18/2/2002 – MUTIRÃO CONTRA DENGUE NO BAIRRO DE MANGUINHOS

RJTV1 – 18/2/2002 – MORADORES DO GRAJAÚ ESTÃO APAVORADOS COM A EPIDEMIA DA DENGUE

JORNAL NACIONAL – 18/2/2002 – SEM TÍTULO

JORNAL NACIONAL – 19/2/2002 – REFORÇO DAS FORÇAS ARMADAS CONTRA A DENGUE

RJTV1 – 21/02/2002 – CASOS DE DENGUE NO CAJU

RJTV1 – 21/2/2002 – RISCO DAS BROMÉLIAS E DE MONUMENTOS PÚBLICOS EM ÉPOCA DE EPIDEMIA DE DENGUE

RJTV1 – 21/2/2002 – ESQUETE DA TRUPE DA SAÚDE, SOBRE O COMBATE À DENGUE, EM VIGÁRIO GERAL

RJTV2 – 21/2/2002 – TRABALHO DE EMPRESAS DE CONTROLE DO MOSQUITO DA DENGUE EM CONDOMÍNIOS DA BARRA

JORNAL NACIONAL – 21/2/2002 – SEM TÍTULO

JORNAL NACIONAL – 21/2/2002 – BSA: SUCESSÃO – JOSÉ SERRA SE EMOCIONA SE DESPEDINDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

RJTV2 – 22/2/2002 – REUNIÃO NO COMANDO MILITAR DO LESTE PARA TRACAR ESTRATÉGIAS CONTRA A DENGUE

JORNAL NACIONAL – 22/2/2002 – SEM TÍTULO

JORNAL NACIONAL – 22/2/2002 – JABOR

JORNAL NACIONAL – 23/2/2002 – SPO: MUTIRÃO CONTRA A DENGUE EM SÃO PAULO

JORNAL NACIONAL – 23/2/2002 – RJO: VOLUNTÁRIOS PARA RECEBER TREINAMENTO DE COMBATE À DENGUE – MS – NO RJTV

RJTV – 25/2/2002 – POSTO DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO PARA LANCHE DOS FUNCIONÁRIOS, EM PILARES

RJTV – 25/2/2002 – VOLUNTÁRIOS DO MOVIMENTO VIVA RIO PERCORREM MORROS PARA O COMBATE À DENGUE

RJTV – 25/2/2002 – REUNIÃO PARA DISCUTIR MUTIRÃO CONTRA DENGUE, NO RIO

RJTV – 25/2/2002 – BOMBEIROS FAZEM TREINAMENTO PARA COMBATER A DENGUE

JORNAL NACIONAL – 25/2/2002 – SEM TÍTULO

RJTV2 – 26/2/2002 – DENGUE EM SANTA CRUZ – RONALDO CESAR COELHO

RJTV – 26/2/2002 – PACIENTES COM DENGUE RECLAMAM DA DEMORA NO ATENDIMENTO EM SÃO GONÇALO

RJTV – 26/2/2002 – POLÊMICA SOBRE O USO DO AVIÃO PULVERIZADOR COMO MEIO DE COMBATE À DENGUE

RJTV – 26/2/2002 – MOBILIZAÇÃO DE VOLUNTÁRIOS NO COMBATE À DENGUE

JORNAL NACIONAL – 26/2/2002 – SEM TÍTULO

JORNAL NACIONAL – 26/2/2002 – CIENTISTAS USAM O PRÓPRIO CORPO PARA CAÇAR O *Aedes Aegypti* E OUTROS INSETOS

RJTV – 27/2/2002 – PREFEITURA DO RIO DECIDE O DESTINO DA FROTA DE CARROS FUMACÊ

JORNAL NACIONAL – 27/2/2002 – SEM TÍTULO

JORNAL NACIONAL – 1/3/2002 – ANIVERSÁRIO DO RIO

JORNAL NACIONAL – 8/3/2002 – SEM TÍTULO

JORNAL NACIONAL – 9/3/2002 – O DIA DO RIO CONTRA A DENGUE

2008

RJTV2 – 15/3/2008 – CRIANÇAS SÃO AS MAIORES VÍTIMAS DA DENGUE E NÃO HÁ MAIS LEITOS NAS PEDIATRIAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS

JORNAL NACIONAL – 17/3/2008 – RJO: FALTA DE LEITOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO RIO DE JANEIRO PARA ATENDER O GRANDE NÚMERO DE CASOS DE DENGUE – REPÓRTER BEATRIZ THIELMANN – NO RJTV2

RJTV2 – 18/3/2008 – DRAMA DAS PESSOAS COM DENGUE QUE PROCURAM ATENDIMENTO NOS HOSPITAIS

RJTV2 – 19/3/2008 – SINDICATO DOS MÉDICOS DECIDE PROPOR AÇÃO CONTRA A FALTA DE MEDIDAS PREVENTIVAS DO ESTADO QUE PODERIAM TER BARRADO O AVANÇO DA DENGUE

RJTV2- 19/3/2008 – EM JACAREPAGUÁ, ONDE HÁ OS MAIORES ÍNDICES DE DENGUE, PESSOAS ESPERAM ATÉ 12 HORAS POR ATENDIMENTO

JORNAL NACIONAL – 19/3/2008 – SINDICATO DOS MÉDICOS DECLARA QUE DENGUE SE TORNOU EPIDEMIA NO RIO DE JANEIRO

RJTV2 – 20/3/2008 – O AUMENTO DO NÚMERO DE CASOS DE DENGUE NO RIO COMPROMETE OS ESTOQUES DE SANGUE DO HEMORIO QUE DISTRIBUI SANGUE PARA OS HOSPITAIS

RJTV2 – 20/3/2008 – COMO MEDIDA EMERGÊNCIA, VÃO COMEÇAR A FUNCIONAR CENTROS DE HIDRATAÇÃO PARA PACIENTES COM DENGUE

JORNAL NACIONAL 20/3/2008 – EPIDEMIA DE DENGUE SE AGRAVA NO RIO DE JANEIRO

RJTV2 – 21/3/2008 – DIFICULDADE NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM DENGUE AINDA É MUITO GRANDE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO RIO

JORNAL NACIONAL 21/3/2008 – AGRAVAMENTO DA EPIDEMIA DE DENGUE NO RIO DE JANEIRO – MORTE DE CRIANÇAS – MINISTÉRIO DA DEFESA OFERECE AJUDA

RJTV2 – 22/3/2008 – PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE ESPERAM NAS FILAS DOS HOSPITAIS E RECLAMAM DA DEMORA NO ATENDIMENTO

RJTV2 – 22/3/2008 – HEMORIO FAZ CAMPANHA DE DOAÇÃO DE SANGUE PARA ABASTECER HOSPITAIS

JORNAL NACIONAL 22/3/2008 – MORTE DE GRÁVIDA E SEU BEBÊ DE DENGUE: CRESCIMENTO DA DOENÇA NO RIO: VOLUNTÁRIOS

RJTV1 – 24/3/2008 – ENTREVISTA COM SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE SÉRGIO CÔRTEZ – 1ª PARTE

RJTV1 – 24/3/2008 – COMBATE À DENGUE NOS CENTROS DE HIDRATAÇÃO QUE COMEÇAM A FUNCIONAR HOJE – REPÓRTER MILA BURNS

RJTV1 – 24/3/2008 – NOTA PÉ – INFORME SECRETARIA DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS

RJTV1 – 24/3/2008 – COMBATE À DENGUE NOS CENTROS DE HIDRATAÇÃO QUE COMEÇAM A FUNCIONAR HOJE – REPÓRTER SUSANA NASPOLINI

RJTV1 – 24/3/2008 – BOMBEIROS AJUDAM NO COMBATE À DENGUE EM JACAREPAGUÁ

RJTV1 – 24/03/2008 – VIVO – ESTÚDIO – ENTREVISTA COM SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE SÉRGIO CÔRTEZ – 2ª PARTE

RJTV1 – 24/3/2008 – VIVO – CIDADE NOVA – PREFEITURA – REPÓRTER MARIANA GROSS

RJTV1 – 24/3/2008 – VIVO – JACAREPAGUÁ – REPÓRTER VANDREY PEREIRA

RJTV2 – 24/3/2008 – GLOBOCOP FLAGRA FALTA DE CUIDADO NO COMBATE À DENGUE

RJTV2 – 24/3/2008 – MORADORES SE MOBILIZAM PARA COMBATER A DENGUE

RJTV2 – 24/3/2008 – CENTROS DE HIDRATAÇÃO PARA O COMBATE À DENGUE COMEÇAM A FUNCIONAR HOJE

RJTV2 – 24/3/2008 – REPRESENTANTES DOS GOVERNOS SE REÚNEM PELA PRIMEIRA VEZ PARA DECIDIR AS AÇÕES DO GABINETE DE CRISE DA DENGUE

JORNAL NACIONAL – 24/3/2008 – EDITORIAL DO JORNAL NACIONAL SOBRE A DENGUE

JORNAL NACIONAL – 24/3/2008 – HISTÓRICO AGRAVAMENTO DA EPIDEMIA DE DENGUE NO RIO – GABINETE DE CRISE – TENDAS DE HIDRATAÇÃO

RJTV1 – 25/3/2008 – HOSPITAL CARDOSO FONTES – REPÓRTER FABIANO VILLELA

RJTV1 – 25/3/2008 – VT – DECISÕES PARA O COMBATE À DENGUE DO GABINETE DE CRISE – REPÓRTER TATIANA NASCIMENTO

RJTV1 – 25/3/2008 – VIVO – ENTREVISTA EM ESTÚDIO COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE JACOB KLIGERMAN – 1ª PARTE

RJTV1 – 25/3/2008 – PACOTE DE MEDIDAS DA PREFEITURA PARA O COMBATE À DENGUE – REPÓRTER SUSANA NASPOLINI

RJTV1 – 25/3/2008 – ENTREVISTA EM ESTÚDIO COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE JACOB KLIGERMAN – 2ª PARTE

RJTV1 – 25/3/2008 – TENDA DE HIDRATAÇÃO – REPÓRTER VANDREY PEREIRA

RJTV1 – 25/3/2008 – VIVO – HEMÓRIO – REPÓRTER MILA BURNS

RJTV1 – 25/3/2008 – VIVO – ESTÚDIO – ENTREVISTA JACOB KLIGERMAN, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE – 3ª PARTE

RJTV1 – 25/3/2008 – VIVO – CAMPO GRANDE – TENDA DE HIDRATAÇÃO – REPÓRTER VANDREY PEREIRA

RJTV1 – 25/3/2008 – VT – FLAGRANTE EM SANTA CRUZ DE PNEUS ABANDONADOS POR BORRACHARIA

RJTV1 – 25/3/2008 – VIVO – CAMPO GRANDE – TENDA DE HIDRATAÇÃO – REPÓRTER VANDREY PEREIRA

RJTV1 – 25/3/2008 – VIVO – LEBLON – REPÓRTER GABRIELA DE PALHANO ENTREVISTA ALUNOS E PROFESSORES SOBRE O COMBATE À DENGUE

RJTV2 – 25/3/2008 – CARROS DOADOS PELO GOVERNO FEDERAL E QUE PODERIAM AJUDAR NO COMBATE À DENGUE CONTINUAM ABANDONADOS NUM TERRENO DA PREFEITURA

JORNAL NACIONAL – 25/3/2008 – EPIDEMIA DE DENGUE: CINCO MIL PESSOAS POR DIA PROCURAM OS HOSPITAIS PÚBLICOS

JORNAL NACIONAL – 25/3/2008 – CABEÇA DE FÁTIMA BERNARDES DANDO NOTÍCIA SOBRE A DENGUE EM 2007

JORNAL NACIONAL – 25/3/2008 – CABEÇA DE WILLIAM BONNER FALANDO SOBRE COMO FOI TRATADO O PROBLEMA DA DENGUE EM 2007

JORNAL NACIONAL – 25/3/2008 – CRIANÇAS QUE MORRERAM DE DENGUE

JORNAL NACIONAL – 25/3/2008 – CRIANÇAS QUE MORRERAM DE DENGUE

JORNAL NACIONAL – 25/3/2008 – CRIANÇAS QUE MORRERAM DE DENGUE

JORNAL NACIONAL – 25/3/2008 – CRIANÇAS QUE MORRERAM DE DENGUE

RJTV2 – 26/3/2008 – ESPECIALISTA RESPONDE ÀS PERGUNTAS DA POPULAÇÃO SOBRE DENGUE

RJTV2 – 26/3/2008 – DIANTE DO CRESCIMENTO DO NÚMERO DE CASOS E MORTES POR DENGUE EM RELAÇÃO AOS OUTROS ANOS, ESPECIALISTAS CONCLUÍRAM QUE A DOENÇA ESTÁ MAIS PERIGOSA

RJTV2 – 26/3/2008 – CÉSAR MAIA DECIDE FALAR EM PÚBLICO SOBRE A SITUAÇÃO DA DENGUE

RJTV2 – 26/3/2008 – NÚMERO DE CASOS E DE MORTES POR DENGUE AUMENTA E AINDA HÁ SINAIS DE DESCASO NAS RUAS DA CIDADE

JORNAL NACIONAL – 26/3/2008 – EPIDEMIA DE DENGUE NO RIO: CESAR MAIA DÁ A PRIMEIRA ENTREVISTA – CENTROS DE HIDRATAÇÃO LOTADOS

JORNAL NACIONAL – 26/3/2008 – EPIDEMIA DE DENGUE NO RIO: CRIANÇAS ESTÃO MAIS VULNERÁVEIS E CONTRAEM A FORMA MAIS GRAVE DA DOENÇA

RJTV2 – 27/3/2008 – DENGUE: SECRETÁRIOS ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE DOANDO SANGUE NO ÔNIBUS HEMORIO NO PROJAC

RJTV2 – 27/3/2008 – VOLUNTÁRIOS CARIOCAS QUE COMBATEM A DENGUE E DÃO BONS EXEMPLOS

RJTV2 – 27/3/2008 – MIL E DUZENTOS MILITARES VAO MONTAR TRÊS HOSPITAIS DE CAMPANHA CONTRA A DENGUE

JORNAL NACIONAL – 27/3/2008 – HOSPITAIS DE CAMPANHA DAS FORÇAS ARMADAS

JORNAL NACIONAL – 27/3/2008 – JORNAL NACIONAL ACOMPANHA O ATENDIMENTO A UMA CRIANÇA COM SUSPEITA DE DENGUE

RJTV2 – 28/3/2008 – PREFEITURA DO RIO BRIGAVA NA JUSTIÇA PARA EVITAR A CONTRATAÇÃO DE MAIS AGENTES DE SAÚDE QUE PODERIAM ESTAR COMBATENDO O MOSQUITO TRANSMISSOR DA DENGUE

JORNAL NACIONAL – 28/3/2008 – MINISTÉRIO DA SAÚDE CONTESTA A EXISTÊNCIA DA DENGUE TIPO 4 NA AMAZÔNIA

JORNAL NACIONAL – 28/3/2008 – AUMENTO DOS CASOS DE DENGUE NO RIO GRANDE DO NORTE

JORNAL NACIONAL – 28/3/2008 – EPIDEMIA DE DENGUE: ESPECIALISTAS RESPONDEM A PESSOAS NA RUA

RJTV2 – 29/3/2008 – MORADORES DE OLARIA DENUNCIAM TERRENO QUE PODE SER CRIADOURO DO *Aedes Aegypti*

RJTV2 – 29/3/2008 – DENGUE: TRÊS MENINAS COM SUSPEITA DA DOENÇA SÃO ENTERRADAS NO RIO

JORNAL NACIONAL – 29/3/2008 – CORPOS DE TRÊS CRIANÇAS FORAM ENTERRADOS NO RIO DE JANEIRO, TODAS COM SUSPEITA DE DENGUE

RJTV2 – 31/3/2008 – ÔNIBUS DO HEMÓRIO ESTEVE NA UERJ

RJTV2 – 31/3/2008 – MAIS DE QUINHENTAS PESSOAS JÁ FORAM ATENDIDAS NO PRIMEIRO DIA DE FUNCIONAMENTO DOS HOSPITAIS DE CAMPANHA DAS FORÇAS ARMADAS

JORNAL NACIONAL – 31/3/2008 – SOBE PARA 67 O NÚMERO DE MORTOS POR DENGUE, NO RIO DE JANEIRO, EM 2007

Publicações Radis/Ensp/Fiocruz

1980

RADIS. *Súmula*, n. 1, julho, 1982.

RADIS. *Súmula*, n. 14, junho, 1986.

RADIS. *Súmula*, n. 16, abril, 1987.

1990

RADIS. *Súmula*, n. 33, fevereiro, 1990a

RADIS. *Súmula*, n. 34, março, 1990b.

RADIS. *Súmula*, n. 36, novembro, 1990c.

RADIS. *Súmula*, n. 38, janeiro, 1991a.

RADIS. *Súmula*, n. 39, fevereiro, 1991b.

RADIS. *Súmula*, n. 66, março, 1998a.

RADIS. *Súmula*, n. 67, abril, 1998b.

2000

RADIS. *Súmula*, n. 86, fevereiro, 2002a.

RADIS. *Súmula*, n. 87, março, 2002.

RADIS. *Revista Radis*, n. 64, dezembro de 2007.

RADIS. *Revista Radis*, n. 68, abril de 2008a.

RADIS. *Revista Radis*, n. 69, maio 2008b.

Outras publicações

Dengue no Brasil. *Revista História, Ciências, Saúde*, v. 5, n. 1, jun. 1998.

Debate sobre Dengue – Ceensp em 30/4/1986. *Cad. Saúde Pública*, vol. 3, n. 2, 1987.

Hemeroteca Radis/Ensp/Fiocruz

1980

Jornal do Brasil. *Rio tem doença de pobre e de rico*. 16/4/1986.

Jornal O Estado de S. Paulo. *Epidemias. E o país volta ao passado*. Editorial, 3/5/1986.

Jornal Folha de S. Paulo. *Dengue atinge 350 mil pessoas no Rio, diz secretário*, 3/5/1986.

Jornal O Globo. *Medo leva a postos de saúde até pessoas com caso de resfriado*, 7/5/1986.

Revista Veja, Editoria Saúde. *Alerta geral no Brasil*. 7/5/1986, p. 116-122.

Jornal O Dia. *Saúde investiga morte de pessoas com dengue*, 8/5/1986.

Jornal O Globo. *Fiocruz alerta Rio contra dengue hemorrágica fatal e Febre amarela começa a assustar*, 9/5/1986.

Jornal Folha de S. Paulo. *Doenças resultam da forma de organização da sociedade*, Luiz Jacintho da Silva, 9/5/1986.

Jornal O Globo. *CAXIAS – Uma constante nas reclamações “Se tiver que morrer, morre na fila”*, 11/5/1986.

Jornal Folha de S. Paulo. *Sucam teme dengue hemorrágica*. 13/5/1986.

Jornal Folha de S. Paulo. *Governo do Rio foi alertado para a epidemia há 3 anos*. 13/5/1986.

Jornal do Brasil. *Zero em saúde*, Editorial, 15/5/1986.

Jornal Última Hora. *Dolorosa corrida contra quebra-ossos no Rio*, Capa, 15/5/2006.

Jornal Folha de S. Paulo. *Epidemia de omissões*, Editorial, 15/5/1986.

Revista Visão. *O Brasil está doente*. 21/5/1986, p. 30-35.

Jornal Folha de S. Paulo. *Situação da saúde no país chega a números alarmantes*, 25/5/1986.

Jornal Última Hora. *Dengue: protesto vai parar Via Dutra*, 26/5/1986.

Jornal O Dia. *Famerj fecha a Via Dutra e pede maior combate à dengue*, 27/5/1986.

Jornal Folha de S. Paulo. *Protesto contra a dengue deve interditar a Via Dutra hoje cedo*, 27/5/1986.

Jornal do Brasil. *Moradores da Baixada param a Dutra para exigir saúde*, 28/5/1986.

Jornal O Estado de S. Paulo. *Má assistência leva à paralisação da Via Dutra*, 28/5/1986.

Jornal O Globo. *Moradores da Baixada fecham a Via Dutra*, 28/5/1986.

Jornal O Globo. *Pusilanimidade*, Nota editorial, 28/5/1986.

Revista Isto é. *Inflação de epidemias*, Editoria Medicina e Saúde, 28/5/1986, p. 32-39.

Jornal O Estado de S. Paulo. *A falta de saneamento básico provoca epidemias*, 8/6/1986.

Jornal do Brasil. *Dengue hemorrágica pode ter causado morte em Niterói*, 12/6/1986.

Jornal do Brasil. *Fiocruz confirma que dengue causou morte de estudante*, 13/6/1986.

Jornal O Globo. *Paraíso dos mosquitos*, 30/6/1986.

Jornal O Globo. *Dengue atinge 70 mil casos em Niterói e São Gonçalo*, 28/1/1987.

Jornal do Brasil. *Sucam diz que a população “cria” mosquitos em casa*, 5/2/1987.

Jornal Folha de S. Paulo. *“Pestes nacionais” fazem 16 milhões de vítimas*, 8/2/1987.

Jornal Zero Hora. *A mortalidade cresceu junto com a riqueza*, 11/2/1987.

Jornal O Globo. *Sujeira e miséria são as principais causas do mal [dengue, meningite e conjuntivite, no Rio de Janeiro] e Problemas sociais contribuem para agravar a situação*, 12/4/1987.

Fontes secundárias:

ABREU, A. Jornalismo cidadão. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 25-40, 2003. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/viewFile/2185/1324>>. Acesso em: 4 abr. 2012.

ALBUQUERQUE, A. Em nome do público: jornalismo e política nas entrevistas dos presidenciais ao *Jornal Nacional*. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 20., 2011, Porto Alegre. **Biblioteca...** Porto Alegre: UFRGS, 2011. Disponível em: <http://www.compos.org.br/data/biblioteca_1618.doc>. Acesso em: 13 set. 2011.

_____. **A mídia como “poder moderador”**: uma perspectiva comparada. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 17., 2008, São Paulo. **Biblioteca...** São Paulo: Unip, 2008. Disponível em: <http://www.compos.org.br/data/biblioteca_305.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2010.

ALBUQUERQUE, A.; LADEIRA, J. D. M.; ROXO, M. *Media criticism* no Brasil: o Observatório da Imprensa. **Intercom** – Revista Brasileira de Ciências da Comunicação, v. 25, n. 2, p. 166-189, dez. 2002. Disponível em: <<http://200.144.189.84/revistas/index.php/revistaintercom/article/view/427/396>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

ALCURE, L. **Telejornalismo em 12 lições**: televisão, vídeo, internet. Rio de Janeiro: Senac Nacional/PUC-RJ, 2011.

ANDERSON, B. R. **Comunidades imaginadas**: reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ARAÚJO, I. S. **A reconversão do olhar**: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social. São Leopoldo: Unisinos, 2000.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; LERNER, K. Comunicação e Saúde – o lugar de onde se fala. **Revista ECO-PÓS**, Rio de Janeiro: E-papers, v. 10, n. 1, p. 79-92, jul. 2007.

ARENDT, H. **Sobre a revolução**. Lisboa: Relógio D’Água, 2001.

ARONOWITZ, R. A. **Making sense of illness** – science, society and disease. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AUGUSTO, L. G. Programa de erradicação do *Aedes aegypti*: inócuo e perigoso (e ainda perdulário). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 876-877, out./dez. 1998. (Seção Cartas).

AYRES, J. R. de C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2008.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. Os gêneros do discurso. In: **A estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 277-326.

BARATA, R. B. **Meningite**: uma doença sob censura? São Paulo: Cortez, 1988.

_____. A historicidade do conceito de causa. In: **Textos de apoio. Epidemiologia**. Rio de Janeiro: PEC/ Ensp/Abrasco, 1985. p. 13-27.

BARBOSA, M.; RIBEIRO, A. P. G. Telejornalismo na Globo: vestígios, narrativa e temporalidade. In: BRITTOS, V. C.; BOLAÑO, C. R. S. (Orgs.). **Rede Globo**: 40 anos de poder e hegemonia. São Paulo: Paulus, 2005. p. 205-224.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. Dossiê Epidemias. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 22, n. 64, p. 53-78, 2008.

BECK, U. **La sociedad del riesgo**: hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós, 1998.

BECKER, B. **A linguagem do telejornal**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005.

BENVENISTE, E. O aparelho formal da enunciação. In: **Problemas da linguística geral II**. São Paulo: Pontes, 1989. p. 81-90.

BEVENUTO JR., A. Comunitário: um peixe vivo, mas fora da rede. In: BRITTOS, V. C.; BOLAÑO, C. R. S. (Orgs.). **Rede Globo**: 40 anos de poder e hegemonia. São Paulo: Paulus, 2005. p. 225-242.

BISTANE, L.; BACELLAR, L. **Jornalismo de TV**. São Paulo: Contexto, 2005.

BOLTANSKI, L. **Distant Suffering**: morality, media and politics. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

BONNER, W. **Jornal Nacional**: modo de fazer. São Paulo: Editora Globo, 2009.

BRAGA, I. A.; VALLE, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-118, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Rede Dengue: inovação da abordagem e da gestão em pesquisa à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1159-63, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRIGGS, A.; BURKE, P. **Uma história social da mídia**: de Gutenberg à Internet. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BRITTOS, V. C.; BOLAÑO, C. R. S. (Orgs.). **Rede Globo**: 40 anos de poder e hegemonia. São Paulo: Paulus, 2005.

CAMPOS, J.; ANDRADE, C. F. S. Susceptibilidade larval de duas populações de *Aedes aegypti* a inseticidas químicos. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 232-6, 2001.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARDOSO, J. M. **Comunicação, saúde e discurso preventivo**: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999). Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTIEL, L. D. **Comunicação, hiperprevenção e riscos catastróficos**. Rio de Janeiro, 2010. mimeo.

_____. Crime e castigo: risco e prevenção do HIV/Aids. In: **Moléculas, moléstias, metáforas**: o senso dos humores. São Paulo: Unimarco, 1996. p. 81-100.

_____. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Precariedades do excesso**: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232, 1992.

_____. **The medicalization of society**: on transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CORDEIRO, H. **A indústria de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, D. C. (Org.). **Epidemiologia**: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990.

CRAWFORD, R. Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture. **Health**: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine, v. 8, n. 4, p. 505-528, 2004.

CUNHA, N. V. O fantasma da reinfestação: a epidemia de dengue no Rio de Janeiro como drama social. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 18, p. 83-111, 2002.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ALMA ATA. **Declaração**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, set. 1978, URSS. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 3 maio. 2012.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992. p. 219-226.

DONALISIO, M. R. **O dengue no espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1999.

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**: ensaio sobre as noções de poluição e tabu. Lisboa: Edições 70, [197-?]. (Coleção Perspectivas do Homem, 39).

_____. **Risk and blame**: essays in cultural theory. London: Routledge, 1992.

EWALD, F. Insurance and Risk, In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (Eds.). **The Foucault effect**: studies in governmentality. London: Harvester Wheatsheaf, 1991. p. 197-210.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: UnB, 2001.

FASSIN, D. **La Raison Humanitaire**. Paris: Seuil/Gallimard, 2010.

_____. La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion. **Évol Psychiatr**, v. 67, n. 4, p. 676-689, 2002.

FAUSTO NETO, A. As bordas da circulação. **ALCEU**: Revista de Comunicação, Cultura e Política, Rio de Janeiro, v. 10, n. 20, p. 55-69, jan./jun. 2010.

_____. Saúde em uma sociedade mediatizada. **Revista ECO-PÓS**, Rio de Janeiro: E-Papers, v. 10, n. 1, p. 198-205, jan./jul. 2007.

_____. Mediatização, prática social – prática de sentido. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 15., 2006, São Paulo. **Biblioteca...** São Paulo: Unesp, 2006. Disponível em: < http://www.compos.org.br/data/biblioteca_544.pdf >. Acesso em: 11 mar. 2009.

_____. **Comunicação e mídia impressa**: estudo sobre a Aids. São Paulo: Hackers, 1999.

_____. **O impeachment da televisão**: como se cassa um presidente. Rio de Janeiro: Diadorim, 1995a.

_____. A deflagração do sentido: estratégias de produção e captura da recepção. In: SOUZA, M. W. (Org.). **Sujeito, o lado oculto do receptor**. São Paulo: Brasiliense, 1995b. p. 189-222.

FAUSTO NETO, A.; RUBIM, A. C.; VERÓN, E. **Lula Presidente**: televisão, política na campanha eleitoral. São Paulo: Hacker/São Leopoldo: Unisinos, 2003.

FIORI, J. L. **60 lições dos 90**: uma década de neoliberalismo. Rio de Janeiro: Record, 2001.

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

FORTES, R. **A imprensa e a transição para a democracia**: uma análise do início da “Nova República”, s/d. Disponível em: <[http://paginas.ufrgs.br/alcar/search?Searchable Text=Rafael+Fortes](http://paginas.ufrgs.br/alcar/search?Searchable+Text=Rafael+Fortes)>. Acesso em 12 out. 2011.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Em defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 79-99.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1977.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer**: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070306142552.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

FRANÇA, V. V. A televisão porosa – traços e tendências. In: FREIRE FILHO, J. (Org.). **A TV em transição**: tendências no Brasil e no mundo. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 27-52.

FREIRE FILHO, J.; BORGES, G. **Estudos de televisão**: diálogos Brasil-Portugal. Porto Alegre: Sulina, 2011.

FREIRE FILHO, J. TV de qualidade: uma contradição em termos? **Líbero**, v. 4, n. 7-8, p. 86-95, 2001.

FREITAS, F. Mídia e Saúde: a notícia de saúde no MGTV 1ª edição (Rede Globo), uma análise sobre o jornalismo público e sensacionalista. **Comunicação & Saúde Revista Digital**, v. 3, n. 5 dez. 2006. Disponível em: <http://www.projetoaradix.com.br/arq_artigo/textos/texto12.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010.

FUREDÍ, F. **Therapy Culture**: cultivating vulnerability in an uncertain age. Routledge, 2003.

GAUCHET, M. **A democracia contra ela mesma**. São Paulo: Radical Livros, 2010.

GOMES, I. M. M. Tendências do telejornalismo brasileiro no início do século XXI: telejornalismo popular e *infotainment*. In: FREIRE FILHO, J.; BORGES, G. (Orgs.). **Estudos de televisão: diálogos Brasil-Portugal**. Porto Alegre: Sulina, 2011. p. 56-87.

_____. **Televisão e realidade**. Salvador: Edufba, 2009.

GOMES, W. **Mapeando a audiosfera política brasileira**: os soundbites políticos no Jornal Nacional. XVII Encontro da Compós. São Paulo, junho, 2008.

GUIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GUIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Unesp, 1997.

GUSFIELD, J. R. **The culture of public problems**. Chicago: University of Chicago Press, 1981.

HACKING, I. How should we do the history of statistics? In: BURCHELL, C. G., MILLER, P. (Eds.). **The Foucault Effect: studies in governmentality**. Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 1991, p. 181-195.

HAGEN, S. **A emoção como estratégia de fidelização ao telejornal**: um estudo da recepção sobre os laços entre apresentadores e telespectadores do *Jornal Nacional*. Tese (Doutorado em Comunicação) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público, a AIDS em seis jornais franceses. **Physis**, v. 2, n. 1, p. 7-35, 1992.

KOSMINSKY, D. **A imagem da notícia** – Panorama gráfico do telejornal brasileiro: análise dos selos do *Jornal Nacional*. Dissertação (Mestrado em Design) – Departamento de Artes e Design, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2003.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: an working document. Ottawa, 1974. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2011.

LEAL, M. C. Debate sobre dengue promovido pelo Ceensp em 30/4/1986. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 2, p. 183-210, 1987.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LENE, H. A. Reconfiguração do jornalismo de economia no Brasil no final do século XX. In: BARBOSA, M. C.; RIBEIRO, A. P. G. (Orgs.). **Comunicação e história**: partilhas teóricas. Florianópolis: Insular, 2011. p. 161-176.

LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010.

LOWENTHAL, D. Como conhecemos o passado? In: **Projeto História**. Revista do Programa de Pós-graduação em História da PUC/São Paulo, n. 17, p. 63-202, 1998.

LÖWY, I. **Vírus, mosquitos e modernidade**: a febre amarela no Brasil entre a ciência e a política. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LUHMANN, N. **Risk**. A sociological theory. New York: Aldine de Gruyter, 1993.

LUPTON, D. **Risk**. London/New York: Routledge; 1999a.

_____. **Risk and Sociocultural Theory** – new directions and perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 1999b.

LUZ, M. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil, anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/IMS-Uerj, 1994. p. 131-151.

_____. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARTÍN-BARBERO, J. **Dos meios às mediações**: comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

MARTINEZ-TORRES, E. **Dengue**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARZOCHI, K. et al. Dengue no Brasil. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2011.

MEDRONHO, R. Análise espacial da dengue e o contexto socioeconômico no município do Rio de Janeiro, RJ. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 666-673, 2009.

MEMÓRIA GLOBO. **Jornal Nacional**: a notícia faz história. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Hucitec, 1994.

MENDONÇA, K. **A punição pela audiência**: um estudo do *Linha Direta*. Rio de Janeiro: Quartet/Faperj, 2002.

MIGUEL, L. F. O jornalismo como sistema perito. **Tempo Social**: Rev. Sociol. USP, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 197-208, maio. 1999.

MORRIS, D. B. **Doença e cultura na era pós-moderna**. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

CASTRO, I. A.; MUSSE, C. F. A construção de uma realidade: a cobertura da gripe suína realizada pelo *Jornal Nacional*. **Intercom**, 2010. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/sis/regional/resumos/R19-1034-1.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2011.

NOGUEIRA, R. P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: AROUCA, S. O **dilema preventivista**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.175-182.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec: Fiocruz, 2006, p.295-315. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fs/disciplina/173215/SAÚDEcoletiva.doc>>. Acesso em 27 jun. 2010.

ORLANDI, E. P. **Discurso fundador**: a formação do país e a construção da identidade nacional. 2ª ed. Campinas: Pontes, 2001.

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

PEREIRA, C. S. **O sofrimento em imagens**: uma história entre a fotografia e a política. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

PINTO, M. J. **As marcas linguísticas da enunciação**: esboço de uma gramática enunciativa do português. Rio de Janeiro: Numen, 1994.

_____. **Comunicação e Discurso**: introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker, 1999.

PORTO, M. Novos apresentadores ou novo jornalismo? O *Jornal Nacional* antes e depois da saída de Cid Moreira. **Comunicação e Espaço Público**, n. 1-2, p. 9-31, 2002.

RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RAMOS, M. C.; SANTOS, S. (Orgs.). **Políticas de comunicação**: buscas teóricas e práticas. São Paulo: Paulus, 2007.

RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle da dengue: propostas inovadoras. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 12, n. 25 p. 433-441, 2008.

RECIIS. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.121-123, nov. 2010. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br. Acesso em: 15 jan. 2011.

RIBEIRO, A. P. G.; SACRAMENTO, I. ; ROXO, M. (Orgs.). **História da televisão no Brasil**: do início aos dias de hoje. São Paulo: Contexto, 2010.

RIBEIRO, A. P. G. **Imprensa e história no Rio de Janeiro dos anos 50**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2007.

_____. **A história do seu tempo:** a imprensa e a produção do sentido histórico. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

ROSANVALLON, P. **Le contre-démocratie:** la politique a l'âge de la défiance. Paris: Éditions du Seuil, 2006.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social:** ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Uma história da saúde pública.** São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSENBERG, C. What's is an epidemic? AIDS in historical perspective. In: ROSENBERG, C. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine.** Cambridge: Cambridge University Press, 1992a. p. 278-293.

_____. Explaining epidemics. In: ROSENBERG, C. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine.** Cambridge: Cambridge University Press, 1992b. p. 293-304.

_____. Framing disease: Illness, society and history. In: ROSENBERG, C. **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine.** Cambridge: Cambridge University Press, 1992c. p. 305- 18.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROXO, M. A volta do “jornalismo cão” na TV. In: RIBEIRO, A. P. G.; SACRAMENTO, I.; ROXO, M. (Orgs.). **História da televisão no Brasil:** do início aos dias de hoje. São Paulo: Contexto, 2010. p. 177-195.

_____. Novas configurações das eleições no Brasil Contemporâneo.

RUBIM, A.C. Novas configurações das eleições no Brasil contemporâneo. In: RUBIM, A. C. Canelas (Org.). **Mídia e Eleições 98.** Salvador: Universitária/ UFPB, Facom/UFBA, 2000.

SACRAMENTO, I. **Depois da revolução, a televisão:** cineastas de esquerda no jornalismo televisivo dos anos 1970. São Carlos: Pedro & João, 2011.

SKOLBEKKEN, J. A. The risk epidemic in medical journals. **Social Science and Medicine**, v. 40, n. 3, p. 291-305, 1995.

SODRÉ, M. **Antropológica do espelho:** uma teoria da comunicação linear e em rede. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

_____. **Reinventando a cultura:** a comunicação e seus produtos. Petrópolis/RJ: Vozes, 1996.

_____. **A comunicação do grotesco:** um ensaio sobre a cultura de massas no Brasil. Petrópolis/RJ: Vozes, 1972.

SONTAG, S. **A Aids como metáfora.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

_____. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA, C. M. C. **A gripe espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2009.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

SPINK, M. J. P. et al. Usos do glossário do risco em revistas: contrastando “tempo” e “públicos”. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2008.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B.; MELLO, R. P. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 151-164, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722002000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2011.

TARDE, G. **A opinião e as massas**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 867-871, maio/jun. 2002 (Coluna Opinião).

_____. Urbanização e ecologia do dengue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 99-102, 2001. (Suplemento).

TEIXEIRA, R. R. **Epidemia e cultura**: Aids e mundo securitário. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1993.

VAN LOON, J. **Risk and technological culture**: towards a sociology of virulence. London: Routledge, 2002.

VAZ, P. **Vítima virtual e mídia**. In: SIMPÓSIO INTERDISCIPLINAR VIGILÂNCIA, SEGURANÇA E CONTROLE SOCIAL NA AMÉRICA LATINA, Curitiba, 2009. **Biblioteca...** Curitiba: PUC-PR, 2009. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/ssscla/papers/SessaoA_A43_pp51-69.pdf>. Acesso em: 17 set. 2010.

_____. Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade. **Comunicação, Mídia e Consumo**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 37-62, 2006. Disponível em: <<http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/viewFile/8/16>>. Acesso em: 20 jul. 2009.

_____. O destino do *fait divers*: política, risco e ressentimento no Brasil contemporâneo. **Revista Famecos**. Porto Alegre, v.1, n. 35, p. 53-62, abr. 2008.

_____. **Risco e Justiça**, 2004. Disponível em: <<http://www.pos.eco.ufrj.br>>. Acesso em: 17 mar. 2009.

_____. Um corpo com futuro. In: PACHECO, A.; COCCO, G.; VAZ, P. **O trabalho da multidão**. Rio de Janeiro: Ed. Gryfus: Museu da República, 2002.

VAZ, P.; CARDOSO, J. M. A epidemia da dengue como questão política: risco e sofrimento no *Jornal Nacional* em 2008. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 20., 2011, Porto

Alegre. **Biblioteca...** Porto Alegre: UFRGS, 2011. Disponível em: < http://www.compos.org.br/data/biblioteca_1613.doc >. Acesso em: 27 jan. 2012.

VAZ, P.; ROLNY, G. Políticas do sofrimento e as narrativas midiáticas de catástrofes naturais. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 19., 2010, Rio de Janeiro. **Biblioteca...** Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2010. Disponível em: < http://www.compos.org.br/data/biblioteca_1474.doc >. Acesso em: 4 nov. 2010.

VAZ, P.; et al. O fator de risco na mídia. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 11, n. 21, p. 145-63, jan./abr. 2007.

VERÓN, E. **El cuerpo de las imágenes**. Buenos Aires: Norma, 2001.

_____. **Semiosis de la mediatización**. Seminário Internacional Media and Social Perceptions. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 1998.

_____. Quand lire c'est faire: l'enunciation dans le discours de la presse écrite. In: **Semiotique II**. Paris: IREP, 1983. p. 35-56.

ZAVARESE, M. **Contexto histórico da relação entre a imprensa e a biomedicina a partir da invenção da prensa**, s/d. Disponível em: <http://mcarvalhoz.brinkster.net/cv/artigos/ampuh_monica_carvalho_anais_eletronicos.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue net**. Disponível em: <<http://www.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>>. Acesso em: 29 dez. 2010.

GLOSSÁRIO¹⁰⁵

Âncora – além de apresentar o telejornal, emite comentário e/ou faz análise dos assuntos abordados nas reportagens. Também pode ser o editor-chefe.

Arte – ilustrações como mapas, gráficos, vinhetas. Podem ser ou não animadas.

Background ou BG – som do ambiente da gravação ou a música usada para sonorizar matéria.

Blocos – segmentos de telejornal separados por anúncios publicitários.

Cabeça – texto lido pelo apresentador para chamar a matéria. Geralmente, contém as informações mais relevantes da reportagem que será mostrada a seguir.

Cinegrafista/repórter cinematográfico – é o profissional que opera a câmera e registra as imagens que vão ilustrar uma reportagem.

Close – também chamado de **plano próximo**. Enquadramento fechado na cena, no objeto ou na pessoa que se quer destacar. Usamos, como sinônimo, **detalhe**.

Contraplano – é a tomada do repórter (é o mais comum) durante as perguntas, ou simplesmente em silêncio, acompanhando o que está sendo dito pelo entrevistado.

Corte seco – é efeito mais usado para a edição de imagens no telejornalismo diário. As imagens escolhidas da fita bruta, gravada durante a reportagem, ou do material de arquivo, são montadas por justaposição.

Créditos – menção dos nomes dos entrevistados, profissionais envolvidos na produção da reportagem e, obrigatoriamente, de autores/proprietários de todo o material usado em uma matéria.

Decupagem – descrição por escrito de um produto audiovisual, com indicação dos minutos e segundos em que a imagem (podendo detalhar os tipos de movimento, planos e efeitos utilizados) e o texto aparecem.

Edição – montagem de áudio e vídeo.

Espelho – roteiro do que será o telejornal, com a ordem de entrada das matérias e o tempo estipulado para cada uma delas. Comporta várias versões e pode ser alterado mesmo quando o telejornal está no ar.

Fade – utilizado para indicar o efeito de escurecimento na tela: *fade in*, quando inicia do preto para a imagem e *fade out* para o sentido inverso. A intensidade das cores e o ritmo do *fade* dependem do efeito expressivo desejado, como a fusão.

¹⁰⁵ Este é um glossário livremente adaptado aos sentidos com que os termos foram usados neste trabalho, sem pretensão de maior detalhamento ou levantamento exaustivo do linguajar técnico utilizado na prática jornalística. As fontes consultadas foram Alcure (2011), Bistane e Bacellar (2005) e Bonner (2009).

Fusão – recurso de edição para a sobreposição de imagens, em diferentes ritmos.

Lide – do inglês, *lead*. Expressa o que deve ser considerado como as principais questões de uma notícia, respondendo às perguntas clássicas de uma narrativa: o que, como, quem, quando, onde e por quê.

Matéria – termo usado de forma genérica para indicar a notícia telejornalística, independente do formato – nota, reportagem etc.

Matéria bruta – não editada.

Nota coberta – texto lido pelo apresentador, em *off*, simultâneo à exibição de imagens.

Nota pé – texto lido pelo apresentador após a reportagem, com informações adicionais ou comentário.

Nota pelada – texto lido pelo apresentador em estúdio, sem imagens adicionais.

Off – narração do apresentador, locutor ou repórter, simultânea à exibição de imagens, sem que sua imagem seja mostrada.

Panorâmica – ou *pan*, na forma abreviada, indica o movimento horizontal ou vertical da câmera.

Plano – tipo de enquadramento feito pelo cinegrafista. Existem, entre outros, o plano geral (imagem aberta), médio, americano, primeiro plano (*close*), primeiríssimo plano (imagem muito fechada ou *close-up*).

Plano geral – enquadramento da câmera que permite ver todo o cenário, cena do acontecimento, várias pessoas ou elementos simultaneamente.

Plano médio – também chamado de **plano conjunto**. No estúdio, vê-se parte do cenário, como a bancada do(s) apresentador(es); nas reportagens e entrevistas, mostra a pessoa acima da cintura.

Plano sequência – gravação ininterrupta, sem que a câmera seja desligada ou que sejam feitos cortes na ilha de edição.

Repórter – jornalista que colhe as informações, redige o texto e faz entrevistas para construção de uma reportagem. Realiza também entradas ao vivo.

Selo – imagem, animada ou não, usada para identificar uma matéria ou cobertura de um tema.

Slow motion – ou apenas *slow*, efeito de edição para tornar a imagem mais lenta.

Sobe-som – dar ganho de voz, por cerca de alguns segundos, ao áudio original.

Stand up – o repórter presente na cena acontecimento ou em lugar associado ao fato. É muito usado nas inserções ao vivo, mas também pode ser previamente gravado para compor a matéria.

Take – cena, tomada.

Teleprompter – equipamento adaptado às câmeras de estúdio que permite a visualização dos textos, lidos pelo apresentador, mantendo o olhar no nível da câmera. Ou, na definição do próprio Bonner, “bem na frente da lente da câmera, e que permite ao apresentador uma postura mais natural do que se tivesse de ler uma página sobre a mesa ou decorar cada frase da notícia” (BONNER, 2009, p. 130).

Videoteipe ou VT – equipamento eletrônico que grava o sinal de áudio e vídeo; o termo é comumente empregado para se referir à matéria editada.

Vinhetas – pequenos vídeos que identificam uma emissora de TV ou o tema tratado pela matéria jornalística.

Zoom in – movimento ótico de aproximação do objeto/cena de interesse a ser destacado pela câmera.

Zoom out – afastamento do centro de interesse, como, por exemplo, de um plano médio no repórter para uma geral do local onde se passa a cena.

ANEXOS**ANEXO A – EPIDEMIAS DE DENGUE: TABELAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Casos de Dengue, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1997 a 2009

Região e UF	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007**	2008	2009
Região Norte	0	2194	0	0	18	3221	2695	22174	27018	15118	30848	51619	20273	28651	19509	25781	20550	37741	51127	58310
Roraima	---	---	0	---	0	0	0	55	23	979	3635	1693	1567	3009	3387	5956	4260	4271	5936	20239
Acre	---	---	0	---	0	0	0	0	0	3	2316	2035	892	970	4679	2280	268	518	2443	19359
Amazonas	---	---	0	---	0	0	0	0	13894	5548	6411	19171	2244	4009	918	1.020	638	1941	8763	1755
Roraima	---	---	0	---	0	0	409	380	258	3978	7295	3836	1218	4967	581	2.359	1017	869	5062	3188
Pará	---	---	0	---	0	28	321	20877	10934	2613	8218	16741	11516	9774	5779	8.250	6574	13934	16426	7644
Amapá	---	---	0	---	0	0	0	0	26	5	50	3199	858	4039	2626	2.559	1849	3546	1255	1681
Tocantins	---	2194	0	---	18	3193	1965	862	1883	1992	2923	4944	1978	1883	1539	3.357	5944	12662	11242	4444
Região Nordeste	15950	8020	0	788	49828	59192	125779	190746	227566	112265	121495	150282	267851	150682	22466	75929	69877	124820	175976	124798
Maranhão	---	---	0	---	0	1776	6312	6102	12171	4591	4339	6283	8491	5962	1628	6.610	5182	13330	5723	2291
Piauí	---	---	0	---	26	3260	5777	2841	14626	2252	7336	10315	8841	9505	873	4.532	4811	9654	2424	3890
Ceará	15656	6703	0	7	47221	1991	2099	6590	13389	16289	20904	34121	19680	33333	3995	27.201	28475	34359	25836	6569
Rio Grande do Norte	---	---	0	---	345	5181	6608	25579	17850	19567	17121	37485	21824	20781	2680	4.808	8390	12999	34899	2528
Paraíba	---	---	0	---	0	1701	12068	52701	58612	13509	22804	14965	18750	12741	1365	5.981	3086	10652	7735	932
Pernambuco	---	---	0	---	0	9982	22722	32627	52633	35099	27949	13460	99900	15192	2334	5.577	8789	22442	21179	3099
Alagoas	294	1317	0	781	344	794	2596	7666	9078	1167	1467	2011	7480	6104	4494	2.667	3167	10562	13738	3988
Sergipe	---	---	0	---	0	0	3162	11187	27311	11799	8676	3547	5293	4782	435	665	1148	1485	28543	1472
Bahia	---	---	0	---	1892	34507	64435	45453	21896	7892	10899	28095	77592	42382	4662	17.888	6829	9337	35899	100029
Região Sudeste	22723	89839	1696	5124	968	46845	34294	22633	229630	41111	53657	154494	355307	69485	21491	21227	120512	183652	309735	99307
Minas Gerais	---	286	0	3863	0	2832	5250	5355	147402	16312	26361	32319	38545	14334	13729	11.312	30070	28258	52494	56719
Espírito Santo	---	---	0	---	0	2725	5715	12934	39216	634	19483	7681	25489	29255	3486	2.752	10117	6787	26034	26759
Rio de Janeiro	19685	85891	1658	623	287	35240	16225	2304	32382	9083	4281	62824	249120	5526	1227	1.374	26611	56.262	223.852	6.807
São Paulo*	3038	3662	38	638	681	6048	7104	2040	10630	15082	3532	51670	42153	20370	3049	5789	53714	82345	7355	9022
Região Sul	0	0	0	0	0	3116	5213	721	2949	1455	4760	1696	7963	11151	198	1149	1382	27768	2751	1981
Paraná	---	---	0	---	0	3116	5201	716	2702	1353	4676	1590	7231	11035	159	1.058	1251	27196	2497	1855
Santa Catarina	---	---	0	---	0	0	3	5	140	45	41	43	291	59	16	49	61	149	101	52
Rio Grande do Sul	---	---	0	---	0	0	5	0	107	57	43	63	441	57	23	42	70	423	153	74
Região Centro-Oeste	1606	4346	0	1462	5877	24934	15781	12965	20552	14115	17197	24389	46604	21036	8817	26741	47193	101351	46180	109187
Mato Grosso do Sul	1606	4346	0	570	1154	5115	3364	4985	2578	8207	6833	9440	12176	2109	320	638	12376	69250	1021	14768
Mato Grosso	---	---	0	892	1367	11628	6016	3562	8787	2662	6737	2597	9295	9469	2397	6.870	9956	16197	6710	55207
Goiás	---	---	0	---	3343	8191	6316	3709	6412	2550	2597	10771	21967	8570	5839	18.842	24324	14784	37118	38306
Distrito Federal	---	---	0	---	13	0	85	709	2775	696	1030	1581	3166	888	261	391	527	1120	1331	906
Brasil	40279	104399	1696	7374	56691	137308	183762	249239	507715	184064	227957	382480	697998	281005	72481	150827	259514	475496	585769	393583

Fonte: SES/UF, SINAN (a partir de 2001)

OBS: Dos dados obtidos pelo Sinan foram tabulados todos os casos, exceto os descartados.

* Fonte: SES/SP - casos confirmados autóctones

Dados atualizados em 15/03/2010

**Dados preliminares sujeito a revisão.

** 2007, série histórica corrigida, banco disponibilizado em 08.08.09 e revisado em 21.08.09. Total acrescido de 164 casos com UF ignorada

Casos confirmados de Dengue com Complicações, segundo ano de confirmação. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 2001-2009*

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	26	67	216	151	165	90	720	329	318
Rorônia	2	11	20	25	56	42	12	5	11
Acre	0	0	0	6	0	1	0	4	116
Amazonas	0	1	26	4	1	3	32	0	55
Roraima	0	0	5	6	50	8	1	240	56
Pará	2	49	144	95	39	25	579	80	65
Amapá	11	0	8	6	9	6	76	0	7
Tocantins	11	6	13	9	10	5	20	0	8
Região Nordeste	566	1170	389	104	574	562	1613	2324	1422
Maranhão	1	26	33	7	72	127	487	0	34
Piauí	0	5	30	1	18	62	172	0	31
Ceará	1	0	70	30	171	176	466	538	67
Rio Grande do Norte	559	741	81	18	231	84	52	510	8
Paraíba	0	3	18	1	14	13	25	51	2
Pernambuco	1	356	72	16	38	69	201	218	13
Alagoas	0	20	25	18	1	5	146	117	17
Sergipe	4	13	10	0	2	2	17	754	3
Bahia	0	6	50	13	27	24	47	136	1247
Região Sudeste	34	703	805	212	76	666	1269	14031	2447
Minas Gerais	15	426	295	119	27	185	76	183	389
Espírito Santo	4	132	467	83	28	78	11	102	1633
Rio de Janeiro	11	111	14	7	10	92	866	13737	393
São Paulo	4	34	30	3	11	311	316	9	32
Região Sul	0	4	33	0	2	5	28	0	1
Paraná	0	4	33	0	2	5	28	0	1
Região Centro-Oeste	64	2834	1133	180	558	756	253	1261	1764
Mato Grosso do Sul	0	5	6	0	0	11	55	6	75
Mato Grosso	6	33	39	9	30	45	41	9	699
Goiás	58	2794	1086	171	526	699	151	1246	990
Distrito Federal	0	2	2	0	2	1	6	0	
Brasil	690	4.778	2.577	647	1.375	2.079	3.883	17.945	5.952

Fonte: SINAN e Planilha Paralela (2007 a 2009).

Atualizado em 15.03.10

Óbitos por Dengue com Complicações. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 2001-2009*

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	1	0	2	3	8	4	15	5	2
Roraima	0	0	0	0	1	0	0	2	0
Acre	0	0	0	2	0	1	1	1	1
Amazonas	0	0	0	0	0	1	3	0	0
Roraima	0	0	1	0	0	1	0	2	0
Pará	0	0	1	1	4	0	7	0	1
Amapá	1	0	0	0	1	1	3	0	0
Tocantins	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Região Nordeste	2	12	21	5	21	22	60	69	68
Maranhão	0	2	3	1	8	6	27	0	2
Piauí	0	0	1	0	1	2	2	0	0
Ceará	0	0	4	0	8	6	10	18	28
Rio Grande do Norte	2	6	2	0	0	3	0	3	0
Paraíba	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pernambuco	0	2	8	1	2	2	6	3	0
Alagoas	0	1	3	2	0	2	14	11	2
Sergipe	0	0	0	0	0	0	0	28	3
Bahia	0	1	0	1	2	1	1	5	32
Região Sudeste	0	11	7	3	5	21	35	150	50
Minas Gerais	0	5	1	2	1	6	5	8	11
Espírito Santo	0	2	4	1	0	0	0	0	28
Rio de Janeiro	0	2	0	0	3	6	18	140	6
São Paulo	0	2	2	0	1	9	12	2	5
Região Sul	0	1	0	0	1	0	6	0	0
Paraná	0	1	0	0	1	0	6	0	0
Região Centro-Oeste	1	7	5	0	5	20	20	25	24
Mato Grosso do Sul	0	0	1	0	0	2	8	0	1
Mato Grosso	0	0	1	0	1	0	1	2	4
Goiás	1	7	2	0	4	17	11	23	19
Distrito Federal	0	0	1	0	0	1	2	0	0
Brasil	4	31	35	11	38	67	136	249	144

Fonte: SINAN E Planilha Paralela (2007 - 2009)

Atualizado em 15.03.10

Óbitos por Febre Hemorrágica da Dengue. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990-2009*

Região e UF	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	8	1	5	9	22	23	10
Rorônia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	6	1
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1
Pará	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	1	4	2	14	14	4
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	6	0	0
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0
Região Nordeste	0	0	0	0	11	0	1	6	2	2	1	23	44	31	5	24	38	44	79	48
Maranhão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	2	1	5	10	3	0
Piauí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5	11	0	1
Ceará	0	0	0	0	11	0	0	0	0	1	1	9	8	17	2	19	16	10	17	8
Rio Grande do Norte	0	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	10	5	2	0	0	6	1	11	5
Paraíba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0
Pernambuco	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	20	4	0	0	1	4	11	0
Alagoas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	3	6	4	0
Sergipe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0
Bahia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	0	0	3	2	2	10	34
Região Sudeste	8	0	0	0	0	2	0	3	6	0	2	14	64	6	2	21	46	112	39	
Minas Gerais	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	2	3	3	2	1	7	4	4	11
Espírito Santo	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	2	0	0	3	1	6	24
Rio de Janeiro	8	0	0	0	0	2	0	2	3	0	0	11	49	1	0	1	5	27	102	1
São Paulo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	0	0	0	6	17	0	3
Região Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	5	0	6
Paraná	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	5	0	0
Região Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	6	7	0	9	13	39	15	58
Mato Grosso do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	19	0	1
Mato Grosso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	3	3	7	1	44
Goiás	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	5	0	6	6	11	14	12
Distrito Federal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	1
Total	8	0	0	0	11	2	1	9	10	3	5	45	121	54	8	40	81	159	229	154

Fonte: Planilha Parasita SES

*Dados preliminares sujeito a revisão

Atualizado em 15.03.10

ANEXO B – EPIDEMIAS DE DENGUE:
TABELAS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/RJ

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS DE DENGUE SEGUNDO MÊS - ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 1986, 1987, 1991, 1998, 2002 e 2008												
	1986*	1987*	1991*	1998	2002	2008*						
	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS
JANEIRO	0	14074	30636	1807	66.037	17.385	15.948	8.249	0	0	0	0
FEVEREIRO	0	16422	20038	1807	92.685	23.462	10.597	32.271	0	0	0	0
MARÇO	0	15217	14703	9578	88.606	24.297	79.080	35.288	0	0	0	0
ABRIL	1803	8182	9903	13691	26.666	10.770	80.013	83.258	0	0	0	0
MAIO	13558	3696	5586	3534	5.474	2.518	24.306	22.681	0	0	0	0
JUNHO	8694	1129	1290	591	1.444	519	4.454	4.096	0	0	0	0
JULHO	3611	361	403	210	617	222	1.498	1.582	0	0	0	0
AGOSTO	793	69	217	103	364	131	896	764	0	0	0	0
SETEMBRO	246	22	248	55	234	210	70	675	0	0	0	0
OUTUBRO	181	21	191	53	415	369	180	997	0	0	0	0
NOVEMBRO	428	74	242	147	1.597	1.257	545	1.864	0	0	0	0
DEZEMBRO	3786	109	376	232	1.798	474	1.601	1.261	0	0	0	0
IGN				120	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	32207	59366	86081	32615	285938	260205	143227	253144	234187	98.713		

Fonte: Fundação de Doenças Transmissíveis por Vetores e Zoonoses/ CIVE/SEB-RJ
 OBS: * não tem a informação do nº de casos confirmados, ** SEM DESENVOLVIMENTO

DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE DENGUE POR FHD/SCD E DCC SEGUNDO MÊS DE OCORRÊNCIA DO CASO -ESTADO DO RIO DE JANEIRO-1986, 1987, 1991, 1998, 2002 e 2008

MÊS	1986*			1987*			1991			1998			2002			2008		
	DCLÁSSICO	DCC	FHD/SCD	DCLÁSSICO	DCC	FHD/SCD	DCLÁSSICO	DCC	FHD/SCD	DCLÁSSICO	DCC	FHD/SCD	DCLÁSSICO	DCC	FHD/SCD	DCLÁSSICO	DCC	FHD/SCD
JANEIRO												1	4	0	17	0	11	13
FEVEREIRO												0	19	2	23	0	17	17
MARÇO												1	15	0	7	0	55	32
ABRIL												0	5	1	1	0	42	30
MAIO												0	0	0	1	0	18	10
JUNHO												0	0	0	1	0	3	3
JULHO												0	1	0	0	0	3	0
AGOSTO												0	1	0	0	0	0	0
SETEMBRO												0	1	0	0	0	0	0
OUTUBRO												0	1	0	0	0	0	0
NOVEMBRO												0	1	0	2	0	1	0
DEZEMBRO												0	1	1	0	0	0	0
TOTAL									24**			2	49	4	52	0	150	105

Fonte- Gerência de Doenças Transmissíveis por Vetores e Zoonoses/ CVE/SES-RJ

Obs- *- não tem dados sobre óbitos em 1986 e 1987; ** - tem apenas o consolidado anual e sem sua distribuição mensal em 1991