

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

GISELE DOMINGUES DE MATTOS

**A EPIDEMIA DO EBOLA E A ATUAL REPERCUSSÃO
NA MÍDIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Porto Alegre

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

GISELE DOMINGUES DE MATTOS

A EPIDEMIA DO EBOLA E A ATUAL REPERCUSSÃO NA MÍDIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, RS) como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre

2015



RESUMO

No ano de 2014, a Epidemia do Ebola atingiu regiões situadas na África Ocidental, as quais são conhecidas por sua pobreza extrema e pelo seu sistema de saúde precário. Tornou-se enigmático por que o surto recente causado pelo vírus localizou-se na África Ocidental, afinal, a região é distinta e longínqua daquela em que encontramos os primeiros indícios dessa Epidemia, bem como é distante do local que serve de habitat natural para os morcegos da fruta– principal reservatório da doença. A Epidemia teve início na Guiné e propagou-se para países vizinhos como Serra Leoa, Libéria e Nigéria. Em 8 de agosto de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou tal enfermidade uma “emergência de saúde pública de nível mundial” (KREITER, 2014). O presente trabalho selecionou 153 reportagens publicadas no Jornal Folha de São Paulo, em sua versão online, no ano de 2014, cujos temas centrais foram a Epidemia do Ebola. Partindo de uma análise desses textos, objetiva-se identificar o conteúdo e os significados dos discursos publicados, visando a compreender como tais reportagens contribuem para a construção de “saberes” a respeito do Ebola. O resultado desse estudo indica um modo discursivo alarmista de divulgação das informações, misturando saber científico e senso comum. Além disso, as reportagens evidenciam o desconhecimento da população atingida relacionado a aspectos de controle da Epidemia, bem como a difusão de mitos em relação à doença e ao seu modo de transmissão. Por fim, identificaram-se, também, aspectos de colaboração internacional no combate à Epidemia, e, em relação ao Brasil, o país se mostrou preparado e organizado para enfrentar a Epidemia do Ebola.

Palavras-chave: Ebola, Mídia, Comunicação em Saúde, Folha de São Paulo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	05
1.1 Justificativa.	06
2 OBJETIVOS	07
2.1 Objetivo Geral	07
2.2 Objetivos específicos	07
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	08
4 REVISÃO DE LITERATURA	09
5 RESULTADOS	14
5.1 Enfoque das Reportagens	16
5.2 Estigmas da população atingida	23
5.3 A Epidemia do Ebola e sua relação com o mundo	30
5.4 Epidemia do Ebola e o Brasil	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	43

INTRODUÇÃO

A Epidemia do Ebola vem atingindo, na atualidade, regiões situadas na África Ocidental, as quais são conhecidas por suas características de pobreza extrema e seu sistema de saúde precário. A Epidemia atual teve início em março de 2014, na Guiné, e propagou-se para países vizinhos como Libéria, Serra Leoa e Nigéria. Em 8 de agosto de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou tal enfermidade uma “emergência de saúde pública de nível mundial” (KREITER, 2014). Segundo dados da OMS, até o dia 31 de Dezembro de 2014, houve 20.206 casos notificados de doença pelo vírus Ebola, com 7.905 mortes relatadas.

O vírus do Ebola já atinge pessoas desde meados de 1976, causando epidemias discretas em várias regiões da África onde a malária, a cólera e a tuberculose também são doenças endêmicas de difícil erradicação (OMS, 2014). Cabe salientar que a atual Epidemia do Ebola tem sua origem na África Ocidental, afetando três países considerados os mais pobres do mundo: Libéria, Guiné, Serra Leoa ocupam, respectivamente, a 175^o, 179^o e 183^o posições no ranking de países e territórios com piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), entre os 185 do Sistema das Nações Unidas, comparando aspectos como riqueza, educação, esperança de vida e natalidade (BAUSCH, SCHWARZ, 2014). Relacionado ao baixo IDH, esses países são caracterizados por sistemas de saúde insuficientes ou até inexistentes, o que torna a atual epidemia uma consequência do sistema de pobreza e da brutal exploração de recursos naturais da região.

As desigualdades e iniquidades em saúde existentes em território africano são influenciadas por fenômenos surgidos no processo de globalização, impactando na destruição ambiental e econômica de determinados territórios. Esses fatos impossibilitam a manutenção de um sistema de saúde eficaz e resolutivo frente a epidemias e agravos que abarcam grande parte desta população (MSP, 2014).

Frente a isso, os meios de comunicação, que veiculam ou produzem notícias, representações e expectativas nos indivíduos com propagandas, informações e noticiários, estão expondo tal problemática sem que seja realizado um paralelo de

comparação adequado com a epidemiologia da enfermidade.

Segundo Silva (2011), através do desenvolvimento de novas tecnologias, o processo de comunicação e as relações interpessoais têm sofrido alterações devido à incorporação dos veículos midiáticos no cotidiano social, tendo sua abrangência na materialização de ideias e construção de significados, o que influencia a conduta do indivíduo e do coletivo.

Considerando a mídia como produtora de informações sobre a saúde, esta pesquisa se justifica à medida em que aborda um tema no qual a atualidade das informações, a gravidade da situação relatada e a alta mortalidade identificada pela doença refletem, ao que parece, informações amedrontadoras a nível mundial. Além disso, a escolha desse tema, pela autora, se justifica na medida em que favorece a construção do conhecimento relacionado a doenças emergentes e suas características epidemiológicas, com a finalidade de agregar experiências em sua trajetória profissional nesta área de abrangência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral identificar, através da análise das reportagens divulgadas no jornal Folha de São Paulo, ao longo de 2014, aspectos relacionados ao conteúdo e aos significados dos discursos acerca da Epidemia do Ebola.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender como os saberes encontrados no espaço midiático contribuem para a construção do senso comum.
- Identificar, descrever e analisar quem são os personagens citados, e o local de onde se fala sobre o Ebola na mídia.
- Identificar e descrever as fontes de informação sobre o tema.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada priorizou a leitura e a análise de todas as reportagens veiculadas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2014 no Jornal Folha de São Paulo¹, em sua versão online. Para realizar a busca pelos artigos, foi inserido o link “EBOLA” no campo de filtragem do site da Folha de São Paulo. Após a seleção dos artigos, houve uma sistematização preliminar, tendo como referência o tema destacado na manchete, a composição da notícia e as informações da reportagem. Depois de selecionados, os artigos foram organizados levando-se em consideração estas categorias: o tema da manchete e do texto, o discurso enunciado/escrito, os personagens citados (grupos específicos), o local de onde se fala, o enfoque do artigo e a(s) fonte(s) de informação.

Após tal sistematização, os discursos enunciados/escritos foram submetidos a uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo é definida como uma técnica de tratamento de dados de pesquisa voltada para uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de “comunicações” (textos, entrevistas, entre outros). Dessa forma, embora tenha suas origens na pesquisa quantitativa, esta pesquisa busca a interpretação de materiais de caráter qualitativo (MYNAIO, 1998).

A análise foi iniciada a partir de uma “leitura flutuante” dos artigos, momento em que é realizado um primeiro contato do analista com os documentos em estudo. Esse contato visa a obter “impressões e orientações” a respeito dos textos (Bardin, 1977). Ao longo desse processo de leitura dos artigos, foram selecionados alguns temas considerados mais relevantes para investigação.

¹Esse jornal tem sua história iniciada em 1º de janeiro de 1960, sendo hoje considerado um jornal de grande relevância. Sua circulação é nacional.

4 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o Documento de tomada de ação do Movimento de Saúde dos Povos (MSP, 2014), o vírus Ebola atinge o ser humano através do contato direto com sangue, secreções, órgãos e outros fluidos corporais de animais ou pessoas contaminadas ou por contato indireto com superfícies, roupas ou materiais contaminados. Na África, foram constatados os primeiros casos em seres humanos no contato e manipulação de animais mortos ou doentes, como chimpanzés, gorilas e morcegos infectados pelo vírus (OMS, 2014). Essa é uma epidemia caracterizada por sua alta taxa de mortalidade, sendo considerada de 60% ou mais, comparada apenas com a epidemia da influenza em 1918 – infecção transmitida pelo ar que afetou um terço da população mundial, provocando a morte de cerca de 50 milhões de pessoas, quando a taxa de mortalidade se concentrou em 2,5 a 5% (MSP, 2014).

O período de incubação até o aparecimento da infecção, quando iniciam os primeiros sintomas, pode variar entre dois e vinte e um dias. Uma característica importante da infecção pelo Ebola é que não se conhece o estado de portador do vírus em seres humanos, medida essa que seria de extrema importância na agilidade do tratamento dos sintomas (CDC, 2010).

Os sintomas de tal enfermidade são semelhantes aos de outras infecções virais, porém os pacientes se deterioram com rapidez, apresentando sintomas hemorrágicos, com comprometimento hepático e renal e, por fim, comprometimento do estado geral de saúde (OMS, 2014).

O tratamento para essa doença é realizado através do controle dos sintomas com medidas como hidratação, apoio respiratório e controle da hemorragia. Não existem vacinas nem medicamentos específicos para a doença (MSP, 2014).

A enfermidade causada pelo vírus do Ebola existe no mundo há 40 anos, época em que era denominada Febre Hemorrágica do Ebola, cujos primeiros surtos ocorreram no Sudão e na República Democrática do Congo. Foi denominada com este nome devido ao último surto ser registrado em uma aldeia às margens do Rio

Ebola, situado no Norte da República Democrática do Congo (MSP, 2014).

Segundo a OMS, na África, foi estabelecido que a origem dos surtos em seres humanos tenha sido provocada pela maneira de manipular animais mortos ou doentes como chimpanzés, gorilas, morcegos da fruta, antílopes do bosque e porco-espinho. Todos esses animais podem ser reservatórios do vírus, sendo o morcego da fruta o principal reservatório da doença (MSP, 2014).

Torna-se enigmático o fato de que o surto recente pelo vírus localiza-se na África Ocidental, região totalmente distinta e longínqua dos primórdios dessa epidemia, bem como distante do local que serve de habitat natural para os morcegos da fruta. É possível analisara transição do vírus ao comparar todo o processo de destruição ambiental e econômica ao qual a África é submetida, devido aos efeitos da globalização, pontuando que as regiões atingidas são geralmente aquelas caracterizadas por sua pobreza extrema e sistema de saúde precário (MSP, 2014). Decorrente de todo processo de venda e exploração de terras, com fins lucrativos, de empresas estrangeiras que se instalam em território africano, as consequências são imediatas em relação ao déficit de alimentos e subsídios de sobrevivência, obrigando as pessoas e os animais a migrarem para regiões até então não exploradas, em busca de solo e alimentos. As pessoas são obrigadas a adentrar áreas de matas e manter contato com animais que servem de reservatório para o Ebola. Somando-se a isso, o deficiente sistema de saúde converte-se em reservatório de infecções onde os próprios profissionais de saúde acabam sendo portadores do vírus (BAUSCH, SCHWARZ, 2014).

Acredita-se que muitos casos de contaminações remotas pelo vírus do Ebola foram identificados em 1976 através da ingestão, por seres humanos, de morcegos da fruta contaminados com o vírus. Tais pessoas viviam em condições de extrema pobreza, o que as obrigava a buscar alimentos em ambientes silvestres.

A África é marcada por suas iniquidades também decorrentes dos grandes conflitos civis ocasionados em seu território, originando a destruição tanto de estabelecimentos de saúde quanto de grandes áreas de matas. Uma das consequências é a migração de animais silvestres para áreas urbanas, disseminando, assim, infecções até então restritas ao mundo animal (MSP, 2014).

De acordo com Kenny (2014), comparadas ao Ebola (o qual em quatro meses causou 365 mortes ao passo que contaminou 848 pessoas), a meningite ocasionou 650 mortes, a tuberculose 670, a AIDS 790, as doenças diarreicas 845 e mais de 3000 por malária no país. Pode-se comprovar que os números são relevantes, porém nunca a mídia deu tanta visibilidade a determinados índices, visto que obrigaria as grandes potências (as quais usufruem de solo africano, explorando e destruindo seus recursos) a se confrontar com a realidade da pobreza e da desigualdade existentes em solo africano.

Evidenciamos aspectos que refletem a fragilidade do sistema de saúde de acordo com dados da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO, 2004), o qual estima que na África Subsaariana – hoje a região do mundo mais afetada pela pobreza e suas consequências –, nada menos que 33% da população é considerada desnutrida, enquanto na África Central, esse número chega a 55% (FAO, 2004).

Justificam-se tais afirmações na fala retratada pela Comissão Mundial sobre as Dimensões Sociais da Globalização, instituída pela Organização Mundial do Trabalho:

O processo de globalização atual está produzindo resultados desiguais entre os países e no interior dos mesmos. Está criando riquezas, mas são demasiados os países e as pessoas que não participam dos benefícios [...]. Muitos deles vivem no limbo da economia informal, sem direitos reconhecidos e em países pobres, que subsistem de forma precária e a margem da economia global. Mesmo nos países com bons resultados econômicos muitos trabalhadores e comunidades têm sido prejudicados pelo processo de globalização. (apud BUSS, 2014, p.1576).

A globalização – através do crescimento do comércio internacional de bens, produtos e serviços, da transnacionalização de mega-empresas, da livre circulação de capitais, da privatização da economia e da queda das barreiras comerciais – possibilitou o trânsito de pessoas e bens entre os diversos países do mundo, e a expansão da informação através das oportunidades geradas pelos diversos meios de comunicação, bem como a facilidade do contato entre as pessoas (BUSS, 2007).

Determinados aspectos recaem de modo negativo sobre economias em desenvolvimento, as quais têm pouca influência nas grandes políticas e acordos internacionais. O que se pode concluir é que as forças de mercado e o livre

comércio são regidos pelos países desenvolvidos e atores poderosos, impossibilitando a equidade entre as nações no que confere a luta contra a pobreza e miséria mundial.

A África é um exemplo fiel e criterioso dos efeitos negativos incidentes sobre a população decorrente do processo de globalização. A divisão internacional da produção e do trabalho delineadas por esse processo gerou impactos sociais, ambientais e sanitários importantes, o que agride de forma direta a manutenção do sistema de saúde.

Nas questões relacionadas ao trabalho, constatou-se a exportação da mão-de-obra dos países mais pobres para os em desenvolvimento, devido às inúmeras oportunidades de trabalho e políticas de subsídios agrícolas. Na economia, as atividades que trazem maiores riscos ambientais para os trabalhadores são também exportadas para os países pobres devido à ineficiência de legislação quanto à proteção ao meio ambiente e ao trabalhador. Além disso, os países em desenvolvimento ainda corroboram com elites políticas e econômicas nacionais corruptas e com baixa qualidade de governar causando o desperdício de recursos e ineficiência das iniciativas de proteção ao meio ambiente e de promoção, prevenção e assistência à saúde (BUSS, 2007).

Com a globalização e o livre comércio, foi possível a transnacionalização das doenças transmissíveis devido ao grande fluxo de pessoas em busca de oportunidades de emprego ou até mesmo pessoas em fuga das consequências ambientais geradas pelos impactos econômicos do processo de industrialização. Esse fluxo de microorganismos decorrentes da facilidade das viagens e difusão do comércio traz, em evidência, epidemias “antigas” que ressurgem em determinados países. Em destaque, mantém-se o continente africano, onde recentemente houve um surto de Poliomielite em diversas regiões, sendo atribuído a falhas nas coberturas vacinais, à febre amarela e ao caso da tuberculose resistente a múltiplas drogas (BUSS, 2007). Um exemplo clássico da facilidade da transmissibilidade das epidemias é o caso do vírus da AIDS, o qual surgiu possivelmente em regiões remotas da África e, nos últimos vinte anos, se espalhou por todo mundo, sendo incidente em diversos países da América Latina (BUSS, 2007).

A epidemia pelo vírus do Ebola reflete a fragilidade do sistema econômico e político mundial e nos traz a reflexão de que maneira as organizações mundiais relacionadas à saúde, à economia e a outros fatores estarão preparadas para enfrentar determinada patologia com raízes gerada nos primórdios do processo de globalização. Cabe questionar a forma pela qual determinada situação foi exposta na mídia: privilegiou-se um caráter meramente alarmante com o intuito de promover interesses financeiros, ou levou-se conhecimento às pessoas sobre a extrema fragilidade de um cenário político mundial?

5 RESULTADOS

De acordo com os objetivos indicados na pesquisa, foi selecionado um total de 153 reportagens – publicadas no ano de 2014, na versão online da *Folha de São Paulo*² (FSP) – e que tinham como tema central a Epidemia do Ebola. As 153 reportagens foram selecionadas de acordo com o enfoque das mesmas, a relevância do discurso publicado, os personagens citados e o local de onde se fala sobre o Ebola na mídia. Para selecionar as reportagens, na Folha, foi utilizado o motor de busca da própria FSP, com a palavra “ebola” e a definição do período (janeiro a dezembro de 2014).

A análise dessas reportagens teve como objetivo identificar os conteúdos e os significados dos discursos publicados, a fim de compreender como tais reportagens contribuem para a construção de “saberes” a respeito do Ebola.

De acordo com a metodologia proposta pelo trabalho, no primeiro momento, serão apresentados os resultados quantitativos relativos ao número de reportagens publicadas no período, às fontes de informações, aos personagens e aos locais citados nas reportagens. A seguir, serão apresentados os resultados analíticos sobre os textos publicados na FSP a partir das categorias de análise propostas.

Os resultados iniciais desta pesquisa evidenciam que, no ano de 2014, dentre as 153 reportagens selecionadas, 25 reportagens (16,33%) foram publicadas no primeiro semestre; enquanto que, no segundo semestre, foram 128 reportagens, correspondendo a 83,6%. Pode-se inferir que o aumento significativo de reportagens no segundo semestre esteja relacionado ao fato que, em 8 de agosto de 2014, a OMS decretou a Epidemia do Ebola uma “Emergência de Saúde Pública de alcance mundial”, apesar de já terem transcorrido quatro meses desde o início da Epidemia, iniciando uma mobilização mundial (KREITER, 2014).

² A partir de agora a Folha de São Paulo será citada como FSP.

Em relação às fontes de informação, é possível destacar que as principais fontes das reportagens publicadas na FSP foram a própria Folha de São Paulo e a Agência de Notícias³.

Vale salientar que as fontes de informação são “instituições, pessoas, organizações, grupos sociais ou referências; envolvidas, direta ou indiretamente, a fatos e eventos, de quem os jornalistas obtêm informações de modo explícito ou confidencial para transmitir ao público, por meio de uma mídia” (SCHMITZ, 2011).

Os dados relativos às fontes podem ser evidenciados através do quadro abaixo:

Quadro 1- Fontes de informação e percentual de frequência das reportagens

Fontes de Informação	País	% de Frequência de reportagens
Folha de São Paulo	Brasil	24,83%
Agência de Notícias	Brasil	23,52%
New York Times	Estados Unidos	10,45%
Reuters	França	9,80%
British Broadcasting Corporation (BBC) (Inglaterra	8,49%
Agence France-Presse (AFP)	França	7,18%
Brasília	Brasil	5,22%
EFE	Espanha	3,92%
DeustschleWelle	Alemanha	1,30%
Washington	Estados Unidos	1,30%
Radio France Internationale (RFI)	França	1,30%
Observer	Pequim	0,65%
Pequim	China	0,65%

Fonte: Pesquisa da autora (2015)

Constata-se que o Brasil foi o país que mais produziu notícias sobre o tema Ebola. Entre as publicações da FSP, a produção brasileira corresponde a 53,57% das fontes de informação das reportagens publicadas; os Estados Unidos são responsáveis por 11,75%; a França por 18,28%;a Inglaterra por 8,49%;a Espanha por 3,92%;a Alemanha por 1,30%; e a China por 1,30%.

Em relação aos personagens citados, 49,71% das reportagens se reporta às populações dos três países mais atingidos pela Epidemia do Ebola: Serra Leoa,

³ Agência de Notícias ou agência noticiosa é uma empresa jornalística especializada em difundir informações e notícias diretamente das fontes para os veículos de comunicação.

Guiné e Libéria, e aos profissionais de saúde e representantes de organizações envolvidas no combate à doença. Entre as organizações referidas, podemos destacar aquelas voltadas ao controle de epidemias no mundo, tais como o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Não Governamental “Médicos Sem Fronteiras”. Destaca-se, também, a Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi a mais citada: 50,68% dos textos apresentam a OMS como fonte de dados atualizados acerca do número de casos e mortes pela doença, de aspectos organizacionais e das alterações de condutas e manejos no decorrer da Epidemia.

O Governo dos Estados Unidos e as populações dos países europeus, dos Estados Unidos e também do Brasil correspondem a 27,10% dos personagens citados nas reportagens analisadas, sendo o seu conteúdo diretamente relacionado ao risco de propagação da Epidemia.

Em relação aos locais onde se fala sobre o Ebola na mídia, 59,44% referiram os países africanos de Serra Leoa, Nigéria e Libéria; 14,68% referiram os Estados Unidos da América, 13,28% o Brasil e 11,88% os países europeus.

Em relação ao conteúdo das reportagens, a análise do material pesquisado convergiu para obtenção das seguintes categorias: a) Enfoque das Reportagens; b) Estigmas da população atingida; c) A Epidemia do Ebola e sua relação com o mundo; e, d) Epidemia do Ebola e o Brasil.

A seguir, serão apresentados os resultados relativos a cada uma das categorias indicadas.

5.1 Enfoque das Reportagens

Foi possível observar um enfoque alarmista em 32,02% das reportagens analisadas, publicadas na FSP em 2014. Essa forma de abordagem foi evidenciada através de manchetes que continham aspectos amedrontadores, reportagens que indicavam o número crescente de mortes e casos da doença e informações que avaliavam o risco de disseminação da Epidemia e rompimento de fronteiras. Podemos evidenciar tais aspectos nos exemplos abaixo:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou que o atual surto epidêmico de ebola na África Ocidental está entre os “mais assustadores” desde o aparecimento da doença, há 40 anos. O número total de mortos já passa dos cem, a maioria na Guiné. (FSP, 9 abr. 2014)⁴

“Este não é mais um surto específico de um país, mas uma crise sub-regional que requer ação firme de governos e parceiros”, disse Luis Sambo, diretor regional da OMS para África, em um comunicado. “A OMS está preocupada com a recorrente transmissão além das fronteiras de países vizinhos, assim como o potencial de propagação internacional”, disse ele. (FSP, 26 jun. 2014)

O surto de ebola que assola a África Ocidental causou 21 mortes e infectou 44 pessoas nos últimos dois dias, segundo a última apuração realizada pela Organização Mundial da Saúde e divulgada nesta sexta-feira (11). Os números acumulados até o momento são de 888 contágios e 539 mortes. Destes, 409 casos e 309 mortos foram na Guiné, 142 infecções e 88 mortes na Libéria e 337 casos e 142 mortos em Serra Leoa. (FSP, 11 jul. 2014)

O atual surto do Ebola é “inquestionavelmente a mais severa emergência sanitária aguda dos tempos modernos” e uma ameaça à própria existência de países inteiros, disse a diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, nesta segunda (13). (FSP, 13 out. 2014)

A Epidemia do Ebola teve início em março de 2014 na Guiné, sendo disseminada posteriormente para países vizinhos como Serra Leoa, Libéria e Nigéria (KREITER, 2014). Através das reportagens, também foram identificados casos no Mali, nos Estados Unidos, no Senegal e na Escócia, porém em menor número e relacionados a contatos com pacientes contaminados oriundos dos países com maior número de casos. Esse dado demonstra a possibilidade do rompimento de fronteiras pelo Ebola, visto que são casos contraídos no contato com pacientes contaminados e levados para países distantes.

“É importante lembrar que das sete pessoas que vivem nos Estados Unidos tratadas até agora pelo ebola (as cinco que contraíram a doença no leste da África, mais as duas enfermeiras de Dallas), as sete sobreviveram. Agora estamos concentrados em assegurar que no paciente de Nova York está recebendo o melhor atendimento”, concluiu Obama. (FSP, 25 out. 2014)⁴

A menina com dois anos foi a primeira vítima de ebola diagnosticada no Mali, o terceiro país da África a ter registrado um caso da doença vindo de um dos três países mais afetados: Guiné, Libéria e Serra Leoa. Também houve registro de ebola na Nigéria e no Senegal, mas os países superaram a epidemia de ebola ao rastrearem e monitorarem todos aqueles em contato com infectados. (FSP, 28 out. 2014)

Autoridades da Escócia informam nesta segunda-feira (29) que uma profissional de saúde do país que acaba de retornar de Serra Leoa foi

⁴ Por se tratar de uma pesquisa online não é possível indicar a página da reportagem citada na versão impressa, nem sequer garantir que tal reportagem tenha sido publicada na versão impressa.

diagnosticada com ebola. O governo escocês disse que a paciente está sendo tratada em um hospital de Glasgow, onde foi internada na manhã desta segunda. (FSP, 29 dez. 2014)

É possível observar que a propagação da Epidemia em países com condições melhores de infraestrutura e sistemas de saúde organizados foi restrita, pois as medidas de isolamento e a busca pelos contatos foram realizadas.

Além disso, especialistas acreditam ser difícil a propagação da doença para demais continentes, visto que a forma de contágio do vírus não é respiratória, mas através do contato com fluidos corporais como sangue, suor, urina, vômitos, diarreia e amamentação.

Fabio Brisolla, consultor do Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis, com sede na África do Sul, explicita tal situação:

O ebola é um vírus difícil de propagar. É necessário ter contato com fluidos corporais, como sangue e suor, de um paciente infectado. Além disso, o vírus não é transmitido no período de incubação, apenas quando o paciente já apresenta os sintomas. É possível surgir um ou dois casos, mas não acho que se alastrará. Na Europa, por exemplo, os funcionários usam roupas adequadas e adotam os procedimentos necessários. Com boa estrutura, é muito mais fácil conter a doença. (FSP, 14 out. 2014)

No entanto, Heinz Feldmann, virologista alemão, pesquisador do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, em outra reportagem, alerta sobre o risco de contágio em outros países:

Acho que o risco é baixo, mas não pode ser totalmente excluído. Uma possível restrição a viagens ao local ainda está em debate e deve ser implementada, mas não há nada formal até agora. Quanto a pacientes e pessoas infectadas deixando a região, se um país tem um bom sistema de saúde pública, com boas condições de higiene em seus hospitais, o risco de um paciente desembarcar ali e causar o espalhamento do vírus é pequeno. (FSP, 05 ago. 2014)

A frequente publicação do número de mortes e casos da doença, indicando inclusive a morte de profissionais da saúde, pode ter influenciado para a construção de um caráter alarmista da Epidemia. É possível destacar, através das manchetes das reportagens, a sequência de informações acerca do aumento de casos da doença:

Ebola já matou 78 dos 112 contaminados em Guiné. (FSP, 31 mar. 2014)

Número de mortos em surto de ebola na África Ocidental passa de 600. (15 jul. 2014)

Médico que liderava combate ao ebola em Serra Leoa morre após contrair o vírus. (FSP, 29 jul. 2014)

Infectados por ebola podem chegar a 1,4 milhões, diz agência americana. (FSP, 23 set. 2014)

Ebola já infectou mais de 10 mil e matou quase 5 mil, diz OMS. (FSP, 25 out. 2014)

Mais um médico se infecta com vírus ebola em Serra Leoa. (FSP, 2 nov. 2014)

Morre o quinto médico infectado pelo ebola em Serra Leoa. (FSP, 3 nov. 2014)

OMS diz que já chegam a 5.160 as mortes devido à epidemia do ebola. (FSP, 12 nov, 2014)

Mulher é diagnosticada com ebola na Escócia; casos já superam 20 mil. (29 dez. 2014)

O crescente aumento do número de casos e mortes pela doença, segundo a FSP, está relacionado ao caráter de alta contagiosidade e alta letalidade do Ebola, aliado à inexistência de tratamento específico e vacinas que visem à prevenção.

O principal problema do ebola é que é uma doença altamente contagiosa, que não tem tratamento específico e com taxas de mortalidade que chegam a 90%, embora por enquanto, a porcentagem de pacientes infectados e que morreram está em torno de 65%. (FSP, 8 abr. 2014)

Outro aspecto que pode ser observado, em relação ao alarmismo mencionado, é que o surto do Ebola atingiu regiões da África Ocidental, uma região onde a doença não tinha aparecido antes:

Outro dos aspectos que complicam o controle deste surto é o fato de que tenha surgido na África Ocidental, uma região onde a doença não tinha aparecido antes. Esse fato, explicou Fuduka, é em certo sentido negativo, não só pelo fato de que o vírus tenha se expandido, mas porque não há conhecimento geral do mesmo, nem médico, nem entre a população, o que contribui para o pânico. (FSP, 8 abr. 2014)

A Epidemia do Ebola ocorrida no ano de 2014 foi considerada o 25º surto desde os primeiros casos em 1976, sendo a mais grave da história, com um saldo de 20 mil contaminações e mais de 7.500 mortes neste ano:

O vírus foi detectado pela primeira vez em 1976, em dois surtos simultâneos no Sudão e na República Democrática do Congo. Desde 1976, o ebola causou a morte de pelo menos 1.200 pessoas, dos 1850 casos detectados. Os surtos mais fortes foram registrados na República Democrática do Congo, em 1976 (318 casos), 1995 (315 casos) e 2007 (264 casos); no Sudão, em 1976 (284); e em Uganda, em 2000 (425 casos). (FSP, 9 abr. 2014)

O surto de ebola na África Ocidental está fora de controle, mas ainda pode ser contido, disse a chefe da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, aos presidentes de Guiné, Serra Leoa e Costa do Marfim em reunião nesta sexta-feira (1º) em Conacri. “Esse surto está se movendo mais rapidamente do que os nossos esforços para controlá-lo. Se a situação continuar a piorar, as consequências podem ser catastróficas em termos de perda de vidas, mas também severas perturbações socioeconômicas e alto risco de disseminação para outros países”. (FSP, 1 ago. 2014)

A crescente cifra de casos nos três países com piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) – Guiné, Libéria e Serra Leoa –, segundo a FSP, refletem também a fragilidade dos sistemas de saúde no combate a epidemias de grandes dimensões.

Guiné, Libéria e Serra Leoa, no olho do furacão, dividem as fronteiras e possuem a miséria como denominador comum. Estão conectados por intenso fluxo de pessoas transitando áreas silvestres para urbanas e vice versa, além de conviverem com permanentes conflitos étnicos e tribais. Não há estruturas de saneamento, o atendimento hospitalar é caótico e improvisado e o número de profissionais de saúde é insuficiente e cada dia menor. Estes países para completar o caldeirão de tragédias ostentam os piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do mundo. (FSP, 11 nov. 2014)

Os protocolos-padrão para deter a doença- isolar cada paciente, descobrir as pessoas com as quais ele ou ela teve contato e monitorar todas essas pessoas durante semanas para ver se desenvolvem os sintomas- parecem uma tarefa quase impossível nos quatro países da África que até o momento registraram cerca de 1800 casos: Serra Leoa, Guiné e Nigéria. (FSP, 19 ago. 2014)

É frequente o uso de adjetivos e citações de caráter alarmista nas reportagens, as quais avaliam a Epidemia como um risco global, como uma ameaça para a paz internacional, salientando a preocupação com a transmissão além das fronteiras. Por vezes, a Epidemia é citada como uma agente de guerra biológica, trazendo a OMS como produtora de informações amedrontadoras:

O ebola causou várias mortes na África nos últimos anos e é uma ameaça para a saúde global, considerado um possível agente de guerra biológica. (FSP, 31 mar. 2014)

O atual surto de ebola é “inquestionavelmente a mais severa emergência sanitária aguda dos tempos modernos” e uma ameaça à própria existência de países inteiros, disse a diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, nesta segunda (13). Ela classificou a epidemia como uma “ameaça para a paz internacional”. (FSP, 13 out. 2014)

A atual epidemia de ebola na África é a mais grave do gênero já registrada devido ao número de pessoas infectadas, de mortos e por sua distribuição geográfica em três países simultaneamente, alertou nesta quinta-feira a Organização Mundial da Saúde. “A OMS está preocupada com a recorrente transmissão além das fronteiras de países vizinhos, assim como o potencial de propagação internacional”. (FSP, 26 jun. 2014)

As reportagens da FSP alertam que medidas relacionadas ao comportamento das pessoas foram seguidas, induzidas pela apreensão quanto ao rompimento de fronteiras pela Epidemia, como podemos ver nos excertos abaixo:

Em Nova Jersey, dois estudantes de Ruanda, país que não teve nenhum caso de ebola e fica a 4.500 quilômetros dos países da África Ocidental afetados, estão sendo mantidos em casa (sem ir à escola). (FSP, 23 out. 2014)

No Texas, o Navarro College rejeitou candidatos da Nigéria, declarando inicialmente que não aceitaria alunos de países que tivessem casos de ebola- um pouco problemático, já que significaria não mais aceitar alunos americanos. (FSP, 23 out. 2014)

O ex-diretor executivo do Partido Republicano na Carolina do Sul, Todd Kincannon, sugeriu (talvez em tom satírico) uma maneira de controlar a doença: que todas as pessoas que testem positivo para o vírus do ebola sejam “eliminadas sem dor”. (FSP, 23 out. 2014)

Muitos republicanos e alguns democratas estão pedindo a proibição de voos vindos de países da África Ocidental afetados pelo ebola. Uma pesquisa da Reuters indicou que quase três quartos dos americanos são favoráveis a essa proposta. (FSP, 23 out. 2014)

Uma das medidas impostas pela comunidade internacional foi a suspensão de voos para os países africanos atingidos pela Epidemia. Determinada medida foi condenada por especialistas como prejudicial ao controle da Epidemia, na medida em que restringe o acesso a insumos e aos trabalhadores de saúde dos três países mais atingidos.

Tal posição é evidenciada através da fala de Elhadj As. Sy, Chefe da Cruz Vermelha:

Proibir viagens para combater o ebola é irracional. “Ele [o ebola] cria muito medo e pânico extremo que, por vezes, levam a tipos muito irracionais de comportamentos e medidas, como o fechamento de fronteiras, o cancelamento de voos, isolamento de países etc”, declarou Sy a repórteres de Pequim, onde a Federação, a maior rede humanitária do mundo, está

realizando um encontro. “Isso não é solução. A única solução é como podemos unir esforços para conter esse tipo de vírus e epidemias em seu epicentro, exatamente onde começaram”. (FSP, 22 out. 2014)

Com a mesma opinião, Dr. Paul Farmer, fundador da Organização Parceiros na Saúde, disse categoricamente:

Uma proibição de voos seria pior que inútil. Com certeza complicaria os esforços de grupos como o nosso e agravaria a epidemia. (FSP, 23 out. 2014)

O Coordenador da ONU para a luta contra o Ebola, David Nabarro, também salienta a questão:

“Se o isolamento imposto aos países atingidos pelo ebola se estender, a recuperação da economia desses países será ainda mais difícil”, concluiu. (FSP, 12 nov. 2014)

Como vimos até aqui, apesar das evidências em relação ao risco mínimo de propagação internacional, a FSP enfatiza através das reportagens um cenário alarmista. Poucas são as reportagens (3,92%) que visam acalantar o medo da população e agir com cautela aliado à ciência:

Existem duas epidemias atualmente: uma de ebola e outra do medo. Quem diz isso é Craig Mannig, especialista da Divisão de Doenças Virais Especiais do Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos EUA (CDC), principal centro mundial de controle de epidemias. “A não ser que a pessoa tenha comido morcego ou macaco [com o vírus], cuidado de um parente contaminado, tratado de um doente no hospital ou ido a um enterro e manipulado o corpo, não há risco de contágio”, disse à Folha Manning, que está em Serra Leoa com uma equipe de 22 pessoas do CDC. (FSP, 20 ago. 2014)

Consultor do Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis, com sede na África do Sul, Chikewlhekweazu, avalia que, além de combater a propagação do vírus, outro desafio é lidar com o medo da população. (FSP, 14 out. 2014)

Temos que nos guiar pela ciência, pelos fatos, não pelo medo. Ontem, os nova-iorquinos nos mostram como se faz. Fizeram o que fazem todos os dias. Subiram em seus ônibus, no metrô, nos elevadores, foram trabalhar e se reuniram nos parques”, disse o presidente Barack Obama em seu discurso dos sábados, depois de uma semana dedicada ao combate à doença. (FSP, 25 out. 2014)

Tal como visto até aqui, a FSP aborda a Epidemia do Ebola por meio do uso de adjetivos e citações com caráter amedrontador. Algumas condutas identificadas

podem ter sido consequência dessa forma de abordagem, à medida que são julgadas como inapropriadas por especialistas. No decorrer do estudo, são apresentados aspectos relacionados a estigmas da população atingida e a forma como influenciaram no modo de enfrentamento da doença.

5.2 Estigmas da população atingida

A recusa da população atingida em admitir o surto do Ebola aliada a estigmas quanto à doença e sua forma de transmissão tornaram-se uma barreira importante no combate à Epidemia nos três países mais atingidos: Serra Leoa, Libéria e Nigéria. Através da análise das reportagens, observou-se que a população atingida acredita em inúmeros mitos relacionados à doença, ao associar a introdução do vírus na comunidade como algo premeditado pelo governo ou como sendo consequência de um mal divino e inevitável, denominado como “bruxaria”, “praga” ou até mesmo relacionado ao “diabo”:

Os habitantes de West Point, em Monróvia, na Libéria acusam o governo de mandar pacientes com a doença para um centro de tratamento na região. No final de semana, moradores da região, invadiram um centro de tratamento contra a doença e provocaram a fuga de 17 pacientes contaminados em quarentena. (FSP, 20 ago. 2014)

Um morador da região que não quis se identificar contou não acreditar na epidemia. “Dissemos que não instalassem o centro aqui, mas as autoridades não deram ouvidos. Que saíam para construir em outro lugar, não acreditamos em Ebola”. (FSP, 17 ago. 2014)

Apesar da proibição de reuniões públicas em razão da epidemia do Ebola, pessoas na Libéria e em Serra Leoa têm lotado igrejas e organizado orações para buscar a “libertação” do surto. (FSP, 13 ago. 2014)

De acordo com Abu AiahKoroma, Bispo da Igreja Evangélica FlamingBible, localizada em Serra Leoa, o Ebola está relacionado ao demônio:

Em meio a gritos de “Aleluia!” e “Amém!”, Koroma, que classifica o Ebola como “um demônio”, pede penitência “para erradicar essa praga do nosso país”. (FSP, 13 ago. 2014)

Pode-se identificar, através de reportagens publicadas no primeiro semestre do ano de 2014, a falta de informações acerca da doença e seu modo de

transmissão, possibilitando orientações equivocadas à população quanto às medidas de proteção da propagação do vírus:

A doença, uma espécie de febre hemorrágica, não tem cura e mata uma pessoa em questão de dias, dependendo da variação do vírus. Causa febre forte, dores de cabeça e musculares, conjuntivite e debilidade; na fase mais aguda, provoca vômitos, diarreia e hemorragias. A transmissão ocorre por vias respiratórias ou por contato com fluidos corporais das pessoas infectadas. (FSP, 26 mar. 2014)

“Minha filha voltou da escola ontem dizendo que as coleguinhas estavam usando máscaras. Então comprei uma pra ela”, conta o diplomata Alírio Ramos de Oliveira, que mora com a filha de seis anos numa zona nobre da capital. [Conacri](FSP, 26 mar. 2014)

Relacionado ao medo e ao descrédito da doença e seu modo de transmissão, muitas pessoas doentes permaneceram em casa, reclusas e anônimas, sem a busca pelo tratamento adequado, aumentando a contaminação e possibilitando a visualização de um cenário subestimado do número de casos:

“Ele disse que não ia para o hospital porque todo mundo que entra lá morre”, disse Tanga, radialista em Kenema, Serra Leoa, se referindo ao assistente de rádio Mohammed Sharif que morreu após contrair a doença. (FSP, 17 ago. 2014)

Especialistas afirmam que a epidemia está amplamente subestimada. A maioria das pessoas tem medo de hospitais e mantém os doentes em casa, aumentando a contaminação. “O número de casos deve ser bem maior, não por manipulação de dados, mas porque as pessoas estão com medo e não vão para o hospital; a situação não está sob controle”, disse à Folha Jacob Mufunda, representante da OMS em Serra Leoa. (FSP, 17 ago. 2014)

Nesse sentido, o Parlamento de Serra Leoa transformou em crime, sujeito à pena de dois anos de prisão, o ato de esconder vítimas de Ebola. A intenção era diminuir a propagação do vírus, ao possibilitar o acesso dessa população ao tratamento adequado e insumos necessários como alimentos, água e medicamentos:

Os congressistas do país votaram em ampla maioria a favor da “Emenda de Saúde Pública” que altera uma regulamentação vigente há 54 anos. A decisão do parlamento acontece depois que a OMS alertou que a existência de vítimas escondidas e de áreas inacessíveis para médicos podem estar omitindo a verdadeira escala da epidemia do ebola. (FSP, 23 ago. 2014)

Apesar dos esforços feitos pela OMS na quantificação e esclarecimento de dados, a real cifra dos casos da doença e mortes relacionadas foram supostamente subestimados. Isso porque, no momento em que as organizações médicas

adentravam áreas remotas, encontravam populações “invisíveis” que, até o momento, não haviam recebido tratamento médico ou procurado assistência:

A OMS disse que suas informações são as melhores existentes, mas admite que seus números sofrem com a lacuna nos relatos e afirma que “esforços substanciais” estão sendo feitos para esclarecer os dados. (FSP, 3 out. 2014)

Muitos pacientes não são computados porque jamais receberam tratamento médico, talvez ocultos por familiares com medo ou recusados por clínicas superlotadas. Alguns vilarejos se transformaram em “zonas fantasmas” porque a resistência dos moradores ou sua localização remota torna a investigação do número de mortes impossível. (FSP, 3 out. 2014)

Na Libéria, um surto de pacientes até então desconhecidos que surge assim que uma nova instalação médica é aberta “deixa subentendida a existência de uma leva invisível de pacientes”, afirmou a OMS em agosto. (FSP, 3 out. 2014)

O modo como a Epidemia foi subestimada pelas próprias autoridades dos países atingidos também se mostrou uma barreira no impedimento da propagação do vírus, pois ocasionou uma resposta tardia às medidas de controle de transmissão da doença:

Primeiro, o chefe disse que não havia pessoa alguma doente em sua comunidade. Depois, afirmou que, se alguém estivesse doente, era por bruxaria. Por fim, reconheceu que trabalhadores do setor de saúde estavam recolhendo diversos pacientes suspeitos de ebola a cada dia. Na verdade, 15 cadáveres haviam sido retirados da comunidade em menos de uma semana, mas o chefe não admitiu o fato. A negação persistente vem prejudicando a luta contra o vírus em Serra Leoa. Ela se estende das aldeias aos legislativos estaduais, e ecoa nos círculos de algumas das agências internacionais, agora presentes em grande número no país e nas demais nações atingidas pelo ebola na África Ocidental. (FSP, 25 out. 2014)

Medo, desinformação e negação vêm sendo muito comuns desde março, quando o surto de ebola no oeste da África atingiu a Libéria. Entre as principais reações do governo veio à limitação jornalística sobre o assunto. (FSP, 19 out. 2014)

Aliado ao modo insatisfatório de enfrentamento da Epidemia foi possível identificar contradições quanto à alocação e destino de recursos pelas autoridades dos países atingidos pela Epidemia. A insuficiência de materiais no manejo dos cadáveres e dos equipamentos de proteção individual (EPIs) pode ter favorecido ações ineficazes no combate a propagação da doença:

A distância entre as necessidades dos doentes e a resposta das autoridades fica evidente. Os trabalhadores funerários usam furgões precários para recolher cadáveres, sendo que alguns desses veículos não

conseguem enfrentar as íngremes colinas do país. No entanto, no estacionamento de uma das agências da ONU em Freetown, capital de Serra Leoa, estava lotado de veículos novos, com tração nas quatro rodas. As botas de borracha necessárias para o pessoal que trabalhará na área de infecção não estão disponíveis, mas há segurança armados de sobra. (FSP, 25 out. 2014)

De acordo com as reportagens, muitas das populações dos países atingidos são de origem muçulmana, cultura que segue o ritual tradicional fúnebre: lavam o corpo com água quente e sabão, vestem-no e embrulham-no em panos brancos antes de enterrar, não fazendo uso de caixões. Neste período, quando a pessoa morre, os cadáveres são altamente contagiosos, o que pode ter facilitado a propagação de forma acelerada da Epidemia nessas populações:

Uma das formas de contágio é por secreção-sangue, lágrima, suor, vômito ou espirro- e na Guiné, que é um país muçulmano, as pessoas têm o costume de lavar o corpo quando a pessoa morre. Mas é nesse momento que o vírus está mais contagioso. Uma pessoa pode ir a um funeral, voltar para o vilarejo dela assintomática e adoecer. Num instante, a epidemia se alastra. (FSP, 23 jul. 2014)

Os cadáveres são altamente contagiosos – vírus Ebola sobrevive vários dias no corpo. (FSP, 17 ago. 2014)

Posto este cenário, os governos de Serra Leoa e Libéria, países em que a Epidemia se mostrou fora de controle, buscaram implantar medidas restritivas que evitassem a propagação do vírus. Por exemplo, o uso de baldes com cloro, em todas as portas dos estabelecimentos, para higienização das mãos e, até mesmo, regras quanto ao aperto de mãos.

Joanne Liu, Presidente Internacional da Organização Médicos sem Fronteiras, afirma o descontrole da Epidemia, através da seguinte fala:

A epidemia na Guiné está relativamente estabilizada, mas em Serra Leoa e na Libéria está totalmente fora do controle. É um cenário totalmente diferente de outras epidemias de ebola, a epidemia não está isolada em alguns vilarejos, está se alastrando para as cidades. (FSP, 17 ago. 2014)

Dessa forma, uma série de medidas foi imposta a fim de deter a Epidemia:

Todos os bares, restaurantes e cinemas têm de fechar as portas às 19h. O governo impôs uma regra proibindo o aperto de mão orientando todos a usarem manga comprida. Muitos agora se cumprimentam com o cotovelo. Em todos os estabelecimentos, as pessoas lavam as mãos em água sanitária (água com cloro) em baldes na entrada. Os mototáxis usados em

boa parte da população, só podem circular das 7h às 19h. Na chegada e saída no aeroporto, todos os passageiros têm a temperatura medida e preenchem um formulário médico. (FSP, 17 ago. 2014)

Além das medidas restritivas impostas para a população, foi evidenciado o uso de táticas medievais para o controle da propagação da Epidemia, através dos cordões sanitários, muito comuns na época da peste negra. Os cordões sanitários são medidas que favorecem o agrupamento e isolamento das pessoas atingidas pela doença ou em quarentena, separados apenas por barreiras porosas, com o intuito de diminuir a disseminação da doença:

O surto de Ebola na África Ocidental está tão fora de controle que os governos têm revivido uma tática de combate a doenças que não havia sido utilizada em quase um século: o cordão sanitário, em que uma linha é desenhada em torno da área infectada e ninguém pode sair dela. Os cordões, comuns na era medieval da peste negra, não são usados desde 1918, quando a fronteira entre a Polônia e a União Soviética foi fechada para evitar que o tifo se espalhasse. (FSP, 13 ago. 2014)

A prática dos cordões sanitários é permeada por controvérsias relacionadas à forma como esta era imposta no passado, sendo a população isolada privada de alimentos e insumos, onde permaneciam até a sua morte ou até que o surto terminasse:

Os cordões têm potencial para se tornarem brutais e desumanos. Séculos atrás, em sua forma mais extrema, todas as pessoas dentro dos limites eram deixadas para morrer ou sobreviver, até que o surto terminasse. (FSP, 17 ago. 2014)

A iniciativa da inserção e manutenção desta prática veio da Mano River Union, uma associação regional da Guiné, Serra Leoa e Libéria, e contou com a participação de representantes da OMS que, ainda que não tenham assinado o plano do cordão sanitário, não se opuseram à medida. Na implantação da tática, houve apreensão da população quanto ao modo de operacionalidade e na disponibilidade de alimentos, água e cuidados, porém as autoridades ressaltaram a valorização dos direitos humanos e preocupação nas questões éticas envolvidas.

Através da fala de várias autoridades ligadas ao combate à doença, é possível evidenciar preocupação e esclarecimentos quanto à implantação dos cordões sanitários:

“Pode dar certo, mas tem um grande potencial para dar errado se não for feito com uma abordagem ética. Simplesmente deixar que o ciclo da doença

se complete e considerar isso o preço de controla - lá – não vivemos mais nessa era. É assim que os casos estiverem sob controle, deve-se retirar as restrições”, diz o Dr. Martin S. Cetron, especialista chefe em quarentena. (FSP, 13 ago. 2014)

Quando cordões são impostos, os direitos humanos devem ser respeitados. Gregory Harti, porta-voz da OMS, que na semana passada declarou que o surto é uma emergência de saúde pública global. (FSP, 13 ago. 2014)

“Parece um movimento reflexivo por parte dos governos para mostrar que eles estão fazendo alguma coisa e uma vez que têm Exércitos mais elaborados do que os seus próprios sistemas de saúde, eles usam o Exército”, diz o Dr. William Schaffner, chefe de medicina preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de Vanderbilt. (FSP, 13 ago. 2014)

A prática do uso dos cordões sanitários também foi citada nas reportagens, como tendo sido utilizada nos primórdios da Epidemia do Ebola na África em 1976. Na época, a descoberta de um vírus novo e a falta de conhecimento sobre a doença e suas formas de transmissão fizeram com que um padre e uma freira estabelecessem medidas para evitar a propagação da doença:

Os pesquisadores foram informados de que a freira no Zaire havia morrido. A equipe também soube que muitos estavam doentes em uma área remota no norte do país. Os sintomas incluíam febre, diarreia, vômito seguido de sangramento e, por fim, morte. Duas semanas depois, Piot, que nunca tinha ido a África, pegou um voo para Kinshasa. A equipe viajou para o centro do surto, uma aldeia da floresta equatorial. O destino final da equipe era a aldeia de Yambuku, sede de uma antiga missão católica. Nela havia um hospital e uma escola dirigida por um padre e uma freira, todos da Bélgica. As freiras e o padre haviam estabelecido eles próprios um cordão sanitário para prevenir a propagação da doença. Havia um aviso no idioma local, lingala, dizia: “Por favor, pare. Qualquer um que ultrapassar pode morrer”. Eles já tinham perdido quatro colegas, estavam rezando e esperando o quarto morrer. (FSP, 23 jul. 2014)

Além das considerações acerca da culpabilidade dos governos, do medo da procura pela assistência à saúde e da credibilidade nas questões de ordem divina, também se pode identificar que as pessoas que ficavam doentes e obtinham a cura, por vezes, eram estigmatizados pela comunidade. Para combater essas barreiras, quando ocorria a saída de um usuário, era utilizado o “ritual do abraço”, uma forma de a pessoa retornar para a comunidade sem nenhum ato discriminatório:

Ao sair da área de isolamento do hospital, os pacientes tomam um banho de cloro e ganham roupas novas, já que as antigas estão contaminadas. São recebidos pelos médicos com um abraço, para que percam o estigma de “contagiosos” e voltem a ser aceitos pela comunidade. A doença é cercada de preconceito. (FSP, 23 jul. 2014)

O abraço que deu em uma criança de 4 anos e em sua mãe, conta Rachel, foi a “melhor alta” da sua vida. “A mãe chorou junto comigo e ele estava até assustado com tantos abraços. Foi a melhor alta da minha vida, de uma criança que eu não achava que ia resistir. Eu chegava em casa sem saber se ia encontrá-lo do dia seguinte, e ele saiu”, diz Rachel, Médica que integrava o MSF em uma operação de emergência montada na Guiné. (FSP, 23 jul. 2014)

Foi possível observar, na análise dos discursos da população atingida, várias barreiras morais, culturais e discriminatórias no controle e combate à Epidemia, as quais podem ter influenciado na disseminação da doença e no aumento significativo do número de casos e mortes.

5.3 A Epidemia do Ebola e sua relação com o mundo

Pode-se constatar, através da análise das reportagens, o envolvimento significativo de toda a comunidade internacional na luta contra a Epidemia do Ebola. Foram relatados, nas reportagens, esforços na busca pelo controle da Epidemia, visando a diminuir o risco de propagação da doença para fora do território africano. Dentre diferentes formas de colaboração e apoio internacional, destaca-se a doação de quantias significativas em dinheiro para as organizações envolvidas no controle da doença, como a ONU e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além de apoio tecnológico na criação e experimentação de soros e vacinas e no desenvolvimento de testes diagnósticos e no aprimoramento de tecnologias. As tecnologias disponibilizadas foram sistemas colaborativos para telefones móveis e serviços de computação para facilitar a comunicação da população atingida, tal como demonstram trechos das reportagens abaixo:

A ferramenta permite aos usuários reportar as autoridades, por meio de SMS ou mensagem de voz, qualquer informação relacionada à doença. Os dados obtidos são traduzidos em um mapa de monitoramento diário da situação do vírus no país. (FSP, 27 out. 2014)

O Canadá entregará à OMS entre 800 e 1000 doses de uma vacina experimental contra o vírus do Ebola para tentar controlar a epidemia sofrida pela África Ocidental. (FSP, 13 ago. 2014).

A Microsoft anunciou que vai oferecer serviços de computação em nuvem e aplicativos de pesquisa para cientistas e médicos que trabalham com o vírus Ebola. (FSP, 27 out. 2014)

Cientistas franceses desenvolveram um teste para diagnóstico rápido do vírus Ebola, cujo resultado sai em menos de 15 minutos. Testes rápidos de Ebola estão sendo desenvolvidos em diversos países. Cientistas japoneses anunciaram no mês passado um método para detectar o vírus em 30 minutos. Cientistas americanos trabalham em uma análise de dez minutos. (FSP, 21 out. 2014)

Através da ocorrência de ações colaborativas no combate à doença, evidencia-se a apreensão das unidades internacionais em relação ao rompimento de fronteiras, levando à propagação da Epidemia e à insatisfação quanto às consequências dos prejuízos econômicos gerados nos países atingidos e em todo o continente africano, considerando que os recursos naturais africanos servem de sustento ao crescimento econômico de grandes potências como os Estados Unidos e a China. Podemos evidenciar tal anseio através da fala de um Diplomata de Bruxelas:

Estamos em um momento crucial, é preciso agir agora. Se não agirmos, as consequências serão incalculáveis, também para a Alemanha. Ministro das Relações Exteriores Franck-Walter (FSP, 20 out. 2014).

De maneira geral, tanto a Europa quanto os Estados Unidos estão apreensivos com a situação da propagação do Ebola:

A União Europeia deve agir mais rápido e com mais eficácia. Queremos enviar uma missão civil da União Europeia até a África, permitindo assim que também os países que ainda não estão presentes no continente tenham uma plataforma para poder atuar. (FSP, 20 out. 2014)

Não olhamos para África apenas por recursos naturais. Reconhecemos a África por seu maior recurso, que é sua gente e seus talentos, diz Obama. (FSP, 7 ago. 2014)

Também a China teme pelas consequências do Ebola e indica interesse em colaborar:

A assistência da China não vai parar até que a Epidemia de Ebola seja erradicada na África Ocidental, disse LinSongtian, Diretor-Geral do Departamento de Assuntos Africanos do Ministério das Relações Exteriores Chinês. (FSP, 31 out. 2014)

A China e os Estados Unidos foram as nações que fizeram o maior investimento no combate ao Ebola, ficando evidente a disputa econômica entre

estes dois países na relação comercial com a África. É possível evidenciar tal disputa através dos trechos das reportagens abaixo:

Desde 2009, a China ultrapassou os Estados Unidos da América como maior parceiro comercial da África. Obama e seu Vice-Presidente, Joe Biden, deram indiretas sobre o custo de fazer negócios e a concorrência chinesa. “Os africanos devem poder abrir um negócio e comercializar seus produtos sem precisar pagar propinas, difícil a concorrência justa com quem corta atalhos”, se referindo à China. (FSP, 7 ago. 2014)

Segundo o centro de estudos BrookingsInstitucion, os investimentos americanos na África estagnaram entre 2010 e 2012. Os chineses cresceram 68% no período e os europeus, 8%, especialmente em energia, minérios e infraestrutura. “Nós estamos perdendo o barco, temos que correr atrás e aproveitar o crescimento africano”, discursou o bilionário Michael Bloomberg, ex-prefeito de Nova York. (FSP, 7 ago. 2014)

Considerando essa disputa econômica, os Estados Unidos apresentaram importantes contribuições no combate à Epidemia do Ebola, e a China foi criticada pela insuficiência de investimentos, visto que utilizam dos recursos naturais africanos para sustentar sua economia. Há também controvérsias entre os líderes dos dois países quantos às informações relativas aos investimentos, sugerindo uma concorrência no que envolve a luta contra o Ebola na África:

Os Estados Unidos têm liderado a resposta internacional para tentar impedir a propagação da doença, que já matou cerca de 5.000 pessoas, enviando milhares de soldados e comprometendo cerca de U\$\$ 1 bilhão, enquanto a China tem recebido críticas por não ter feito o suficiente. (FSP, 31 out. 2014)

A China é o maior parceiro comercial da África, tirando seu proveito dos recursos naturais do continente para sustentar seu próprio crescimento econômico ao longo das duas últimas décadas. Alguns críticos atacaram Pequim por não ajudar na hora da necessidade na África. (FSP, 31 out. 2014)

Apesar das críticas recebidas, o Embaixador chinês, Zhang Yue, afirma que:

A China é o único país que colabora não só construindo um centro de tratamento, mas também com a sua administração. (FSP, 16 nov. 2014)

Também foi reportada a obtenção de insumos, equipamentos de saúde e profissionais de saúde. A China, por exemplo, além de enviar 160 profissionais de saúde e uma Unidade Militar, gerou investimentos para construção do primeiro centro médico com capacidade para cem leitos de tratamento na Libéria:

Segundo o Ministério das Relações Exteriores chinês, a China enviará uma Unidade de elite do Exército Popular de Libertação para ajudar a Libéria a combater o Ebola, respondendo a um apelo da ONU por um maior esforço mundial contra o vírus na África Ocidental. (FSP, 31 out. 2014)

Em dez dias, o contingente de 160 profissionais será enviado a um centro de tratamento da doença financiado pelo governo chinês, no valor de U\$\$ 41 milhões. (FSP, 16 nov. 2014)

Também o Brasil, além de investimentos financeiros, enviou inúmeros kits com medicamentos e insumos aos três países afetados pela Epidemia:

Segundo os Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde, o governo brasileiro doou R\$ 25 milhões a agências da ONU para combater o vírus Ebola e apoiar as populações da Guiné, da Libéria e da Serra Leoa, países mais afetados pela doença. (FSP, 3 dez. 2014)

Além dos recursos financeiros, o Brasil enviou 24 kits, sendo cada um dos kits suficientes para atender 500 pessoas durante três meses, contendo 30 tipos de medicamentos, incluindo antibióticos, anti-inflamatórios, e 18 insumos para primeiros socorros como máscaras e luvas. (FSP, 3 dez. 2014)

A Coreia do Sul e o Japão se dispuseram a contribuir com valores significativos em dinheiro, equipamentos e equipe médica para combater o vírus. Porém, a Ásia ficou atrás das contribuições dos Estados Unidos, tornando os países asiáticos alvo de críticas por não demandarem esforços o suficiente para o controle global de combate ao Ebola:

A Coreia do Sul prometeu contribuir com U\$\$ 5,6 milhões para combater o vírus, e tanto o Japão quanto a China enviaram equipamentos ou equipes médicas para países afetados pelo Ebola no oeste africano. A resposta da Ásia tem ficado atrás de contribuições dos Estados Unidos da América, que enviou milhares de soldados e se comprometeu com U\$\$ 1 bilhão, assim como de outros países ocidentais. (FSP, 4 nov. 2014)

“Muitos países da Ásia que podem ajudar simplesmente não ajudam, especialmente quando se trata de enviar pessoal médico”, disse Jim Yong Kim, Presidente do Banco Mundial, em uma entrevista coletiva em Seul (FSP, 4 nov. 2014)

Os investimentos feitos por diversos países no combate à Epidemia do Ebola no continente africano, junto à mobilização global na busca de apoio financeiro e logístico, são reportados através das seguintes falas, realizadas em um encontro dos líderes do G20:

Todos os países membros se comprometem a fazer o que for necessário para garantir um esforço internacional que possa extinguir o surto e lidar com os custos econômicos e humanitários. (FSP, 15 nov. 2014)

Temos fundos para proteger outros riscos para a economia global. Pandemias e epidemias são perigos reais para a economia, além de tragédias humanas. (FSP, 15 nov. 2014)

A Epidemia espantou os países, pois demonstrou a fragilidade e descaso dos governos locais, como das autoridades internacionais no combate à pobreza e à insuficiência de um sistema de saúde que seja efetivo no combate a doenças infecciosas. Afinal, elas não conhecem fronteiras e podem ser desestabilizadoras de sociedades, economias e estados:

O Ebola afetou a narrativa do crescimento da África. Os estereótipos da África como um lugar de pobreza e doenças começaram a ressurgir novamente. (FSP, 21 ago. 2014)

As fronteiras que conhecemos não são respeitadas por doenças contagiosas. O Ebola é um problema de toda a comunidade internacional. (FSP, 10 out. 2014)

A OMS assumiu, ainda que tardiamente, que errou no combate à Epidemia, pois subestimou seu caráter endêmico:

Em documento interno, a OMS se pronuncia que seus especialistas deveriam ter percebido que métodos tradicionais de contenção de doenças infecciosas não iriam funcionar em países com fronteiras porosas e sistemas de saúde deficientes. (FSP, 17 out. 2014).

Outro aspecto polêmico envolvendo a comunidade internacional, mais precisamente a OMS, foi a criação de drogas e vacinas experimentais por indústrias farmacêuticas. Além de serem produzidas em quantidade insuficiente para atender a demanda, eram tratamentos não homologados, ou seja, drogas sem estudos envolvendo seres humanos, não se sabendo a real eficácia. Grande dilema ético foi causado no momento em que a OMS aprovou o uso da droga experimental denominada *Zmapp*, fabricada pela empresa *MappBiopharmacêutica*. Além de ter sido aprovado o seu uso sem testes de segurança, a droga foi fabricada em quantidade reduzida, devido à sua tecnologia restrita e insuficiente para abarcar de forma igualitária a população atingida (FSP, 13 ago. 2014).

Porém, permanece o questionamento quanto aos requisitos de destinação das drogas, visto que, em um primeiro momento, o medicamento foi destinado a dois americanos, que se curaram após tratamento, e a um padre espanhol, que acabou falecendo. O uso da medicação causou polêmica quanto a sua eficácia, pois não se

tem como determinar se o remédio realmente ajudou ou se os dois pacientes estão entre os 40% que, de qualquer forma, sobreviveriam ao surto. Segundo a FSP, não foi possível compreender como exatamente certos pacientes tiveram acesso à droga. A OMS se pronunciou quanto aos dilemas éticos relativos ao uso de drogas não testadas:

Diante das circunstâncias da epidemia e sob certas condições, o Comitê concluiu que é ético oferecer tratamentos- cuja eficácia ainda não foi demonstrada, assim como os efeitos colaterais- como potencial tratamento ou de caráter preventivo. OMS (FSP, 12 out. 2014)

De fato, usar um medicamento experimental fora do contexto de um programa de testes não implica só arriscar a segurança dos pacientes envolvidos. E se o remédio pudesse beneficiar pacientes em estágio anterior da doença, mas só for dado aos pacientes mais graves? (FSP, 13 ago. 2014)

O comitê ético condicionou o uso dos tratamentos a uma “transparência absoluta sobre os cuidados, a um consentimento informado, à liberdade de escolha, à confidencialidade, ao respeito das pessoas e a preservação da dignidade e a implicação das comunidades”. OMS (FSP, 12 ago. 2014)

Em relação à produção de vacinas, as informações indicam apenas que estava prevista a distribuições de vacinas experimentais, nomeando duas empresas que iriam fabricar apenas a partir do ano de 2015:

Os testes em vacinas contra o vírus do Ebola poderão ter início na África em dezembro, declarou em Genebra, Marie-Paule Kieny, sub-diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS). Duas vacinas experimentais aparecem como as principais candidatas a frear a maior epidemia da doença, que já matou quase 4.900 pessoas desde o começo de 2014, em sua maioria na África Ocidental: a canadenserVSV, que deve chegar a Genebra para um novo período de testes, e a britânica ChAd3. “Ao menos cinco vacinas estão logo atrás e devem estar nas clínicas nos primeiros meses de 2015”, disse Kieny. (FSP, 24 out. 2014)

O apoio internacional no combate à Epidemia foi evidente à medida que se evidenciam ações como a criação do primeiro centro para tratamento da doença na Libéria pela China, e o apoio mútuo de países como os Estados Unidos, Coreia do Sul, Japão e Brasil na obtenção de insumos, equipamentos de saúde e recursos humanos no combate à doença e a sua propagação.

A dimensão da recente Epidemia do Ebola na África gerou certa preocupação quanto a aspectos relacionados à desestabilização financeira dos países africanos

atingidos, visto que muitos países utilizam de seus recursos naturais para sustentar sua economia.

5.4 Epidemia do Ebola e o Brasil

Foi possível observar, através da análise das reportagens relacionadas ao Brasil, que 91,6% das reportagens nos mostra que o país está preparado para lidar com a Epidemia do Ebola. Segundo a FSP, o Brasil está preparado e organizado em relação ao Ebola:

Chance de Ebola chegar ao Brasil é quase nula, diz gerente da Anvisa. (FSP, 2 ago. 2014)

Brasil está preparado para enfrentar Ebola, diz Ministério da Saúde. (FSP, 1 out. 2014)

Brasil continua com poucas chances de transmissão do Ebola, diz ministro. (FSP, 11 out. 2014)

O governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, aliado a órgãos como a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa), buscou a mobilização de todas as entidades envolvidas na construção de um plano de ação e enfrentamento da Epidemia. O Plano de Contingência de Resposta ao Ebola continha formas de manejo e orientações a serem tomadas na ocorrência de caso suspeito ou confirmado da doença:

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil está preparado para lidar com casos de Ebola no Brasil. “A detecção de um caso importado de pessoa que viaja durante o período de incubação (ainda sem sintomas) é uma das situações previstas no Plano de Contingência de Resposta ao Ebola preparado pelo Ministério” afirma Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. (FSP, 1 out. 2014)

Além do Plano de Contingência, também se manteve intensa vigilância de portos e aeroportos com medidas sanitárias de controle, voltadas a imigrantes ou viajantes originários dos países com casos da doença. Foi salientado que estas medidas já tinham sido implantadas e foram apenas reforçadas frente à situação da Epidemia:

O gerente de porto e aeroportos da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), Paulo Coury, afirmou neste sábado (2) que a chance do vírus

ebola chegar ao país é “quase nula”. “O Ministério da Saúde é quem determina o controle na entrada [do país]”. Todos os dias, 24 horas por dia, nos principais aeroportos internacionais do Brasil, temos equipes que são os intermediários entre os passageiros e a vigilância epidemiológica exercida pelos Estados e municípios. São equipes prontas para identificar [doenças], mas esse controle é normal. (FSP, 2 ago. 2014)

O gerente completou: “estamos mobilizados para que uma pessoa com sintomas da doença não passe por entre os dedos. É óbvio que com o Ebola esses cuidados aumentaram. Eventualmente podemos fazer uma focalização em voos vindos da África. (FSP, 2 ago. 2014)

Barbosa afirma que o governo não alterou a rotina da vigilância sanitária diante do surto na África. Diz, no entanto, que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) reforçou, com os aeroportos internacionais, a necessidade de seguir os protocolos para identificar e encaminhar as pessoas eventualmente doentes aos hospitais de referência. (FSP, 1 ago. 2014)

A experiência com epidemias anteriores, tal como a H1N1⁵, e a organização e o planejamento quanto à vigilância de doenças para a Copa das Confederações (2013) e para a Copa do Mundo (2014), é defendida nas reportagens como base para o enfrentamento de epidemias, aliado à capacidade de organização do Sistema de Saúde brasileiro.

O então Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa da Silva Júnior, defende esta ideia através da fala abaixo:

O Brasil vem fortalecendo sua preparação e Resposta para Emergências de Saúde Pública, utilizando as mais modernas estratégias e tecnologias disponíveis e as lições aprendidas com emergências reais, como a pandemia da gripe H1N1 de 2009. Dispomos de um Plano de Preparação e Resposta para Emergências de Saúde Pública- que vem sendo utilizado, na vida real, para o monitoramento dos grandes eventos de massa que tivemos em 2013 (Copa das Confederações) e 2014 (Copa do Mundo) e no atual momento. Ativamos o Centro de Operações de Emergências em Saúde, para acompanhar, com informações fidedignas prestadas pela OMS, a situação epidemiológica do surto. Isso nos permite realizar cuidadosa avaliação de risco e adotar as medidas adequadas à proteção do nosso país. (FSP, 16 ago. 2014)

A chance de a Epidemia do Ebola chegar ao Brasil foi vista pelas autoridades sanitárias como remota, segundo a FSP, dado que a doença não é transmitida pelo

⁵ O vírus da Influenza A H1N1 é um subtipo do vírus da Influenza que causa doença respiratória aguda (gripe), transmitido de pessoa a pessoa, principalmente por meio de tosse ou espirro e do contato com secreções respiratórias de pessoas infectadas. O vírus da Influenza A H1N1 foi responsável pela pandemia de gripe de 2009, inicialmente designada como gripe suína. Foi um surto global cujos primeiros casos ocorreram no México em março de 2009, vindo a espalhar-se pelo mundo, tendo começado pela América do Norte, atingido pouco depois a Europa e a Oceania.

ar, mas apenas pelo contato com secreções da pessoa infectada, diminuindo o risco de propagação:

“Ter transmissão populacional como tem na África Ocidental não tem condições disso ocorrer [no Brasil], porque controlar o Ebola não é tão complicado. Ebola não transmite pelo ar, isso faz uma diferença tremenda. Ebola só [transmite para] quem pega na pessoa que está com diarreia, vômito. Esse não é um contato comum”, lembrou o secretário de vigilância em saúde, Jarbas Barbosa. (FSP, 11 out. 2014)

De acordo com a OMS, caso uma pessoa infectada embarque em um voo, o risco para os demais passageiros é baixo, pois o vírus não se propaga pelo ar, mas apenas por contato direto com o sangue e os fluidos corporais de pessoas ou animais infectados. (FSP, 2 ago. 2014)

Observou-se também que, após a identificação de um caso suspeito da doença no Brasil, as equipes de saúde treinadas isolaram o paciente de forma adequada, encaminhando-o para os centros de tratamento de referência para a doença no Brasil:

Depois de ser tratado como um caso suspeito de Ebola, um imigrante africano foi diagnosticado em São Paulo como vítima de malária. O paciente foi levado para o hospital Emílio Ribas, onde foi internado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) - especializado em infecções, o hospital foi destacado como Referência em São Paulo para tratar casos suspeitos da doença. “Consideramos prudente adotar o procedimento para o qual temos sido preparados há três meses”. Marcos Palumbo, Capitão do Corpo de Bombeiros. (FSP, 20 nov. 2014)

O Brasil teve dois casos de suspeita de Ebola, ambos descartados. Em 9 de outubro, um homem foi internado em Cascavel (PR) e transferido para o Rio de Janeiro. (FSP, 20 nov. 2014)

A preocupação das autoridades sanitárias do Estado de São Paulo no combate à Epidemia da Dengue e a elevada incidência de casos da Febre Chikungunya, tornou a Epidemia do Ebola menos evidente:

O secretário de saúde do Estado de São Paulo, David Up, disse nesta quarta-feira (12) que as medidas de combate à dengue, mesmo realizadas, “serão sempre insuficientes” diante da demanda e que as prefeituras precisam estar mais preocupadas com o controle da dengue e da febre chikungunya do que com o ebola. “As pessoas falam muito do Ebola. Devemos estar pouco preocupados com ebola e muito com dengue e chikungunya”, disse. (FSP, 12 nov. 2014)

Até o momento, o Estado tem 23 casos confirmados da chikungunya, transmitida pelos mesmos mosquitos da dengue (*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*). Todos os casos, porém, são de pacientes que vieram de outros locais e que não tiveram contato com o vírus no Estado. Já os casos confirmados de dengue registrados neste ano no Estado somam 188.922, segundo dados da Secretaria de Saúde. Ao todo, 36 municípios estão em

fase de alerta para transmissão do vírus. Outros 245 municípios estão em fase inicial de transmissão. (FSP, 12 nov. 2014)

Apesar de observado que as reportagens relacionadas ao Brasil, em sua maioria (91,6%) demonstravam segurança e controle pelas autoridades de saúde nas questões relacionadas à forma de combate e enfrentamento da doença, foi evidenciado que algumas reportagens (8,4% do total) diferiam das demais, evidenciando aspectos críticos e de apreensão relacionados à Epidemia do Ebola:

Brasil ainda não pode ficar tranquilo sobre Ebola, diz ministro da saúde. (FSP, 5 dez. 2014)

O Brasil finalmente acordou para o Ebola. (FSP, 5 dez. 2014)

O conteúdo das reportagens baseava-se em aspectos operacionais, como apoio financeiro tardio pelo Brasil e dificuldades em conter a Epidemia nos países atingidos, deliberando indagações sobre os riscos de disseminação para os demais países:

Demorou, mas finalmente o governo brasileiro resolveu dar uma contribuição para o combate ao Ebola à altura de suas ambições diplomáticas no continente africano (e, obviamente, mais condizente com a gravidade da epidemia). (FSP, 5 dez. 2014)

Mas apesar de o Brasil ter acordado para a magnitude da emergência e necessidade de colaboração, o país poderia estar fazendo muito mais. O Brasil é referência em combate a doenças infecciosas e poderia enviar infectologistas para ajudar os países africanos, como fez Cuba. (FSP, 5 dez. 2014)

O ministro da saúde, Arthur Chioro, disse nesta sexta-feira (5) que, apesar de não ter nenhum caso registrado no país, ainda “não podemos ficar tranquilos” em relação ao Ebola. Segundo Chioro, a epidemia dos países da África Ocidental ainda deve demorar para ser controlada. “A epidemia não está controlada. Na Libéria, em Serra Leoa e na Guiné ela continua trazendo óbitos e não se tem uma perspectiva de redução em curtíssimo prazo. O trabalho de controle depende desse apoio internacional”, disse. (FSP, 05 dez. 2014)

Como visto nesta pesquisa, aspectos alarmantes podem ter influenciado o comportamento e o enfrentamento da doença, ainda assim, o Brasil, através de representantes do Ministério da Saúde, mostrou segurança frente a um caso da doença no país. Através de prévia organização e da construção de um Plano de

Contingência, aliado a experiências anteriores com epidemias, o país soube identificar e realizar as medidas indicadas para evitar a propagação da doença no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos indicados no trabalho, foi possível evidenciar um modo alarmista de divulgação das informações a respeito da Epidemia do Ebola. A crescente divulgação do número de casos e mortes pela doença nos mostra um interesse da mídia em expor aspectos amedrontadores.

As informações decorrentes dos discursos da população atingida pela Epidemia nos mostra um saber frágil, inconsistente, baseado no senso comum, em que a doença em si e o modo de transmissão foram permeados por mitos, através do que se ouve informalmente e se acredita ser real.

A opinião de especialistas e autoridades sanitárias mundiais nos discursos conferiu uma cientificidade para a informação, possibilitando confiabilidade ao que a mídia produz.

Também se concluiu que, no segundo semestre do ano de 2014, houve um aumento significativo nas publicações das reportagens que tinham a Epidemia do Ebola como tema central. Esse dado evidencia um enfoque maior da mídia quando, em 8 de agosto de 2014, a OMS decretou a Epidemia do Ebola uma “Emergência de Saúde Pública de alcance mundial”.

À medida que a mídia atua como formadora de opinião permite ao leitor a interpretação da informação divulgada através de diferentes enfoques. As significações do Ebola foram construídas no espaço midiático, quando a Epidemia foi decretada uma Emergência de Saúde Pública de alcance mundial, o que ocasionou a visibilidade necessária para se tornar uma ameaça internacional.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L., *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2014.

BAUSCH, D.G.; SCHWARZ, L. Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy. *PLoS Negl Trop Dis*8(7): e3056.

BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.6, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600019&lng=en&nrm=iso>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Ebola Hemorrhagic Fever Information Packet*. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/fact-sheet.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). *The State of Food Insecurity in the World 2004*. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/007/y5650e/y5650e00.htm>>.

FOLHA DE SÃO PAULO (FSP). São Paulo, 2014. Disponível em: www.folha.com.br. Vários acessos.

KENNY, C. *The Ebola Outbreak Shows Why the Global Health System Is Broken*, Bloomberg Businessweek, 11 de Agosto de 2014. Disponível em: <<http://www.businessweek.com/articles/2014-08-11/the-ebola-outbreak-shows-why-the-global-health-system-is-broken>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

KREITER, M *Ebola Outbreak: CDC Estimates As Many As 500,000 Ebola Cases By End Of January*, International Business Times, 23 de septiembre de 2014. Disponível em: <http://www.ibtimes.com/ebola-outbreak-cdc-estimates-many-500000-ebola-cases-end-january>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS (MSP). *La epidemia del Ébola expone la patología del sistema econômico y político mundial*. Disponível em: <http://www.biodiversidadla.org/Portada_Principal/Documentos/La_epidemia_del_Ebola_expone_la_patologia_del_sistema_economico_y_politico_mundial>. Acesso em: 24 nov. 2014.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Enfermedad por el virus del Ébola*, Nota descriptiva n.º103. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SCHMITZ, A. A., *Fontes de notícias: ações e estratégias das fontes no jornalismo*. Florianópolis: Combook, 2011.