



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO
CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL
HABILITAÇÃO: PRODUÇÃO EM COMUNICAÇÃO E CULTURA

CAROLINA PEREIRA DE JESUS

**RISCO E PÂNICO: COBERTURA SOBRE EBOLA NO SITE DO
JORNAL CORREIO***

Salvador
2016.1

CAROLINA PEREIRA DE JESUS

**RISCO E PÂNICO: COBERTURA SOBRE EBOLA NO SITE DO
JORNAL CORREIO***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Comunicação da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Comunicação.

Orientadora: Prof^a Dra. Leonor Graciela Natansohn

**Salvador
2016.1**

*Uma das principais doenças do homem é sua inquieta curiosidade
por conhecer o que não pode chegar a saber.*

Blaise Pascal

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os colegas que cursaram a disciplina Elaboração de Projeto em Comunicação pela colaboração profícua com o desenvolvimento deste tema.

À Prof^a. Dra. Annamaria da Rocha Jatobá Palácios, pela permanente disponibilidade para a troca de impressões, carinho e cuidado imensurável com este trabalho.

À Prof^a. Dra. Leonor Graciela Natansohn que se dispôs a orientar este trabalho, pelo acompanhamento, escuta sensível e investidas no enriquecimento desta pesquisa.

A minha família, amigos, colegas de trabalhos e ao corpo docente da FACOM pela participação nesta formação acadêmica, amor e respeito pelas minhas escolhas.

RESUMO

A doença provocada pelo vírus Ebola foi um dos assuntos que ocupou as páginas dos jornais durante 2014. O surto em 2014 esteve em foco na mídia por duas questões concomitantemente alarmantes: o número de infectados fora da África e o número crescente de vítimas fatais. Um terceiro fator fechou a trilogia presumível sobre a condição epidêmica, a confirmação dos órgãos de saúde sobre a ineficiência do combate ao vírus. Diante do exposto, este trabalho tem por finalidade identificar as representações midiáticas da doença Ebola no site correio24horas.com.br, plataforma *online* do Jornal Correio*, atual líder em circulação no Estado da Bahia. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualiquantitativo, que investiga em 52 matérias, publicadas entre junho e dezembro de 2014, a produção de significados sobre o vírus Ebola, que contribuiu na construção da concepção da doença, tendo a noção de risco, medo e pânico como conceito estruturante de informação.

Palavras-chave: Ebola; Correio*; análise de conteúdo; noção de risco.

ABSTRACT

The disease caused by the Ebola virus was one of the issues that occupied the newspapers during 2014. The outbreak in 2014 had the focus of the media because of two simultaneously alarming issues: the number of infected people outside of Africa and the growing number of fatalities. A third factor closed the presumed trilogy about the epidemic condition: confirmation of health agencies about the inefficiency of fighting the virus. Given the above, this study aims to identify the media representations of Ebola disease in thecorreio24horas.com.br website, online platform from the newspaper Correio*, the leader in circulation in the State of Bahia. This is a quantitative and qualitative research, investigating in 52 subjects, published between June and December 2014, the production of meanings about the Ebola virus, which contributed to the construction of the conception of the disease, which had the notion of risk, fear and panic as a structural source of information.

Keywords: Ebola; Correio*; content analysis; notion of risk.

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Fontes de informação sobre o Ebola no Brasil

Tabela 1- Síntese da pesquisa no Correio* - Tema da pesquisa “Ebola”

Tabela 2- Distribuição total das notícias por Coluna

Tabela 3- Textos produzidos pela redação Correio* - Tema “Ebola”

Tabela 4- Distribuição de textos por colunas e material (jun-dez, 2014)

Tabela 5 - Matriz de análise da pesquisa

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
1.2ESTRUTURA DA PESQUISA.....	14
1.2OBJETIVOS.....	14
1.2.1Objetivo Geral	14
1.2.2Objetivos Específicos.....	14
1.2.3Corpus	14
1.2.4Metodologia	14
1.3 JUSTIFICATIVA.....	15
2. O SURTO EBOLA 2014	17
2.1 PROPAGAÇÃO DO VÍRUS	20
2.2 O SURTO NA MÍDIA BRASILEIRA.....	20
2.2.1 Revelação progressiva.....	21
2.2.2 Gerenciamento da arbitrariedade.....	22
2.2.3 Negociação da resposta coletiva.....	24
2.2.4 O fim (ainda prestes a acabar).....	26
3.MÍDIA E SAÚDE	27
3.1 A DOENÇA NA MÍDIA.....	30
4. REPRESENTAÇÃO MUDIÁTICA DA DOENÇA	33
5. NOÇÃO DE RISCO COMO FONTE ESTRUTURANTE DA INFORMAÇÃO	36
5.1 DOENÇA, MEDO E PÂNICO	38
6. ESTIGMA, RACISMO E TERRITÓRIO GEOGRÁFICO	40
7. METODOLOGIA	43
7.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	43
7.1.1Interpretação do objeto.....	44
6.1.2 Fonte de pesquisa	44
6.1.3 Finalidade da análise	44
6.1.4 Linguagem.....	44
7. 2 PERCURSO METODOLÓGICO	45
7.2.1 O corpus	45
7.2.2 Abordagem: a análise de conteúdo.....	45
7.2.3 Pré-análise	46

7.2.4 A amostra	46
7.2.5 Segunda triagem.....	46
7.2.6 Material excluído.....	46
7.2.7 Matriz de análise	49
8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
8.1 CATEGORIA 1: O RISCO	50
8.1.1 Perigo embutido no risco.....	50
8.1.2 Vulnerabilidade e Morte.....	51
8.1.3 Incerteza quanto ao futuro.....	52
8.1.4 Noção de risco relacionada à noção de probabilidade.....	53
8.1.5 Medo e pânico	54
8.2 CATEGORIA 2: ESTIGMA E RACISMO	58
8.2.1 O contexto de representação da África e do africano frente ao Ebola	58
8.2.2 Causadores do mal	60
9. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIA	62

1.INTRODUÇÃO

O direito de sediar a Copa do Mundo de 2014 não garantiu o estrelismo do país do futebol. A chance de consagrar o hexacampeonato foi interrompida por um vexame mundial, com a derrota por 7 a 1 contra a seleção da Alemanha. Em 29 minutos o Brasil levou cinco gols. Enquanto isso na África, no mesmo intervalo de tempo, pelo menos duas pessoas eram contaminadas pelo vírus Ebola no ano de 2014.

Enquanto a Copa acontecia no Brasil o mundo assistia concomitantemente o desenrolar da maior epidemia de Ebola dos últimos tempos. O surto concentrado na África também atingiu países como os Estados Unidos, Espanha e o Reino Unido, sendo considerada a maior tragédia documentada, em número de infectados e dispersão geográfica.

O reaparecimento do Ebola, quase seis anos após o último surto ocorrido em Uganda, pôs em colapso o sistema internacional científico e de saúde. As condições de expansão do vírus abriram uma lacuna no enfrentamento da doença, até então estabilizada no território africano, uma vez em que os novos registros apontavam para o surgimento do Ebola na África Ocidental, que só havia documentado um caso da doença em 1994.

Diante da nova propagação do vírus, o Ebola voltou à cena mundial como alerta para a humanidade, emergência epidemiológica e interesse midiático. Por meio dos sistemas de comunicações a doença foi contada, contextualizada e significada tornando a experiência com o Ebola imbricada em um sistema de valores de registro, memória, e porque não dizer, de certa proximidade.

O processo, em suas devidas proporções, pode ser comparado à construção da AIDS como doença no espaço público (HERZLICH; PIERRET, 2005). A ameaça de uma nova enfermidade parte de uma interrogação científica para um discurso formalizado pelos meios de comunicações, progressivamente desenhado com a experiência dos indivíduos acometidos, ou não, pelo risco aparente do adoecer.

No espaço público, termo cunhado por Habermas (1986), o tema “Ebola” ocupou a agenda internacional do debate público e tão logo a pauta midiática brasileira. Paulatinamente a doença também passou ser construída à medida que existia enquanto fenômeno real. A elaboração das características da doença foi moldada *pari passu* com a ocorrência de estudos

sobre o vírus, a letalidade dos doentes e as narrações dos envolvidos fossem pacientes, médicos, pesquisadores ou autoridades de saúde.

Na Bahia, os principais veículos de comunicação também abordaram o assunto. Além da evidente atenção a um fenômeno que pôde se dizer diferenciado, o reaparecimento do Ebola como um risco global figurou como uma espécie de “obrigatoriedade midiática” a uma sociedade que fez e faz parte do fenômeno em questão e constrói seus saberes amparados na legitimidade (que se espera) do saber jornalístico.

Considerando o quadro delineado este estudo visa entender as interações pertinentes na reprodução de alguns elementos que possibilitaram, por exemplo, a formação conceitual em relação à expansão do vírus, condições de sintomas e mortes e a maneira pelas quais autoridades se posicionaram diante do assunto frente às narrações imprimidas pela mídia, especialmente, uma das mídias digitais do contexto baiano.

Há, certamente, uma atenção no campo médico/clínico sobre essas questões, mas o interesse amplia o questionamento para um envolvimento sociocultural, que entrelaça doença, saúde e representação. Neste caso, não se trata apenas de entender a narração sobre o Ebola, mas a condução dessa narração, levando em consideração elementos como a noção de risco, medo e pânico como conceito estruturante da notícia, um traço recorrente na divulgação de eventos de grande impacto, tais como uma epidemia.

Para elucidar as questões propostas este estudo analisou 52 matérias publicadas no site correio24horas.com.br, entre julho e dezembro de 2014, tendo a noção de risco como conceito estruturante de interpretação dos fatos narrados. As matérias compõem um recorte de um conjunto de 199 textos produzidos sobre a mesma temática.

Por ora, demarca-se outra questão que igualmente interessa a esse estudo: o contexto de produção desses significados leva à hipótese de uma dada noção de território geográfico negativo, atribuído à questões que decorrem da África ou povo africano tal como as doenças, suas formas de contágio e disseminação pelo resto do mundo. Antecipa-se que o intuito não é negar as condições severas do Ebola, mas a forma como as informações sobre a doença são divulgadas, propagadas e simbolicamente representadas, podem gerar um imaginário do/entre os receptores dessas mensagens, igualmente negativo.

1.1 ESTRUTURA DA PESQUISA

A pesquisa está estruturada em nove seções: 1- Introdução, 2- O surto Ebola 2014; 3- Mídia e Saúde; 4- Representação midiática da doença; 5- Noção de risco como fonte estruturante da informação; 6- Estigma, racismo e território geográfico; 7- Metodologia; 8- Apresentação e discussão dos resultados; 9- Conclusão.

Em **O surto Ebola 2014** a abordagem situa o leitor quanto às características do Ebola no surto mais devastador da doença, registrado durante o ano de 2014; trata sobre a propagação do vírus e, a maneira pela qual a mídia nacional divulgou o fato.

O enfoque segue para uma teorização mais ampla envolvendo o binômio “Comunicação e Saúde”. Neste ponto são apresentadas as distinções entre Comunicação *e* Saúde e Comunicação *em* Saúde. A seção intitulada como **Mídia e Saúde** aborda ainda a construção da doença no contexto midiático. Por doença opta-se pelas variáveis apresentadas por Giovanni Berlinguer (1989), para o qual um conceito único seria limitado.

As menções aos conceitos acima referendados: mídia, saúde e o próprio conceito da doença servem de base para o entendimento da **Representação midiática da doença**, origem da seção seguinte. Valendo-se do interesse da mídia para divulgar informações da saúde pública, pontuam-se as operações formuladas pelos meios de comunicações, e lê-se sua aparelhagem para tornar aspectos de dada realidade em construções dotadas de sentido, tais quais as que engendram a construção do Ebola no contexto nacional.

Outra questão que convém importância para esta pesquisa diz respeito à **Noção de risco como conceito estruturante da informação**, quer seja, às categorias que operam para que os entendimentos sobre determinada doença e, neste caso o Ebola, sejam vinculadas às ideias de medo, pânico e insegurança social. O risco e, o que podemos elencar como suas variações (o medo e pânico) é observado sob a ótica da construção simbólica que envolve doenças epidêmicas retratadas pela mídia.

Tendo vista ainda a eclosão do Ebola no território africano e a exposição do africano como “causador do mal”, o tópico **Estigma, racismo e território geográfico** discute os modos pelo

qual esta construção foi feita (se feita) e tematizada na cobertura do Jornal Correio*, durante o período analisado.

Dadas os aspectos teóricos que ajudam a contextualizar o tema e o foco central desta pesquisa, parte-se para a checagem das impressões. A **Metodologia** é sistematizada na escolha da técnica (Análise de Conteúdo), no objeto de estudo (plataforma digital do Jornal Correio*) e na amostra da pesquisa (52matérias, publicadas entre julho e dezembro de 2014, na plataforma citada), além dos critérios definidos para exclusão ou permanência de determinados textos e das categorias de análise para cada um deles.

Com os critérios definidos a seção seguinte intitulada de **Apresentação e discussão dos resultados**, como o próprio nome indica expõe as principais inferências sobre os textos produzidos pelo jornal Correio*, através da sua redação. Por fim, no item **Conclusões** apresentam-se as considerações finais deste trabalho.

Vale frisar que opta-se pela utilização em algumas partes do texto da expressão Correio*, entendendo que apesar desta pesquisa dedica-se a plataforma digital do veículo, as matérias fazem parte de um todo construído pelo jornal.

Diante do exposto e da sistematização deste trabalho acredita-se que avançar sobre essas e outras questões torna-se um aspecto motivador para essa pesquisa. Além do debate médico-científicoé preciso entender e caracterizar os sentidos que são atribuídos às informações no meio social e, em especial, tendo em vistao papel daqueles que se responsabilizam por construir informações sobre saúde e/ou doença, tal como se dispõe o Jornal Correio*.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar e analisar as estratégias de construção das representações midiáticas da doença Ebola no Jornalismo digital local, que consolidam a construção da doença.

1.2.2 Objetivos Específicos

Mapear as notícias das editorias **Mundo, Saúde e Brasil** veiculadas no site do jornal Correio*, entre julho a dezembro de 2014, referidas ao Ebola;

Analisar as notícias de acordo com a noção de risco, medo, pânico explicitas nela;

Compreender e analisar a construção estigmatizada da representação sobre o continente africano a partir das noções de medo, pânico e localização geográfica da doença.

1.2.3 Corpus

Notícias sobre o Ebola na cobertura realizada pelo Jornal Correio* e publicadas no site correio24horas.com.br sobre o surto da doença Ebola, no período de junho a dezembro de 2014.

1.2.4 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de cunho quali-quantitativo, que investiga em 52 matérias, publicadas pelo Jornal Correio*, entre julho e dezembro de 2014, a produção de significados sobre o vírus Ebola, que consolidaram a construção de sentidos sobre a doença, tendo a noção de risco como fonte estruturante de informação.

1.3 JUSTIFICATIVA

A motivação pela escolha do objeto de investigação e o contato direto com o tema proposto estão investidos como condições indissociáveis para este estudo. Tendo em vista uma aproximação direta com uma instituição de saúde e uma formação inicial na área de comunicação, os contextos referendados tornaram-se substanciais para a base de um estudo envolvendo os campos da Comunicação e Saúde.

A opção não contraria a vasta literatura envolvendo os dois campos, mas centra-se em uma percepção pessoal e hipotética de que, informações sobre saúde, principalmente sobre doenças propostas pela comunicação midiática em grande medida apresentam um viés negativo, formalizadas por representações simbólicas que geram um imaginário do/entre os receptores dessas mensagens, igualmente negativo, quando não confusos.

Diante do quesito criaram-se os elos para a pesquisa: a construção de informações sobre saúde, o papel da comunicação na narração dos fatos e a clareza sobre o divulgado. Antes de tratar sobre o Ebola, instintivamente vinha traçando um estudo sobre a agressividade das doenças para além do corpo humano. Ponderava não apenas o ato do adoecer, mas como o corpo potencialmente já fragilizado por uma afecção qualquer era bombardeado de construções simbólicas, mais uma vez, sob a ótica negativa.

A essa altura estudos como o de Susan Sontag, com o marcante discurso em “A doença como metáfora” e outras referências nacionais como Ligia Rangel já exerciam um encantamento e influência sobre o modo de operar essas questões preliminares. Muito já havia sido dito em relação à tuberculose, o câncer, a AIDS e, nos estudos mais recentes, sobre a dengue. O Ebola não era novidade, mas estava em pleno surto quando as primeiras ideias investigativas vieram à tona coincidindo com o seu ápice em 2014.

Por se tratar de uma doença sem cura e com um número marcante de mortos, a situação chamava a atenção da grande imprensa. Diferentes veículos de comunicação passaram a exercer o papel de mediação e mesmo de (re) construção do fenômeno e o novo surto tomava corpo, sendo exposto principalmente sobre a perspectiva do risco que representava para a humanidade. De certo modo operava-se uma construção em incertezas, insegurança e apreensão social, ligada a um fator quase que desnaturalizado em nosso meio: a morte. (Como se a certeza de morrer não fizesse parte do processo natural da vida). É preciso justificar ainda

o terceiro fator que aguçou a escolha, a indagação de uma criança, um tanto quanto, curiosa: “eu vou morrer de Ebola?”.

A pergunta feita sem qualquer tempo para resposta continuou “atropelada” por uma série de outras: “O Brasil é perto da África? Se alguém aqui em casa pegar Ebola, todo mundo vai morrer?” (Para essa, ela tinha uma resposta: “Claro que vai morrer!”). “Vou me despedir dos meus amigos, porque quando todo mundo ficar doente, não vai dá tempo”... “Minha tia, o Ebola é pelo morcego, é? Em Salvador tem morcego, sabia? Eu perguntei ‘pra’ minha pró...” No dia seguinte ela apresentou a primeira solução: enrolou sobre os ombros e pescoço um lençol garantindo que nenhum morcego fosse lhe atacar.

Extraindo a graça da história e a dimensão criativa característica do universo infantil, uma preocupação se instaurou no seio familiar: como explicar o que estava sendo noticiado, se todos os dias novas informações eram divulgadas com símbolos da devastação do vírus: enterros, pessoas chorando, roupas estranhas, luvas e máscaras, etc. A primeira medida seria então o afastamento do noticiário ou a negação pelo entendido.

Percurso falho. Àquela altura as informações já haviam sido compartilhadas para seu arcabouço simbólico, ainda que infantil. O passo seria então desconstruir a preocupação, reafirmando que havia responsáveis para cuidar que o pior não acontecesse; que de certo modo ainda estávamos seguros, distantes fisicamente do ocorrido e, que a África não era tão perto do Brasil (mal sabendo ela que isto não fazia a menor diferença).

Saindo do cuidado pessoal a latente preocupação excedeu o limite casa-família, partindo para um contexto mais amplo. Se a doença colocava-se como uma questão próxima, os prováveis entendimentos sobre suas características (diante da quantidade de informações) poderiam conformar uma rica fonte de pesquisa, tendo em vista que as áreas comunicação e saúde sempre investiram esforços para explicar fenômenos de ordem ou desordem social, como as doenças emergentes, fossem em resposta ao comportamento individual ou coletivo.

Do mais, só restava a decisão sobre o foco do estudo. Pensou-se inicialmente em uma pesquisa incluindo variados veículos que narrassem o tema, depois surgiram ideias sobre um estudo comparativo entre os dois principais impressos de circulação na capital baiana, até finalmente a escolha ser direcionada para o meio digital, culminando na análise de conteúdo sobre matérias do jornal Correio*, publicadas no site correio24horas.com.br. Nascia assim, a pesquisa em questão.

2. O SURTO EBOLA 2014

Pelo menos quatro meses se passaram desde a confirmação do primeiro caso do vírus Ebola na África em 2014, até a primeira publicação *online* sobre a doença no Correio24horas, no mês de junho, que na verdade era uma reprodução da agência de notícias Estadão Conteúdo. Só no mês seguinte, o Correio* produziu a primeira matéria.

Dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças nos Estados Unidos atestam que o vírus Ebola se desenvolveu na região da atual República Democrática do Congo (RDC), em 1976, infectando a época 318 pessoas, das quais 280 morreram. Não à toa, o nome Ebola passou a ser uma referência ao rio local onde aconteceram as primeiras manifestações do vírus na RDC (LOPES; DUNDA, 2015).

Com uma característica distinta em relação às outras vezes em que o vírus foi noticiado, tais como nos surtos de 1976, 2001, 2003 e 2005, quer seja, está dentro dos limites africanos, o surto de 2014, esteve no foco midiático por dois quesitos concomitantemente alarmantes: o número de infectados fora da África e o número crescente de vítimas fatais. Um terceiro fator fechou a trilogia sobre a condição de epidemia, a confirmação dos órgãos de saúde sobre a ineficiência de combate ao vírus.

Foram reportados, até 29 de dezembro, 20081 casos (confirmados, prováveis ou suspeitos) em 8 países, incluindo 7842 óbitos. Nos 3 países onde se verifica transmissão intensa e disseminada da doença, a taxa de letalidade foi estimada em 70% (BOLETIM DGS, 2014, p.2).

A identificação para “surto”, entretanto, não aconteceu do dia para a noite. A Guiné foi o primeiro país com ocorrência do Ebola (em dezembro de 2013) a avisar as autoridades de saúde sobre o reaparecimento da doença. Em março de 2014, o Ministro da Saúde da Guiné notificou a OMS para a existência da proliferação do vírus no país. O que não se sabia, até então, é que essa seria a maior epidemia já registrada da doença no mundo.

A complexidade do problema também esteve associada ao tipo de vírus. Conforme explicam a organização de ajuda humanitária internacional, Médicos sem Fronteiras, o Ebola tem cinco cepas (origem ou linhagem), o mais letal, o Zaire, predomina na recente epidemia (MSF, 2014). Com a ocorrência crescente de doentes na Guiné os indivíduos passaram a migrar para

países vizinhos, a doença chegou a Serra Leoa e à Libéria constituindo a principal zona de monitoramento da doença: a de países com transmissão generalizada e intensa (OMS, 2014).

A rápida expansão do vírus deve-se às suas formas de contágio. Conforme elucidada a Doutora em Ciências Médicas e Biomédica, da UERJ, Thereza Cristina Ferreira Camello, em artigo sobre Virose Ambientais, publicado em 2014, o Ebola não é transmitido pelo ar, mas por animais ou em contato humano:

A transmissão de humanos para humanos se dá por meio do contato com sangue, secreções ou outros fluidos corpóreos de uma pessoa infectada com Ebola e somente quando o paciente apresenta sintomas da doença. O contato direto com cadáveres, durante os rituais fúnebres, por exemplo, é uma das principais formas de transmissão da doença. Os funerais são práticas importantes nas comunidades afetadas por essa epidemia e envolvem pessoas tocando e lavando o corpo, em demonstração de amor à pessoa falecida. Nas últimas horas antes da morte, o vírus se torna extremamente contagioso e, por isso, o risco de transmissão a partir do cadáver é muito maior [...](CAMELLO, 2014, p.12).

De contato em contato um caso sintomático da doença foi reportado na Nigéria em julho de 2014. A ocorrência tratava da infecção em profissionais de saúde. O “incidente”, termo utilizado no Primeiro Relatório – Roteiro de Resposta ao Ebola da OMS, aconteceu após um contato direto com um passageiro de um voo oriundo da Libéria. Quatorze pessoas foram infectadas, entre elas, os profissionais que atendiam o doente.

Uma resposta ao Ebola tornava-se uma situação de urgência pública internacional. Enquanto os países afetados diretamente pela doença discutiam resposta conjunta à epidemia, os demais elaboravam planos de contingenciamento para que o Ebola não chegasse aos seus territórios. As ações se faziam mais do que necessárias após o surto ser declarado “um evento extraordinário” pelas autoridades de saúde, que admitiram incapacidade técnica para solucionar o problema em agosto de 2014.

A eclosão diária de novos casos fazia a ameaça do Ebola potencialmente mais difícil para ser contida. No início de agosto, pela primeira vez, os Estados Unidos recebiam um médico infectado pelo Ebola. Kent Brantly contraiu o vírus na Libéria, quando ajudava outros pacientes a se tratarem da doença. Assim como Brantly, a missionária americana Nancy Writebol também foi diagnosticada com Ebola. Ambos foram tratados no Hospital Universitário de Emory, em Atlanta, passaram por quarentena e sobreviveram ao vírus.

A recuperação de Brantly e Writebol envolveu uma saída médica experimental, com a utilização de um medicamento chamado de ZMapp. Mesmo sem conhecer os efeitos colaterais em humanos o produto foi utilizado “em vários pacientes em uso compassivo”, conforme aponta conteúdo do site da OMS (2015), no item “drogas e medicamentos”. A medicação indica uma provável neutralização do vírus através da combinação de três anticorpos e se tornou a tentativa mais próxima de cura aos doentes.

A recente incorporação de medicamentos experimentais ainda não testados em seres humanos reflete, entre outras questões médicas, a gravidade da epidemia. Mesmo sem conhecimento do potencial efeito benéfico ou deletério dos medicamentos, seu uso, no caso apenas o do ZMapp, foi permitido contra a atual epidemia, como uma tentativa extremada de conter e diminuir seu significativo número de mortes (LOPES; DUNDA, 2015, p.6).

Até a finalização dos estudos sobre o ZMapp, outros medicamentos e vacinas, a resposta ao surto ainda seria bastante lenta. Em setembro a OMS divulgou um estudo com a previsão de mais de 20.000 casos de contaminação até novembro de 2014, somente na Guiné-Conacri, Libéria e Serra Leoa. O alerta fez eclodir uma série de medidas como guias para equipes de saúde, relatórios sistemáticos em casos suspeitos de doentes, medidas de isolamento, novos centros de tratamentos e assim por diante. Como previsto, o Ebola continuou a se expandir importando doentes para outros países. Assim autoridades de saúde anunciaram doentes na Espanha, na França, no Reino Unido e Estados Unidos. A nova fase demarcava agora uma assustadora constatação: a de que o Ebola não era mais um problema exclusivo da África ou do povo africano.

Apesar dos diversos esforços, só em 2014, foram notificados pela OMS, em 8 países (Guiné-Conacri, Libéria, Serra Leoa, Mali, Nigéria, Senegal, Espanha e EUA), 20.115 casos de doença por vírus Ébola e 7.857 óbitos. No ano seguinte a doença continuou avassaladora chegando a março de 2015 à pujante marca de mais de 10.000 mortos. A incidência começou a diminuir em meados de 2015, graças às medidas de tratamento, isolamento e capacidade de enterros seguros nos países epicentros da epidemia.

2.1 PROPAGAÇÃO DO VÍRUS

A explicação segundo Lopes e Dunda (2015) para a propagação do vírus pode estar relacionada a duas causas distintas: a primeira é a de que, apesar do Ebola ter sido descoberto na RDC, o país não figura na lista de infectados em 2014, fato que coloca em suspeita a possibilidade de o vírus ter estado incubado e transportado para um dos países afetados, propagando-se pouco a pouco pelas fronteiras.

Uma segunda causa esta relacionada à falta de experiência com casos parecidos da doença nos países afetados neste surto. Na região da RDC que já presenciou cinco casos de Ebola, nas últimas quatro décadas, todas às vezes que ocorreram casos suspeitos, medidas de isolamento e exames diagnósticos imediatamente eram realizados precavendo uma possível disseminação da doença, o mesmo não ocorreu em outros países que não sabiam como a doença se comportava e até mensurar o risco o Ebola já havia se espalhado (LOPES, DUNDA, 2014, p.9).

A magnitude do problema leva em seu bojo a falta de familiaridade dos médicos com a doença nos países afetados, um período pós-guerras civis na Guiné, Libéria e Serra Leoa que desestruturaram o sistema já precário de saúde, o deslocamento da população desses três países a procura de trabalho e comida e, o hábito de enterrar os mortos no local em que se vive, com a prática de lavar os mortos entre os familiares (OMS, 2015).

Para Fonsêca Neto e Pordeus (2014) além dos fatores citados pode-se elencar à expansão: a eclosão do surto em países e cidades altamente populosas, dessemelhante aos surtos passados em aldeias remotas e próximas a florestas tropicais; e, a questão cultural com a “desconfiança da população em relação aos serviços de saúde e seu despreparo” (FONSÊCA NETO E PORDEUS, 2014, p.291).

Não foram incomuns relatos de fugas dos centros de atendimento ao Ebola, nem de famílias que esconderam parentes doentes para não “sofrem com o isolamento” (medida entendida como a mais eficaz para que a doença não se propagasse). Com a alta letalidade do vírus (que chegou a 90%) e a precariedade do atendimento aos infectados instaurou-se pelas regiões afetadas uma descrença de que os doentes eram afastados das famílias e não cuidados como deveriam pelos órgãos de saúde, morrendo longe dos familiares e enterrados sem que pudessem ser acompanhados pelos seus parentes.

2.2 O SURTO NA MÍDIA BRASILEIRA

O modo de estruturação desse trabalho, como já mencionado, dispõe de algumas investidas iniciais dentre as quais o contexto de produção das informações sobre o Ebola pela imprensa nacional. Antes, abre-se um parêntese para este entendimento valendo-se das nuances sobre doenças na mídia apresentadas por Cardoso e Vaz (2014) com base nas perspectivas de Charles Rosenberg (1992), para quem a doença caminha sobre forte tensão entre como a sociedade pensa e organiza “os tipos de respostas simbólicas, éticas, técnicas e materiais” (CARDOSO, VAZ, 2014, p.3).

De acordo com Cardoso e Vaz (2014), para Rosenberg “cada sociedade ‘escreve’ um drama epidêmico característico”, estruturado em quatro etapas: a revelação progressiva; o gerenciamento dessa arbitrariedade; a negociação da resposta coletiva e o fim da doença (ROSENBERG, 1992a, p. 280-287 apud CARDOSO, VAZ, 2014, p.3). Tais papéis podem ser emprestados ao entendimento sobre o Ebola traçado pela mídia brasileira¹. Tomemos o exemplo:

2.2.1 Revelação progressiva

As informações sobre um surto no sul da África, no início do ano de 2014, foram as primeiras investidas sobre o Ebola pela imprensa brasileira. Apesar de o primeiro caso ter surgido em dezembro de 2013, a imprensa nacional passa a contar o acontecimento tomando como marco o mês de março de 2014. O fato se justifica, por somente, a partir do mês referido, a Organização Mundial de Saúde ter recebido um comunicado oficial do governo da Guiné avisando sobre o reaparecimento e progressão do vírus.

O termo recorrente nas informações (lê-se texto, matérias, artigos, editoriais, etc) é surto. Do ponto de vista epidemiológico o termo tem um significado de restrição por “tratar a ocorrência de doenças transmissíveis em grupos de população relativamente confinados” (RITA BARATA, 1990, p.395). No caso da imprensa nacional, a dimensão do próprio

¹A estrutura sugerida por Charles Rosenberg (1992) é utilizada em “O ‘Drama Epidêmico’ da Dengue: Causas, sofrimento e responsabilidades no Jornal Nacional (1986-2008), de Janine Cardoso e Paulo Vaz (2014), sendo reproduzida no contexto desta pesquisa.

assunto (apesar de crescente, ainda distante), minimizavam os efeitos de compreensão do fenômeno “limitado” a um ou outro país do sul da África.

‘Das 80 pessoas que contraíram a doença até agora na Guiné, pelo menos 59 morreram’, anunciou o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em um comunicado (FOLHA DE SÃO PAULO, 28 mar.2014).

Com o tempo o que parecia ser a lembrança de um evento passado, tendo em vista que a doença já havia sido narrada outras vezes desde o seu surgimento em 1976, como tratam Perci (1994), Câmara (1995), Martinez e Ramírez Ronda (1995), ganha um impulso com o reconhecimento da doença e, o surgimento gradativo de novos casos.

Demarca-se que o tratamento inicial das informações evidencia a ligação da doença ao território africano, por justamente as primeiras investidas ao assunto se aterem à origem e expansão do vírus de modo localizado (Guiné, Serra Leoa e Libéria). Nessa fase incipiente as informações foram, em sua grande maioria, autenticadas por agências de notícias internacionais com destaque para Reuters (França), New York Times (Estados Unidos) e BBC (Inglaterra), sendo reproduzidas pela imprensa brasileira.

2.2.2 Gerenciamento da arbitrariedade

De evento localizado, inexpressivo inicialmente, para a condição de risco internacional frente a um abalado sistema de saúde pública global. O ebola passa a ser narrado pela inoperância frente ao problema. Nessa etapa o evento ganha um caráter de domesticação, que conforme investe Rosenberg (1992) concede respostas “que suscitam a moralidade do grupo e que podem servir como veículo de crítica social ou justificativa para o controle social”. Assim, a doença se desenvolve para além da questão científica, ganhando um contexto de problema-catástrofe de saúde pública.

Um problema de saúde, conforme pontua Pitta e Rivera (2006, p.405) é “um problema inaceitável segundo os sentidos atribuídos à saúde por uma dada cultura”. Os autores elencam: uma doença na família, demandas em saúde não atendida pelos governos, questões relacionadas à expansão de pragas em domicílios ou a disseminação de determinada afecção sobre as questões de vulnerabilidade social, como exemplos de problemas, “que guardam

especificidades segundo o contexto em que emergem ou as condições sociais, políticas e, assim, simbólicas, que os sustentam ao longo do tempo”.

Com o Ebola não foi diferente tratava-se de um problema de saúde atrelado à ineficiência dos governos, órgãos internacionais de saúde, da incapacidade técnica de controlar a expansão do vírus, associado a especificidades culturais (como a aproximação com os mortos nos funerais), a fragilidade dos sistemas de saúde locais, a desconfiança sobre as formas de tratamento e a própria incompreensão popular inicial sobre a doença. Pelo menos, estas foram algumas das óticas abordadas pela imprensa brasileira sobre o caso. Observam-se alguns exemplos, no quadro a seguir:

Quadro 1- Fontes de informação sobre o Ebola no Brasil		
VEÍCULO	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	DATA
REVISTA VEJA	O vírus mortal que ameaça a África	9 abril 2014
FOLHA DE SP	Saiba mais: vírus do ebola mata até 90% dos que são infectados	8 abril 2014
UOL NOTÍCIAS	Epidemia de ebola na África provoca temor mundial	16 jun.2014
EXAME.COM	Serra Leoa e Libéria tomam medidas drásticas por ebola	31 jul.2014
R7 (RECORD)	Número de mortos por ebola na África chega a 518, segundo OMS	8 jul. 2014
FANTÁSTICO	Fantástico mostra o surto de ebola na África e as tentativas de conter a epidemia	3 ago. 2014 8min
GLOBO.COM	Sistemas de saúde entram em crise na África por causa de surto de ebola	6 ago. 2014
RÁDIO TRANSAMÉRICA	Médico é curado do ebola em Nova York	11 nov. 2014

Fonte:elaboração própria (2016).

Outra característica na cobertura sobre o evento é a informação em caráter educativo. Para além do fato de dar forma à realidade circundante, organizando-a, interpretando-a (PEDROSO, 2003) as publicações, especialmente as impressas, passam a oferecer respostas (ainda que limitadas) e orientação aos leitores, numa espécie de didática ao fenômeno narrado. As notícias aparecem com complementos em forma de box, links, saiba mais, ou em textos como “Entenda o Ebola”, a exemplo da matéria Veja as principais perguntas e respostas sobre o vírus do ebola (G1, 3 jun. 2014), publicada pelo portal de notícias da Globo, na qual aparecem respostas para indagações do tipo “Como o ebola se manifesta na pessoa doente?”; “Como o ebola se espalha?” ou “Onde está ocorrendo a epidemia atualmente?”.

2.2.3 Negociação da resposta coletiva

Frente à familiaridade com o caso, as informações passaram a se dividir em balanços sobre contaminados, casos suspeitos e mortes, numa clara potencialização do risco para a saúde global e em tentativas de respostas para o problema (ajudas financeiras, tratamentos experimentais e criação de vacinas). Era necessário justificar o fato e o risco eminente para a saúde mundial foi a via escolhida para a marcação do evento pela mídia nacional, especialmente quando a OMS declarou a epidemia “Emergência de saúde pública internacional”, no dia 8 de agosto de 2014.

Nota-se a partir desta data um tratamento mais qualificado e, ao mesmo tempo, espetacularizado sobre o assunto, bem como uma passagem do fenômeno de “surto” para “epidemia”, termo da área médica utilizado para “indicar a ocorrência excessiva de casos de doenças transmissíveis em populações abertas” (RITA BARATA, 1990, p.395). Nesse aspecto, há uma inversão proporcional na lógica das informações sobre o vírus: quanto mais a doença avança e mata, menos as autoridades de saúde dão conta do problema. Apresenta-se o exemplo: “Mortos por ebola chegam a quase 4.000 e doença segue fora de controle em três países da África, diz OMS” (R7 TV, 08 out. 2014).

As notícias também ganham personagens reais: de um lado, a imprensa elenca os “causadores do mal”, os africanos; do outro, os “heróis do combate”, médicos, profissionais de saúde e trabalhadores de Ongs, que abandonam suas rotinas para ajudar no enfrentamento ao Ebola e acabam contaminados. Observam-se as marcações a seguir:

Piot disse ainda que a epidemia deve ter duração de seis a 12 meses. "**O alto número de chineses na África pode representar um risco para a China em geral**, e assumo que um dia [um surto de ebola na China] vai ocorrer", disse o diretor da London School of Hygiene and Tropical Medicine (Grifo próprio, CORREIO*, 28 ago. 2014).

O **enfermeiro britânico** William Pooley, que **contraiu ebola em Serra Leoa** durante um período como enfermeiro voluntário e **se recuperou, acaba de regressar ao país** - um dos epicentros da epidemia no oeste da África - **para retomar seu trabalho** (Grifo próprio, UOL NOTÍCIAS, 20 out. 2014).

A doença começa a sair do território africano e ganhar o mundo. Novamente remete-se ao risco para saúde, agora com certas doses de medo e pânico. Lê-se na Folha de São Paulo,

“Epidemia de medo' marca surto do ebola” (FOLHA SP, 20 ago. 2014) e na Revista EXAME, “Confusão mantém turistas com medo do ebola longe da África” (EXAME, 29 ago. 2014).

Aos poucos as agências internacionais também são substituídas por enviados especiais, jornalistas que vivenciam o fato. Duas matérias chamam atenção nesse quesito: 'Nada nos preparou para o medo permanente', (FOLHA SP, 18 ago. 2014), depoimento da Jornalista Patrícia Campos Mell, enviada especial à Serra Leoa pela Folha de São Paulo e o Especial EBOLA: “Ana Paula Padrão na África no meio da guerra contra o vírus mortal” (TV BAND, 4 dez 2014), jornalista enviada pela TV Band à África.

Arelada a uma institucionalização de derrota marcada pelo reforço das fontes oficiais (ONU/OMS, presidentes, médicos, pesquisadores, etc.) o Ebola extrapola o campo médico ganhando contornos políticos e econômicos. Fala-se sobre o fechamento das fronteiras, limites para voos em cidades africanas, da falta de comida para países atingidos pelo vírus, das ações políticas mundiais em países que não mantém relações diretas, a exemplo, dos Estados Unidos e Cuba. Enfim, há uma expressa notoriedade sobre os assuntos que optam pela utilização do Ebola, quer seja o viés da abordagem.

Cuba já enviou 156 médicos e enfermeiras para ajudar no combate ao ebola em Serra Leoa e planeja enviar mais 296 profissionais de saúde para a Libéria e Guiné. Os esforços do país renderam um elogio incomum do secretário de Estado dos EUA, John Kerry (CORREIO*, 18 ago. 2014).

As buscas por respostas também passam a integrar as narrações da imprensa nacional:

Descobridor do vírus ebola, em 1976, o pesquisador belga Peter Piot criticou em entrevista à BBC a maneira como a OMS vem lidando com o atual surto da doença, que já matou quase mil pessoas neste ano no oeste da África, e defendeu o uso de um medicamento experimental, ao qual a organização se opôs (BBC BRASIL, 8 ago.2014).

Inclusive, com a previsão de que a doença pudesse migrar até o Brasil:

Portos e aeroportos no Brasil e no exterior estão em alerta e especialistas debatem a possibilidade de a doença chegar ao país e se tornar uma epidemia por aqui (UOL, 8 ago. 2014).

Na expectativa de alguns ouvintes, leitores e telespectadores, a sensação parecia de total proximidade com o Ebola. O temor passou a ser hiperbolizado quando a imprensa nacional passou a publicar informações sobre casos suspeitos da doença no país, além de notícias sobre esforços humanitários, reuniões de contingenciamento e estratégias de atuação para equipes médicas e familiares de possíveis vítimas no Brasil:

O Brasil está preparado para o ebola?

A rápida reação diante do primeiro caso suspeito é um bom sinal. Mas não basta. Há muito a fazer se o país quiser evitar a disseminação do vírus (ÉPOCA, 29 ago. 2014).

Os profissionais da área da vigilância epidemiológica da Bahia passam por um treinamento para ajudar a evitar a entrada do vírus ebola no estado - não há registros de casos da doença nem no estado, nem no país, mas as equipes de saúde se preparam. A preocupação na Bahia é com a chegada de navios de países africanos, alguns dos quais passam por surto da doença - o maior em 40 anos (CORREIO*, 11 ago. 2014).

2.2.4 O fim (ainda prestes a acabar)

O alarme soou falso e o Ebola não chegou ao Brasil, entretanto, nunca se ouviu tanto sobre o assunto no país. Enquanto para os órgãos oficiais de saúde as informações estavam relacionadas a medidas de segurança, controle e prevenção; Para os noticiários, a condução epidêmica, a mobilização internacional e o número de infectados e vítimas tornaram-se pautas para entrevistas, reportagens, semidocumentários e afins, sobretudo, quanto à natureza de risco para a humanidade deflagrado com a nova afecção.

Aos poucos o noticiário alarmista pautado nas noções de risco, medo, pânico, estigmas e preconceitos dá espaço a uma cobertura mais amena sobre o Ebola. No meado do ano de 2015, a mídia brasileira passa a narrar casos de países que começam a superar a epidemia. Volta-se a marcar o termo surto em boa parte das publicações. O assunto é tratado, sobretudo, pelo viés do controle cada dia mais eficiente e isolamento adequado aos pacientes contaminados, evitando novas transmissões. Em 2016, fala-se sobre os investimentos médicos-científicos para a cura do Ebola e as narrações seguem em tom otimista de fim do maior surto/epidemia mundial já visto no planeta.

3. MÍDIA E SAÚDE

Ao propor o tema tendo em vista à abordagem da representação do Ebola em uma mídia digital local, esta pesquisa sinaliza mais um estudo dentro dos binômios “Comunicação e Saúde” e “Mídia e Saúde”. Para tanto, opta-se por explicar brevemente estas relações.

Por tal premissa o que se tem é uma dupla abordagem sobre os campos em questão: “Comunicação e Saúde”, no qual o campo é instituído pelos elementos da comunicação e da saúde separadamente, mas entendidos na sua interface, tanto quanto a “Comunicação em Saúde”, no qual a comunicação é um tema transversal em saúde e com relevância em contextos diversos (TEIXEIRA, 2004).

Em “Comunicação e Saúde” não há uma perspectiva puramente centrada na ideia de que a comunicação esteja a serviço dos objetivos da saúde, pontuam Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007), mas sim um universo multidimensional no qual, agentes e instituições desenvolvem estratégias, tecem alianças, antagonismos e negociações. Já a “Comunicação em Saúde” é definida por Teixeira (2004, p.615) no sentido de relevância da comunicação para saúde, seja para promover, educar, evitar riscos, prevenir doenças, informar sobre a saúde, etc.

Neste último caso, a comunicação é utilizada com estratégias através dos seus meios para influenciar comportamentos individuais e coletivos que afetam a saúde, através da sua possibilidade de visibilidade (demanda informativa sobre os produtos e serviços de saúde, cartilhas sobre doenças, cartazes de promoção e prevenção à saúde e etc.). A distinção entre “comunicação em saúde” e “saúde na mídia”, conforme apontam Noronha e Xavier (2003) é notável, principalmente, na década de 80:

A partir, principalmente, de meados da década de 80, temos um corte notável entre o que chamamos de “comunicação em saúde” e o que se poderia rotular indistintamente como “saúde na mídia”. Cenários separados, cada um desses dois campos de processos, práticas, pesquisas e diretrizes possui ethos próprio, que implica em lugares de fala, público, objeto e finalidade específica.

No âmbito da comunicação em saúde o lugar de fala é institucionalizado e diz respeito às diretrizes de comunicação pública. Atribui-se ao Estado, suas políticas e instrumentos a formulação sobre o discurso em saúde. Xavier (2006) aponta para um lugar de fala preciso e

ao mesmo tempo restrito, sob o qual a comunicação em saúde alcança pouca repercussão, visto que seus esforços permanecem vinculados aos próprios ambientes de produção, como as instituições governamentais, universidades e profissionais da área.

No contexto “saúde na mídia” os autores referem-se “aos modos pelos quais o conceito de saúde é apropriado, veiculado, ‘mediado’ e posto em circulação pelas várias mídias de massa em nosso país” (XAVIER, 2006, p.45). A questão leva a discussão para um ponto em destaque: o conceito ampliado de saúde. Embora formalizado pela OMS na carta de princípios de 7 de abril de 1948, que implica no direito à saúde como condição inerente dos indivíduos e uma obrigação de garantia do Estado, sendo a “Saúde o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”², o conceito é utilizado com significados distintos pela mídia:

Ao tentarmos nos aproximar do conceito de saúde apropriado pela mídia, os problemas são ainda maiores. À primeira tentativa de abordagem, vemo-nos envolvidos em uma espécie de fog conceitual e semântico, no qual coexistem diversas, ambíguas, imprecisas e difusas noções acerca do que se chama indistintamente de ‘saúde’, uma só palavra na qual cabem, ao sabor das circunstâncias, legiões de conceitos. ‘Saúde’, para a mídia, é uma palavra-valise de Lewis Carrol, ‘dentro’ da qual podem caber inúmeras significações, algumas até contraditórias entre si (XAVIER, 2006, p.44).

No contexto ampliado de coexistência em tudo, o termo saúde para mídia experimenta significados de promoção e prevenção, de corpo sadio, caracterização de enfermidades, qualidade de vida ou contraposição à doença, enfermidades e epidemias. Por tal amplitude é preciso considerar que o conceito de saúde “reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural” bem como, “não representa a mesma coisa para todas as pessoas” (SCLIAR, 2007, p.30). Fatores como a época, o lugar e a classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas permeiam essas distorções. O mesmo pode ser dito sobre a definição de doença.

Balizando conhecimentos sobre os modos de interpretação de saúde na mídia um estudo de relevância é o do Tavares (2012), que tematiza a saúde enquanto pauta através da análise de

²Vale recobrar, que para alguns autores o próprio conceito de Saúde da OMS já é uma referência ultrapassada, a exemplo do estudo de Segre e Ferraz (1997), que considera o termo carregado de uma exigência conceitual incompatível com a realidade, no qual a saúde é uma “perfeição inatingível” e que “ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social”, desconsiderando o homem enquanto ser integrado.

possíveis enquadramentos da saúde pública na mídia televisiva. Embora situado em um contexto específico a perspectiva pode ser ampliada para o enquadramento na mídia digital, valendo-se proporcionalmente dos interesses disponíveis a cada uma delas.

Para Tavares as matérias sobre saúde são de significativa amplitude, abrangem todas as faixas etárias, com receptividade pelas famílias, além de tencionarem uma questão cidadã, uma vez em que é o dinheiro dos contribuintes que mantém o sistema público de saúde gerando um “suposto interesse dos cidadãos sobre o gerenciamento dos recursos públicos” e, igualmente, interesse pelas emissoras televisivas para a sua veiculação (TAVARES, 2012, p.8).

Deslocando esse sentido para as mídias digitais os interesses para a divulgação da temática não são tão dispares aos apresentados por Tavares (2012), uma vez em que as mídias digitais acabam por explorar formatos jornalísticos convencionais. No ambiente das novas tecnologias da informação a prática jornalista é ressignificada, conforme aponta Ferrari (2004, p.77) com informações processadas por softwares atualizados que tornam “o fazer jornalístico em um processo automatizado e muito particular”.

Sejam pelas próprias formas de acesso às redes de informação ou em arquivos pessoais e coletivos, as narrativas no ambiente digital passam por uma “bricolagem de narrativas, textuais, imagéticas, audíveis ou sensoriais” (FERRARI, 2007, p. 85). Ao final, a análise traçada por Tavares (2012), embora não diretamente relacionada às mídias digitais, aponta uma questão que demanda interesse no que se refere ao papel da mídia, lê-se nesse sentido sua diversidade de aparelhagem e circulação de informação:

A imprensa figura como uma instituição que contribui com a circulação de informações sobre saúde. Não só sobre hábitos que ajudam na promoção da saúde individual ou na divulgação de novas técnicas de tratamento e cura de doenças, como também no acompanhamento das atividades sociais e políticas dos organismos responsáveis pela gestão e administração dos recursos dessa área política (TAVARES, 2012, p.52).

Nesse sentido, relembra-se que a comunicação é um fenômeno inerente à condição humana, que implica em um circuito de compreensão do mundo e da sociedade. Quando mediada por um sistema organizado de informação, sejam por redes de instituições ou por formadores de opiniões,

passa a interagir na construção de sentidos diversos, dentre os quais os que conferem destaque à saúde, especialmente pela percepção de fenômenos da realidade, tais como as ameaças frente às doenças e epidemias ou promoção à saúde.

Áurea Pitta (2006) aponta para uma importante constatação, a de que tanto as informações como a comunicação de qualidade devam estar vinculadas à vida cotidiana do cidadão, “com a permanente busca de soluções para questões que determinam a existência dos próprios processos saúde-doença, devendo ter sentido prático na busca de qualquer grupo social ou indivíduo por uma melhor qualidade de vida e bem-estar” (PITTA, 2006 apud BRASIL, 2006, p.15).

Ao associar ainda a comunicação a um processo de interação com o campo da saúde, vale endossar o papel dessa mediação. A análise caracteriza o pressuposto de que: se as informações geram interferências na vida das pessoas, sua construção, disposição e distribuição devem estar, dentre outras características, o mais próximo do verossímil. Amplia-se para este quadro de análise o papel social do campo jornalístico, que não deve ser esquecido quanto à sua responsabilidade com os sentidos produzidos, afirmando-se elemento estratégico na troca de informações entre instituições, comunidades e indivíduos.

3.1 A DOENÇA NA MÍDIA

Assim como o trato com a saúde o interesse da imprensa pelo quesito doença não é recente, sobretudo, com a ocorrência de epidemias que representam acontecimentos singulares para o ambiente social e pelo contexto de calamidade pública que esses eventos costumam suscitar (FERRAZ, LENER, 2012):

A partir do acontecimento noticiado no presente, os meios de comunicação vão construindo sentidos a respeito das moléstias, tornando a experiência da doença cada vez mais comum para as pessoas e contribuindo para produção de uma memória que é determinada não apenas pelo saber médico, mas também por saberes de outros campos.

Por doença opta-se pelas variáveis apresentadas por Giovanni Berlinguer (1989). De antemão o autor explica que apesar das várias definições um significado pronto é marcado por incertezas. O fenômeno parte de três premissas: 1- um corporal, que trata das vulnerabilidades do corpo, mas acorda que a doença é um dos aspectos da vida; 2- um processo cíclico (ação e

reação do corpo) e ao mesmo tempo transitório (a doença é a incapacidade de manter o corpo em equilíbrio); 3- um caráter não limitante, não é a doença o fator universal incapacitante para o homem atingir seus objetivos.

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta, neste ponto concorda Czeresnia (2003). Para a autora, os termos também são insuficientes para expressar suas distinções, sendo “impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra”. Cada termo corresponde a experiências singulares e subjetivas. Czeresnia (2003, p.46), entretanto, admite: “é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente”. É pela palavra que a mídia empenha visibilidade a estes acontecimentos e a sociedade passa a reconhecer as distinções entre saúde e a doença.

De volta à Berlinguer (1989), ao trazer a questão doença para discussão o autor propõe um recorte sobre como a doença é vivida e enfrentada. Sua proposição fala do modo como a doença atinge o indivíduo e quais comportamentos suscita nos outros. O autor define o processo patológico em cinco faces: o sofrimento, a diversidade e o perigo, que correspondem aos aspectos negativos e opressores das doenças e, o sinal e o estímulo, que representam o caráter de mudança e/ou superação das manifestações (BERLINGUER, 1989, p.36).

Enquanto sofrimento a doença não é apenas dor, mas uma perda do poder físico e da dignidade humana. O doente não escolhe tal condição e, portanto, não pode ser culpado pelo mal que lhe acomete, como uma espécie de punição. Tampouco, antes de ser definida como diversidade a doença é encarada como anomalia, inferioridade, um desvio de padrão em relação ao resto da população. Exclui-se, por vezes, que o entendimento da doença depende da sociedade, da época e do próprio indivíduo. Quanto ao perigo a relação tem motivação racional e, outras nem tanto, a doença pode ser perigosa enquanto mal transmitido de pessoa a pessoa, mas incentiva a segregação dos doentes por razões ou preconceitos que extrapolam o cuidado (Ibidem, p.38-63).

A doença num indivíduo raramente é um caso isolado, processos semelhantes já foram ou podem vir a ser vivenciados por outras pessoas. Nova prova para Berlinguer de que as doenças agem sobre a coletividade, de tal modo que constituem uma espécie de sinal para os indivíduos isolados ou em grupos sociais. No seu aspecto mais positivo a doença serviu para a

evolução humana criando possibilidades de conhecimento sobre suas causas e desordens naturais, estimulando a solidariedade e a transformação.

Logo, a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Tampouco as doenças visíveis são exclusivamente fruto da capacidade técnica da sociedade de eliminar certas patologias, em detrimento de outras, mas um processo com determinações múltiplas, biológicas e sociais específicas (LAURELL, 1976). Não à toa, a veiculação de fenômenos distintos, dentre os quais relacionados à saúde ou à doença gera uma compreensão do universo social, nesse processo, conta-se com a mídia e seus aparatos.

No empenho sobre assuntos que são notórios e, que ajudam a compreender “esse universo social”, confere-se à mídia determinado poder. Um “poder de produzir sentidos, projetá-los e legitimá-los, dando visibilidade aos fenômenos que conseguiram, em primeiro lugar, atrair os jornalistas” (SERRA; SANTOS, 2003, p. 694). Certamente afecções causam esse fascínio. Atraídos por aquilo que é subjacente à rotina, tendem os jornalistas a despertar a curiosidade dos outros.

4. REPRESENTAÇÃO MIDIÁTICA DA DOENÇA

Uma vez atraídos pela doença enquanto fenômeno social, o jornalista, ou melhor, o jornalismo configura - como ora já dito - um universo de sentidos. Nesse aspecto, vale um parêntese que ajuda a compor o quadro elucidativo sobre o Ebola no contexto social: a representação midiática das doenças. Papel ao qual destina-se este capítulo.

À primeira vista, o termo “representação” tem um lastro de diferenciações. Qualquer que seja o seu contexto é preciso considerar, defende Herzlich (1984), para além do esforço na formulação de um saber, as interpretações e valores que lhes dão sentido. Em síntese, Freire Filho (2005) delimita algumas acepções tendo o verbo representar pelo menos quatro sentidos visíveis: 1- um sentido restrito, “apresentar de novo”; 2- como sinônimo de “substituir”; 3- como delegação de poder e, 4- um sistema de significantes.

Enquanto esta última atribuição de sistema de significados, as representações midiáticas designam para Freire Filho, Herschmann e Paiva (2004, p.1) “o uso dos variados sistemas significantes disponíveis (textos, imagens, sons) para ‘falar por’ ou ‘falar sobre’ categorias ou grupos sociais, no campo de batalha simbólico”, dentre os quais os produzidos através das indústrias da cultural. Nesse sentido, os meios de comunicação de massa se colocam como elemento importante na teoria das representações dando visibilidade há fenômenos como a doença, tais como a projeção do Ebola.

Na comunicação contemporânea, através das imagens e palavras, os meios de comunicação expressam “realismo, drama e intensidade afetiva às representações mediática” (MURILO SOARES, 2007, p.51). Por meio das produções simbólicas sobre o Ebola a “mídia fez existir a doença” para o mundo, selecionando e enfatizando contextos e contribuindo “para a construção do imaginário social” (GREGOLIN, 2003, p. 97). Ao romper com um fluxo cotidiano o Ebola passa a engendrar um conjunto de significados dentre os quais medo, pânico, insegurança e proximidade com a morte.

Depois de alguns anos sem que chamasse a atenção dos jornalistas, o Ebola ressurgiu como problema de saúde impactante, crescente e durador. O assunto volta a ocupar as páginas dos jornais e de outros veículos, marcadamente pela dimensão do fenômeno. Sacramento e Machado (2015) explicam: a experiência mediatizada de catástrofes, pandemias e outras

ameaças à existência humana tornou-se uma dimensão de interesse direto para veículos de comunicação, tanto quanto para o entendimento do contexto de risco, quanto para a ameaça e impedimento de uma ordem natural da vida.

Neste ponto, relembramos outros casos de doenças tematizados pela mídia. Estudos apresentados por Ferraz (2010) abordam a construção de significados pela imprensa ao aparecimento e disseminação da AIDS e da Dengue no Brasil. Sobre a AIDS, Ferraz recobra a ampla cobertura nas décadas de 80 e 90 e, a Dengue, a ocorrência cíclica e registros de morte por febre hemorrágica, caso mais grave da doença na cobertura de 2002, ambas referentes à publicações na cidade de Recife.

Baseado em noções de interdiscurso e metáfora, Ferraz (2010) defende que “a mídia se configura num *lócus* de constituição de sentidos importante, tornando a experiência da doença cada vez mais comum para a população”. Por meio da divulgação midiática, entretanto, Ferraz acredita perceber “aspectos de rejeição, medo e preconceito” em relação a determinadas enfermidades epidêmicas. No caso da AIDS, as representações da mídia interferem no imaginário social trazendo sérias consequências para os portadores da doença, a começar pela adjetivação do termo *aidético*.

No contexto coletivo a AIDS passa a ser sinônimo de condenação, numa lógica de pecado e punição para os homossexuais. São a eles atribuídos os encargos da doença, de um lado, baseado numa moral cristã, tendo na homossexualidade um desvio de conduta e, do outro, o próprio indivíduo portador da síndrome (homossexual ou não) uma ameaça externa, uma vez em que é *ele* o possível transmissor da doença. Ao doente restou o estigma, a intolerância da sociedade e o preconceito sobre seu comportamento. O castigo ora divino deu espaço à formalização da promiscuidade, sendo a doença da AIDS referida pela imprensa como ‘câncer gay’, ‘mal dos homossexuais’, ‘peste rosa’, ‘peste gay’ e ‘peste do século’ (FERRAZ, 2010, p.4).

Com a dengue a representação “da epidemia ou a possibilidade de epidemia se torna o fio condutor que define a extensão e volume da cobertura” (FERRAZ, 2010, p. 12). A constatação de ameaça é potencializada pela ideia de um risco enfatizado pelo agravamento da situação e a experiência com base em crise passadas. Conforme Ferraz ainda a noção que transita dos discursos midiáticos “é de um claro embate entre o poder público e a dengue,

tendo a população às vezes apenas como vítima da doença, às vezes como aliada ou oponente do governo no combate à doença” (Idem). A construção é baseada no recurso metafórico de guerra para explicar, tematizar e informar a doença.

Guerra, luta, batalha, combate, plano, inimigo, eliminação, erradicação, alvo e obstáculo são palavras comuns a esses enunciados, especialmente em momentos de descontrole, como as epidemias, indicando o apelo que o desgoverno tem no contexto social e a necessidade de se garantir o domínio ao desequilíbrio (Idem).

Ao observar os enunciados apresentados por Ferraz (2000) nota-se certa semelhança com a representação do Ebola na mídia nacional. O tratamento à doença também ganha um substrato de “guerra” numa clara exposição do problema como um inimigo que se conhece (o vírus), mas que é preciso entender suas estratégias de “ataque”, tendo em vista que ainda não se sabe sobre a sua origem exata, demandando cuidado para enfrentá-lo. No trecho a seguir observar-se traços desta construção:

A presidente da organização humanitária internacional Médicos sem Fronteiras (MSF), Jeanne Liu, disse nesta terça-feira (2) que o mundo está ‘perdendo a batalha’ contra a epidemia do vírus ebola, que continua progredindo na África Ocidental.

‘Em seis meses da pior epidemia de ebola da história, o mundo está perdendo batalha. Os líderes não estão conseguindo travar esta ameaça transnacional’, disse Jeanne Liu, durante discurso nas Nações Unidas, em Nova Iorque, divulgado pela organização humanitária [...] (CORREIO24HORAS, 2 set. 2014)

Em meio à projeção do fenômeno a luta contra o Ebola passa a impetrar esforços mundiais. Posto às condições apresentadas pela mídia nacional os esforços incluem a atenção do Brasil ao problema, gerando um efeito de aproximação com o fenômeno, tendo em vista que as representações “podem saltar as fronteiras nacionais, as distâncias culturais, idiomáticas, religiosas, de gerações, sexuais e étnicas, incidindo na precedência da memória local” (ALDA SILVEIRA, 2004, p 13). Ao Brasil (seu governo, políticas públicas de saúde e empenho científico) também cabe a defesa dos indivíduos e de suas condições de venerabilidade em saúde, uma coparticipação reforçada pela mídia.

5. NOÇÃO DE RISCO COMO CONCEITO ESTRUTURANTE DA INFORMAÇÃO

Considerando a elevada probabilidade do Ebola se espalhar e a ameaça potencial frente ao agravamento da doença para os infectados (a saber, a morte), percebe-se uma inclinação para a cobertura do Ebola na mídia, sob o foco do risco individual e coletivo. Tal condição explicita uma categoria estruturante de interpretação dos fatos narrados, sob o qual os elementos discursivos tornam o acontecimento não apenas visível, mas os constituem na medida em que os narra, orientando uma dada percepção da realidade social (CARDOSO; VAZ, 2014). Discute-se neste tópico alguns pontos específicos.

A percepção da realidade social pode ser atenuada, ou não, conforme determinados acontecimentos são revelados pela mídia. “Pelo fato de os veículos serem perpassados discursivamente por outros campos, a construção midiática da doença não significa uma mera reprodução do real” (FERRAZ, LERNER, 2013, p 1-2), há conforme explicam os autores um entrelaçamento de vozes no discurso, que sugere o estabelecimento da própria voz da mídia, além de valores-notícias que estão interligados ao conteúdo.

No relato de acontecimentos e experiências envolvendo epidemias, crimes, catástrofes e acidentes, há uma espécie de proliferação do uso da retórica do risco e do medo na dimensão narrativa (SACRAMENTO, MACHADO, 2015). Esta tendência afirma-se nas próprias tensões da sociedade moderna, da qual se fala de uma “sociedade de risco”. Diretamente ligada à globalização, “os riscos são democráticos, afetando nações e classes sociais sem respeitar fronteiras de nenhum tipo” (GUIVANT, 2013, p. 96). Mas, de que risco estamos falando? Vale recobrar as noções de risco de alguns autores.

Para Castiel (1999) a noção é polissêmica e integra um sistema de conotações que se ampara no senso comum. Para o termo risco o autor admite duas versões, uma proveniente do latim *risicu*, *riscuque* descende do verbo *resicare*, cortar ou do espanhol, penhasco escapado e, outra, que incorpora a acepção de Ferreira (1986) indicando a ideia de perigo e a possibilidade de sua ocorrência. Tal entendimento é ampliado por Cardoso (2012, p.28):

[...] 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 eventos negativos [...]

Sendo assim, a lógica do risco implica inserção singular no tempo, sob o qual é possível moldar o futuro com decisões tomadas no presente (CARDOSO; VAZ, 2014). Para o caso das doenças a previsão de riscos pode amortecer os efeitos reais de respostas da sociedade, estruturando as relações e respostas sociais e, mesmo o modo pelo qual a sociedade organiza o debate sobre as condições de saúde, tratamento e controle.

No campo da saúde o risco é autogerenciável, conforme supõem Luiz e Conh (2006): as pessoas são capazes de eliminar os riscos e alcançar a saúde plena valendo-se de informações que se adaptem a seus comportamentos. A definição não significa uma ideia de autocura, mas de suplantação de alguns problemas de saúde a partir de informações que minimizem ou superem a ocorrência de eventos negativos.

Nesse sentido, as atividades de comunicação ganham um destaque e uma dupla distinção. A comunicação desenvolve o conhecimento e corrobora para ampliar a percepção de risco. Ao mesmo passo, as redes interligadas de informação passam a capilarizar novas formas de vigilância e autocontrole do estilo de vida dos indivíduos, ressignificando a própria noção de risco na sociedade (LUIZ, COHN, 2006).

Valendo-se da preposição levantada por Slovic (1987), ao qual o risco tem uma relação direta com o contexto, Giulio, Pereira e Figueiredo (2008, p. 307) relembram ainda que a própria construção da noção e respostas frente a uma situação de risco “são entendidos como construções sociais”, que interagem “com processos psicológicos, sociais, institucionais e culturais”, ampliando ou atenuando estas respostas.

Assim, a percepção e a definição cultural constituem o risco. A escolha dos riscos aos quais se dá maior atenção não está relacionada exclusivamente às preocupações com a proteção da saúde, da segurança e do ambiente. A escolha reflete aspectos como as crenças das sociedades acerca dos valores, instituições sociais, natureza, justiça e moral (Idem).

Superestimar ou subestimar estes riscos depende desses determinantes (FREITAS, 2000 apud GIULIO, PEREIRA E FIGUEIREDO, 2008). Para o Ebola a relação perpassa pela segurança e proteção à saúde, evidente, mas cerca-se de situações que ampliam o interesse da cobertura e, por ora o interesse da audiência. No afã de conquistar esta atenção despeja-se um empenho, por vezes, equivocado ou exagerado sobre o risco da doença.

5.1 DOENÇA, MEDO E PÂNICO

Associada a ideia de risco, outras duas concepções merecem destaque neste estudo: a noção de medo e pânico. Para o caso do Ebola, além do medo natural pelas consequências severas da doença, uma tensão se instaurou nas formas perceptivas da doença, fossem por imagens, pela marcação do próprio termo *epidemia* ou nas outras construções simbólicas que invadem o imaginário social quando os riscos de morte e, de morte em massa, se tornam eminentes. O ponto é esclarecido por Servalho (2003):

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que os cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte.

Embora a experiência clínica e os estudos epidemiológicos sejam capazes de apontar as causas do Ebola, através de estudos sistemáticos sobre o vírus, formas de propagação e sintomas, a natureza da doença é impregnada de outros tantos sentidos, amparados em valores, crenças e misticismos dos diferentes povos e cultura. Ao desconhecido e intangível a doença é um mal que não se explica, que não tem causa visível e sobrepõe qualquer tentativa de entendimento humano, daí um medo que decorre sobre o que não se sabe ou não se conhece. Estudos como o de Sontag (1984) apontam para este sentido.

Tanto o câncer quanto a tuberculose foram constituídas de um imaginário fantasioso à sua volta “reflexos de uma concepção segundo a qual a doença é intratável e caprichosa” (SONTAG, 1984, p.1). Muito embora deva se considerar o tempo em que a obra foi escrita, sem a quantidade de informações que obtivemos com essas doenças nos anos de pesquisa posteriores, as sobrecargas sobre a tuberculose e o câncer foram cercadas de misticismos que dificultaram, inclusive, novas expectativas de cura, sobretudo, na época dos seus primeiros registros (SONTAG, 1984).

O mito que por ora estava associado à ideia de uma paixão excessiva, que ataca as pessoas descuidadas e sensuais, no caso da tuberculose ou a insuficiência de paixão, atacando os que são sexualmente reprimidos, inibidos, não espontâneos, incapazes de exprimir o ódio, como

no caso do câncer foi resignificado também em outras doenças: à lepra, como mau agouro, à AIDS, como descuido dos homossexuais promíscuos e assim por diante, com causas externas a investigação médica.

A insuficiência técnica para dar respostas às doenças permitia que outras explicações fossem associadas a suas causas: amor excessivo, punição dos deuses, castigo, expressões demoníacas ou manifestações espirituais por muito tempo estiveram relacionados à causa das doenças (SERVALHO, 1993). Tão logo o medo passou a integrar o quadro de simbologia da doença, ora como temor a forças divinas, espirituais, ora pela proximidade com a morte.

Com o Ebola não foi diferente. A relação da doença com uma natureza espiritual é comum ainda em aldeias africanas. A mesma crença tornou habitual que curandeiros e feiticeiros oferecessem tratamentos alternativos ao Ebola em suas aldeias, alguns dos quais, inclusive, por desconfiança da eficácia médica.

Segundo um relato de um médico do MSF publicado no site de notícias *ABC News*, muitos aldeões acreditam que a mera menção da palavra “ebola” em voz alta invoca o vírus e provoca a contaminação, assim como ignorar a existência da doença impede sua ação (GALILEU, 2014).

Fora da África a “maldição” atribuída à doença nada tinha a ver com questões espirituais. A associação inevitável ao território africano potencializou o medo de pulverização da doença. E assim como a AIDS, o Ebola passou a ser construído como uma ameaça coletiva, que “saía” da África para o mundo. Na construção do discurso sobre a doença, o Ebola passava de um fenômeno que parecia já ter sido controlado na África, em outros tempos, para uma epidemia mundial em que os órgãos de controle internacional não conseguiam estabilizar.

Se pouco a pouco as notícias sobre a África chegam ao mundo, com imagens, depoimentos, relatórios médicos e outros tipos de informações, o Ebola transitava por uma nova seara perceptiva: a doença que matava várias pessoas na África passou a contaminar e matar aqueles que se propuseram a ajudar os infectados, paulatinamente essas pessoas voltavam aos seus países de origem e assim, o Ebola, o medo e o pânico (com origem específica em um território) passaram a aterrorizar o mundo.

6. ESTIGMA, RACISMO E TERRITÓRIO GEOGRÁFICO

Apurar o lugar de fala sobre o Ebola recobra a inclusão de três outras variáveis, que devem ser verificadas no conteúdo midiático: a noção de estigma e racismo associada à ideia de território geográfico, neste caso, o território africano.

Quando os agentes transmissíveis de enfermidades não são visíveis, “mas em que se vê e sente concretamente o corpo doente, a materialização da epidemia no contexto da coletividade faz explodir a noção do ‘mal’ no território geográfico”, relembra Ferraz (2010, p.11). Nesse caso, não importa se o contexto de aproximação seja local, nacional ou global, a ideia de alastramento sobre doenças passa a dominar as preocupações sociais “espalhando o medo entre as pessoas” (Idem).

Vale recobrar ainda, uma espécie de medo ampliado quando as abordagens por doenças “saem” do território africano. A história do Ebola está interligada de forma negativa à história de estigmatização da própria África e dos africanos. Ideias formadas por juízos de valores e reforçadas pela ciência antiga e por meio da mídia não foram incomuns nos séculos passados inculcando nas gerações mais recentes ainda muitos preconceitos a respeito do território, dentre os quais o papel de disseminar doenças para o ocidente como a lepra, a AIDS e o próprio Ebola. Para Oliva (2005, p.112) tais fatores:

Tornam-se elementos comuns no imaginário elaborado sobre a África, as imagens de sociedades “tribais” em conflito permanente; cidades desorganizadas e sujas; natureza selvagem e incontrolável; padrões culturais ritualizados e folclorizados; doenças misteriosas e temidas – como o vírus ebola –; e comportamentos “primitivos”, como a crença de alguns grupos sul-africanos de que a violência sexual praticada contra meninas virgens possibilitaria a cura da Aids [...]

A herança negativa atribuída à África e seus descendentes, aponta Carvalho (2006), é reforçada por uma espécie de “geografia médica”, que atribui aos territórios uma “ecologia das doenças” (CARVALHO, 2006, p.2). Sendo assim, ainda que migrem para outros territórios por meio de pessoas, animais ou coisas determinadas doenças levam consigo a sua origem. Foi assim com a AIDS e a África e agora com o Ebola e a África.

Para este aspecto, vale endossar a importância dos trabalhos antropológicos para área da saúde apontados por Uchôa e Vidal (1994), que validam a construção do discurso antropológico médico sobre a abordagem da saúde e doença, relações indissociadas entre o

modo de vida e o universo social e cultural de uma população (UCHÔA; VIDAL, 1994). Por tal modo, os autores consideram a maneira como cada comunidade trata o universo dos problemas de saúde ou percebem e interpretam esses problemas, valores também decodificados pelos sistemas de informações.

Se por um lado, juízos de valores e a ciência antiga constroem certa estigmatização, do outro, a mídia também assegura parte da responsabilidade no que se refere ao imaginário criado para certa doença. Para além da cobertura a mídia se insere como “um ator social estruturante na construção da concepção da doença, especialmente no contexto da sociedade de risco” (FERRAZ; LERNER, 2013, p.2). Comumente diversas publicações midiáticas reforçam a origem do vírus à África e, tão logo, o problema da disseminação do Ebola passa a ser um encargo ao povo africano.

Outras minorias étnicas que se constituem como imigrantes em países de economia desenvolvida (latinos, africanos, asiáticos, sobretudo chineses) recebem frequentemente um tratamento mediático que as classifica como ameaça à ordem social, associando-as ao desemprego, à delinquência, à pobreza, à violência (Cogo, 2002). Dessa forma, os meios de comunicação apresentam os imigrantes pelo viés do receio e do medo (SACRAMENTO, MACHADO, 2015, p.31).

Nesse sentido, a representação da doença na mídia acarreta sérias consequências para as pessoas, sobretudo, no que diz à letalidade e tal condição coloca a doença num estágio de preocupação eminente, sejam das autoridades de saúde, sejam para aquele que ajudam a conter a doença, como Organizações de Saúde, humanitaristas ou voluntários na África, sejam dos leitores, telespectadores ou ouvintes comuns.

Nenhuma das instâncias envolvidas é capaz de reproduzir ou produzir sentidos tão equivocados do que uma população que não se confronta diretamente com a doença, com o olhar distante sobre a severidade do vírus e/ou desinformada. A validade da informação transforma o fato distante, nesse caso também geograficamente falando, em condições plausíveis de significados reais. São os modos como essas leituras são feitas que doenças como a causada pelo vírus Ebola se moldam socialmente.

Nesse aspecto é preciso reconhecer as condições que levam (ou podem levar) determinadas veiculações à (re) produção do racismo ou de uma visão puramente estigmatizada de um povo ou sua nação.

O racismo é um fenômeno único, de discriminação negativa contra determinados indivíduos ou grupamentos humanos, mas é operado e manifesta-se de diversas maneiras, ganhando, conseqüentemente, diferentes terminologias, como o racismo institucional, que pode ser definido como a prática de determinadas instituições, públicas ou privadas, que ‘dificulta ou impede o acesso de pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminadas aos serviços e benefícios gerados pelo próprio Estado e pelas demais instituições’ [...]

Já o racismo individual é aquele praticado diretamente por determinado(s) indivíduo(s) contra uma pessoa ou um grupo de pessoas, em função das características étnico-raciais destes. Nos dois citados padrões de operação, a prática do racismo pode atingir o plano físico – seja em função da ausência de programas públicos e específicos de saúde, de forma que acabe resultando em sequelas físicas ou mesmo na morte do indivíduo, seja pela agressão direta, com os mesmos efeitos (PCRI, 2005 *apud* ANDI, 2011).

Trabalhos como os de Harrison da Rocha (2011) e obras como “Claros e escuros: identidade, povo e mídia no Brasil”, de Muniz Sodré (1999) operam na validação de tal perspectiva. Enquanto Rocha (2011) expressa uma abordagem discursiva sobre as propriedades das notícias, tendo em foco grupos étnicos minoritários (através da apresentação, estruturas temáticas, papéis desempenhados, significado local e perspectivas), Sodré (2009) apresenta uma abordagem mais ampla entendendo a construção e operação do racismo no contexto histórico brasileiro.

Para Rocha (2011, p.65) que fala sobre o racismo na/da mídia, “os grupos étnicos ou raciais e as relações sociais em uma sociedade multiétnica são associados a problemas, conflitos, dificuldades, para não mencionar violência e ilegalidade” A caracterização desses grupos, no geral, é pela via pejorativa. Não obstante a desqualificação é o caminho para outras abordagens, conforme relembra Sodré (1999, p.243): “a mídia funciona, no nível macro, como um gênero discursivo capaz de catalisar expressões políticas e institucionais sobre as relações inter-raciais, (...) que, de uma maneira ou de outra, legitima a desigualdade social pela cor da pele”.

O racismo midiático, conforme pontua Bizerra Sousa (2004) reforça a invisibilidade de povos ou raças, afirma estereótipos, a desvalorização e o desinteresse dos veículos de comunicação por assuntos de tal natureza. Enquanto nega a existência do racismo na prática, o processo no contexto midiático continua ativo, em ações repletas de “preconceitos e estereótipos raciais que legitimam, quotidianamente, procedimentos discriminatórios”, relembra Rocha (2011, p.13).

7. METODOLOGIA

7.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DE CONTEÚDO

Com base nos conceitos apresentados sobre mídia e saúde, noção de risco, estigma e racismo no território geográfico, parte-se para o processo metodológico. Para esta pesquisa optou-se como técnica a Análise de Conteúdos (AC), “uma análise de texto desenvolvido dentro das ciências sociais empíricas” (BAUER; GASKELL, 2002, p.190). Neste capítulo apresentam-se suas principais propriedades.

A Análise de Conteúdo (AC) tem no material textual sua principal inferência analítica. Trata-se de uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, entendendo o texto como um meio de expressão do sujeito. Ao importa-se com os sentidos atribuídos nos textos, esta pesquisa aproxima-se da perspectiva evidenciada por Chizzotti (2006, p.98), no qual “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”, sendo “muito mais que um conjunto de técnicas” (MINAYO, 2001, p. 74).

Em relação aos conteúdos manifestos (explícitos), Campos (2004, p.613) faz uma ressalva à atenção do pesquisador: é do conteúdo tal como ele se manifesta que se deve partir, “e não falar ‘através dele’, num exercício de mera projeção subjetiva”, entretanto, é necessário estar atendo às imprecisões “onde nem sempre os significados são expressos com clareza absoluta”. Nesse sentido, produzir inferência em AC significa embasar as mensagens com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e considerar o contexto histórico e social de sua produção e recepção (Idem).

A sistematização dos dados é apenas um dos caminhos para a interpretação relembram Mozzato e Grzybovski (2011, p.737). “O conhecimento dos diversos métodos de análise de dados existentes torna-se indispensável para que o pesquisador tenha condições de realizar a escolha mais adequada ao que se propõe estudar”. O percurso exige um caminho denso ao pesquisador, que deve deixar claro a motivação pela escolha de determinado caminho metodológico, demarcando as condições de interpretação.

Conforme apontam Caregnato e Muttia (2006), AC possui um modo de acesso específico ao objeto. Observa-se a seguir algumas de suas características:

7.1.1 Interpretação do objeto

A Análise de Conteúdo pode ser qualitativa ou quantitativa. Os estudos qualitativos têm o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento para a compreensão do fenômeno estudado. O interesse do pesquisador parte das perspectivas dos participantes, tendo a base investigativa “nas atividades, procedimentos e interações diárias” entre os indivíduos (GODOY, 1995, p.62-63).

Para Neves (1996), ao visualizar o contexto e a melhor compreensão do fenômeno nas Ciências Sociais, o emprego do método qualitativo preocupa-se mais com o processo social, do que com a estrutura social. Na abordagem qualitativa se ‘considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem’ (LIMA, 1993, p. 54 *apud* CAREGNATO, MUTTI, 2006, p.682). Quanto à natureza quantitativa, a abordagem centra-se em referências numéricas, estatísticas para descrever dado fenômeno. O objetivo é traduzir em números as informações que o pesquisador obtém (LAGO, BENETTI, 2008).

6.1.2 Fonte de pesquisa

Para Bauer e Gaskell (2008) os materiais textuais escritos são os mais indicados, para a AC permitindo aos pesquisadores a busca por respostas à pesquisa, “por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens” (BARDIN, 2002, p. 42).

6.1.3 Finalidade da análise

A AC preocupa-se, essencialmente, com o conteúdo e com categorias que possam gerar interpretações. Conforme explicam Caregnato e Mutti (2006, p.682), na AC “o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem”.

6.1.4 Linguagem

Em AC a linguagem exprime transparência e seu intuito é “compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto” (Idem).

7.2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa, de cunho qualiquantitativo, está amparada em um conjunto de matérias selecionadas sobre a doença Ebola no ano de 2014, tendo como expectativa identificar as representações midiáticas da doença que configuram comportamentos e significados socialmente compartilhados pelo jornal Correio*, divulgados na sua plataforma digital (correio24horas.com.br), mediante a análise de conteúdo. Neste tópico demonstram-se os passos metodológicos escolhidos para esta pesquisa.

7.2.1O corpus

Inicialmente pensou-se em um estudo comparando os conteúdos do portal Correio24horas e do A Tarde Online pertencentes aos principais concorrentes de impressos no Estado da Bahia. A possibilidade foi descartada quando nas primeiras buscas geradas no banco de dados dos dois jornais, utilizando o descritor **Ebola** (grafia normal e sem aspas), não foi possível identificar quantas matérias foram produzidas, de fato, pelo Jornal A Tarde Online. Diante da imprecisão os esforços se concentraram no Correio24horas, com o resultado de coleta de 199 textos com o termo Ebola. A primeira publicação no portal só aconteceu dia 20 de junho de 2014, por conta disso a análise foi delimitada entre os meses de junho a dezembro do mesmo ano (Tabela 1).

7.2.2 Abordagem: a análise de conteúdo

Para analisar o conteúdo dos 199 textos optou-se como método a sistematização proposta por Bardin (2009, p.121): a pré-análise do material; a exploração do material; e, o tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Mozzato e Grzybovski (2011, p.735) esclarecem brevemente os três modos criados por Bardin: a fase da pré-análise corresponde a organização do material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais; a segunda fase ou exploração do material consiste na definição de categorias (sistemas de codificação) e na identificação das unidades de registro (e das unidades de contexto nos documentos); a terceira fase é destinada ao tratamento dos resultados; condensação, destaque das informações para análise e interpretações inferenciais (momento da intuição, análise reflexiva e crítica).

7.2.3 Pré-análise

Com base na pré-análise do material observou-se no diagnóstico inicial que dos 199 textos com o termo referente Ebola, 128, foram reproduzidos de outras agências de notícias, sendo 61 reproduções do Estadão Conteúdo, 56, da Agência Brasil e 09 de outras agências como: O Globo, Folhapress, Redação Goal e Agência Lusa; 02 publicações não fazem menção à autoria (Tabela 2). Do total restante, apenas 71 textos foram produzidos pelo próprio Correio*, com a menção de autoria “Da redação” ou “Da redação, com agências”, que foram considerados nesta pesquisa como produção própria e, portanto, passaram a ser parte da amostra.

Tabela 1- Síntese da pesquisa no Correio* - Tema da pesquisa “Ebola”

Meses pesquisados em 2014		Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Principais conteúdos reproduzidos	Estadão Conteúdo	1	2	11	10	30	3	4
	Agência Brasil	-	1	16	8	17	8	6
Redação Correio		-	1	12	6	38	7	7
Outras fontes de informação		-	-	7	-	2	-	-
Total de matérias publicadas/mês		1	4	46	24	87	18	17

Fonte:elaboração própria (2016).

Tabela 2- Distribuição total das notícias por Coluna

Coluna Mundo	80
Coluna Saúde	88
Coluna Brasil	13
Outras colunas	18
Total de matérias publicadas	199

Fonte da pesquisa: Correio 24 horas– 2014

* Outras categorias: Bahia (3); Futebol (2); Esporte (3); Variedades (3); Famosos (3); Clube (1); Tecnologia (2); Música (1)

Fonte:elaboração própria (2016).

7.2.4 A amostra

Optou-se como amostra, exclusivamente, os 71 textos produzidos pela redação do Correio* (Tabela 3). A exclusão dos demais foi pautada na constatação de que os textos reproduzidos de outras agências tratavam de cópias fidedignas (autorizadas) das fontes de referência ou sofreram alguma interferência do jornal, sem, contudo, implicar em alteração no conteúdo (como pequenas alterações no título, sem modificação de sentido ou a criação de subtítulos, em geral, uma cópia *ipsis litteris* de alguma parte do texto), entendendo-se, portanto, que estes textos não faziam parte da elaboração do jornal.

Tabela 3- Textos produzidos pela redação Correio* - Tema “Ebola”

(jun-dez, 2014)

Meses pesquisados em 2014	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Total de matérias produzidas/mês	-	1	12	6	38	7	7	71

Fonte:elaboração própria (2016).

7.2.5 Segunda triagem

Feita a primeira leitura flutuante e o primeiro descarte, o material foi relido e passou por uma segunda triagem, conforme os objetivos elencados para a pesquisa: Mapear as notícias das editoriais **Mundo, Saúde e Brasil** veiculadas no jornal digital Correio24horas, entre junho a dezembro de 2014, referidas ao Ebola; Analisar as notícias de acordo com a noção de risco, medo, pânico explicitas nela; Compreender e analisar a construção estigmatizada da representação sobre o continente africano a partir das noções de medo, pânico e localização geográfica da doença

7.2.6 Material excluído

Dos 71 textos produzidos pela redação do Correio*, 19, foram excluídos obedecendo a critérios definidos para esta pesquisa (descritos a seguir). Sobre o total excluído, 05 textos pertenciam à editoria Mundo e 01 à editoria Saúde, outros 13 textos estavam em editorias variadas. Restando, portanto, a amostra real de 52 textos a serem investigados.

A exclusão pautou-se em: a) informações que apenas citam a palavra Ebola, mas não apresentam conteúdo diretamente ligado ao assunto, a exemplo da matéria “Chikungunya: hipótese é de que viajante brasileiro contraiu vírus no Caribe” (CORREIO*, 26 nov.2014), no qual o termo é apenas citado em uma fala do secretário da saúde do Estado da Bahia, em alerta à população de que a doença Chikungunya não tem relação com o Ebola; b) informações sobre o Ebola que não trazem causalidade específica com a abordagem pretendida, tal como Perfil ‘Ebolyngo’ satiriza chegada do Ebola no Brasil (CORREIO*, 10 out. 2014), que trata sobre um perfil criado no Twitter com o vírus da doença; c) textos que não foram publicados nas editorias Mundo, Saúde e Brasil, determinados como recorte para esta pesquisa (Tabela 4)

**Tabela 4- Distribuição de textos por colunas e material
(jun-dez, 2014)**

Distribuição por Coluna	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Coluna Mundo	-	-	1	1	6	1	5	15
Coluna Saúde	-	1	9	3	17	1	-	30
Coluna Brasil	-	-	-	1	5	-	1	7
Outras	-	-	-	-	7	3	1	13
Matérias descartadas	-	-	13	1	-	4	1	19
Total de matérias analisadas								52

Fonte:elaboração própria (2016)

7.2.7 Matriz de análise

Cada publicação obedeceu a uma matriz de análise amparada em duas categorias relevantes para a investigação: **Categoria 1: Risco** e **Categoria 2: Estigma e Racismo**.

7.2.7.1 Categoria 1: Risco

1. Perigo embutido no risco (indica que condições podem levar à compreensão do risco como perigo);
2. Vulnerabilidade e Morte (indica se o risco tem relação com aspectos de vulnerabilidade e morte e por quais motivos);
3. Incerteza quanto ao futuro (indica se o risco potencializa uma tensão nas formas de percepção da doença a ponto de causar incerteza quanto ao futuro);
4. Noção de risco relacionada à noção de probabilidade (indica a relação entre risco e probabilidade - perigo e possibilidade de nova ocorrência)
5. Medo ou Pânico (indica que condições são capazes de gerar medo e pânico conforme as informações apresentadas sobre o Ebola)

7.2.6.1 Categoria 2: Estigma e Racismo

1. Representação da África e do africano frente ao Ebola (indica se a África e o africano são vistos como fatores de risco para a saúde mundial e de que risco é este);
2. Causadores do mal (indica se a construção do estereótipo africano como ameaça reflete o preconceito e se a suspeição do africano como portador do vírus Ebola significa sua rejeição).

Tabela 5- Matriz de análise da pesquisa

Categoria 1- Risco	Categoria 2 – Estigma e racismo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Perigo embutido no risco 2. Vulnerabilidade e Morte 3. Incerteza quanto ao futuro 4. Noção de risco relacionada à noção de probabilidade 5. Medo ou Pânico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Representação da África e do africano frente ao Ebola 2. Causadores do mal (construção do estereótipo africano)

8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1 CATEGORIA 1: O RISCO

Ao explorar o tema em questão, pontua-se falar sobre o risco numa perspectiva plural. No que tange à noção, 82,69% dos textos produzidos pelo Correio* trazem em seu bojo a questão do risco como parte da construção textual. O risco está atrelado à classificação da epidemia como uma emergência de saúde mundial de alta letalidade, à propagação do vírus por contato direto entre humanos e à contaminação de profissionais de saúde. Em síntese, os riscos apresentados nos textos trazem uma relação com um modo de interferência no curso natural da vida, associada à ideia de perigo, vulnerabilidade e morte e, incerteza quanto ao futuro. Observam-se alguns trechos das publicações:

8.1.1 Perigo embutido no risco

Autoridade dos países afetados pelo surto do ebola devem examinar as pessoas que partem pelos aeroportos internacionais, portos marítimos e principais passagens de fronteira por terra para impedir qualquer indivíduo com sinais de infecção pelo vírus de viajar, disse a Organização Mundial de Saúde (OMS) (CORREIO*, 19 ago 2014).

Um homem infectado com o vírus ebola fugiu de um centro de tratamento em Monrovia, capital da Libéria, e causou confusão entre as pessoas que passavam na rua (CORREIO*, 2 nov. 2014).

Os amigos dele o abraçaram sem a roupa de proteção quando o resultado saiu. Depois que os sintomas no médico persistiram e o segundo teste voltou positivo, os amigos foram encaminhados para o isolamento (CORREIO*, 17 nov 2014).

Um erro no laboratório do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), sigla em inglês, pode ter exposto um técnico ao mortal vírus ebola, segundo informam autoridades americanas (CORREIO*, 25 dez 2014).

Enquanto fenômeno extremo, que rompe com um ritmo de evento natural, o Ebola é tematizado na cobertura do Correio* como sinônimo de perigo (23,35%) do total de publicações sobre risco. Trata-se de um evento indesejável, danoso, embutido no contexto de risco, seja individual, seja coletivo. O perigo de se contaminar ou a simples possibilidade de ser, ou estar, submetido a uma condição de exposição ou ameaça à doença são indicativos de oscilações que fogem ao controle humano, interferindo nas tomadas de decisões isoladas ou em grupos.

8.1.2 Vulnerabilidade e Morte

As vítimas jogadas nas ruas aumentam os riscos de contaminar outras pessoas e as autoridades locais já orientam para que os familiares das vítimas não façam isso (CORREIO*, 08 ago 2014).

Um jornalista americano que trabalhava para a rede de TV NBC News na Libéria foi diagnosticado com ebola. Este é o quinto caso confirmado de cidadãos americanos com vírus desde março, quando teve início o surto (CORREIO*, 03 ago 2014).

Igualmente, a percepção de incontrolabilidade sobre o fenômeno amplia tensões sobre a condução do Ebola no meio social. Em parte da cobertura do Correio* (34,88%) percebe-se o risco associado à ideia de vulnerabilidade, que coloca os indivíduos numa condição de susceptibilidade à doença, conseqüentemente, limitado a ofertar resposta, uma vez em que sua situação o impede de responder ao Ebola com recursos próprios.

As abordagens tratam da tríade contaminação/risco/morte entre profissionais de saúde que ajudam a combater o Ebola, especialmente, nos locais epicentros da doença. Nessa dimensão o risco é individualizado e redimensionado ao fato de que, uma vez próximo ao Ebola (lê-se a pessoas doentes ou em contato com materiais dessas pessoas doentes) o indivíduo (profissional de saúde ou outros que trabalhem indiretamente no controle da doença) está vulnerável ao vírus.

Alguns dos títulos dão a dimensão do citado:

Morre segundo médico que contraiu ebola em Serra Leoa (CORREIO*, 14 ago. 2014).

Enfermeira americana infectada com ebola agradece apoio em vídeo: ‘amo vocês’ (CORREIO*, 17 out. 2014).

Número de médicos mortos por ebola chega a dez em Serra Leoa (CORREIO*, 08 dez.2014).

Médica escocesa é diagnosticada com Ebola (CORREIO*, 30 dez.2014).

Lê-seem outros trechos:

O Ministério da Saúde da Nigéria confirmou nesta segunda feira mais um caso de ebola do país. Trata-se de um enfermeiro que participou do tratamento de um liberiano americano [...](CORREIO*, 11 ago.2014).

Morreu de ebola, nesta quarta-feira (13), mais um médico que participa na luta contra a epidemia da doença em Serra Leoa [...] (CORREIO*, 14 ago.2014).

Para além da contaminação o fator morte (67,44%) também ganha destaque nos textos analisados. Novamente, individual ou coletivo, o risco está presumido no fato do indivíduo morrer. O termo é elencado em grafia normal “morte” e derivações (**morreu, morreram, matou, mata**) ou em analogias como (**vítimas fatais, alta letalidade, sucumbido à doença**). Das publicações que falam sobre morte, o termo não esteve associado, exclusivamente, a uma percepção negativa. Observa-se no exemplo:

A médica norueguesa SiljeLehneMichalsen e o cinegrafista americano AshokaMukpo foram declarados curados do ebola.

[...]

Ashoka é funcionário da TV americana NBC. Três exames foram realizados no cinegrafista e todos apontaram resultado negativo para a presença do vírus ebola. ‘Muitas pessoas não são tão afortunadas e sortudas como eu fui. Estou muito feliz de ter ficado vivo’, disse o rapaz em comunicado oficial divulgado pelo hospital (CORREIO *, 22 ago.2014).

Ainda que não explicitamente, infere-se sobre uma relação morte e vida, que pode ser observada no trecho acima citado, extraído da publicação: Médica, enfermeira e cinegrafista americano são curados do ebola (CORREIO*, 22 ago.2014). Dada à alta letalidade da doença, aspectos como **cura, recuperação e sobrevivência** contrapõem o sentido de morte. A fala pontuada na matéria expressa pelos termos: **afortunadas, sortudas e ter ficado vivo** esclarecem um modo de pontuação, sob o qual o risco de morrer por ebola foi “ludibriado” por aqueles que saíram ilesos ao problema. Aos demais restam as incertezas de sobrevivência, cura e volta a uma rotina de normalidade.

8.1.3 Incerteza quanto ao futuro

O ebola pode chegar a novo países. De acordo com Piot, um dos cientistas responsáveis por descobrir a existência do vírus, o vírus provavelmente também já chegou a China [...] (CORREIO*, 28 ago 2014).

O secretário-geral da ONU afirmou que a propagação do vírus continua num ritmo mais acelerado do que a resposta da comunidade internacional (CORREIO*, 28 ago 2014).

Até o momento não há vacina comprovada contra a doença mortal [...] (CORREIO*, 22 out 2014).

Se a passagem do Ebola tem relação com o ato de adoecer e morrer, as marcações sobre o tema na mídia baiana ganham também uma análise de incerteza quanto ao futuro; 27,90% dos textos que falam sobre o risco lidam com esta abordagem. Ao Ebola e todo o risco que ele representa para o indivíduo e sua saúde (perigo, vulnerabilidade e morte), não há expectativas de reações imediatas frente ao problema. A inferência observada na exposição do Correio* presume que a afecção se arrasta por um longo período, num ritmo incondizente de resposta e, sem quaisquer métodos de controle epidemiológico, como vacinas ou medicamentos. As falas são reforçadas por fontes oficiais. São elas que, em boa parte, validam estas incertezas.

Nesse ponto, abre-se um parêntese. Das diversas fontes de informações citadas pelo Correio*, 94,23% dos textos utilizam fontes oficiais. A validação do discurso, no entanto, não é feita por fontes oficiais brasileiras, 82,05% dos textos utilizam referências internacionais. As fontes conforme Rublescki (2011, p. 49) tem a capacidade de pautar os meios e um papel estratégico no jornalismo, na construção do ‘efeito realidade’ e da credibilidade, validando as informações pelo uso de fontes credíveis. Autoridades do governo, médicos, porta-vozes de hospitais e do Ministério da Saúde são fontes recorrentes nas publicações do jornal. O destaque é a Organização Mundial de Saúde (OMS/ONU) responsável por lidar com questões relativas à saúde global, que é citada em 19,23% dos textos. Apesar do destaque, em geral, as matérias se referiam a mais de uma fonte.

8.1.4 Noção de risco relacionada à noção de probabilidade

A proposição de risco como conceito do campo epidemiológico repousa sobre pressupostos, dentre os quais elencam Almeida Filho e Coutinho (2007, p.117) “a identidade entre o possível e o provável”, ou seja, além de reconhecido na sua probabilidade de ocorrência, um evento implica numa dada expectativa de estabilidade, quando apresentado em série. Neste quesito pontuam-se algumas questões dos textos analisados. A repetição sobre o número de contaminados e mortos alimenta uma “espera” sobre a ocorrência de novos casos, bem como nutrem uma angústia de que contaminação e morte por ebola são situações incontroláveis e permanentes.

A exposição dos dados relativos aos infectados e vítimas fatais do Ebola em 20,25% das publicações evidencia o impacto da recente epidemia:

[...] mais de 670 mortes foram registradas (CORREIO*, 31 jul. 2014)

[...] já matou 932 pessoas (CORREIO*, 06 ago.2014)

[...] 694 mortos (CORREIO*, 02 set. 2014)

[...] matou mais de 4.500 pessoas (CORREIO*, 22 out. 2014)

[...] 5.100 pessoas morreram (CORREIO*, 17 nov. 2014)

O número total de mortos é de 7.842[...] (CORREIO*, 30 dez. 2014)

A cronologia atenua a importância e gravidade do problema e sistematiza um grau de ocorrência do evento de modo gradativo, repetitivo. Ao passo em que, “reforçarem palavras e imagens que referenciam algumas ideias, mas não outras, os enquadramentos tornam algumas ideias mais salientes no texto, outras menos e outras inteiramente invisíveis” (ENTMAN, 1991 apud MURILO SOARES, 2015, p.53). No número expresso de crescimento de mortos há uma espécie de indução à instabilidade social.

8.1.5 Medo e pânico

Ao maximizar as formas de contaminação e morte por Ebola, infere-se a ligação da categoria risco, com as noções de medo e pânico (55,41% das publicações). Sem as medidas de proteção cabíveis é improvável a redução do quadro de doentes e, conseqüentemente, do número de mortos, só restando o medo e o pânico pelo desconhecido (como lidar com o problema, se as autoridades de saúde não conseguem contê-lo?). O primeiro fator pontual é barrar o contato entre as pessoas e, logo, qualquer aproximação aos infectados.

Ao assumir que o risco está para além do que se pode fazer para evitá-lo, reforça-se que o risco situa-se também, para além do sujeito. Sem a previsão de respostas, estaria esse sujeito vulnerável e inábil para refletir sobre a doença, moldar um sistema de resposta compatível à sua realidade, colocando-o numa ambiência de segurança e equilíbrio. Na disposição das informações recolhidas, percebe-se, ao invés disso, uma amortização do fenômeno com aquilo que esta ao alcance das mãos, isolar os indivíduos como se possa, destaca-se um deles:

A Carterpillar retirou diversos funcionários da Liberia, enquanto a CanadinOverseasPetroleum suspendeu um projeto de perfuração na região. A British Airways, por sua vez, cancelou voos para a região e ExxonMobil e Chevron aguardam para descobrir se as autoridades conseguiram conter a epidemia (CORREIO*, 09 ago. 2014)

No texto a abordagem centra-se no impacto econômico provável com a expansão da doença. Nota-se que a possibilidade de interferência é estabelecida pela retirada de funcionários de empresas com sede nos países epicentros do Ebola e o cancelamento de voos. Afastando as pessoas do “perigo” é possível assegurar que elas não tenham contato com infectados, logo não se contaminem ou morram:

precisamos garantir que a doença seja controlada e contida o quanto antes, afirmou Olusegun Aganga ministro de comercio exterior da Nigéria” (CORREIO*, 09 ago. 2014)

No mesmo texto é pontuada uma fala do Analista do Conselho de Relações Exteriores, Jonh Campbell que justifica a interferência dessas ações: “Quando se tem um surto amplo de ebola, pode-se criar pânico. As pessoas não vão trabalhar e a atividade econômica vai desacelerar”. A exposição à doença é um risco considerável, mas a adoção de medidas extremas revela um caminho fértil para a apreensão social, insegurança e medo sobre o que estar por vir e, por vezes, desespero de não saber como mensurar os próximos passos.

Em outra publicação lê-se:

Ontem, a Guiné anunciou o fechamento de suas fronteiras com a Serra Leoa e a Liberia, numa tentativa de conter a propagação do vírus. ‘Nós já fechamos provisoriamente a fronteira entre a Guiné e Serra Leoa por causa de todas as notícias que recebemos’, disse o ministro da saúde RémyLamah(CORREIO*, 10 ago.2014).

A fala do ministro é relevada no texto como uma medida de segurança imediata, dois dias após a OMS declarar a epidemia do Ebola “uma emergência de saúde pública de alcance mundial”. No texto além de citar o posicionamento da Nigéria, Guiné e Libéria com a revelação de incapacidade da OMS para o enfrentamento ao Ebola, medidas extremas também são adotadas pela Zâmbia, que restringe a entrada de viajantes de países afetados pelo vírus e proibi os zambianos de viajarem para esses locais.

Advertir-se, nesse sentido, a marcação de dois tipos de isolamento: um, que antecipa o afastamento como previsão de que um evento negativo possa ocorrer (a exemplo da retirada de funcionários de locais com alta incidência de casos de Ebola) e, outro, que funciona como confinamento, privação (a exemplo da quarentena, que afasta o indivíduo doente ou suspeito de estar doente, bem como os que mantiveram contato com ele, privando-o das relações com os demais).

Ao ser confinado, afastado das relações com os outros (os sadios), resta o medo/incerteza do tratamento, da possibilidade de sobrevivência e, mesmo de retorno ao convívio dos demais. Percebe-se que o fato não está apenas restrito a possibilidade de se contaminar, como também interligado a um fator de preocupação:

Para muitos as enfermarias de isolamento do Ebola são uma armadilha, uma vez em que menos de 50% dos infectados sobrevive ao vírus (CORREIO*, 08 ago. 2014);

[...] o Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, afirma que, embora baixo, existia o risco do Brasil registrar um caso da doença (CORREIO*, 10 out. 2014);

O estado do paciente é bom, não apresentando febre, mas ele permanece em isolamento total (CORREIO*, 11 out. 2014).

Igualmente, é possível notar a marcação de duas espécies de medo nas inferências. Se de um lado, o medo é narrado sob a perspectiva daqueles que enfrentam diretamente o Ebola, por outro, depreende-se o modo pelo qual os demais, tais como os baianos leitores das publicações do Correio*, recebem e interpretam as informações sobre a doença. Destaca-se o medo associado ao desconhecido, àquilo que não se experimenta, mas está embutido de sentimentos, uma vez em que, as construções simbólicas edificam certos repertórios.

Até a narração dos casos mais distantes, o sentimento de medo vinha imbricado com um sentimento de dúvida, se o Ebola chegaria ou não ao Brasil. Com o aparecimento e narração dos primeiros casos da doença no país, a sensação muda, especialmente por conta de uma cobertura nacional espetacularizada, o Correio* acompanha esta tendência. No dia 10 de agosto o jornal publica “Primeiro paciente com suspeita de ebola chega ao Rio”, o texto narra a transferência de um paciente suspeito de Ebola, que estava internado no Paraná para a Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, referência para a doença no Brasil.

Se o medo tinha qualquer relação com uma preocupação eminente de se contaminar e, logo, morrer. O pânico amplia essa certeza para, quase que, uma situação dada. Ao revelar o caso, primeiro expõe-se o fato da transferência ter sido realizada com a utilização de um avião da Força Aérea Brasileira (FAB), designado para ações de busca e salvamentos e operações de guerra, em defesa do espaço nacional.

Com a “operação de guerra” formada, parte-se para as interpelações. Conforme o texto o paciente estava “em bom estado geral”, mas era “mantido em isolamento total”, demarca-se o

risco que este paciente representava para a sociedade. Em seguida o texto fala sobre uma suposta contradição: o paciente havia sido transferido no mesmo dia em que o Secretário de Vigilância em Saúde nacional afirmava que “embora baixo, existia o risco de o Brasil registrar um caso da doença” (CORREIO*, 10 ago.2014). Para finalizar, o texto elabora uma explicação sobre a forma de contaminação, incubação do vírus e conjunto de medidas adotadas pelo Brasil para prevenir a transmissão:

Ao contrário de outras doenças, no entanto, a transmissão ocorre quando o paciente já apresenta os sintomas da infecção. Os principais são febre, fraqueza, dores abdominais, vômito e hemorragias (CORREIO*, 10 ago.2014).

Vale reforçar que o quesito contaminação esteve associado às qualificações (**contato direto, propagação do vírus, transmissão, isolamento do paciente, monitoramento e vítima da doença**). Se o secretário de saúde, fonte oficial, salientava que o Brasil já poderia registrar um caso da doença, certamente o paciente não era mais uma suspeição.

As tentativas de controle do surto estão intrinsicamente ligadas à interrupção da transmissão direta entre humanos, como já pontuado, além da identificação precoce e isolamento sistemático dos casos identificados, bem como do monitoramento às pessoas que mantiveram qualquer contato com pacientes doentes. Isolar foi a primeira medida adotada no Brasil e reforçada pela imprensa, como ação necessária.

Depois o caso é retomado sobre a indicação de exames negativos, mas da manutenção do protocolo de prevenção até a confirmação de que o paciente não estava doente. O medo e o pânico são amortizados por quase uma semana, até a indicação de um novo suspeito no Brasil. Dessa vez, as informações de que o suspeito não possuía Ebola é mais rápida e, a condução segue novamente para a cobertura dos casos internacionais.

8.2 CATEGORIA 2: ESTIGMA E RACISMO

8.2.1 O contexto de representação da África e do africano frente ao Ebola

A herança negativa atribuída à África e seus descendentes, como já apontada nesta pesquisa, é reforçada por uma espécie de “geografia médica”, que atribui aos territórios uma “ecologia das doenças” (CARVALHO, 2006, p.2). Ainda que migrem para outros territórios por meio de pessoas, animais ou coisas determinadas doenças levam consigo a sua origem, assim a AIDS esteve atrelada à África e, o mesmo acontece com o Ebola.

A ideia de “ecologia das doenças” pode ser facilmente substituída pelo reforço do estigma e racismo, ao povo e território africano. Pontua-se falar nas representações estereotipadas construídas e constituídas por instituições médicas, acadêmicas e midiáticas na identificação de indivíduos ou do território africano. Na cobertura do Correio*, 53,84% das publicações relembram a origem do vírus ao território africano. A marcação de alguns termos evidencia o citado (**países africanos, África Ocidental, liberiano, guineano**). Em outros trechos a sinalização continua:

Eliene ficou tão preocupada que até trocou as bolas: confundiu a Chikungunya com outra doença africana – o ebola (CORREIO*, 25 set.2014).

O alto número de chineses na África pode representar um risco para a China em geral [...] (CORREIO*, 28 ago. 2014).

Mais de 300 trabalhadores de saúde em Serra Leoa já morreram desde que a epidemia do Ebola começou na África Ocidental (CORREIO*, 17 nov. 2014).

Os encargos da doença seguem atribuídos a mulheres e homens africanos, imigrantes, que carregam no corpo a marca de ser a via direta de propagação do Ebola, 21,15% das publicações enfatizam esta questão, sob a suspeição de que estes indivíduos são uma ameaça para o resto da sociedade:

O primeiro caso de Ebola nos Estados Unidos foi diagnosticado há uma semana – após o anúncio de que o liberiano Thomas Erik Duncan está internado em um hospital de Dallas, Texas, com o diagnóstico da doença (CORREIO*, 08 out. 2014).

O guineano está em ‘isolamento total’ no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, no Rio de Janeiro (RJ) (CORREIO*, 13 out. 2014).

Não obstante, opta-se para medidas de prevenção através do isolamento, ou seja, de retirada destes indivíduos do quadrante social. Além de isolados, eles são monitorados de modo que não mantenham contato com outras pessoas, ao menos profissionais de saúde, treinados para lidar com a situação:

Em Abu Dhabi, capital dos Emirados Árabes Unidos, autoridades informaram que uma mulher nigeriana que chegou ao país em voo que fazia escala pelo aeroporto da cidade morreu com suspeita de ebola.

[...]

Após a morte, os médicos encontram sinais de que ela poderia estar com ebola. O marido e os cinco médicos que tiveram contato com a vítima estão isolados aguardando resultados de testes clínicos (CORREIO*, 19 ago. 2014).

O isolamento é a suposta compensação do perigo, como uma possibilidade de esconder o problema, pelo menos, do campo de visão. Isolados os indivíduos doentes, temporariamente, não respondem as mesmas demandas e regras da sociedade, mas também podem ser percebidos como não mais pertencente aquele grupo social. Da forma como se expõe a suspeição da doença o impacto para o indivíduo isolado pode ser irreversível, nesse aspecto, pondera-se lembrar da responsabilidade do jornalismo.

Ele chegou ao Brasil em 19 de setembro, procedente de Guiné, declarando-se refugiado político, e foi internado em uma UPA da cidade, após apresentar febre. De lá, ele foi transferido para o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), onde permaneceu em isolamento.

[...]

Bah recebeu alta nesta quarta-feira, após o segundo exame descartar a suspeita. O destino dele está sendo mantido em sigilo pelo Ministério da Saúde a pedido do próprio paciente, por conta das manifestações racistas e xenófobas publicadas em redes sociais.

Considerando que a representação seja o espaço, por excelência, de criação das identidades coletivas e individuais (SACRAMENTO; MACHADO, 2015), marca-se a percepção de uma construção midiática de indivíduos perigosos, descritos em tipos humanos de inferioridade, já que do imaginário coletivo estigmatizado decorre uma reprodução do africano e dos grupos da África como algo inferior, minoritário e pobre. No caso do Ebola, ainda como transmissor de um problema de saúde pública.

8.2.2 Causadores do mal

Liberianos, guineanos ou serra-leonenses, especialmente, mas indivíduos de qualquer outra descendência africana são culpabilizados pelo fenômeno em questão. Se já rejeitados pelos inúmeros estudos que abordam o assunto, carregam na bagagem mais um estigma associados a seu povo: a culpa pela transmissão do Ebola. Expõe-se ainda a contraposição do modo pelo qual são representados: eis, os vilões.

Quando as notícias ganham personagens reais na Cobertura do Correio*: de um lado, se elencam os “causadores do mal”, os africanos; do outro, os “heróis do combate”, médicos, profissionais de saúde e trabalhadores de Ongs, que abandonam suas rotinas para ajudar no enfrentamento ao Ebola e, pior, acabam morrendo durante este processo.

Observam-se as marcações a seguir:

Piot disse ainda que a epidemia deve ter duração de seis a 12 meses. "**O alto número de chineses na África pode representar um risco para a China em geral**, e assumo que um dia [um surto de ebola na China] vai ocorrer", disse o diretor da London School of Hygiene and Tropical Medicine (Grifo nosso, CORREIO*, 28 ago. 2014).

O **enfermeiro britânico** William Pooley, que havia **contraído o vírus ebola** durante um trabalho voluntário em **Serra Leoa** em agosto e **se recuperou, voltou ao país para retomar** o trabalho humanitário no combate ao vírus (Grifo nosso, CORREIO*, 20 out. 2014).

O mérito da resistência, do trabalho árduo em prol de alguém, da dedicação acima da própria família é claramente atribuído aos “heróis do trabalho voluntário”, nas expectativas dos cientistas e pesquisadores para a descoberta da cura. Nesse aspecto, um fundo de drama ajuda a compor a narração:

[...] Excalibur era o animal de estimação da assistente de enfermagem Teresa Romero, que foi primeira vítima do contágio do vírus ebola fora da África. O marido da espanhola Javier Limón, revelou que se negou a dar autorização para o sacrifício. Mesmo assim, uma caminhonete retirou o cachorro do edifício onde mora o casal (CORREIO*, 08 ago. 2014).

O mesmo, entretanto, não pode ser dito do africano (doente ou não) por ebola. O simples fato de ser da África já conduz certa submissão:

Três frascos do que pode ser uma espécie de ‘medicamento secreto’ para a cura do Ebola foram levados à Libéria na última semana. De acordo com a CNN, o **objetivo era salvar dois trabalhadores missionários norte-americanos** que contraíram o vírus quando estavam na África.
[...]

Durante os testes feitos pelos americanos, quatro macacos infectados pelo Ebola receberam doses do soro e sobreviveram.

Os **norte-americanos não informaram o porquê de os testes não terem sido feitos anteriormente, com os africanos** que foram infectados e desenvolveram a doença (Grifo próprio, CORREIO*, 05 ago. 2014).

Conforme a matéria não há argumentos para sustentar o motivo pelo qual os africanos não foram os primeiros da lista de tentativas de cura para o Ebola, uma vez em que eram as principais vítimas. Igor Sacramento e Izamara Machado (2015), entretanto, justificam o tratamento pontuando uma diferença entre “nós” (saudáveis, normais) e o “outro”.

Ao evidenciar a construção de estereótipos sobre os imigrantes africanos na Folha de São Paulo durante o mesmo ano desta pesquisa (2014), Sacramento e Machado (2015, p.39) levantam questões importante sobre esta construção, conforme os autores os estereótipos demarcam condições simbólicas, dentre as quais as fronteiras entre “o normal e o anormal, o integrado e o desviante, o saudável e o patológico, o cidadão e o estrangeiro, nós e eles”, numa espécie de “comunidade imaginária”.

Assim, “o outro” (africano, imigrante, vítima do ebola), certamente não terá voz, sendo culpado pelo fenômeno de risco que se estabelece na saúde pública mundial, sem chances de defesa. À sua representação de “causador de todo mal” dilui-se o fato de submissão pelos grupos institucionais dominantes, dentre eles o da grande mídia.

9. CONCLUSÃO

As informações produzidas e divulgadas pelo Correio* na plataforma digital (correio24horas.com.br) ajudam a contextualizar o Ebola, especialmente, sob o ponto de vista da evolução dos quadros de doentes e expansão do surto. Neste ponto, o jornal recai na eletiva direção da narração da doença na concepção de risco, demarcado nas situações de perigo, vulnerabilidade, morte, medo, pânico e incerteza quanto ao futuro.

Entre as editorias analisadas, 57,69% dos textos estão dispostos na editoria Saúde, 28,84% na editoria Mundo e, 13,46% na editoria Brasil. A proporcionalidade nos leva a crer que a doença foi significada pelo Correio* como um problema de saúde pública, distante (tratado especialmente como assunto internacional), saído da África. E sua colocação como assunto de interesse ao Brasil, só foi notada para os casos de suspeição da doença ou medidas do governo brasileiro para enfrentamento dos possíveis casos de Ebola no país.

Durante a cobertura, o Ebola migra do sistema epidemiológico para o sistema numérico passando a ser narrado na lógica: quanto mais o vírus se alastra, mais pessoas são contaminadas e morrem. Esta passagem é percebida mais facilmente no mês de outubro, período em que ocorre o maior número de publicações (53,84%) e que a OMS divulga estado de emergência pública internacional diante do caso. O fato exerce influência sobre a quantidade de textos produzidos, uma vez em que o mundo abala-se com a declaração de limites da instituição, a responsável principal para lidar com o problema.

Frente às incertezas é preciso apresentar culpados. Os encargos são então divididos entre o território africano: o foco, a origem, a raiz do problema e, o africano, o vetor de propagação direta do vírus. Na contramão outros personagens são representados na cobertura: os heróis da medicina, do trabalho voluntário, aqueles que se dedicam a ajudar o próximo, mas também acabam atingidos pela doença.

No que tange à contaminação de profissionais de saúde a reverberação na imprensa baiana expressa uma constatação dos diversos setores internacionais, de um número crescente de trabalhadores infectados pelo Ebola quando expostos ao cuidado de pacientes, muitos dos quais dentro dos seus ambientes de trabalho. Entre medidas de segurança, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (sigla: ECDC), organismo da União Europeia, enfatizou em setembro de 2014, a implementação de medidas adequadas para o controle da

infecção nos estabelecimentos de saúde, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual na minimização do risco de transmissão.

O problema enfrentado por profissionais de saúde, entretanto, não é menos importante que a exposição negativa dos governos, autoridades de saúde e membros responsáveis pelos órgãos internacionais de gestão a temas de saúde pública. Frente às incertezas de combate ao Ebola, o futuro é configurado em um plano de baixa expectativa, ampliado pelo lugar de fala das fontes oficiais (OMS, ONU, Ongs, Ministério da Saúde, etc).

A inabilidade das autoridades de saúde para conter o problema, uma vez em que recaem sobre sua responsabilidade respostas eficazes é uma das associações que possibilitam inferir sobre o risco como ferramenta para a gestão de problemas. No caso do Ebola, afirmar sobre a existência da propagação do vírus, ao passo em que se demonstra negligência nas respostas, tardias, sem grandes efeitos, alimenta as incertezas sociais de enfrentamento ao problema, responsabilidade que deve ser evitada pelo jornalismo.

Ainda no tocante das responsabilidades, observa-se que o Correio* segue um modelo de narração hegemônico de medicina tradicional, que ainda encara a saúde como ausência da doença e sob o qual os fatos são narrados pelo viés dos sintomas e causas, da quantidade de infectados e mortos. A lógica impera sobre as condições de vendagem, no qual os receptores (os mesmos que compõem a sociedade de risco) são cercados por informações espetacularizadas e, muitas vezes, meramente reproduzidas.

Por ora, a percepção nos deixa uma lacuna: como os jornalistas vão lidar com isso? Certamente, os caminhos para a validação de uma cobertura sobre saúde e doença atenta as demandas da sociedade ainda perpassem por uma ampliação do próprio conceito de saúde, que está muito além do fator ausência, bem como da superação do fazer jornalístico, que incluem principalmente vontade para sair do trivial.

*Atualmente, a OMS e parceiros continuam atuando em países prioritários e em suas fronteiras. De outubro de 2014 até 17 de fevereiro de 2016, a OMS realizou 387 implantações de campo para trabalhar com os ministérios da saúde, equipes múltiplas e envia ajuda para a implementação de planos nacionais (OMS, 2016).

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rosental Calmon. Jornalismo digital: Dez anos de web... e a revolução continua. **Comunicação e sociedade**, v. 9, n. 10, p. 93-102, 2006.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002
- BARATA, Rita de Cassia Barradas. Saúde e direito à informação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 4, p. 385-399, 1990.
- BARBOSA, Suzana. Jornalismo digital em base de dados (JDBD): um paradigma para produtos jornalísticos digitais dinâmicos. 2007.
- BARBOSA, Suzana; SILVA, Fernando Firmino da; NOGUEIRA, Leila. Análise da convergência de conteúdos em produtos jornalísticos com presença multiplataforma. **Revista Mídia e Cotidiano**, v. 2, n. 2, p. 241-264, 2013.
- BARBOSA, S. Jornalismo convergente e continuum multimídia na quinta geração do jornalismo nas redes digitais. In: CANAVILHAS, J. Notícias e mobilidades: o jornalismo na Era dos dispositivos móveis. Covilhã: LivrosLabcom, 2013. p. 33-54.
- BARDOEL, J; Deuze, M. 'Network journalism': converging competencies of old and new media professionals. **Australianjournalismreview**, v. 23, n. 2, p. 91, 2001.
- BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. Hucitec, 1989.
- BRASIL. Plano editorial Agência Brasil. Diretoria de jornalismo EBC. Brasília, 2014.
- CÁDIMA, Francisco Rui. Novas convergências digitais: mídia, humanidades e artes. **Novos Olhares**, v. 4, n. 1, p. 193-204, 2015.
- CAMELLO, Thereza Cristina Ferreira. Dengue, Chikungunya e Ebola: viroses ambientais. **Revista Sustinere**, v. 2, n. 2, p. 3-15, 2014.
- CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.
- CARDOSO, J. M. **Entre vítimas e cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do Jornal Nacional sobre as epidemias de dengue (1986-2008)**. 2012. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) - Escola de Comunicação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

CARDOSO, Janine Miranda; VAZ, Paulo. **O drama epidêmico da dengue: causas, sofrimento e responsabilidades** no Jornal Nacional (1986-2008). *Revista ECO-Pós*, v. 17, n. 3, 2014.

CARDOSO, Telma Abdalla de Oliveira; NAVARRO, Marli Brito Moreira de Albuquerque. Ebola e a mídia. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 8, n. 3, 2014.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CHIZZOTTI, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (8a ed.). São Paulo: Cortez.

CORRÊA, Elizabeth Saad. Comunicação digital: uma questão de estratégia e de relacionamento com públicos. **Revista Organicom**, v. 2, n. 3, 2011.

CORREIO24HORAS. Disponível em: < <http://www.correio24horas.com.br>>. Acessos em: 2014, 2015 e 2016.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 3, p. 39-54, 2003.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

DI GIULIO, Gabriela Marques; PEREIRA, Newton Müller; FIGUEIREDO, Bernard no Ribeiro de. O papel da mídia na construção social do risco: o caso Adrianópolis, no Vale do Ribeira. **História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.293-311, abr.-jun. 2008.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Doença por vírus Ebola**. Boletim DGS, nº6, situação em 30/12/2014. Disponível em: <<http://www.ebola.dgs.pt/boletim/boletim-ebola-n-6-de-30122014.aspx>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

FERRARI, Pollyana (Org.). *Hipertexto, hipermídia: as novas ferramentas da comunicação digital*. São Paulo: Contexto, 2007.

FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho; LERNER, Kátia. Análise do processo de enquadramento na construção midiática de doença. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.4, Dez., 2012.

FONSÊCA NETO, Manoel Dias da; PORDEUS, Augediva Maria Juca. Os desafios da epidemia do ebola. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 27, n. 3, 2014.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. FGV/DAPP analisa repercussão da epidemia de ebola nas redes sociais, 2014. Disponível em: <<http://fgvnoticias.fgv.br/pt-br/noticia/fgvdapp-analisa-repercussao-da-epidemia-de-ebola-nas-redes-sociais>>. Acesso: 10 jan.2015.

FULTON, Katherine (2000) - News isn't always journalism. *Columbia Journalism Review*. Disponível em:<<http://www.cjr.org/year/00/2/fulton.asp>>. Acesso em: 15 out. 2015.

GUIVANT, Julia S. **A teoria da sociedade de risco de Ulrich Beck: entre o diagnóstico e a profecia**. Estudos Sociedade e Agricultura, 2013.

GOMES, Itania Maria Mota. Questões de método na análise do telejornalismo: premissas, conceitos, operadores de análise. **Revista e-compos, edição**, v. 8, 2007.

GONÇALVES, Elias Machado. Os novos conceitos de edição no jornalismo digital. **Comunicação e Sociedade**, v. 2, p. 357-373, 2000.

HABERMAS, J. *L'espace public*. Paris: Payot, 1986.

HERZLICH, Claudine; PIERRET, Janine. Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. **Physis (Rio J.)**, v. 15, n. supl, p. 71-101, 2005.

JÚNIOR, Wilson Corrêa da Fonseca. Análise de conteúdo. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, p. 380, 2005.

LAGO, Cláudia; BENETTI, Marcia (orgs). **Metodologia da pesquisa em jornalismo**.

LIMA M.A.DS. Análise de conteúdo: estudo e aplicação. *Rev Logos* 1993; (1): 53-8.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc**, v. 84, p. 131-157, 1976.

LOPES, Gills Vilar; DUNDA, Fabiola Faro Eloy. O risco da contaminação global: o combate à epidemia de Ebola na África como vetor de cooperação internacional. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 9, n. 1, 2015.

LUIZ, Olinda do Carmo; COHN, Amélia. **Sociedade de risco e risco epidemiológico**. *Cad. Saúde Pública* [online]. v.22, n.11, 2006.

MACHADO, Elias. **O ciberespaço como fonte para os jornalistas**. Salvador: Calandra, 2003.

MARTÍNEZ, G. A.; RAMÍREZ, Ronda CH. Ebola: "a fatal syndrome". **Boletín de laAsociacion Medica de Puerto Rico**, v. 88, n. 7-9, p. 69-72, 1995.

MARTÍN, Maria Teresa Sandoval - Los periodistas en el entorno digital: hacia el periodista multimedia. *Sala de Prensa*. Disponível em: <<http://www.saladeprensa.org/art164.htm>>. Acesso em: 15 out. 2015.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. Ebola. Genebra: MSF, 2014. Disponível em: <<http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/ebola>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S. (Org.). (2001). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração, São Paulo**, v. 1, n. 3, p. 2, 1996.

NORONHA, A. B; XAVIER, C. Jornalismo em saúde – entre o ethos e a mídia: medulla. Comunicação oral, Congresso da Abrasco, Salvador, 2003.

OLIVEIRA, Caroline Farinazzo; GLANZMANN, José Honório. **Jornalismo na era da Web 2.0**. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ebola Virus Disease. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en>>

_____. Ebola vírus disease update, 2014 Nov. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2014_08_11_ebola/en/>. Acesso em: 10 abril 2015.

_____. WHO Ebola response Roadmap update, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136645/1/roadmapupdate17Oct14_eng.pdf>. Acesso em: 10 abril 2015.

_____. Ebola virus disease outbreak response plan in West Africa, World Health Organization and the governments of Guinea, Liberia, and Sierra Leone, 2014. Disponível em: [<http://www.who.int/csr/disease/ebola/evd-outbreak-response-plan-westafrica-2014.pdf>]. Acesso em: 10 abril 2015.

_____. Statement on the WHO Consultation on potential Ebola therapies and vaccines, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebolatherapiesconsultation/en/>>. Acesso em: 10 abril 2015.

_____. Ebola vírus disease in West Africa: EDPLN laboratories for Ebola or Marburg vírus diagnostic, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/disease/ebola/EDPLN-labs.jpg>>. Acesso em: 10 abril 2015.

_____. Primeiro relatório da situação sobre o roteiro de resposta ao Ébola, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/29-august-2014_pt.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2015.

_____. Segundo relatório da situação sobre o Roteiro de Resposta ao Ebola, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132687/5/roadmapsitrep2_por.pdf>. Acesso em: 06 jun.2015.

_____. Terceiro relatório da situação sobre o Roteiro de Resposta ao Ebola, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133073/5/roadmapsitrep3_por.pdf>. Acesso em: 06 jun.2015.

_____. Relatório da situação sobre o Roteiro ao Ebola, 2014. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137091/5/roadmapsitrep_22Oct2014_por.pdf> Acesso em: 06 jun.2015.

_____. Relatório da situação sobre o Roteiro ao Ebola, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137424/5/roadmapsitrep_31Oct2014_por.pdf> Acesso em: 06 jun.2015.

PALACIOS, Marcos Ruptura, Continuidade e Potencialização no Jornalismo Online: olugar da memória. In MACHADO, Elias & PALACIOS, Marcos (Orgs), **Modelos do Jornalismo Digital**, Editora Calandra, Salvador, 2003.

PAVLIK, John V. *Journalism and new media*. New York: Columbia University Press, 2001.

PEDROSO, Rosa Nívea. Elementos para compreender o jornalismo informativo. **Sala de Prensa**, n. 51, 2003.

PERCI, Ricardo Delfini. Vírus Ebola. **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 2, n. 8, 1994.

PITTA, Áurea Maria da Rocha; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Sobre pontos de par e pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde alidade da atenção em saúde. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 10, n. 20, p. 395-410, 2006.

RIBAS, Beatriz. **A Narrativa Webjornalística: um estudo sobre modelos de composição no ciberespaço**. 2005. Tese de Doutorado. (Dissertação de Mestrado). Salvador: FACOM/UFBA, 2005.

ROCHA, Harrison da. Racismo e mídia. **Universitas Humanas**, v. 8, n. 1, 2011.

RUBLECKI, Anelise. Agendamento e mediação jornalística no jornalismo líquido. **Comunicologia - Revista de Comunicação e Epistemologia da Universidade Católica de Brasília**, v. 4, n. 2, 2011.

SANTOS, Wendel Ribeiro dos; FAUSTO NETO, Tiago Quiroga. O Papel do Contra Agendamento Midiático nas Mudanças das Rotinas Produtivas no Telejornalismo Brasileiro/The Role Of The Media Social Setting In The ChangesOfProductionRoutines In

BrazilianTelevisionJournalism. **Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho)**, v. 10, n. 4, p. 102-114, 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SERRA, GianeMoliari Amaral; SANTOS, EM dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **CienSaudeColet**, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

SILVEIRA, Ada Cristina Machado da. **Representações midiáticas, memória e identidade**. 2004. IV Colóquio Brasil-França, Seção temática Comunicação e Cultura do XXVII Congresso da Intercom, 2004.

SODRÉ, Muniz. Claros e escuros: Identidade, povo e mídia no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1999.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, v.6, 1984.

SOUSA, Maria Virgínia Marques. **O Diário de Notícias e as potencialidades da Internet: análise prática dos conteúdos online**. 2016. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Educação de Portalegre. Portalegre: 2015

STEPP, Carl Sessions (1996) - The new journalist. *American JournalismReview*. Disponível em: < <http://ajr.newslink.org/ajrstep1.html>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SODRÉ, Muniz. **Claros e escuros: identidade, povo e mídia no Brasil**. Editora Vozes, 1999. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. **Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes**. *Análise Psicológica*, p. 615-620, 2004.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, Clélia Maria Nascimento; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 351-359, 2002.

ZAMORA, Lizy Navarro (2001) - Los periódicos online: sus características, sus periodistas y sus lectores. *Sala de Prensa*. Disponível em: < <http://www.saladeprensa.org/art253.htm>>. Acesso em: 15 out. 2015.

XAVIER, Caco. Mídia e saúde, saúde na mídia. **Caderno mídia e saúde pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública**, p. 43-55, 2006.