



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública

ANDRE LUIS ANDRADE JUSTINO

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA, DO RISCO AO MEDO

FLORIANÓPOLIS

2007

ANDRÉ LUÍS ANDRADE JUSTINO

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA, DO RISCO AO MEDO

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública, curso de Pós Graduação em Saúde
Pública, Setor de Ciências de Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina.

**Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra
Noemi C. de Caponi**

FLORIANÓPOLIS

2007

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e irmãos pela lição por toda a vida

Aos amigos José Carlos e Paulo pelo apoio e companheirismo

Ao mestre Armando que me trouxe outra possibilidade para minha prática

À Sandra Caponi por sua dedicação e paciência em me auxiliar e orientar

EPÍGRAFE

Por mais críticas que sejam a situação e as circunstâncias,
não aceite o desespero;
nas ocasiões em que tudo leva ao medo,
não se deve ter medo de nada;
quando se está rodeado de perigos,
não se deve temer perigo algum;
quando já se esgotaram os recursos,
deve-se contar com todos os recursos;
quando se é surpreendido,
deve-se surpreender o próprio inimigo.

Sun-Tsé (A Arte da guerra)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	VI
RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	03
3 MÉTODOS.....	04
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
4.1 A doença de Chagas	07
4.2 Risco e medo	12
4.3 Epidemias e Medo.....	15
4.4 O papel da mídia na divulgação das epidemias.....	17
5 ASPECTOS ÉTICOS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	20
6 REFERÊNCIAS.....	21
RESULTADOS DA PESQUISA	
Artigo 1 – A Mídia e o episódio da Doença de Chagas Aguda.....	23
1. Introdução.....	24
2. O crescimento exponencial do Mal.....	28
2.1 O perigo mora ao lado e em todos os lugares.....	30
2.2 O sofrer individual	34
3. O recuo do Mal.....	36
3.1 Começa a cair o número de mortos e de contaminados....	37
4. A volta a normalidade e a normatização.....	38
Referências.....	42
Documentos Consultados.....	42
Abstract.....	45
Artigo 2 - A Doença de Chagas, do risco ao medo.....	46
1. Introdução.....	47
2. A Doença de Chagas e transmissão oral.....	51
3. A construção do risco e o medo no episódio.....	55
4. Epidemias e Medo em Saúde.....	59
5. Conclusão/ A persistência da fumaça.....	66
Referências.....	68
Abstract.....	71

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Primeira notícia no jornal Diário Catarinense, 21/03/05.....	25
FIGURA 2 - Notícia de capa do jornal Diário Catarinense, 22/03/05.....	26
FIGURA 3 – Notícia sobre a cobrança de políticos locais e o medo.....	30
FIGURA 4 – Notícia sobre a possibilidade de 50 mil estarem infectados.....	32
FIGURA 5 – Notícia do jornal Diário Catarinense sobre a montagem de um hospital de campanha.....	33
FIGURA 6 – Notícia sobre suspeita de contaminação	35
FIGURA 7 – Informe do Boletim da Vigilância epidemiológica.....	40
FIGURA 8 - Notícia sobre a bactéria mutante.....	41
FIGURA 9 - Notícia sobre infecção causada pelo consumo de salmão.....	41

RESUMO

No início de 2005 um fato novo e inesperado ocorreu no Estado de Santa Catarina. Surgiram as primeiras notícias sobre a possibilidade de contaminação da doença de Chagas por uma via pouco usual. Pessoas teriam sido infectadas e algumas mortes ocorridas após a ingestão do caldo-de-cana contaminado pelo protozoário responsável pela doença aguda. Os números de possíveis casos da doença e de vítimas foram aumentando gradualmente, iniciando uma busca incessante do foco inicial da contaminação e, concomitantemente, medidas preventivas para evitar um dano maior foram postas em ação. Em poucos dias o pânico e o medo tomaram conta não só dos catarinenses, mas também dos turistas que por aqui transitaram no fim do verão daquele ano. Turistas e moradores da região buscavam informações e tentavam se assegurar de não terem se contaminado. Através deste estudo objetivamos descrever o episódio tendo como referencial as notícias dos jornais locais impressos na época. Buscamos mostrar como se deu o surgimento do surto na imprensa e como foi esta repercussão em que o medo, real ou não, tomou conta da população e das autoridades na saúde pública.

Palavras-chave: risco, medo, doença de Chagas, epidemia

ABSTRACT

At the beginning of 2005 a new and unexpected fact occurred in the State of Santa Catarina. The first news had emerged informing on the possibility of contamination by Chagas' illness from a very unusual way. Some people would have been contaminated and some resulted in deaths after having ingested broth-of-sugar cane contaminated with the protozoa responsible for the acute form of the disease. The numbers of possible cases of the illness and victims had been gradually increased resulting in incessant search for the source of such contamination and simultaneously, preventive measures were put in action with the intension to reduce harm. In few days the panic and the fear had not only taken over the catarinenses, but also of the tourists who had been transited here at the end of the summer of same year. Tourists and local dwellers sought for information and tried to reassure that they were not contaminated. Through this study we aim to describe the episode at that time having as referential the printed matters' news of local periodicals. We search for evidences to show how the sprouting in the press occurred and how was repercussion in which the fear, real or not, spread all over the population and the public health authorities.

Key-word: risk, fear, illness of Chagas, epidemic

1. INTRODUÇÃO

Caracterização do estudo

A constante sensação de medo, seja em relação à violência, ao desemprego, aos riscos em saúde tem obtido amplo espaço no cotidiano, nas vidas das pessoas e principalmente nos meios de comunicação. Dentro da clínica, como médico, me surpreendi em minha curta experiência com o número de pessoas que chegavam a uma consulta com medos justificáveis e na sua maioria com medos desmedidos. Muitos desses medos construídos pelo próprio serviço de saúde através da propaganda e dos informes sobre doenças e medidas preventivas. Ao dar entrada ao curso de pós graduação em saúde pública foi me apresentado por minha orientadora a possibilidade de trabalhar com o tema do medo. Tínhamos um episódio vivo, recente e que sempre que eu sugeria o assunto invariavelmente as pessoas ao meu redor relatavam experiências com o conhecido episódio do caldo de cana que beirava a paranóia, o duvidoso e o angustiante com relação ao que se passou naquele início do ano de 2005.

É notória a existência da moda do momento, o carro do momento, o debate do momento, a doença do momento e por que não agora o contágio (epidemia?) do momento?

Após cerca de 2 anos e meio do episódio ainda encontro reverberações informais do que se passou naquele fim de verão, seja no discurso das pessoas que se sentiam ameaçadas pelo contágio, ou seja, pelos trabalhadores, chamados de

garapeiros, que tiveram de alterar as suas rotinas e até buscar outras recolocações no mercado.

A mídia trouxe o “caso do caldo de cana” à tona com notícias que alarmaram a população durante quase cerca de um mês e perduraram, fortemente, no imaginário coletivo por vários meses reverberando até os dias de hoje. Pairou-me então uma dúvida persistente: com esse batalhão de pessoas cada vez mais inseguras, mais e mais inquietas mesmo cercadas de um aparato de velhas e novas tecnologias que nos observam, vigiam, medem e esquadrinham as vidas e os espaços públicos e privados, haveríamos entrados mesmo numa cultura do medo? Então em que esse episódio denominado como o “caso do caldo de cana” poderia contribuir na elucidação do contexto do medo em saúde? Seria esse episódio mais um exemplo histórico do combate que parece existir entre a idéia da higiene e do risco da contaminação?

No 1º. artigo buscou-se deixar mais claro como ocorreu o episódio segundo a mídia, trazendo um relato cronológico da situação e pontuando aqueles momentos que mais chamaram a atenção em relação ao desenrolar da história. Dentro dos resultados, no 2º artigo o objetivo foi tratar o episódio criticamente com um olhar sobre temas que surgiram nesta discussão tais como o risco, o medo e as epidemias. Algumas respostas, muitas dúvidas e um pouco sobre a história das epidemias pode ser encontrado ao fim da leitura deste trabalho. Creio que assim esse episódio possa ter contribuído para elucidar até que ponto o medo se instalou no nosso cotidiano.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o episódio da doença de Chagas aguda em Santa Catarina a partir das notícias veiculadas na imprensa.

Analisar o discurso sobre risco e medo, partindo dos registros na imprensa regional, gerados a partir do episódio da doença de Chagas aguda em Santa Catarina.

3. MÉTODOS

3.1. Metodologia

Este estudo é uma pesquisa descritivo-exploratória. O método adotado foi a análise documental e de conteúdo qualitativo, pois preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social de onde poderá se entender melhor o fenômeno social e seus significados (MINAYO, 2005).

A pesquisa documental foi realizada pelo levantamento de material informativo (notícias, reportagens e notas) sobre a ocorrência da doença de Chagas aguda no Estado de Santa Catarina, publicados no Diário Catarinense e Gazeta do Povo, que são respectivamente os principais jornais diários das capitais catarinense e paranaense. A análise compreendeu o período de 20 de março a 14 de abril de 2005, quando ocorre a divulgação do episódio de Doença de Chagas Aguda na mídia impressa.

As matérias foram selecionadas e classificadas de acordo com o enfoque central dos títulos e de acordo com as fontes do noticiário (Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Prefeituras, população e outros) Foram analisadas as características das reportagens e suas abordagens em relação ao episódio.

A análise de conteúdo foi a metodologia escolhida por permitir inferências dos conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens nos respectivos

textos da mídia, analisar os significados e buscar por meio desses um outro entendimento da realidade.

A organização da Análise de Conteúdo compreendeu três fases (BARDIN, 1977):

a) pré análise: consiste na escolha, organização e formulação de hipóteses e de objetivos relacionados aos documentos consultados;

b) exploração do material: trabalhar o material obtido, assinalar elementos significativos do texto quanto a frequência e intensidade. Buscou-se também uma categorização dos textos para buscar classificar as palavras quanto ao seu sentido e sua intensidade;

c) tratamento dos resultados: corresponde à interpretação do material obtido e análise e comparação das dimensões dos sentidos nele encontrados;

Após a escolha dos documentos, eles foram avaliados a partir da análise de discurso visando uma melhor compreensão de como um objeto simbólico, em nosso caso os artigos a serem analisados, produzem sentidos (ORLANDI, 1999). A análise do discurso tem por objetivo obter uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão da significação dos textos (MINAYO, 1993).

No processo de interpretação não se procurou fazer uma discussão política de quem escreveu a matéria no periódico ou na postura política de tal meio de comunicação pois o objetivo foi de caracterizar os elementos da mídia (informações, idéias, números) que chegaram à população e não o seu processo de construção.

Importante ressaltar que, na pesquisa qualitativa, temos a interpretação em todo o processo do desenvolvimento, desde a sua elaboração até a coleta de dados.

3.2 Materiais

a) Documentos:

Matérias publicadas no principal jornal do Estado de Santa Catarina (Diário Catarinense) e do Estado do Paraná (Gazeta do Povo) no período compreendido da divulgação sobre o episódio de Doença de Chagas Aguda em Santa Catarina, no ano de 2005.

b) Textos de discussão:

Textos referentes ao medo relacionados a abordagem de Delumeau e Glassner.

Textos referentes ao risco relacionados a abordagem de Castiel, Spink e Mary Douglas.

Textos referentes às epidemias relacionados a abordagem de Brito e Delumeau.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 - A Doença de Chagas

A doença de chagas se constitui no maior problema de saúde pública das Américas pois atinge cerca de 10 milhões de pessoas não propriamente doentes, mas portadores da doença (Souza apud MALTA, 1996). Apresenta-se exclusivamente na América, por isso, é conhecida também como tripanossomíase americana. Possui 4º. maior impacto social entre todas as doenças infecciosas e parasitárias prevalentes (DIAS, 2001), a doença de chagas tem permanecido como constante foco de discussão na saúde pública.

O padrão epidemiológico da doença vem mudando devido ao movimento migratório dos anos de 1970 e 1980, tornando assim, tanto rural quanto urbana. Com a invasão do homem no habitat silvestre esse se fez incluir no ciclo epidemiológico da doença. As distorções econômicas influenciam fortemente a distribuição social da parasitose pois a qualidade de vida do homem interiorano é comprometida por condições de moradia, saúde e educação (MALTA, 1996).

Embora afete milhões de latino americanos observam-se poucos interesses das grandes empresas internacionais no desenvolvimento de fármacos específicos. Por sua vez, o controle da doença tem sido o foco quando são tomadas medidas como a melhoria das condições de habitação, combate químico de vetores e seleção de doadores. Esse enfoque se deve pela principal forma de transmissão ser

observada pelo contato de indivíduos com triatomíneos como o bicho barbeiro que albergam protozoário.

Passados quase cem anos da descrição brilhante da *tripanossomíase americana* realizada pelo médico e pesquisador Carlos Chagas em seus trabalhos realizados em Lassance, no interior de Minas Gerais, a partir do ano de 1907 e culminando com seus escritos em 1909. Cabe ressaltar o caráter único devido essa descoberta ter sido feita por um só homem e com a inversão nos procedimentos de pesquisa pois Chagas partiu da identificação do vetor até a análise de suas conseqüências clínicas. Soma-se a isso a peculiaridade de Chagas ter identificado o vetor, o agente etiológico e doença causada pelo parasita. A tal singularidade nos valem de uma citação de Rachel LEWINSOHN em seu livro *Três epidemias: lições do passado* (2003, p.208):

Da beleza e precisão dos escritos científicos de Carlos Chagas (...), é de excepcional interesse o relato dos processos de ideação e raciocínio que levaram o pesquisador, desde o seu primeiro contato com o inseto hematófago, até a descoberta do tripanossoma no intestino do barbeiro e no sangue de vertebrados; desde o primeiro vislumbre da hipótese de uma moléstia nova, até o conceito plenamente formado das principais manifestações dessa moléstia.

Apesar da diminuição da sua incidência, ela ainda constitui um problema de Saúde Pública no Brasil (FERREIRA et al, 1994). O coeficiente de mortalidade específica para a doença de Chagas caiu de 5,2/100.000 habitantes, em 1980, para 3,5/100.000, em 1997, e um número progressivamente menor de internações causadas pela enfermidade é registrado a cada ano na rede de assistência médica

(VINHAES e DIAS, 2000). Porém ainda resta muito a ser esclarecido sobre tal doença, principalmente com relação aos aspectos epidemiológicos (PAYS, 1998).

O protozoário responsável pela doença de Chagas é o *Trypanosoma cruzi*, talvez o parasita que apresenta a maior diversidade de hospedeiros vertebrados. Em toda a América são mais de uma centena de espécies infectadas entre gambás e outros animais silvestres (MALTA, 1996). No seu ciclo tem como vetores, isto é, aqueles que fazem o elo entre o reservatório ou mesmo um animal suscetível e o novo hospedeiro, os artrópodes alados, hematófagos, da ordem hemíptera e da subfamília triatomínea que no Brasil tem como principal espécie vetora o *Triatoma infestans* conhecido como bicho-barbeiro, chupão, chupança e outros diversos nomes. Apresenta como principal mecanismo de transmissão do protozoário através da deposição de fezes contaminadas como o protozoário próximas ao local da picada.

O homem é indiscutivelmente o elo mais injuriado - sob o ponto de vista orgânico - dessa cadeia epidemiológica da tripanossomíase americana, pois pode desenvolver lesões cardíacas e em vísceras ocas como esôfago e cólon. Estudos mostram o caráter evolutivo e imprevisível da doença de Chagas para a forma crônica cardíaca (MALTA, 1996).

O quadro clínico mais comum apresenta uma forma aguda onde os sinais costumam aparecer entre o 5º e o 14º dia após a picada do vetor. As manifestações podem incluir febre, mal-estar geral, cefaléia, edema e anorexia. Na fase crônica o portador da doença em grande parte apresenta-se assintomático e assim permanecerá ao longo da vida. Uma parte pode apresentar as manifestações

crônicas que incluem cardiopatias e lesões de trato digestivo conhecidas como megaesôfago e megacólon (KIELING e MACHADO, 2004).

As formas de transmissão até hoje detectadas são as mais diversas. Dentre as habituais encontram-se a vetorial, que é aquela realizada pelo inseto pela deposição de fezes contendo o tripanossoma e corresponde a 70% das transmissões (MALTA, 1996), a transfusional e a congênita. Há outras formas chamadas secundárias: através de transplante de órgãos, as acidentais e a via oral. Entre os gambás pode ser feita a transmissão convencional ou ainda por via oral, ou seja, através da ingestão dos barbeiros.

Embora pouco usual, os casos de transmissão oral tem sido referidos desde 1921 (JRG apud MALTA, 1996), porém os primeiros casos de transmissão oral da doença foram descritos por Pinto e cols., em 1966, em Belém do Pará. Outras duas microepidemias também foram descritas: no município de Teutônia-RS, em 1965, dezessete pessoas foram acometidas por um quadro com manifestações de infecção aguda. Nos primeiros 30 a 40 dias, 5 faleceram, sendo 2 por miocardite chagásica aguda (GUS et al, 1993). Em Catolé da Rocha - PB, em novembro de 1986, vinte e seis pessoas apresentaram a doença aguda após ingerir o suco do caldo de cana em uma fazenda (SHIKANAI YASUDA et al, 1991).

Estudos experimentais como os de PINTO et al (1990) serviram de apoio para a hipótese da ocorrência da transmissão oral, pois concluíram a manutenção da viabilidade dos protozoários em alimentos à temperatura ambiente.

Em Santa Catarina teria ocorrido outros novos casos de transmissão oral da doença de Chagas, hipótese essa levantada após descartadas outras possibilidades mais comuns de ocorrência como leptospirose e hantavirose.

Com essa possibilidade, segundo a vigilância e os jornais da época, abriu-se a discussão sobre os possíveis modos de transmissão da doença de Chagas. Muito provavelmente devido a época da ocorrência e o meio da possível contaminação tratar-se de algo comum e corriqueiro naquele fim de verão, instalou-se o medo na população e na mídia pois muitos se sentiam expostos à possibilidade de terem adquirido a doença.

4.2 - Risco e medo

A proteção social nasce da busca por proteção contra riscos suscetíveis de levar a uma degradação da situação do indivíduo (acidentes, doenças, velhice sem recursos). Ser protegido não é viver na certeza de poder controlar perfeitamente todos os riscos da vida, mas sobretudo viver cercado de sistemas de segurança que são construções complexas e frágeis como trazem em si mesmas o risco de falhar. A própria busca da proteção criaria uma insegurança (CASTEL,2005). Segundo Delumeau a insegurança é símbolo da morte e a segurança símbolo da vida (DELUMEAU, 1989)

O risco refere-se à possibilidade de ocorrência de um evento adverso. Também pode ser visto como medidor de impacto. A idéia do controle do perigo surge a partir do otimismo gerado com o controle de várias doenças infecciosas na primeira metade do século XX e assim vai obtendo seu crescimento (LUIZ, 2005). Spink (SPINK, 2002) ressalta que a noção de risco é própria da modernidade e está intimamente relacionada à incorporação cultural da noção de probabilidade. Nota-se então a transição entre a sociedade disciplinar das normas para a sociedade de riscos. O risco pode ser definido após o conhecimento do grau de vulnerabilidade e do perigo, onde o risco é uma situação ou condição (MARANDOLA JR e HOGAN, 2004, p. 19). Segundo VAZ, SÁ-CARVALHO e POMBO (2005, p. 4), o conceito de risco implica trazer a probabilidade de acontecimentos futuros indesejáveis para o presente e associar sua ocorrência a decisões, conformando uma visão do futuro não como lugar de realização, mas de sofrimentos a serem evitado.

No entanto, a “criação” de novos riscos que patologizam certos infortúnios que formam parte da condição humana nos faz repensar o papel do risco. A noção de risco implica em duas situações: a positiva quando é associada a aventura e outra que é vinculada a um potencial perigo ou dano.

Situado no campo interdisciplinar, o risco engloba três áreas: cálculo dos riscos, percepção dos riscos pelo público e a gestão dos riscos. Surge também uma quarta área, a comunicação sobre riscos ao público (LUIZ, 2005). Essas abordagens sobre o risco podem ser assim definidas. A análise do risco (cálculo do risco) que possui uma visão mais objetivista de que pode-se diminuir a incerteza que convivemos diariamente; a percepção do risco, que aborda a percepção das populações em relação ao risco e como a cultura exerce papel nesse processo de construção e formulação dos riscos. Está é uma abordagem mais recente a partir da segunda metade do século XX, há um deslocamento do tema como mecanismo de reprodução social. Tal abordagem é mais evidenciada por Anthony Giddens e Ulrich Beck que identificaram uma transição da sociedade industrial para a sociedade de risco (MARANDOLA JR e HOGAN, 2004, p. 16).

Nessa sociedade do risco os discursos de respeito à “liberdade de escolha” e ao “estilo de vida”, transferem para o indivíduo a responsabilidade pelas conseqüências dos seus atos. O controle agora é exercido por meio da prevenção e da moderação, com base nas informações trazidas pelos meios de comunicação. Trata-se principalmente de informar, advertir e aconselhar os indivíduos sobre as conseqüências e os riscos (LEAL, 2005).

Os novos riscos são amplamente imprevisíveis , não são calculáveis segundo uma lógica probabilística, e acarretam conseqüências irreversíveis, também estas incalculáveis.

A inflação contemporânea da noção de risco alimenta uma demanda desvairada de segurança e dissolve de fato a possibilidade de estar protegido (CASTEL ,2005). Segundo Mary Douglas o risco é a maneira moderna de avaliar o perigo em termos de probabilidade num contexto de incerteza. A sociedade do risco teria como questão central a distribuição dos males ou dos perigos. Uma das utilizações da palavra risco é como sinônimo de perigo ou como probabilidade (SPINK, 2002).

Essa insegurança estaria gerando medos e, por vezes, medos desnecessários. A cada momento elegemos novas categorias de coisas para temer e descobrimos novos perigos e riscos. Esses medos advêm tanto da própria incapacidade individual de se auto controlar, como também das ações do outro, quando estas ações podem colocar alguém em situações de risco, sem o seu conhecimento ou escolha (LEAL, 2005).

O risco comumente utilizado na saúde chega ao conhecimento comum através da epidemiologia. Um exemplo é o da AIDS, pois que junto com os números de óbitos e contaminados são colocados os números em probabilidades futuras através de conceitos como “população de risco”. Será através dessa noção de risco que surge o temor pois assume-se que alguns grupos são mais vulneráveis do que outros. As epidemias por conseqüência estão fortemente associadas à idéia de risco e de probabilidades.

4.3 - Epidemias e Medo

Historicamente as epidemias, os surtos e a possível ocorrência desses sempre geraram reações estranhas e exacerbadas nas populações passíveis de serem atingidas. O medo ante as situações de risco mudam certos hábitos. Parecem permanecer as imagens de devastação ocorridas na história durante os séculos quando epidemias diversas dizimavam grande parte da população tal como a peste que assolou grande parte da população mundial. Assim sintetiza NASCIMENTO e CARVALHO essas mudanças e reações:

No caso das epidemias, por exemplo – cujas características são o grande número de vítimas, a impotência diante da morte e a exclusão dos doentes -, a explicação para a morte pode mudar: da inevitabilidade do castigo divino, numa época, passa-se à revolta, ao terror e à discriminação, em outra. (NASCIMENTO e CARVALHO, 2004, p. 16)

No Brasil a gripe espanhola por algum tempo fez vítima boa parte da população principalmente localizada na cidade do Rio de Janeiro por volta do ano de 1918 mas também habitou não só o imaginário (BRITO, 1997).

As epidemias e a eminência de acontecerem traz à tona diversas novas formas de rearranjo dos espaços e das relações humanas. Isso foi observado mais classicamente na resposta humana à peste pelas mudanças nas atitudes ante a enfermidade que assolou a Europa Ocidental e o Oriente Médio entre os anos de 1347 e 1844. Segundo Delumeau ¹(BARDET, J. et al, 1988, p. 7): “ a peste é , sem

¹ DELUMEAU, J. La peur em Occident (XIVe-XVIII). Une cite assiégée, Paris, 1978, p.112

dúvida, entre todas as calamidades desta vida, a mais cruel e verdadeiramente a mais atroz”. A peste é tida como a metáfora das doenças contagiosas. Segundo Watts (WATTS, 2000, p. 18): “ Em toda sociedade (...) uma epidemia influía sobre a relação de poder entre a minoria dominante e a maioria dominada”. Estas mudanças ocorriam no transcorrer das epidemias e deixavam lastro após a resolução das mesmas.

Certos reflexos coletivos do tempo da peste são mais notados como: terror, pânico, egoísmo visceral, a busca do “bode expiatório”, explicação moral da doença analisada em termos de culpabilidade ou inocência. Frequentemente recorria-se a uma ideologia da ordem , onde se encontram a quarentena e outras técnicas de controle.

Este estabelecimento da ordem remete a uma outra noção que são as relações de poder. Mary Douglas em Pureza e Perigo nos remete a essa relação: “Esses perigos são uma ameaça que permite a um homem exercer sobre outro um **poder** de coerção” (DOUGLAS, 19--, p. 15).

Douglas afirma que “A **ordem** ideal da sociedade é mantida graças aos perigos que ameaçam transgressores” (DOUGLAS, 19--, p. 15). Quando dessa proximidade do perigo ou em curso dessas epidemias são criados certos ritos. Esses ritos buscam reconduzir a ordem e como citado pela autora “ o rito supõe que a forma é dotada de um certo poder, o de se perpetuar , mas, ao mesmo tempo, que ela é vulnerável ao ataque também atribui certos poderes uns maléficos e outros benéficos” . Portanto, Douglas conclui que “a desordem é pois, ao mesmo tempo, símbolo de perigo e poder” (DOUGLAS, 19--, p. 115).

4.4 - O papel da mídia na divulgação das epidemias

A mídia em todas as suas formas (escritas, por imagens e meios eletrônicos) tem um papel incontestável a que muitos chegam a denominar de quarto poder. Os meios de comunicação provocam grandes mudanças no campo das relações sociais e na reelaboração de categorias essenciais do pensamento humano como tempo e espaço (NJAINÉ, 2002, p. 286). Ressaltado assim pela autora:” ... nas sociedade modernas, esses meios ocupam um lugar privilegiado da produção e reprodução do real, tornando-se poderosos ‘interferentes’ na organização do espaço relacional.”

Por sua vez a mídia impressa apresenta uma característica menos fragmentária e possui uma temporalidade maior (Wolf² apud NJAINÉ, 2002, p.287). Traz consigo um efeito de maior agendamento dos temas publicamente importantes mais significativos, tornando menos efêmeras sua pauta. Essa característica traz algo peculiar ao papel dos jornais diários como narradores dos acontecimentos.

O papel da mídia impressa se caracteriza tanto em um plano informativo que leva a narrativa do dia a dia associada a um outro plano que é o “modo como se fala” e “por que se fala”.

Poucos autores tem estudado o papel da mídia na divulgação das epidemias. (FRANÇA, 2004). Embora haja uma preocupação de que os meios de comunicação assumam um papel difusor de informações técnicas e científicas, há também uma supervalorização desses acontecimentos como a possibilidade da ocorrência de

² Wolf M 2001. *Teorias da comunicação*. Editorial Presença, Lisboa

surtos. Essa função pode ao mesmo tempo levar à informação e ao alarmismo injustificado.

A imprensa pode ter um papel positivo mas também pode criar confusão e a insegurança na difusão de notícias, como assinala FRANÇA (2004, p.1335):

O poder da mídia de informar em grande escala pode contribuir para a emancipação dos cidadãos e sua inserção autônoma na sociedade. Mas é certo que a qualidade da informação prestada, a forma e o momento em que se veicula a notícia produzem significados variados e podem concorrer para o esclarecimento e a mobilização popular ou, ao contrário, para a confusão e o alarmismo reativo.

Em outros episódios mais clássicos como, por exemplo, o da gripe espanhola ocorrida no início do século XX, a mídia, além do papel descritivo do desenrolar dos fatos, coloca-se como espaço para as críticas, como veículo tranquilizador e até como divulgadora de estratégias terapêuticas e de prevenção. Desde o surgimento dos primeiros casos da influenza maligna no Brasil os jornais cariocas tomaram inicialmente o papel de não alarmar a população e, assim que surgiram as primeiras mortes tentou-se tranquilizar a população e não causar a “epidemia do medo da espanhola”. Com a piora do quadro da doença e, à medida em que aumentavam as cifras de mortos e doentes houve uma avalanche de denúncias contra autoridades sanitárias e governos (BRITO, 1997)

No caso da descoberta da AIDS, no começo da década de 80, o que se observou foi uma mistura de informação e propagação do medo. A imprensa, quando se viu diante de algo ameaçador, trouxe à tona diversas tentativas de esclarecimento. Mas cada nova notícia suscitava mais e mais terror entre as

peessoas, como ressalta HERZLICH e PIERRE (2005, p. 92) em seu trabalho sobre a construção do “fenômeno social AIDS” a partir de jornais diários franceses: “A partir do verão de 1985, a AIDS se torna uma matéria quase cotidiana, explicitamente dominada pela preocupação de informar para desdramatizar. Mas o desenvolvimento do medo é paralelo ao da informação.”

É no campo do enfoque da informação jornalística que mais se aprofunda a discussão entre o que é relevante para alertar e contribuir para as ações das populações frente às doenças. Afinal, como trazer a transparência, agilidade e abrangência dos acontecimentos sem alavancar a intranqüilidade e o medo? Como não se debruçar sobre temas espetaculares, imagens espetaculares e números espetaculares e sair do foco principal que é a informação? Como não cair na armadilha do “espetáculo” definida por DEBORD (2004, p. 171) como “o exagero da mídia”.

A mídia tem papel importante em trazer esclarecimentos e tentar fomentar a mobilização popular nessas situações que podemos chamar de risco. O jornalismo tem sido historicamente um dos principais instrumentos de construção da democracia e de conquistas de direitos de cidadania (KUCINSKI, 2000, p. 182).

5. ASPECTOS ÉTICOS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O projeto não foi submetido ao comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por tratar-se exclusivamente de pesquisa documental, o que não implica em riscos éticos.

Este estudo aqui proposto tem relevância por tratar-se de um tema pouco explorado não só na Saúde Pública como na saúde em geral.

O medo apresenta-se como uma das mais fortes emoções humanas e está interligado à diversas ações e tomadas de decisões no dia-a-dia das pessoas, sendo necessário abordá-lo para repensarmos as estratégias em saúde.

O estudo da história próxima de emergência de uma epidemia pode auxiliar a melhor compreender outros eventos futuros que possam vir a ocorrer e a afetar a saúde das populações em outros momentos. A doença é um fenômeno social importante e apresenta uma construção e assim reforçada por Le Goff³: “ a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais” (Lê Goff apud Nascimento , 2004)

³ Lê Goff, Jacques, As doenças têm história, Lisboa, Terramar, 1997, pp.7-8

6. REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BRITO, N. A. . **La Dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro**. História, ciências, Saúde - Manguinhos vol IV(1) ; 11:30 mar-jun 1997
- CASTEL, R. . **A Insegurança Social: O que é ser Protegido?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005
- DELUMEAU, J. **História do Medo no Ocidente**, 3ª. ed. Companhia das Letras, São Paulo, 1989
- DIAS, J. C. P.. Doença de Chagas, ambiente, participação e Estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(suplemento):165-169, 2001
- DOUGLAS, M; **Pureza e Perigo**, Rio de Janeiro, RJ. Edições 70, 19--
- FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1334-1341, set-out, 2004
- HERZLICH, CLAUDINE; JANINE PIERRET. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses “**PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):71-101, 2005”
- KIELING, C. ; MACHADO, A.R.L. Doença de Chagas. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed 3ª. ed, 2004 Cap. 162
- KUCINSKI, B. Jornalismo, saúde e cidadania. **Interface. – Comunic., Saúde, Educ.** v. 6, p.181-85, 2000
- LEAL, R. C. S. . Novas tecnologias e monitoração: a cultura do medo legitimando o controle.. In: XXVIII Encontro dos Núcleos de pesquisa da INTERCOM , 28, 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2005.
- LEWINSOHN, R . **Três epidemias: lições do passado**. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2003
- LUIZ, O. C. **Risco epidemiológico nos jornais diários**. São Paulo, 2003. 226 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.
- MALTA, J. **Doença de Chagas** São Paulo: SARVIER, 1996
- MARANDOLA JR., E. ; HOGAN, D. J. . **O risco em perspectiva: tendências e abordagens**. Geosul, Florianópolis, n. 38, p. 23-58, 2004
- MINAYO, M.C.S. **Avaliação por Triangulação de Métodos : Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro. Edit. Fiocruz, 2005

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**, 2ª ed., São Paulo, HUCITEC, 1993

NASCIMENTO, D. R., CARVALHO, D. M. Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004

NJAINE, K; MINAYO, M.C.S. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):285-297, 2002

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: Princípios e Procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999

PINTO, P.L.S; et al . Observações sobre a viabilidade do Trypanosoma cruzi no caldo de cana. **Rev Inst. Méd. Trop.** São Paulo. 32(5): 325:327, setembro-outubro, 1990

SPINK, M. J. P. ; MEDRADO, B.; MELLO, R. P. **Perigo, Probabilidade e Oportunidade: A Linguagem dos riscos na mídia**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15(1)151:64

WATTS, S.; **Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo**. Ed. Andrés Bello España, 1997

VAZ, P. ; CARVALHO, C. S. ; POMBO, M. . Risco e sofrimento evitável: a imagem da polícia no noticiário de crimes. E Compos **Revista da Associação Nacional dos Ppg Em Comunicação**, Eletrônica, v. 4, p. 1-22, 2005.

A MÍDIA E O EPISÓDIO DA DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

André Luís Andrade Justino

Sandra Noemi Caponi

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a trajetória do episódio conhecido como a contaminação do caldo de cana no Estado de Santa Catarina, Brasil. Essa análise foi realizada a partir de matérias publicadas pelos dois principais meios de comunicação impressa (jornais diários) nos Estados do Paraná e Santa Catarina. Observou-se não somente o surgimento como também o desenrolar das notícias. Abordamos o conjunto dessas notícias publicadas pela imprensa procurando ressaltar os principais fatos do episódio e os relatos que provocaram pânico na população, pois na ocasião, chegou-se a divulgar que 50.000 pessoas estariam expostas a contrair o Mal de Chagas por via oral, através da ingestão do caldo de cana.

Palavras chave: mídia, Chagas, epidemia, medo

1. INTRODUÇÃO

Neste estudo pretendemos descrever a emergência e a trajetória de uma epidemia de Chagas no estado de SC. Para realizar esta análise utilizamos os dados veiculados pela mídia do início da epidemia e a divulgação dos primeiros casos até o momento em que a problemática começa, pouco a pouco, a desaparecer, primeiro das manchetes e logo das páginas dos jornais locais. A particularidade e a ampla difusão desse caso deveu-se ao modo não usual de transmissão.

As notícias sobre o episódio conhecido como a “doença do caldo de cana” iniciaram com a confirmação (?) da presença da doença de Chagas como causa da morte de três pessoas da mesma família no dia 19 de março de 2005, um sábado de fim de verão.

O primeiro dia em que o jornal Diário Catarinense menciona o caso traz consigo o título: “CALDO DE CANA PROIBIDO NO ESTADO” (COELHO, 2005, p. 24). Nesta primeira matéria tenta-se explicitar qual seria o local mais provável do foco inicial e o período onde poderia ter ocorrido a infecção. Porém, algo trouxe o que geraria uma maior aflição para toda a população naquele instante: a relação entre a doença e o possível meio de contaminação. As três primeiras vítimas, únicas na seqüência do caso confirmadas, tiveram como laudo serem acometidas pela doença de Chagas aguda. O que elas tinham em comum, era o fato de ter consumido caldo de cana em um quiosque da BR 101, ao norte do Estado de Santa Catarina.

FIGURA 1- Primeira notícia no jornal Diário Catarinense, 21/03/05
 FONTE: Diário Catarinense, 21/03/05

24 DIÁRIO CATARINENSE **geral** SEGUNDA-FEIRA, 21/03/2005

SAÚDE Decisão vale para o período de investigação da morte de três pessoas pela doença de Chagas

Caldo de cana proibido no Estado

NILSON COELHO
 ▼ AGENCIA RBS/ITAJAI

A cúpula da Vigilância Epidemiológica do Estado – que esteve reunida em boa parte do dia de ontem – decidirá mear para hoje uma entrevista coletiva.

O objetivo do encontro será a apresentação das ações de controle e prevenção da doença de Chagas em Santa Catarina.

A confirmação da doença como causa da morte de três pessoas da mesma família feita pela Secretaria de Estado da Saúde, no sábado, já resultou em uma ação concreta: durante o processo de investigação, a diretoria da Vigilância Sanitária do Estado, como medida de precaução, estará proibindo a produção e a comercialização de caldo de cana em Santa Catarina.

infecioso agudo com evolução para comprometimento generalizado, e que tiveram em comum a ingestão de caldo de cana e o mesmo período de infecção (entre os dias 13 e 20 de fevereiro), têm como diagnóstico confirmado a doença de Chagas Aguda.

Primeira notificação por ingestão de alimentos

O anúncio oficial da saúde descarta o diagnóstico preliminar de leptospirose. A confirmação, pegou de surpresa os catarinenses e, principalmente, os familiares das vítimas. É o primeiro caso ocorrido de transmissão da doença através de alimentos.

De acordo com o laudo as irmãs Ana Beatriz, quatro anos, e Anne Heloísa Cabral, nove anos, e a avó das duas, Dorvalina, 62, morreram vítimas da doen-



LACRE: Pontos de venda do produto foram fechados pela Vigilância Epidemiológica (detalhe) ontem à tarde

Além desse primeiro enfoque são ressaltadas as primeiras medidas que a vigilância epidemiológica do Estado tomou: fechamento dos estabelecimentos de venda do produto e orientação para não se consumir o caldo de cana até uma maior investigação. Na mesma matéria utiliza-se pela primeira vez a palavra surto: “A Vigilância está tratando o caso como um surto...” (RODRIGUES, 2005, p.24). Assim instalou-se o clima de terror e medo que se seguiria nos dias subsequentes.

No dia posterior a primeira matéria o assunto toma tal importância que é manchete da capa do principal diário do Estado. A chamada (título principal) é “QUARTA MORTE POR CHAGAS DEIXA O ESTADO EM ALERTA”. (Quarta..., 2005, capa). A Secretaria de Estado da Saúde, no dia anterior, havia informado que as pessoas que tivessem desenvolvido quadro febril infeccioso agudo com evolução para comprometimento generalizado e que tivessem em comum a ingestão de caldo de cana no período entre os dias 13 e 20 de fevereiro teriam como diagnóstico a

doença de Chagas Aguda(COELHO, 2005, p. 24). Porém, em matéria do dia posterior, a mesma Secretaria emitiu um alerta para todos aqueles que haviam bebido caldo de cana em alguma cidade do Litoral Norte de Santa Catarina a partir de 1º. de fevereiro (BERTOLINI, 2005, p. 4). Na capa mencionada observa-se o crescente período dos possíveis contaminados. Além disso há um aumento da área de abrangência do provável contágio e uma chamada para que as pessoas que beberam o caldo de cana se submetam a exames independente dos sintomas.

FIGURA 2 – Notícia de capa do jornal Diário Catarinense, 22/03/05
 FONTE: Diário Catarinense, 22/03/05



Ao mesmo tempo notícias desencontram-se com um pequeno quadro nas paginas internas do periódico, um pequeno texto citando que não há tratamento para a tal doença: “No Brasil, não existe vacina para se prevenir contra Doença de Chagas. O tratamento é pouco eficiente: surte efeito só nos casos crônicos (mais leves ou em fase inicial) e não tem eficácia sobre casos agudos. “ (Contágio..., 2005, p. 4) Então caberia a pergunta: para que procurar fazer o exame? Reforça-se também o modo de contaminação pouco usual da Doença de Chagas em que um

médico-infectologista ressalta: “... o que mais chama a atenção (é a transmissão oral), já que quase todos os casos da doença já registrados no país se deram pela picada do barbeiro...”.

Na capa há também a citação de um aumento importante no número de pessoas com doença de Chagas confirmadas, que já chegariam a cifra de quatorze.

Por momentos na imprensa parece não haver tanta certeza das causas das mortes. Embora cite que “os exames mostraram a causa certa”, em outro trecho, afirma que “técnicos do Ministério da Saúde chegarão a Santa Catarina amanhã para tentar identificar o que está causando tal epidemia”. (BERTOLINI, 2005, p. 4)

Inicia também a repercussão na população gerando a procura dos exames, essa procura foi intensa como demonstra o título da matéria principal: “TEMOR FAZ PROCURA POR EXAMES CRESCER”. Na mesma matéria há a menção do início do pânico que se seguiria: “Durante todo o dia de ontem, 160 pessoas de Itajaí e Balneário Camboriú coletaram amostras de sangue nos laboratórios públicos para tirar da cabeça uma dúvida que pode lhes salvar a própria vida: saber se estão ou não com o Mal de Chagas.” (Temor..., 2005, p. 5) Assim a partir do segundo dia da divulgação das informações iniciais houve a “epidemia da mídia” como bem descreve CASTIEL(2006, p. 134):

É preciso estar atento à relação entre cientistas da saúde e a difusão leiga de seus achados, pois não é inadmissível a geração de discrepâncias ou conflitos com prejuízo para os próprios investigadores e profissionais de saúde, mas, especialmente, para o público . Veja-se por exemplo, as “epidemias” de determinadas afecções nos serviços médicos no dia seguinte à difusão das mesmas em programas televisivos.

Em matéria do mesmo dia, algumas conseqüências já são observadas devido a proibição da comercialização do caldo de cana pela Vigilância Sanitária do Estado. Observado nos dizeres do comerciante de Tubarão, Santa Catarina: *“Se eu parar de fabricar o caldo de cana vou viver de quê? Só com o aposento não dá – garante Cardoso”* (BECKER, 2005, p.5)

2. O CRESCIMENTO EXPONENCIAL DO MAL

Não só as epidemias de fato como também o receio delas ocorrerem trabalham com números, por vezes hiperinflacionados. Das três mortes do início, em poucos dias chegou-se a cifra de sete. Dos contaminados “confirmados” que se iniciaram em quatorze alcançou-se os 30 rapidamente. Dos casos suspeitos, de 20 saltaram para 37, após 44, chegando a 136 e, finalmente, em 156 suspeitos da doença. (BERTOLINI, 2005, p.4, p. 31; ALVES, 2005, p. 26)

Durante o episódio na mídia os números são desconstruídos e trabalhados num crescente até o final do episódio. Na grande maioria das vezes esses números de mortos, possíveis contaminados e pessoas em risco tem como fonte funcionários ligados a saúde e, principalmente, ao setor da vigilância epidemiológica. Não só os números como os termos utilizados para os números da tragédia são pouco definidos.

Vejamos o exemplo da contagem da contaminação. Entre algumas expressões utilizadas há o número de “casos confirmados”, “casos suspeitos”, “casos suspeitos de contaminação”, “aqueles que podem estar contaminados”,

“expostos”. Durante o período das reportagens há uma intensa confusão na utilização desses termos, como pode ser observado nos casos retirados das matérias de jornal, no período da divulgação do possível surto.

A essa confusão de nomes e números outro fator trouxe um aumento na preocupação com o episódio. No dia 22 de março de 2005 há uma matéria trazendo a possibilidade do contágio ter sido maior do que o pensado: *“A quarta morte por Mal de Chagas no Estado, contraído através da ingestão de caldo de cana, foi confirmada ontem em Joinville. A vítima, um boliviano que estava em férias no Estado, morreu ...”* (RODRIGUES, 2005, p.4). Um dia depois uma nota em meio as notícias ressalta : *“Ministério da Saúde alerta Mercosul”* (Filas..., 2005, p. 31). Assim como em outras epidemias ocorridas na história também houve uma “exportação” do mal de Chagas chegando a alertar países da América do Sul com o risco da contaminação.

Neste terceiro dia de veiculação na imprensa novamente observa-se o pânico em que se encontrava a população catarinense: *“ Em busca de exames que detectam o Mal de Chagas, centenas de pessoas formaram filas em hospitais e postos de saúde de Santa Catarina, ontem”* (Filas...,2005). Em outro texto reforça a intranqüilidade que tomou conta da população:

A deputada Odete de Jesus (PL), preocupada com o surto do mal de Chagas agendou uma audiência pública para dia 29 deste mês. A deputada justificou como obrigação dos parlamentares a exigência de todas as informações a respeito do caso e, com isso, devolver a tranqüilidade necessária para a continuidade do desenvolvimento do Estado.” (BERTOLINI, 2005)

Esse pânico mesmo em outro Estado vizinho, Paraná, foi observado também por políticos locais (Chagas, 2005):

Figura 3 – Notícia sobre a cobrança de políticos locais e o medo

FONTE: Gazeta do Povo, 25/03/05

SEXTA-FEIRA, 25 de março de 2005

P A R A N Á

SURTO

Políticos cobram medidas urgentes

O surto da doença de Chagas, que já matou cinco pessoas em Santa Catarina, começa a mobilizar deputados e vereadores do Paraná. A Assembléia Legislativa e a Câmara Municipal retomam as atividades na segunda-feira, cobrando do governo do estado e da prefeitura de Curitiba ações mais rápidas para diagnosticar a doença e não comprometer a atividade dos comerciantes que sobrevivem da venda de caldo de cana.

(...)

Kátia Chagas

2.1. O Perigo mora ao lado e em todos os lugares

Neste momento cabe trazer à tona duas matérias veiculadas na mídia que estão intrinsecamente ligadas e ressaltam bem a que ponto chegou o medo e a hiperinflação do temor. No dia 24 de março de 2005 há a notícia sobre o temor na cidade de Joinville e a preocupação com a contaminação futura provocada pelo mal de Chagas.

Os efeitos da epidemia foram multiplicados pela mídia, novos casos são trazidos à tona. Temos como exemplo o relato da matéria do dia 24/03/05:

A população de Joinville está preocupada. No domingo, o casal de aposentados Vitalina e Alvarino Cardoso foi ao distrito de Pirabeira, em Joinville, tomar caldo de cana com a filha, Raquel. Horas depois, quando assistiam ao Fantástico, descobriram que poderiam ter se contaminado. Ontem à tarde, com sintomas da doença, Vitalina (foto) foi encaminhada ao Hospital Regional para exames. (ARGOLO, 2005, p.27)

Ao lado da foto, um título alarmante: **“Estima-se que 50 mil estão expostos”**.(Figura 4) O texto relata que: *“A Secretaria de Saúde de Santa Catarina trabalha com estimativa de que cerca de 50 mil pessoas podem ter se exposto à doença de Chagas após consumirem caldo de cana contaminado em quiosques às margens da BR-101, entre os municípios de Piçarras e Itajaí, em fevereiro”*. (Estima-se..., 2005, p.27) Dentre um festival de informações eis que no momento de maior pânico surge o número de 50 mil. E agora? Nesse momento aquilo que era focal passa a ser universal.

Não há menção nas matérias de como chegou-se a tal número, mas provavelmente tenha sido o cálculo das pessoas que circulam nesse período pela BR-101 e consomem nas diversas barracas e lojas à beira da estrada. Tudo isso em pleno verão, alta temporada, com grande circulação de turistas.

FIGURA 4 – Notícia sobre a possibilidade de 50 mil estarem infectados
 FONTE: Gazeta do Povo, 24/03/05
 QUINTA-FEIRA, 24 de março de 2005

P A R A N Á

SAÚDE-Três pessoas morreram e 19 ficaram doentes após consumirem caldo de cana em quiosques da BR-101

SC pode ter 50 mil casos de infecção

Ministério da Saúde encaminha 40 mil kits para fazer exames

SAÚDE-Três pessoas morreram e 19 ficaram doentes após consumirem caldo de cana em quiosques da BR-101

SC pode ter 50 mil casos de infecção

Ministério da Saúde encaminha 40 mil kits para fazer exames

Ao leitor caberia ver o temor particular de dona Vitalina e cruzar com os dados de que até cerca de 50 mil pessoas poderiam ser alvos de tal contaminação e tomar a reflexão: “Será que estou contaminado também?”

No dia posterior à notícia dos potenciais contaminados (25/03/05) vem a resposta ao possível “ataque”. Em letras garrafais surge: “EXÉRCITO MONTA HOSPITAL NO NORTE”(ARGOLO, 2005, p. 4) No pátio do Hospital Regional em Joinville foi montado um aparato para receber as possíveis centenas ou milhares de pessoas contaminadas. As informações eram desencontradas, embora houvesse a possibilidade de milhares de expostos, poucas pessoas no transcorrer do episódio teriam confirmado o contágio e, por conseqüência, a possibilidade da doença

aguda. Na matéria do mesmo dia fala-se em 9677 pessoas encaminhadas para o exame laboratorial. Ressalta-se que dos 1039 primeiros resultados o que se conseguiu encontrar foram: *dois resultados inconclusivos*.

FIGURA 5 – Notícia do jornal Diário Catarinense sobre a montagem de um hospital de campanha
 FONTE: DIARIO CATARINENSE, 25/03/05

4 DIÁRIO CATARINENSE PÁGINA QUATRO SEXTA-FEIRA, 25/03/05

Exército monta hospital no Norte

Com a suspeita de 169 pacientes com sintomas do Mal de Chagas transmitido pela contaminação de caldo de cana, o reforço no atendimento foi instalado no pátio do Hospital Regional em Joinville

CARLA ARGOLO
 ▼ JOINVILLE

Um hospital de campanha do Exército foi montado no pátio do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, em Joinville, Norte catarinense, para aliviar o atendimento nos pronto-socorros da cidade. Tudo porque 169 pacientes com os sintomas do Mal de Chagas aguardam os resultados dos exames, deixando as unidades de saúde do município superlotadas.

Na quarta-feira, assim que as tendas verdes foram armadas, dois pacientes tiveram que ser encaminhados ao hospital campal. Desde as 14h de quarta-feira, quando a campanha de contenção do Mal de Chagas foi deflagrada em Joinville, 9.677 pessoas foram encaminhadas aos laboratórios da cidade para realizar os exames. A maior cidade catarinense foi a primeira no Estado a bancar o exame em todos as pessoas que consumiram caldo de cana entre os dias 1º de fevereiro e 20 de março.

A intenção, segundo o coordenador da campanha, Luís Henrique Melo, é detectar se haverá casos da fase crônica do Mal de Chagas, cujos sintomas podem



ESTRUTURA: Soldados preparam as instalações para receber possíveis pacientes em Joinville

A repercussão

O Ministério da Saúde enviará para Santa Catarina 50 mil kits para diagnóstico do Mal de Chagas. O ministro Humberto Costa, informou que os bancos de sangue de todo o país receberam um aviso do Ministério. Além das perguntas que já são feitas habitualmente, os doadores de sangue terão de informar também se estiveram recentemente em Santa Catarina e se ingeriram caldo de cana.

A investigação da Vigilância Sanitária de Santa Catarina ainda não chegou ao Barbeiro, transmissor da doença de Chagas nos canais do Estado. A chefe da Vigilância descarta a contaminação nas plantações. Agora, o rastreamento do inseto será nos depósitos de cana e nos quiosques do litoral de SC.

Empresários da área turística de

O mais surpreendente viria um dia depois: no dia 26 de março o hospital de campanha, que tinha sido ativado dois dias já tinha sido desativado. Uma pequena nota ao final de um texto sobre o que seria o “primeiro caso sem sintoma” nos informa sobre essa desativação: “O hospital de campanha montado pelo Exército no estacionamento do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt foi desmontado na manhã de ontem. Melo acredita que, com a maioria dos resultados negativos, não deva mais ocorrer superlotação no pronto-socorro, como aconteceu na quinta-feira.”

(ARGOLO, 2005, p. 16)

Assim em pouquíssimo tempo teve fim a menção aos 50 mil possíveis expostos à contaminação, bem como a implantação de um hospital emergencial para as possíveis “centenas ou milhares de vítimas”.

2.2. O sofrer individual

Ao mesmo tempo em que os relatos, os números, a chance real e as possibilidades do contágio/contaminação estavam em letras garrafais nos periódicos, as imagens e os sofrimentos individuais vêm à tona para tornar mais vivo esse risco.

Em matéria do Jornal Gazeta do Povo de 26/03/05 uma reportagem chama a atenção. A chamada maior em caixa-alta ao alto da página é “SANTA CATARINA REGISTRA 31 INFECTADOS COM CHAGAS”. Ao lado há o texto descrevendo o número de contaminados, novos casos confirmados, a busca do foco de contaminação, o número de mortos até o momento, etc. Abaixo há uma foto em que há uma jovem deitada no leito, possivelmente, em um hospital cercada com aparatos médico-hospitalares (equipos, suportes e medicação endovenosa). A jovem é afagada por um senhor ao lado do leito. Abaixo da foto lê-se “Luiz Tomini abraça a filha Karen com suspeita de contaminação em Joinville”. (Santa..., 2005, p.13) (Figura 6)

O jornal no qual foi veiculada a matéria apresenta grande circulação regional, sendo responsável pela principal fonte de imprensa escrita na região de Curitiba, Paraná. Essa matéria teve espaço no desenrolar de todo episódio onde, por outros

momentos, também foram emitidas as opiniões da população com relação ao temor do consumo do caldo de cana e da possibilidade de uma contaminação ainda maior.

Porem, em alguns momentos houve dúvida tanto dos técnicos como da imprensa da real causa da suposta epidemia em curso. Como, por exemplo, na matéria do dia 28/03/05 do Diário Catarinense onde um funcionário da Vigilância Sanitária de Florianópolis relata “não haver confirmação da contaminação pelo consumo de caldo de cana, a hipótese é a mais provável”. (ARGOLO, 2005, p. 23).

FIGURA 6 – Notícia sobre suspeita de contaminação
 FONTE: Gazeta do Povo, 26/03/05

EPIDEMIA

Santa Catarina registra 31 infectados com Chagas

Mais um caso foi confirmado em Jaraguá do Sul, no norte do estado

FLORIANÓPOLIS (AE) – NÃO FOI REGISTRADO nenhum caso positivo para doença de Chagas nas 400 amostras do primeiro lote de exames realizados pelo Laboratório Central da Secretaria de Saúde de Santa Catarina. O laudo foi divulgado ontem, em Florianópolis. No entanto, houve a confirmação de mais um caso em Jaraguá do Sul, no norte do estado, onde 31 habitantes tiveram sintomas da doença.

Na cidade, 1.200 moradores se apresentaram na Secretaria Municipal de Saúde relatando ter tomado caldo de cana às margens da BR-101 em fevereiro. O surto da doença já causou a morte de cinco pessoas entre os 31 casos confirmados até ontem. A estimativa é que 50 mil pessoas podem ter consumido o caldo e devem procurar o serviço de saúde.

A força-tarefa da Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina e de técnicos do Ministério da Saúde não conseguiu encontrar até agora, nos canaviais e depósitos de cana na região onde as vítimas foram infectadas, nenhum foco do inseto que transmitiu a doença, um "parente" do barbeiro que não pica, mas também carrega o *Trypanosoma cruzi*, microorganismo que causa o mal de Chagas. As buscas prosseguem.

Até ontem foram identificados apenas dois quiosques em Navegantes e dois em Joinville onde o caldo de cana estaria contaminado.

"Temos a situação localizada", informou o diretor da Vigilância Epidemiológica, Luiz Antonio Silva. "O mais importante é que as pessoas infectadas têm de ser identificadas e tratadas."

"Desde quarta-feira, quase 10 mil pessoas foram encaminhadas aos laboratórios da cidade para realizar os exames."



Luiz Tomini abraça a filha Karen com suspeita de contaminação, em Joinville.

Falecimentos

Essa exposição dada pelo jornal nos remete às indagações: O sofrimento individual pode representar um sentimento coletivo? Cabe a exposição desse sofrimento individual?

Há uma nítida exposição de um drama familiar como forma de alertar e informar (?) sobre os riscos da ingestão do caldo de cana, assim como da necessidade de buscar a avaliação técnica para tal risco. Os números, que falam do sofrimento coletivo tem um determinado valor, mas o individual, o familiar, o caso peculiar pode produzir maior apreensão e inquietação. Existe sim a dificuldade em discernir se a saúde e a doença pertence ao domínio privado ou público, porém, parece claro que o sofrimento, ainda que seja algo íntimo e vivido em um ambiente as vezes familiar, pode ser desnecessariamente exposto ao domínio público.

3. O RECUO DO MAL

Embora a notícia em pequeno espaço do dia anterior acerca do desmonte do hospital de campanha já trouxesse um certo alívio, relatando que poucas pessoas estariam contaminadas, a primeira grande matéria que relata que o “Mal” poderia estar controlado viria com o título de uma matéria em 27 de março: “Joinville vê recuo do Mal de Chagas”. Apesar de trazer esse alento, ainda continua com a afirmação de que “ a doença que assusta os catarinenses há uma semana e matou seis pessoas atinge outros estados” e volta a afirmar em outro trecho que 50 mil pessoas podem ter sido expostas.

Durante cerca de ainda 4 dias iriam alternar noticiários mais alarmistas e outros mais tranquilizadores. No dia 28 de março a notícia trazida era do número de suspeitos de contaminação na capital catarinense que poderia chegar a 112. Um dia após trazia-se a notícia da confirmação de um quarto caso sem sintomas. No dia 29 de março o número de casos suspeitos de contaminação já subiria para 136.

Finalmente no dia 30 de março é estampado o título: “Mal de Chagas está sob controle” e descobre-se que o quiosque era o foco da tal contaminação. Nesse local, logo após foi descoberto o “grande vilão”, o barbeiro e, em seguida, descobre-se que ele portava o *Trypanosoma cruzi*. Em um trecho da notícia traz também os impactos sofridos pelos garapeiros que relatavam queda na venda de cerca de 80% e afirmam ter havido um grande prejuízo, tendo alguns abandonado tal ofício.

3.1. Começa a cair o número de mortos e de contaminados

O noticiário, desde o início do evento, mesmo não tendo a certeza do que haveria ocorrido com a morte das 3 pessoas no início do surto, buscou o “bode expiatório” para o caso. Durante o período onde eram divulgados os mortos, contaminados e possivelmente contaminados, a vigilância sanitária começou as buscas pelo local onde haveria ocorrido a contaminação, pelo triatomíneo infestado com o *Trypanosoma* e a procura de quem ou o que seria o culpado pelo ocorrido.

No dia 30 de março há uma matéria com o título: “Quiosque é foco da contaminação”. Apresenta acima uma foto do estabelecimento onde se reconhece que ali é um ponto de venda de caldo de cana. No transcorrer da matéria há apenas a menção de que “A Vigilância Epidemiológica do Estado suspeita que o foco de contaminação do Mal de Chagas se restrinja a um quiosque, em Navegantes”.

Um dia após seria encontrado um barbeiro “pela força-tarefa formada por técnicos da Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, Ministério da Saúde, Polícia Militar de Proteção Ambiental e Secretaria de Saúde de

Navegantes. Já no dia 1º de abril seria confirmado aquele como o foco da doença pois o barbeiro capturado portava o *Trypanossoma cruzi*. No dia seguinte a força-tarefa ainda localizaria uma palmeira infestada com dezenas de barbeiros em uma floresta próxima ao barracão onde as pessoas teriam sido contaminadas.

Surpreende ainda mais que, logo após haver encontrado o local da contaminação e o inseto com o protozoário, surgem matérias abrandando um pouco mais o alarde anterior. O diretor da Vigilância Sanitária fala em três mortes oficiais quando o número de mortes há cerca de 1 semana atrás chegaria a sete. O número de contaminados seria de 24 quando e há cinco dias atrás falava-se em 30. Assim se inicia uma recontagem dos números divulgados durante o episódio. (ver ANEXO)

4. A VOLTA A NORMALIDADE E A NORMATIZAÇÃO

Logo ao fim do episódio vem à tona um tema constante que permeia a história das epidemias: a higiene. Professores e profissionais além de considerar o episódio como uma fatalidade também ressaltam que as condições de armazenamento e de produção do caldo de cana poderiam ser a causa. Em entrevista no dia 31 de março o professor Carlos de Carvalho Pinto em matéria do jornal Diário Catarinense (MORAES, 2005, p.27) respondendo a questão sobre o motivo de mesmo haverem barbeiros na região o porquê de só agora terem surgido casos de contaminação e a sua resposta foi: “O que aconteceu agora é que o manipulador da cana pode não ter retirado o barbeiro, ele pode ter sido moído junto, e a contaminação por ingestão

resulta no Chagas Agudo. (...) **A contaminação no caldo de cana só ocorreu por causa das más condições de higiene no preparo e armazenamento do produto.**

(grifo nosso)” O título da matéria da entrevista é: “Falta de higiene pode ser a causa”, muito embora o professor reitere que o surto da doença tenha sido uma fatalidade, o título da matéria é remetido a outra opinião.

Inicia-se então a busca de novas normatizações para que não ocorra uma outra contaminação. Essas atitudes fazem paralelo a outras epidemias observadas historicamente em que as autoridades sanitárias buscam novas regras e modos de evitar um novo contágio. Isso ocorreu, por exemplo, com a gripe espanhola no início do século passado, em que eram enfatizadas a profilaxia individual e a suspensão de atividades em agências públicas e empresas privadas. (BRITO, 1997, p. 24) Em Santa Catarina, nos dias seguintes, a Vigilância Sanitária buscava um conjunto de medidas para o controle do comércio de caldo de cana.

Inicia-se uma busca por novas regras, repercutidas através de palavras da diretora da Vigilância Sanitária do Estado no jornal Diário Catarinense no dia 1º de abril de 2005: “Serão medidas de prevenção, como a colocação de barreiras em janelas e portas” (MORAES, 2005, p. 22)

Embora o efeito do episódio já tivesse recaído sobre os garapeiros com a queda no consumo do caldo de cana em até 80%, buscavam novas medidas que assegurassem seu consumo e a tranquilidade para os consumidores do caldo de cana. Culminou assim com a liberação da venda do produto no dia 7 de abril de 2005 e foram estabelecidas normas divulgadas para tal liberação onde se ressaltava principalmente a higiene do local de armazenamento, preparo da cana e cuidados higiênicos de quem manipula os alimentos. (MORAES, 2005, p. 35; 08/04/05)

No dia 9 de abril aparece um título com a chamada: “CONSUMO DE CANA INCENTIVADO”. Na matéria ressalta-se que serão impressos 5 mil panfletos com a mensagem : “Caldo de cana faz bem” e 45 mil com a frase : “Você é o responsável”.(MORAES, 2005, p. 22) (Figura 7)

FIGURA 7 – Informe em Boletim da Vigilância Sanitária – abril/2005

Desinterdição dos estabelecimentos de venda de caldo de cana

No dia 21 de março, através de teleconferência, a Diretora da Vigilância Sanitária de Santa Catarina, Raquel Bittencourt, e os técnicos sanitaristas Samir Ferreira e Helena Oliveira, da DIVS, repassaram para os técnicos das VISAs dos municípios e das SDRs, autoridades e jornalistas, as novas normas para a desinterdição dos estabelecimentos de venda de caldo de cana. A transmissão atingiu as 29 Secretarias de Desenvolvimento Regional, onde no mínimo um representante de cada município do estado esteve presente e participou de forma interativa, tirando suas dúvidas sobre o assunto.

Paralelamente à desinterdição, foram distribuídos cartazes aos proprietários de estabelecimentos de venda de caldo de cana. Essas peças publicitárias, além de orientar sobre a produção e consumo do produto com segurança, traziam outra informação importante: “O caldo de cana faz bem”. Trata-se de um incentivo à volta da confiança do consumidor no produto, com vistas a minimizar os prejuízos dos comerciantes - um reflexo da preocupação dos funcionários da SES que também acompanharam o sofrimento das centenas de famílias que tiram o seu sustento dessa atividade.



As epidemias vem e vão. Pouco a pouco o tema da doença de Chagas e o caldo de cana vão perdendo espaço nas linhas dos noticiários. Já ao fim desse episódio, quando o caldo de cana volta a ser liberado, surgem novas notícias deslocando o sentimento de medo para outras situações.

Agora tomam espaço nos diários o risco de uma “bactéria mutante” instalada em um Hospital em Florianópolis que já teria matado 2 pessoas e outras 6 estariam isoladas.(BASTOS, 2005, p.35) Não bastasse a tal bactéria uma nova ameaça mais próxima a todos surge no noticiário : o salmão chileno !(MORAES, 2005, p.31) O que acontecerá agora ?

FIGURA 8 - Notícia sobre possível infecção causada pelo consumo de salmão

FIGURA 9 – Notícia sobre a bactéria mutante

Fonte: Diário Catarinense, 07/04/07

Fonte: Diário Catarinense, 14/04/05



REFERÊNCIAS

BRITO, N. A. . **La Dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro**. História, ciências, Saúde - Manguinhos vol IV(1) ; 11:30 mar-jun 1997

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R.. **Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro.: Editora Fiocruz, 2006

DOCUMENTOS CONSULTADOS

ALVES, M. M.; Seis já morreram por Mal de Chagas. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 24 mar. 2005. Caderno geral, p. 26.

ARGOLO, C.; Joinville vê recuo do Mal de Chagas. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 23 mar. 2005. Caderno geral, p. 24

ARGOLO, C.; Joinville teme dano no futuro. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 23 mar. 2005. Caderno geral, p. 27.

ARGOLO, C.; Exército monta hospital no Norte. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 25 mar. 2005. p. 4.

ARGOLO, C.; Primeiro caso do mal sem sintoma. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 26 mar. 2005. Caderno geral, p. 16.

ARGOLO, C.; Confirmado quarto caso sem sintomas. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 28 mar. 2005. Caderno geral, p. 23.

ARGOLO, C.; Descartada epidemia no Norte de SC. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 29 mar. 2005. Caderno geral, p. 22.

ARGOLO, C.; Joinville orienta sobre venda de cana. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 12 abr. 2005. Caderno geral, p. 20.

BASTOS, A.; Mutação em bactéria deixa em alerta. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 7 abr. 2005. Caderno geral.

BECKER, M.; Comerciantes desprezam alerta no Sul. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 22 mar. 2005. p. 5.

BERTOLINI, J.; Estado vive surto de Mal de Chagas. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 22 mar. 2005. p. 4

BERTOLINI, J.; Mal de Chagas tem 37 casos suspeitos. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 23 mar. 2005. Caderno geral, p. 31.

COELHO, N.; Caldo de cana proibido no Estado. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 21 mar. 2005. Caderno geral, p. 24.

CONTÁGIO por ingestão ainda é incomum. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 22 mar. 2005. p. 4.

ESTIMA-SE que 50 mil estão expostos. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 23 mar. 2005. Caderno geral, p. 27.

FARIA, F.; Caem estoques de sangue. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 29 mar. 2005. Caderno geral, p. 22.

FILAS nos postos para exames. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 23 mar. 2005. Caderno geral, p. 31.

GOMES, S.; Capital pode ter 112 com o Mal de Chagas. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 28 mar. 2005. Caderno geral, p. 22.

KOSMANN, J.; Confirmado caso em Jaraguá. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 25 mar. 2005. p. 4.

MAL de Chagas está sob controle em SC. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 14 abr. 2005. Caderno geral, p. 31.

MAL de Chagas oficializa os debates sobre higiene. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 11 abr. 2005. Caderno geral, p. 28.

MINISTÉRIO alerta os países vizinhos. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 25 mar. 2005. p. 4.

MORAES, F.; Resultados de exames serão divulgados hoje. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 25 mar. 2005. p. 5.

MORAES, F.; Chagas já tem 136 suspeitos. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 29 mar. 2005. Caderno geral, p. 22.

MORAES, F.; Força-tarefa encontra o barbeiro. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 31 mar. 2005. Caderno geral, p. 27.

MORAES, F.; Barbeiro tinha transmissor de Chagas. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 1º. abr. 2005. Caderno geral, p. 22.

MORAES, F.; Força-tarefa acha dezenas de barbeiros. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 2 abr. 2005. Caderno geral, p. 26.

MORAES, F.; Venda de caldo deve ser liberada hoje. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 7 abr. 2005. Caderno geral.

MORAES, F.; Regras para retomar venda de caldo de cana. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 8 abr. 2005. Caderno geral, p. 21.

MORAES, F.; Consumo de cana incentivado. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 9 abr. 2005. Caderno geral, p. 22.

MORAES, F.; Salmão cru chileno pode ser proibido. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 14 abr. 2005. Caderno geral, p. 31.

QUARTA morte por Chagas deixa o Estado em alerta. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 22 mar. 2005. Capa.

RODRIGUES, L.; Confirmados cinco casos em Joinville. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 21 mar. 2005. Caderno geral, p. 24.

RODRIGUES, L.; Quarta vítima fatal é um turista boliviano. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 22 mar. 2005. p. 4.

RODRIGUES, M.; Apreendidos 820 quilos de cana no Médio Vale. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 23 mar. 2005. Caderno geral, p. 31.

TEMOR faz procura por exames crescer. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 22 mar. 2005. p. 5.

SANTA Catarina registra 31 infectados com **Chagas Gazeta do Povo**, Curitiba, 26 mar. 2005

SUSPEITA de Chagas em 156 pessoas. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 4 abr. 2005. Caderno geral, p. 34.

MEDIA AND THE ACUTE EPISODE OF CHAGAS' DISEASE

André Luís Andrade Justino

Sandra Noemi Caponi

ABSTRACT

The present article has the objective to analyze the trajectory of the episode known as broth-of-sugar cane's contamination in the state of Santa Catarina, Brazil. This analysis was made from the published matters of the two main press Medias (daily newspapers) of the state of Paraná and Santa Catarina. It was observed not only appearance but also the unfolding of the news. We approached to these published news in the press by trying to spotlight the main facts of the episode and the reports that caused panic on the population, because in that occasion, it was broadcasted that 50 thousand people might have acquired Chagas' illness by oral means by ingesting broth-of-sugar cane.

Key-words: media, Chagas, epidemic, fear

A DOENÇA DE CHAGAS, O RISCO E MEDO

André Luís Andrade Justino

Sandra Noemi Caponi

RESUMO

A partir das primeiras notícias divulgadas pelos meios de comunicação sobre a possível morte e contaminação de pessoas na região nordeste do Estado de Santa Catarina, foram observadas reações de surpresa e medo, tanto da parte dos jornais como das pessoas. Assim, a população buscava por novas informações de maneira a certificar-se de que não estavam contaminadas. Relacionados a essa narrativa, os riscos da possível contaminação trouxeram o sentimento de medo e vulnerabilidade. Com o desenrolar dos acontecimentos, alguns episódios tais como a instalação de um hospital de campanha, a suspeita de possíveis 50 mil contaminados e a busca incessante pelo causador da contaminação, tiveram maior repercussão e constituem exemplos de algumas dessas reações de pânico e de dúvida.

Palavras-chave: medo, Chagas, epidemia, risco, mídia

1. INTRODUÇÃO

Em março de 2005, a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC) notificou o Ministério da Saúde sobre a ocorrência de um **surto**⁴ de doença febril aguda com evolução grave. Posteriormente começaram a surgir na imprensa os relatos dos possíveis casos de Doença de Chagas Aguda (Caldo..., 2005; COELHO, 2005). Os primeiros doentes teriam surgido e sido notificados logo no início daquele mês, detectados nas cidades de Navegantes, Penha e Joinville, municípios esses localizados na região nordeste do Estado de Santa Catarina. As vítimas teriam circulado pela mesma região e alguns teriam consumido caldo-de-cana em quiosques às margens da BR-101. Em meio a toda preocupação com o risco da contaminação, a venda da bebida foi suspensa a partir do dia 20 de março do mesmo ano, por determinação da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2005). A repercussão dos casos de Mal de Chagas tiveram grande difusão nos meios de comunicação não só locais como em boa parte do país. O impacto pode ser dimensionado através deste texto elaborado pela jornalista Jaqueline Araújo, prévio a entrevista do Secretário de Estado da Saúde da época do episódio, publicado no Boletim Informativo da Vigilância Sanitária de Santa Catarina:

⁴ Surto é uma ocorrência epidêmica, onde todos os casos estão relacionados entre si, atingindo uma área geográfica pequena e delimitada, como vilas, bairros, etc. ou em uma população institucionalizada. (MEDRONHO, 2004)

O Mal de Chagas por ingestão do caldo de cana contaminado pelo *Trypanosoma cruzi* é um fato que entrou para a história da saúde pública em Santa Catarina. Ganhou destaque até na mídia internacional. A CNN enviou um correspondente a Florianópolis para acompanhar o caso, assim como agências de notícias internacionais, o jornal francês France Express e o argentino El Clarín. No Brasil, só em São Paulo e no Rio de Janeiro, sedes das maiores emissoras de comunicação brasileiras, foram veiculadas mais de 130 matérias nos principais telejornais, sem contar com programas que misturam entretenimento e jornalismo, rádios, jornais e revistas. Em Santa Catarina, a cobertura foi diária em todas as mídias. O risco de morte, o ineditismo do fato e a projeção de pessoas que poderiam estar contaminadas são alguns dos fatores que despertaram tanto interesse. O estado (sic) recebeu no período da contaminação milhares de turistas de vários estados e países, e em grande parte deles consumiram caldo de cana. Em nenhum momento da história da Saúde Pública de Santa Catarina houve um caso com tamanha repercussão. (ARAÚJO, 2005, p.5)

Durante a cobertura da imprensa, um certo pânico ocorreu entre a população moradora ou que havia transitado por esse trecho da rodovia. A preocupação era maior com aqueles que haviam ingerido o caldo-de-cana em algum momento daquele ano em locais próximos ao possível foco da contaminação.

O que se observou foi um grande número de pessoas preocupadas com uma possível contaminação buscando meios de assegurar-se contra o risco de ter adquirido a doença. Postos de saúdes lotados, pessoas preocupadas e a queda no consumo do caldo-de-cana foram as primeiras consequências. Na imprensa, os números de possíveis infectados foram crescendo exponencialmente a cada nova notícia. No dia 23 de março veiculou-se na imprensa (Santa..., 2005) os números dessa contaminação: 3 mortos, 19 infectados e 28 casos suspeitos. Um dia depois, 24 de março, jornais noticiavam que a Secretaria de Saúde do Estado já trabalhava com uma estimativa de que 50 mil pessoas poderiam estar contaminadas (SC...

2005; ARGOLO, 2005). Chegou-se a articular uma verdadeira operação de guerra onde até o Exército montou um hospital de campanha na cidade de Joinville, interior de Santa Catarina, para ajudar o sistema de saúde local a identificar possíveis contaminados e as pessoas que procuravam auxílio para fazer os exames de confirmação da contaminação (Exército...,2005). O impacto após o episódio foi sentido também pelos garapeiros de Curitiba-PR, distante 200 km do possível foco de contaminação: dois meses depois do fato, as vendas da bebida sofreram uma queda de até 90%, segundo relatos da mídia (LAUFER, 2005)

Após cerca de um mês de investigação pela Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina, foi considerada a possibilidade de se tratar de um surto de Doença de Chagas Aguda devido à ingestão de caldo de cana no município de Navegantes, às margens da BR-101.

Ao final do mês de abril do ano de 2005 a Vigilância Sanitária de Santa Catarina lançou um boletim com um resumo estatístico com os seguintes dados (ARAÚJO, 2005):

Casos	20/03	23/03	25/03	26/03	28/03	29/03	31/03	04/04	06/04	10/04
Casos Investigados	28	44	60	105	136	147	156	167	167	167
Confirmados	19	30	30	30	30	30	24	25	25	25
Descartados	--	05	23	32	42	42	68	100	100	128
Em investigação	09	09	07	43	64	75	64	42	42	14

Óbitos	03	05	05	05	05	05	03	03	03	03
Novos suspeitos	28	16	16	45	31	11	09	11	11	--

Ainda segundo a fonte nesse boletim epidemiológico, foram realizados 41082 exames em casos expostos com sintomas e assintomáticos.

A suspeita, que inicialmente recaía sobre a leptospirose ou a hantavirose, foi confirmada após a identificação do *Trypanosoma cruzi* no esfregaço de sangue de um dos pacientes (SANTA CATARINA, 2005). Alguns dias depois a Secretaria de Vigilância afirmou ter encontrado um triatomíneo em um dos quiosques da região infectado pelo *Tripanosoma cruzii*. Outros animais também foram capturados na mata atrás destes estabelecimentos e também apresentaram exames positivos para o parasita sendo considerados como reservatórios do protozoário (Funcionários..., 2005). Ainda assim persistem dúvidas sobre o episódio que durante cerca de 2 semanas transformou o que era um fato banal, tomar o caldo-de-cana nas diversas barraquinhas espalhadas no Estado, em temor.

Ao fim do período de investigação do episódio, o boletim da Vigilância Sanitária também traz o seguinte comunicado:

Destaca-se tratar-se de um episódio de DCA (Doença de Chagas Aguda) isolado, devidamente localizado e identificado como um único meio de transmissão, mesmo local de exposição (Quiosque Barracão da Penha II às margens da BR 101 –km 112 – município de Navegantes) e com mesma data (13/02/05). Todas as medidas foram tomadas, tanto em relação ao atendimento às pessoas que foram expostas, quanto aos estudos e pesquisas investigativas epidemiológicas que se fizeram necessárias para a elucidação e conclusão definitiva da possível cadeia de transmissão. (ARAÚJO, 2005)

2. A DOENÇA DE CHAGAS E TRANSMISSÃO ORAL

A doença de Chagas se constitui no maior problema de saúde pública das Américas pois atinge cerca de 10 milhões de pessoas não propriamente doentes, mas portadores da doença (Souza apud MALTA, 1996). Apresenta-se exclusivamente na América, por isso, é conhecida também como tripanossomíase americana. Possui 4º. maior impacto social entre todas as doenças infecciosas e parasitárias prevalentes (DIAS, 2001), a doença de chagas tem permanecido como constante foco de discussão na saúde pública.

O padrão epidemiológico da doença vem mudando devido ao movimento migratório dos anos de 1970 e 1980, tornando assim, tanto rural quanto urbana. Com a invasão das sociedades no habitat silvestre, o homem se fez incluir no ciclo epidemiológico da doença. As distorções econômicas influenciam fortemente a distribuição social da parasitose pois a qualidade de vida do homem interiorano é comprometida por condições de moradia, saúde e educação (MALTA, 1996).

Embora afete milhões de latino americanos observam-se poucos interesses das grandes empresas internacionais no desenvolvimento de fármacos específicos. Por sua vez, o controle da doença tem sido o foco quando são tomadas medidas como a melhoria das condições de habitação, combate químico de vetores e seleção de doadores. Esse enfoque vincula-se com a principal forma de transmissão, o contato de indivíduos com triatomíneos como o bicho barbeiro que albergam protozoário.

Passados quase cem anos da descrição brilhante da *tripanossomíase americana* realizada pelo médico e pesquisador Carlos Chagas em seus trabalhos realizados em Lassance, no interior de Minas Gerais, a partir do ano de 1907 e continuando com seus escritos em 1909. Cabe ressaltar o caráter único devido essa descoberta ter sido feita por um só homem e com a inversão nos procedimentos de pesquisa pois Chagas partiu da identificação do vetor até a análise de suas conseqüências clínicas. Soma-se a isso a peculiaridade de Chagas ter identificado o vetor, o agente etiológico e doença causada pelo parasita. A tal singularidade nos valem de uma citação de Rachel LEWINSOHN em seu livro *Três epidemias: lições do passado* (2003, p.208):

Da beleza e precisão dos escritos científicos de Carlos Chagas (...), é de excepcional interesse o relato dos processos de ideação e raciocínio que levaram o pesquisador, desde o seu primeiro contato com o inseto hematóforo, até a descoberta do tripanossoma no intestino do barbeiro e no sangue de vertebrados; desde o primeiro vislumbre da hipótese de uma moléstia nova, até o conceito plenamente formado das principais manifestações dessa moléstia.

Apesar da diminuição da sua incidência, ela ainda constitui um problema de Saúde Pública no Brasil (FERREIRA et al, 1994). O coeficiente de mortalidade específica para a doença de Chagas caiu de 5,2/100.000 habitantes, em 1980, para 3,5/100.000, em 1997, e um número progressivamente menor de internações causadas pela enfermidade é registrado a cada ano na rede de assistência médica (VINHAES e DIAS, 2000). Porém ainda resta muito a ser esclarecido sobre tal doença, principalmente com relação aos aspectos epidemiológicos (PAYS, 1998).

O protozoário responsável pela doença de Chagas é o *Trypanosoma cruzi*, talvez o parasita que apresenta a maior diversidade de hospedeiros vertebrados. Em toda a América são mais de uma centena de espécies infectadas entre gambás e outros animais silvestres (MALTA, 1996). No seu ciclo tem como vetores, isto é, aqueles que fazem o elo entre o reservatório ou mesmo um animal suscetível e o novo hospedeiro, os artrópodes alados, hematófagos, da ordem hemíptera e da subfamília triatomínea que no Brasil tem como principal espécie vetora o *Triatoma infestans* conhecido como bicho-barbeiro, chupão, chupança e outros diversos nomes. Apresenta como principal mecanismo de transmissão do protozoário através da deposição de fezes contaminadas com o protozoário próximas ao local da picada.

O homem é indiscutivelmente o elo mais injuriado - sob o ponto de vista orgânico - dessa cadeia epidemiológica da tripanossomíase americana, pois pode desenvolver lesões cardíacas e em vísceras ocas como esôfago e cólon. Estudos mostram o caráter evolutivo e imprevisível da doença de Chagas para a forma crônica cardíaca (MALTA, 1996).

O quadro clínico mais apresentado é uma forma aguda onde os sinais costumam aparecer entre o 5º e o 14º dia após a picada do vetor. As manifestações podem incluir febre, mal-estar geral, cefaléia, edema e anorexia. Na fase crônica o portador da doença em grande parte apresenta-se assintomático e assim permanecerá ao longo da vida. Uma parte pode apresentar as manifestações crônicas que incluem cardiopatias e lesões de trato digestivo conhecidas como megaesôfago e megacólon (KIELING e MACHADO, 2004).

As formas de transmissão até hoje detectadas são as mais diversas. Dentre as habituais encontram-se a vetorial, que é aquela realizada pelo inseto pela deposição de fezes contendo o tripanossoma e corresponde a 70% das transmissões (MALTA, 1996), a transfusional e a congênita. Há outras formas chamadas secundárias: através de transplante de órgãos, as acidentais e a via oral. Entre os gambás pode ser feita a transmissão convencional ou ainda por via oral, ou seja, através da ingestão dos barbeiros.

Embora pouco usual, os casos de transmissão oral tem sido referidos desde 1921 (JRG apud MALTA, 1996) porém os primeiros casos de transmissão oral da doença foram descritos por Pinto e cols., em 1966, em Belém do Pará. Outras duas microepidemias também foram descritas: no município de Teutônia-RS, em 1965, dezessete pessoas foram acometidas por um quadro com manifestações de infecção aguda. Nos primeiros 30 a 40 dias, 5 faleceram, sendo 2 por miocardite chagásica aguda (GUS et al, 1993). Em Catolé da Rocha - PB, em novembro de 1986, vinte e seis pessoas apresentaram a doença aguda após ingerir o suco do caldo de cana em uma fazenda (SHIKANAI YASUDA et al, 1991).

Estudos experimentais como os de PINTO et al (1990) serviram de apoio para a hipótese da ocorrência da transmissão oral, pois concluíram a manutenção da viabilidade dos protozoários em alimentos à temperatura ambiente.

Em Santa Catarina teria ocorrido outros novos casos de transmissão oral da doença de Chagas, hipótese essa levantada após descartadas outras possibilidades mais comuns de ocorrência como leptospirose e hantavirose. Com essa possibilidade, segundo a vigilância e os jornais da época, abriu-se a discussão sobre os possíveis modos de transmissão da doença de Chagas. Muito provavelmente

devido a época da ocorrência e o meio da possível contaminação (o caldo de cana) tratar-se de algo comum e corriqueiro, naquele fim de verão instalou-se o medo na população e na mídia pois muitos se sentiam expostos à possibilidade de terem adquirido a doença.

3. A CONSTRUÇÃO DO RISCO E O MEDO NO EPISÓDIO

O conceito de risco é caracterizado no discurso da saúde pública como vinculado ao sentimento da presença ou bem da potencialidade de um dano ou perigo. Já no século XIX começa-se a associar a idéia de situações pontuais que podem gerar acidentes graves e evitáveis. A idéia do risco preveniria, anteciparia uma falta ou acidente. Também pode ser visto como medidor de impacto. A idéia da antecipação do perigo surge a partir do otimismo gerado com o controle de várias doenças infecciosas na primeira metade do século XX e assim vai obtendo seu crescimento (LUIZ, 2005). Spink ressalta que a noção de risco é própria da modernidade e está intimamente relacionada à incorporação cultural da noção de probabilidade (SPINK, 2002).

Desde as primeiras notícias sobre o episódio do caldo de cana houve uma abordagem em relação ao número de contaminados e de mortos. Na primeira matéria sobre a contaminação surge a palavra “**surto**”. Um dia após o episódio é

tratado como “**epidemia**”⁵. Essa construção da doença em si foi dada pela mídia através das primeiras divulgações pois tratava-se de algo que posteriormente mostrou-se localizado e restrito a um pequeno grupo de pessoas.

A inclusão da palavra epidemia já traz consigo uma idéia de algo fora do controle. Na definição epidemiológica há uma diferenciação entre epidemia e surto. No surto observa-se um valor mais ameno para o acontecimento por tratar-se de algo limitado no espaço geográfico. A idéia de epidemia ainda traz consigo a noção de “população em risco” e da probabilidade da contaminação. Como nos primeiros casos de AIDS descritos no início da década de 80, a mídia teve papel fundamental na construção dos sentidos, emoções e caracterização social da doença, como bem ressalta HERZLICH e PIERRET (2005, p. 73):

Foi a imprensa que, em sentido estrito, fez existir a AIDS para o conjunto da sociedade. Ainda hoje essa afecção só constitui um dado de experiência para um número limitado de indivíduos. Durante muito tempo ela só disse respeito a centenas, depois a alguns milhares, vivendo em lugares afastados uns dos outros: ela se tornou, no entanto, um dos elementos proeminentes de nossa sociedade, conhecida e comentada por todos.

Com relação ao risco, o meio da possível contaminação foi substancialmente importante pois foi remetido ao ato de ingestão do caldo de cana, algo muito comum naquele período do ano. Isto fica bem claro na capa do jornal Diário Catarinense do dia 22/03/05 onde abaixo do título há : “Quem bebeu caldo de cana deverá realizar exames”. Logo, a construção do risco desde o início do episódio ficou relacionada a

⁵ Epidemia é a elevação brusca, temporária e significativamente acima do esperado para a incidência de uma determinada doença. Uma epidemia, segundo MEDRONHO, não representa necessariamente a ocorrência de um grande número de casos de uma doença em uma determinada população. (MEDRONHO,2004)

algo trivial, o que pode ter sido uma das grandes causas do pânico que veio a seguir. Por diversas vezes as matérias jornalísticas trariam sempre o vínculo da contaminação com a ingestão do caldo de cana.

Fortaleceu-se então a imagem do risco com a ampliação do número de expostos quando a Secretaria de Saúde de Santa Catarina refere trabalhar com a estimativa de que cerca de 50 mil pessoas podem ter se expostas à doença de Chagas. Ao colocar números de pessoas em risco e, em paralelo, notícias que traziam o aumento do número de contaminados e pouco a pouco o número de óbitos, os contornos do que parecia algo focal, foram tomando ares de algo amplo, sem delimitação geográfica (embora fosse salientado o local de contaminação) e sem a dimensão real do número de contaminados, pois começou a se trabalhar com a chance futura do número de contaminados e com todos aqueles que poderiam ter sido expostos ao tal caldo de cana contaminado.

O risco pode ser definido após o conhecimento do grau de vulnerabilidade e perigo (MARANDOLA JR e HOGAN, 2004). Segundo Vaz, o conceito de risco implica trazer a probabilidade de acontecimentos futuros indesejáveis para o presente e associar sua ocorrência a decisões, conformando uma visão do futuro não como lugar de realização, mas de sofrimentos a serem evitados. (VAZ, 2005). Em nosso exemplo, essa visão de futuro está representada inicialmente pelo número ameaçador de 50.000 possíveis contaminados e, em outro momento, sobre o risco implicado no possível desenvolvimento da forma crônica da doença, como é ressaltado nesta passagem da reportagem do dia 24/03/05, no Diário Catarinense, cujo o título é “Joinville teme dano futuro”:

Joinville é o primeiro município catarinense a pensar no futuro e prevenir que o Mal de Chagas atinja a população em um prazo de 10 a 30 anos. (...) Com a medida, o coordenador da campanha de contenção do Mal de Chagas em Joinville, Luís Henrique Melo, quer evitar que a moléstia surja de forma crônica. (...)

Assim, quem ingerir mais parasitas tem tendência a adquirir a forma aguda da doença. Quem absorve menos, pode desenvolver a forma crônica e ter problemas daqui a mais de uma década. (ARGOLO, 2005, p. 27)

No entanto, a constante “criação” de novos riscos, que levam à patologização de fatos cotidianos tais como nossa alimentação, e nossos espaços de lazer, nos fazem repensar o papel do risco.

Nessa sociedade do risco os discursos de respeito à “liberdade de escolha” e ao “estilo de vida” transferem para o indivíduo a responsabilidade pelas conseqüências dos seus atos. O controle agora é exercido por meio da prevenção e da moderação, porém essas escolhas são claramente determinadas com base nas informações trazidas pelos meios de comunicação. Ainda que elas tenham a pretensão de simplesmente informar, advertir e aconselhar os indivíduos sobre as conseqüências e os riscos (LEAL, 2005, p. 4).

Segundo CASTIEL (2003) há uma verdadeira indústria de determinação e criação de riscos, que produzem novos temores e medos. Entre esses temores estão tanto as catástrofes naturais quanto a contaminação dos alimentos. Dentre essas podemos incorporar o caso do caldo de cana embora episódios semelhantes estejam relacionados ao preparo de sucos diversos.

A inflação contemporânea da noção de risco alimenta uma demanda desvairada de segurança e dissolve de fato a possibilidade de ser protegido (CASTEL, 2005). Segundo Mary Douglas o risco é a maneira moderna de avaliar o

perigo em termos de probabilidade num contexto de incerteza. A sociedade do risco teria como questão central a distribuição dos males ou dos perigos. (SPINK, 2002).

Essa insegurança estaria gerando medos e, por vezes, medos desnecessários. A cada momento elegemos novas categorias de coisas para temer e descobrimos novos perigos e riscos. Esses medos advêm tanto da própria incapacidade individual de se autocontrolar, como também das ações do outro, quando estas ações podem colocar alguém em situações de risco, sem o seu conhecimento ou escolha (LEAL, 2005, p. 5). Porém, “um sentimento generalizado de medo e insegurança parece ter se instalado diante da atual inflação à sensibilidade dos riscos, que faz da seguridade uma busca infinita e sempre frustrada” (CASTEL, 2003).

O risco é construído de forma a calcular o incalculável. Quando a imprensa enumera “dezenove” e, mais tarde, 50 mil (SC, 2005), tem-se o potencial que esse determinado risco, agora quantificado, pode atingir. Perceber uma ameaça nos leva a enxergar nossos limites: até onde vamos? Já não interessa tanto enfrentar uma situação perigosa, como antecipar todas as imagens possíveis da erupção do perigo (CASTEL, 1984).

4. EPIDEMIAS E MEDO EM SAÚDE

As emoções preparam e modulam os comportamentos levando o indivíduo a agir de modo a diminuir as experiências desagradáveis e prolongar os afetos positivos (ROAZZI, 2002) . O medo é ambíguo, inerente à nossa natureza, altera-se

com a cultura, idade, gênero e, para muitos, é a emoção negativa mais comum. Este sentimento se encontra relacionado à preservação da vida e é uma defesa essencial, uma garantia contra os perigos. Segundo Delumeau, o medo é um reflexo indispensável que permite ao organismo escapar provisoriamente à morte. Porém se esse sentimento ultrapassa uma dose suportável, torna-se patológico e cria bloqueios (DELUMEAU, 1989). Os medos válidos nos dão dica sobre o perigo, nos trazem certa cautela como modo de proteção e alerta, tendo a sua razão de ser. Os medos falsos e exagerados causam apuro, mas podem também gerar estragos significativos (GLASSNER, 2003). Por outro lado, apresenta também um papel importante na relação de poderes, pois reforça seu poder disciplinante (JIMENEZ, 2005, p.17). O medo amputa a vida social e tem um poder de se tornar paralisante. Nesse exemplo temos as falas de representantes das assembléias estaduais do estado de Santa Catarina e Paraná respectivamente:

“A deputada justificou como obrigação dos parlamentares a exigência de todas as informações a respeito do caso e, com isso, devolver a tranqüilidade necessária para a continuidade do desenvolvimento do Estado.” (BERTOLINI, 2005)

“A Assembléia Legislativa e a Câmara Municipal retomam as atividades na segunda-feira, cobrando do governo do estado e da prefeitura de Curitiba ações mais rápidas para diagnosticar a doença e não comprometer a atividade dos comerciantes que sobrevivem da venda de caldo de cana.” (CHAGAS, 2005)

Outrora o medo estava vinculado às grandes epidemias de peste como as que assolaram a Europa entre os séculos XIV e XVIII dizimando grande parte da população. As epidemias sempre despertaram o interesse dos povos e o medo pelo potencial de atingir um grande número de pessoas indistintamente (DELUMEAU, 1989).

Mais próximo a nós, tivemos a gripe espanhola no início do século XX. No Rio de Janeiro a epidemia assolou cerca de metade da população fazendo aflorar esse sentimento de medo ante às pestes no ano de 1918. Fato relevante foi que nesse episódio não somente foi reconhecido o papel da epidemia como também o problema do medo onde se lia no jornal O País de 17/10/1918: “O pânico há quatro dias deixa a cidade alarmada com a calamidade, um ambiente de terror pairando sobre nossa metrópole como se uma grande catástrofe houvesse paralisado a vida social”. A mídia chegou a ressaltar que seriam necessário combater as duas epidemias que abatiam a cidade: a gripe espanhola e o medo dela. Finalizavam que se aos médicos competiam a cura da espanhola, aos jornalistas cabiam curar o medo da gripe (BRITO, 1997, p.20).

A partir desse temor e pelas controvérsias médico-científicas no episódio da gripe no qual, no início, as notícias não continham qualquer sinal alarmista iniciou-se um processo de metaforização da doença (BRITO, 1997, p.17). Sontag aborda esse processo como sendo passível em qualquer doença que seja encarada como um mistério e temido de modo muito agudo. Nesse processo a doença, por colocar em xeque valores morais e de costumes, acaba terminando em um julgamento dessa comunidade (SONTAG, 1984). No caso da gripe espanhola o medo teve esse papel, sendo o desmoralizador da população. Os jornais da época divulgavam essa diminuição de circulação dos espaços públicos : “O bonde, o automóvel, o mascate, o moderno camelô do centro da cidade... o baile funesto abafou todas essas vozes, ... e o camelô morreu”. Seguindo essa paralisia diversas agências públicas e empresas privadas suspenderam suas atividades culminando com um feriado de três dias decretado pelo governo em 19 de outubro de 1918 (BRITO, 1997, p.23).

Talvez no episódio do caldo de cana em Santa Catarina não tenha havido tal repercussão devido ao mecanismo da contaminação. Mesmo assim os reflexos do surto reverberaram com uma diminuição na procura do consumo da garapa não só em locais próximos ao provável local da contaminação como criou uma suspeição sobre todos os pontos de venda do produto pela retomada do tema da higiene, afetando a venda até em regiões distantes.

No caso da doença de Chagas em Santa Catarina o medo instalou-se a partir da divulgação dos casos e principalmente da forma de contaminação observado nessas citações do jornal Gazeta do Povo : “Quem bebeu caldo de cana em estado vizinho deve buscar serviço médico” (Exame..., 2005) “O surgimento do primeiro caso no Paraná, na terça-feira, provocou uma corrida aos postos de saúde”(CHAGAS, 2005)

O medo não está somente nos casos históricos de epidemia. Ele segue em frente. Ultrapassa barreiras e chega na antecipação de fatos ou na suposição de prováveis desfechos ou conseqüências.

Citando Glassner: “Nossas preocupações vão além do razoável”. Nos EUA a expectativa de vida dobrou no século XX e, mesmo assim, ouvimos que o número de pessoas doentes entre nós é fenomenal. Em 1996, Bob Garfield, jornalista de uma revista norte-americana analisou uma série de reportagens sobre doenças graves em grandes jornais dos Estados Unidos e chegou à conclusão que 543 milhões de americanos estão gravemente doentes, quando a população do país não ultrapassava cerca de 266 milhões de habitantes, e sugeriu: “Ou estamos

condenados como sociedade, ou alguém está chutando alto” (GARFIELD⁶ apud GLASSNER, 2003, p. 20).

A mídia não inventa as notícias que exhibe, mas certamente escolhe o que mostrar. Entretanto, a mídia faz parte sim de uma dinâmica social, ela faz parte da construção de novas ideologias. Ainda que ela se apresente sob a forma da “imparcialidade”: “Isso quer dizer que a mídia não cria preconceitos, julgamentos ou verdades, mas absorve o imaginário social, revestindo-o de uma roupagem especial, tecnicamente sofisticada e específica para agradar aos mais diferentes segmentos sociais e aos mais variados gostos.” (NJAINÉ, 2002, p. 286)

Porém, a mídia não é isenta na elaboração e tratamento das notícias. No episódio do Mal de Chagas houve em diversos momentos a “espetacularização” com “excessos midiáticos”. Isto ficou mais evidente com a divulgação da possibilidade de que 50 mil pessoas poderiam estar passíveis de contaminação, na utilização de imagens, na divulgação da contagem do número de mortos e contaminados. Ao final do episódio foram confirmados 3 óbitos e durante a divulgação pela mídia chegou-se ao número de sete. A própria Vigilância chegou a divulgar esses números para mais tarde voltar atrás descartando os demais casos. O número de contaminados confirmados também chegaram a trinta mas depois tiveram uma redução nessas cifras.

Embora esse medo não possa ser creditado como um todo à repercussão das notícias pelos meios de comunicação. Claramente eles tiveram papel catalisador e amplificador dos medos e riscos que estavam contidos no episódio. Os jornais obviamente estavam no seu papel informativo daquilo que julgavam relevante.

⁶ GARFIELD, B. *Maladies by the Millions*. USA Today. 16 dez. 1996, p. A15

Porém as reações exageradas da população frente o episódio estavam intrinsicamente ligadas ao discurso acerca da contaminação. Esse exemplo remete ao caso da cobertura da imprensa francesa sobre a AIDS na década de oitenta como cita HERZLICH (2005, p.97):

“Os jornais sempre acreditavam que estavam nos informando sobre o impacto social da doença, estavam reproduzindo as reações coletivas a ela, mas essas reações não eram exteriores ao discurso articulado pela própria imprensa; de fato, sabemos pouca coisa a respeito das relações que unem a produção do discurso e seus efeitos nos receptores.”

Por vezes, televisão e jornal são importantes divulgadores de notícias acerca de situações de risco e na construção do medo (LEAL, 2005, p. 8)

Os nossos medos em relação à saúde são ilimitados, desde o medo de adoecer ao medo de ser tratado por certas vezes com intervenções mutilantes ou que deixariam potenciais seqüelas físicas ou psíquicas.

Outro caso que nos assemelha ao medo desmedido ocasionado pelo caldo de cana é o exemplo da “bactéria comedora de carne”. Em 1994 a imprensa americana reproduziu uma manchete histórica de um tablóide britânico: “Micróbio assassino comeu meu rosto”. Foi propagado que a bactéria era cruel e estava se alastrando rapidamente e estaríamos vulneráveis a esse “supermicróbio”. Especialistas médicos refutaram o alarmismo. Mesmo assim, o medo persistiu (GLASSNER, 2003, p. 21). Embora no episódio do caldo de cana houvesse um alarde sobre os riscos da ingesta e milhares pudessem ter sido expostos o que se concluiu foi que o caso foi

limitado a um foco. Entretanto o medo da ingesta da garapa permaneceu por meses e até hoje traz seus reflexos.

Vale a pena lembrar de tantos outros episódios: Ébola, onde misturou -se imagens e roteiros de ficção com a realidade; doença da vaca louca; aqui, em suas proporções, a “doença do caldo-de-cana”. Mais recentemente, seria a vez da gripe aviária?

A outra face do medo desmedido e irreal tem como exemplo o medo do câncer. As mulheres americanas na faixa dos 40 anos acreditam ter uma chance em dez de morrer de câncer de mama. Na realidade isso estaria em uma em 250. Essa percepção exagerada é capaz de ter o efeito oposto. Um estudo com filhas de mulheres com câncer de mama mostrou uma correlação inversa entre medo e prevenção, isto é, mais medo e menos frequência de auto-exames (GLASSNER, 2003, p.25). Com esse exemplo observamos o aspecto desmedido e o poder negativo e paralisante que o medo pode ter. E o risco de contaminação pelo caldo de cana seria passível de medição? Como orientar uma população de vários locais que tal episódio ocorrera em um determinado foco com local e data fixados?

No caso do surto de doença de Chagas em Santa Catarina podemos observar as duas faces do medo. No momento em que a vigilância sanitária busca descobrir o fato e antecipar-se aos acontecimentos, o medo desmedido cria situações hiperinflacionadas por números e episódios por vezes surreais.

Outra situação que remete a repercussão além da forma de contágio seria o grupo atingido. A doença de Chagas no seu meio de transmissão mais comum atingiria aos grupos populacionais relacionados a pobreza e em regiões do país mais desprovidas. Em nosso caso os indivíduos suscetíveis e passíveis da

contaminação encontravam-se em um grupo (o de turistas e moradores da região) geralmente compostos de membros da classe média.

5. CONCLUSÃO/ A PERSISTÊNCIA DA FUMAÇA

Passados mais de dois anos do episódio, ainda persiste no imaginário de muitas pessoas a contaminação do caldo de cana. Principalmente as dúvidas individuais e relatos do medo particular ante a ameaça indistinta do risco da ingestão do caldo de cana ficaram na lembrança de quem presenciou ou esteve próximo ao acontecido. Embora não haja uma avaliação atual, muitos deixaram o hábito ou a eventual apreciação da garapa. Aqueles que ainda mantêm o fazem com desconfiança.

Alguns vendedores abandonaram a venda do produto e outros persistem porém com grande queda nas vendas. Em conversa informal com vendedores de caldo de cana próximos ao local que ficou sendo considerado como o foco da contaminação, alguns referem que aquilo “foi coisa da Coca-Cola” ou então “tivemos que comprar mais freezer para estocar refrigerante”. De maneira geral se queixam da queda da procura pelo produto mesmo depois de 2 anos do episódio.

Talvez o episódio reflita um pouco do momento da modernidade em que vivemos. Estamos mais e mais submetidos a espaços fechados, ambientes artificializados e controlados em temperatura, som e, quem sabe, higiene. Busca-se sempre mais uma segurança total de tudo e de todos através de uma blindagem

impossível de tudo que nos cerca. Poderá o “caso do caldo de cana” ter levado as pessoas a temer mais aquilo que não se deveria ser tão temido?

De fato o episódio do caldo de cana visto com os olhos do presente não parece ter a magnitude com que se apresentou na época. As notícias pareciam gerar um temor excessivo perante uma situação que teve como consequência: 3 mortos. Se compararmos esse número ao número de pessoas mortas somente nas rodovias federais do estado de Santa Catarina esse número parece irrelevante. Apenas em um feriado de quatro dias cerca de 12 pessoas morreram nas estradas e sendo que sete foram em atropelamentos nas rodovias(DOZE, 2007). Talvez estejamos correndo mais riscos atravessando as rodovias do que ingerindo o caldo de cana.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. Entrevista com o Secretário de Estado da Saúde, Luiz Eduardo Cherem. In: Boletim Informativo da Vigilância Sanitária de Santa Catarina, numero III – abril de 2005 - REVISA

BRITO, N. A. . La Dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. **História, ciências, Saúde** - Manguinhos vol IV(1) ; 11:30 mar-jun 1997

CASTEL, R. . **A Insegurança Social: O que é ser Protegido?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005

CASTIEL, L.D. **Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco**. Site Esterisco: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/index.htm> , 2003 Acessado em 23/04/06

DELUMEAU, J. **História do Medo no Ocidente**, 3ª. ed. Ed. Companhia das Letras, 1989

DOZE morrem nas BRs em SC. **Diário Catarinense**. Edição online. Acesso em 10 set. 2007

FERREIRA, F. M.; VIEIRA, I. F. et al. Doença de Chagas. **J. Bras. Med**; 66(3): 52-3, 56-8, 60-1, mar. 1994

GLASSNER, B. – **Cultura do Medo** –São Paulo: Editora Francis, 2003

GUS, I.; MOLON, M. E.; BUENO, A. P. Doença de Chagas: revisão de 8 casos simultâneos de miocardite chagásica; 25 anos após. **Arq. Bras. Cardiol.** 60(2):99-101, fev. 1993

HERZLICH,C.; PIERRET, J. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses “**PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):71-101, 2005”

JIMENEZ, R. V. **Capitalismo (disciplinario) de redes y cultura (global) del miedo**. 1ª. Ed- Buenos Aires: Ed. Del Signo, 2005

LEAL, R. C. S. . Novas tecnologias e monitoração: a cultura do medo legitimando o controle.. In: XXVIII Encontro dos Núcleos de pesquisa da INTERCOM , 28, 2005,Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro, 2005.

LUIZ, O. C. **Risco epidemiológico nos jornais diários**. São Paulo, 2003.226 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

MALTA, J. **Doença de Chagas** São Paulo: SARVIER, 1996

MARANDOLA JR., E. ; HOGAN, D. J. . **O risco em perspectiva: tendências e abordagens**. Geosul, Florianópolis, n. 38, p. 23-58, 2004

MEDRONHO, RA. **Epidemiologia**. Ed Atheneu. São Paulo, 2004

NJAINE, K; MINAYO, M.C.S. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):285-297, 2002

PAYS, J F. La trypanosomose humaine américaine 90 ans après sa découverte par Carlos Chagas. I-Epidémiologie et controle. **Méd. Trop.**(Mars); 58(4):391-402, 1998

ROAZZI, A.; FEDERICI, F. C.B. A Questão do Consenso nas Representações Sociais: Um Estudo do Medo entre Adultos **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol 18 n.2 :179-192, 2002

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas Aguda, relacionada à ingestão de caldo de cana em Santa Catarina, destinada aos estados da Região Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste.**

Nota Técnica – 04/04/2005 (Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idxt=21264)

Acesso em 20/09/05

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Doença de Chagas Aguda relacionada à ingestão de caldo de cana em Santa Catarina.**

Nota Técnica – 21/03/2005 Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idxt=21263

Acesso em 20/09/05

SHIKANAI YASUDA, M. A.; BRISOLA MARCONDES, C; GUEDES, L.A. et al. Possible oral transmission of acute Chagas' disease in Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop.** Sao Paulo; 33(5):351-7, set-out. 1991.

SONTAG, S. **A Doença como metáfora**. Rio de Janeiro, RJ : Edições Graal, 1984

SPINK, M. J. P. ; MEDRADO, B.; MELLO, R. P. Perigo, Probabilidade e Oportunidade: A Linguagem dos riscos na mídia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002, 15(1)151:64

VAZ, P. ; CARVALHO, C. S. ; POMBO, M. . Risco e sofrimento evitável: a imagem da polícia no noticiário de crimes. E Compos **Revista da Associação Nacional dos Ppg Em Comunicação**, Eletrônica, v. 4, p. 1-22, 2005.

VINHAES, M. C.; DIAS, J.C.P. Doença de Chagas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro 16(2):7-12.2000

DOCUMENTOS CONSULTADOS

ARGOLO, C. Estima-se que 50 mil estão expostos. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 23 mar. 2005. Caderno geral, p. 27.

ARGOLO, C. Joinville tem dano no futuro. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 27 mar. 2005. Caderno geral, p. 27.

CALDO de cana contaminado mata 3 em SC **Gazeta do Povo**, Curitiba, 22 mar. 2005. Caderno Brasil p. 17

COELHO, N.; Caldo de cana proibido no Estado. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 21 mar. 2005. Caderno geral, p. 24.

EXÉRCITO monta hospital de campanha em Joinville **Folha on line** . 24 mar. 2005 – disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u107168.shtml>
Acesso em 07/08/07

FUNCIÓNÁRIOS de quiosque encontram vetor do mal de Chagas em SC. **Folha on line** – 1º. abr. 2005/04/05 disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u107470.shtml>
Acesso em 07/08/07

LAUFER, F.; Garapeiros de Curitiba tem prejuízos **Gazeta do Povo**. Curitiba. 21 abr. 2005

SANTA Catarina não tem estrutura para fazer exames de Chagas. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 23 mar. 2005. Caderno Brasil

SC pode ter 50 mil casos de infecção. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 24 mar. 2005. Caderno Paraná, p. 7

CHAGAS' DISEASE, RISK AND FEAR

André Luís Andrade Justino

Sandra Noemi Caponi

ABSTRACT

From the first news broadcasted by the Medias about a possible death and people's contamination in the northeast region of Santa Catarina's state, it was observed the reactions of surprise and fears either by newspapers as well as by the people. Thus, the population sought for new information as mean to certify that they were not contaminated. Related to this narrative, the risks of possible contamination brought over feelings of vulnerability and fear. With the unfolding events, some episodes such as the installation of a campaign hospital, the suspicion of possible 50 thousand people's contamination, and incessant search for the responsible for such contamination, had had great impact on and have constituted examples of doubt and panic reactions.

Key-word: fear, Chagas, epidemic, risk, media

ANEXO

Casos	20/03	23/03	25/03	26/03	28/03	29/03	31/03	04/04	06/04	10/04
Casos Investigados	28	44	60	105	136	147	156	167	167	167
Confirmados	19	30	30	30	30	30	24	25	25	25
Descartados	--	05	23	32	42	42	68	100	100	128
Em investigação	09	09	07	43	64	75	64	42	42	14
Óbitos	03	05	05	05	05	05	03	03	03	03
Novos suspeitos	28	16	16	45	31	11	09	11	11	--

(Tabela extraída do Boletim Informativo da vigilância Sanitária de Santa Catarina- Número III – Abril de 2005)