

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
CURSO DE BIOÉTICA

Mônica Manir Miguel

**ZIKA: A COBERTURA DA EPIDEMIA POR QUATRO JORNAIS
BRASILEIROS EM UM CENÁRIO DE VULNERABILIDADES**

São Paulo

2017

Mônica Manir Miguel

**ZIKA: A COBERTURA DA EPIDEMIA POR QUATRO JORNAIS
BRASILEIROS EM UM CENÁRIO DE VULNERABILIDADES**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Bioética do Centro Universitário São Camilo orientado pelo Profa. Dra. Vera Lúcia Zaher-Rutherford, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética.

São Paulo

2017

Mônica Manir Miguel

**ZIKA: A COBERTURA DA EPIDEMIA POR QUATRO JORNAIS
BRASILEIROS EM UM CENÁRIO DE VULNERABILIDADES**

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

Professor Orientador

Professor Examinador

Professor Examinador

Professor Examinador

Professor Examinador

*A meus queridos pais, Irene e Manir, Manir e Irene,
que me deram a autonomia que eu sempre quis
e a certeza do aconchego sempre que voltei.*

AGRADECIMENTOS

A **Clovis**, meu amor leonino, que me contagia com seu fôlego e sua veracidade sem medida.

A **Márcia**, minha irmã de alma, que partilha comigo os olhos grandes e as letras minúsculas.

A **Patrícia**, minha irmã de riso, que partilhou comigo a infância e que generosamente me empresta seus doces filhos para eu voltar a ela.

A **Kika**, minha terapeuta de corpo e mente, que me coloca no eixo sempre que derrapo em um ou outro ponto da curva.

A **Vera**, minha orientadora, que me acolheu com carinho numa mudança de rumo e que me abriu portas para outros mapas.

A **Massad**, um desses outros mapas, que me abriu gentilmente para o mundo além-mar.

Ao professor **Fabri**, mestre solidário, que se esmerou em me qualificar na vulnerabilidade.

A **Debora**, escudeira das escudeiras, que me provou ser possível fazer ciência com posicionamento.

A **Leo**, anjo de Wim Wenders, que me apresentou a Bioética e que me oferece os livros certos nas horas mais improváveis.

A **Gabriel**, promissor periodista, que me ajudou a numerar jornalisticamente a maior crise de saúde pública do Brasil.

Às **mães da zika**, mulheres “porretas”, que tanto me emocionam quando olho para elas e suas crianças.

Ao **doutor William**, meu saudoso doutor William, que me acolheu como filha e que me mostrou que ou a medicina é humana, ou não é medicina.

“Tinha-se esquecido o medo; mas por quanto tempo?”
Jean Delumeau, História do Medo no Ocidente

MIGUEL, Mônica Manir. **Zika: a cobertura da epidemia por quatro jornais brasileiros num cenário de vulnerabilidades**, 2017. Tese em Bioética. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP.

A epidemia de zika no Brasil, que teve como epicentro a região Nordeste, trouxe uma consequência dramática: o nascimento de crianças com uma grave síndrome congênita. A doença teve seu ápice entre os anos de 2015 e 2016, período em que o país vivia grande instabilidade política e econômica e ainda se preparava para sediar os Jogos Olímpicos, no Rio de Janeiro. Ao analisar a cobertura jornalística da zika feita por quatro periódicos impressos brasileiros – três deles de alcance nacional e o quarto de âmbito regional -, buscou-se identificar dilemas bioéticos que surgiram ao longo desse período, como a indicação, por parte de governos e instituições, de adiamento da gravidez por tempo indeterminado a casais que viviam nas áreas de surto da doença. Constatou-se também que os jornais incorporaram o discurso do poder ao transferir à população a responsabilidade pelo combate ao *Aedes aegypti*, o mosquito transmissor do vírus. Houve ainda a busca por informação em centros de pesquisa no Nordeste do país, rompendo com o monopólio de fontes do eixo Rio-São Paulo. Mães, gestantes e crianças, por sua vez, ocuparam segundo plano nas páginas, normalmente em histórias de superação, enquanto a figura do pai quase inexistiu. O estudo revelou um cenário de vulnerabilidades em que os mais frágeis dos frágeis tiveram pouca voz na cobertura.

Palavras-chave: zika; 1. Anormalidades congênitas 2. Bioética 3. Jogos Olímpicos; 4. Jornalismo; 5. Populações vulneráveis 6. Zika vírus

MIGUEL, Mônica Manir. **Zika: the coverage of the epidemic by four Brazilian newspapers in a scenario of vulnerabilities**, 2017. Tese em Bioética. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP.

The Zika epidemic in Brazil, whose epicenter was the Northeast region, brought a dramatic consequence: the birth of children with a severe congenital syndrome. The disease peaked between 2015 and 2016, when the country was experiencing great political and economic instability and was still preparing to host the Olympic Games in Rio de Janeiro. When analyzing journalistic coverage of Zika by four Brazilian printed periodicals - three of them of national scope and the fourth of regional scope -, it was tried to identify bioethical dilemmas that appeared during this period, as the indication, by governments and institutions, of indefinite postponement of pregnancy to couples living in the outbreak areas of the disease. It was also found that the newspapers incorporated the discourse of power by transferring to the population the responsibility for combating the mosquito *Aedes aegypti*. There was still the search for information in research centers in the Northeast of the country, breaking with the monopoly of sources of the Rio-São Paulo axis. Mothers, pregnant women and children, in turn, took second place in the pages, usually in stories of overcoming, while the father's figure almost did not exist. The study revealed a scenario of vulnerabilities in which the most fragile of the fragile had little voice in the coverage.

Keywords: Zika; 1. Congenital abnormalities 2. Bioethics 3. Olympic games 4. Journalism 5. Vulnerable populations 6. Zika virus

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	OBJETIVOS.....	5
	2.1. Objetivo Geral.....	5
	2.2. Objetivos Específicos.....	5
3.	MÉTODO.....	6
4.	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	8
	4.1. Do jornalismo de papel.....	8
	4.1.1. Do jornalismo de saúde.....	9
	4.1.2. Do jornalismo e das epidemias.....	14
	4.2. Da bioética.....	20
	4.2.1. Da bioética e das epidemias.....	22
	4.2.2. Da vulnerabilidade.....	23
	4.3. Da zika.....	27
	4.3.1. Da transmissão vetorial do vírus.....	29
	4.3.2. Da transmissão não vetorial do vírus.....	31
	4.3.3. Da apresentação formal da doença nos jornais.....	31
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	32
	5.1. Contexto da epidemia.....	35
	5.1.1. Da Olimpíada.....	37
	5.1.2. Do discurso do poder	43
	5.1.3. Do discurso do saber	48
	5.1.4. Do discurso do sofrer	53
	5.1.5. Do adiamento da gravidez	58
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
	ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

“Doença misteriosa intriga médicos em Estados do Nordeste.” Esse era o título de matéria que o jornal *Folha de S. Paulo* estampou no dia 1º de maio de 2015. O texto mencionava que as pessoas em questão apresentavam sintomas semelhantes aos da dengue, e que o Estado da Bahia pedira análise de amostras de sangue dessas pessoas a um laboratório americano. O pico de manifestação da “dengue atípica” teria sido entre final de março e início de abril daquele ano. Cogitava-se que o agente seria o zika vírus, transmitido provavelmente pelo mosquito *Aedes aegypti*, mas nem o agente, nem o vetor estavam confirmados (Folha, 1º maio 2015).

Desde então, a cobertura jornalística da doença evoluiu sobremaneira, tendo ela seu ponto alto nos principais veículos impressos brasileiros no ano de 2016. Foi quando não somente se confirmou a proliferação desse vírus no país como se estabeleceu sua associação com a síndrome congênita do zika em bebês cujas mães, durante a gravidez, haviam sido contaminadas pelo tal vírus misterioso.

O zika (ZIKV), em verdade, não é descoberta recente. Ele foi isolado pela primeira vez no século passado, em 1947, em um macaco Rhesus, durante a vigilância da febre amarela silvestre na floresta Zika, em Uganda. A primeira evidência de infecção humana data de 1952 (DICK et. al., 1952).

No Brasil, o primeiro caso autóctone confirmado ocorreu em Camaçari, na Bahia, em 28 de abril de 2015, e posteriormente outros casos se fizeram saber em pelo menos 14 Estados brasileiros, a maioria na região Nordeste. Até 15 de abril de 2017, foram confirmados 180.847 casos de zika vírus no país (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A zika é uma doença febril aguda e autolimitada. Estima-se que apenas 18% das infecções resultem em manifestações clínicas. Ela é, portanto, predominantemente assintomática. Quando sintomática, pode causar febre baixa, exantema maculopapular (vermelhidão), artralgia (dor articular), mialgia (dor muscular), cefaleia, hiperemia conjuntival e, mais raramente, edema, odinofagia (dor durante a deglutição), tosse seca e alterações gastrintestinais,

em especial vômitos. Os sintomas costumam desaparecer entre três e sete dias após seu início (SANTOS et al., 2016).

Normalmente, a zika não está associada a complicações graves nem óbitos, e apresenta baixa taxa de hospitalização. Não à toa recebeu dos jornais os apostos “prima leve da dengue” e “dengue light” quando do início da infecção no Brasil (FOLHA, 15 maio 2015).

Contudo, existem relatos de casos da Síndrome de Guillain-Barré (SGB) em infecções por ZIKV, especialmente em regiões de circulação conjunta com os vírus da dengue (DENV). A SGB é uma doença rara em que o próprio sistema imunológico ataca as células nervosas da pessoa afetada, causando fraqueza em braços e pernas e, em casos extremos, afetando os músculos que controlam a respiração. Embora a maioria das pessoas se recupere totalmente em semanas ou meses, algumas sofrem danos permanentes. São poucas as que morrem (CDC, 2016). Relatos na Bahia confirmaram a presença da SGB em 55% dos pacientes que apresentavam comprometimento neurológico e sintomas compatíveis com infecção por ZIKV, associação recentemente registrada também em El Salvador e na Venezuela (SANTOS et. al, 2016).

A associação que mais surpreendeu o mundo científico quanto ao ZIKV, no entanto, foi a síndrome congênita do zika, que afetou vários bebês cujas mães foram infectadas pelo vírus. A síndrome congênita tem sido descrita como um conjunto de sinais e sintomas cuja manifestação mais frequente (porém não obrigatória) é a microcefalia. Síndrome de Guillain-Barré, dilatação dos ventrículos cerebrais, calcificações intracranianas, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, problemas auditivos, anomalias oculares, crises epiléticas, alterações musculares e deformações em mãos, punhos, joelhos, entre outros comprometimentos, também podem ocorrer na doença (SANTOS et al, 2016).

No Brasil, até o mês de abril de 2017, foram notificados 13.490 casos de microcefalia, com 2.653 deles confirmados da doença e mais 150 considerados prováveis. O Ministério da Saúde considerava que houve infecção pelo zika na maior parte das mães que tiveram bebês com diagnóstico final de microcefalia. Os casos confirmados ocorreram em 609 municípios, localizados em todas as unidades da federação e no Distrito Federal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em 1º de fevereiro de 2016, diante do número de crianças afetadas pela síndrome, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a zika “emergência internacional”.

O Comitê recomenda que o atual agrupamento de casos de microcefalia e de outras disfunções neurológicas reportados no Brasil, seguido de um agrupamento similar na Polinésia Francesa em 2014, constituem uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (PHEIC, Public Health Emergency of International Concern).

A OMS baseava a decisão não apenas na relação - até então em estudo - do zika vírus com os casos de microcefalia, mas também no seu risco de dispersão mundial, na falta de imunidade das populações, na ausência de vacinas e de diagnósticos imediatos e no risco de contágio para os viajantes. O comunicado requisitava uma resposta coordenada para minimizar a ameaça em países afetados e reduzir o risco de maior disseminação internacional (OMS, 2016).

A condição de “ameaça global” culminou com a proliferação de material jornalístico a respeito da zika no Brasil e no mundo. O mês de fevereiro de 2016 foi o que mais registrou textos impressos sob o rótulo da doença. Na forma de reportagens e artigos de opinião, questionava-se o alcance da epidemia, as formas de combate, seu custo socioeconômico e o comprometimento da circulação de pessoas num mundo altamente globalizado. Nesse sentido, levantava-se a dúvida se a doença inviabilizaria a realização do maior evento mundial, a Olimpíada, previsto para agosto, no Rio de Janeiro. Só de atletas, o Brasil se preparava para receber 11 mil deles, provenientes de 206 países.

Ao contrário do que esperavam cientistas motivados pelo maior número de investimentos nos estudos sobre a doença a partir da declaração de “ameaça global”, em 18 de novembro de 2016, a entidade retirava o selo emergencial da doença. Após uma reunião entre representantes do seu Comitê de Emergência, a OMS considerava que os países atingidos pela epidemia haviam se mobilizado para responder ao avanço da doença e que as consequências da infecção pelo zika vírus eram um problema a ser tratado a longo prazo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Entretanto, passados dois meses dessa declaração da OMS, em fevereiro de 2017, a organização reconhecia estar “às escuras” diante de vários aspectos da doença, mesmo que muitas perguntas sobre o vírus tivessem sido respondidas até então. A constatação fazia parte de um documento usado pela OMS em reunião com doadores para atualizar a comunidade internacional sobre os próximos passos (CHADE, 2017).

A agência de saúde da ONU estimava que pelo menos cinco questões importantes continuavam no ar: Qual é o risco absoluto da síndrome congênita do zika? Quais os fatores de risco para a microcefalia? Qual a extensão da infecção em áreas com o mosquito? Qual o risco de transmissão sexual? Qual o papel da imunidade natural em regiões que viveram surtos da doença no passado? (CHADE, 2017). Outra questão pendente: em que medida a infecção cruzada com a dengue pode ter levado a casos de síndrome congênita do zika?

As interrogações são várias, e os meios de comunicação têm sido a principal via de transmissão dessas e de outras perguntas. Em epidemias, a transmissão de questionamentos e informações se mostra ainda mais urgente, considerando o número de pessoas afetadas e as consequências sociais, econômicas, políticas e culturais advindas da proliferação da doença.

Neste trabalho, ao analisar a cobertura jornalística da zika por quatro veículos brasileiros, pretende-se entender como a comunicação impressa se expressou diante de alguns dilemas bioéticos que a epidemia trouxe consigo, como o adiamento da gravidez, o abandono das mães nos cuidados com o seu bebê microcéfalo, o questionamento da ciência, o controle de um mosquito aparentemente impossível de erradicar. O cenário em que a epidemia se desenrolou no país, de grande instabilidade socioeconômica e política, também será considerado. O referencial bioético da vulnerabilidade dará “sustento e remédio” à discussão.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar as principais questões bioéticas envolvidas na cobertura da epidemia de zika por quatro jornais brasileiros.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar nos textos jornalísticos as narrativas do poder, do saber e do sofrer;
- Identificar como os periódicos agiram e reagiram diante de uma doença que afeta a vida reprodutiva;
- Observar o comportamento da mídia impressa em relação ao controle do vetor da zika;
- Investigar as implicações bioéticas da cobertura jornalística na percepção da doença pela população.

3. MÉTODO

Foi feito um levantamento em bases de dados com o Pubmed pesquisando os unitermos “zika and bioethics” (7), “ethics and infectious disease” (194), “zika and journalism” (3) e “journalism and bioethics” (70), referentes ao tema do presente projeto.

Para o estudo jornalístico, foram monitorados os periódicos diários brasileiros *Folha de S. Paulo (Folha)*, *O Estado de S. Paulo (Estadão)*, *O Globo (Globo)* e *Jornal do Commercio (JC)* no período de 30 de abril de 2015 a 12 de maio de 2017. A escolha dos três primeiros periódicos (*Estadão*, *Folha* e *Globo*) se baseou em sua abrangência, tiragem e referência nacional. Já o *JC* é um jornal regional, o de maior circulação em Pernambuco, Estado brasileiro que mais apresentou casos de crianças afetadas pela síndrome congênita do zika.

A tiragem média diária impressa dos periódicos avaliados encontra-se no quadro abaixo:

JORNAL	TIRAGEM IMPRESSA (2015) *
O Globo	193.079
Folha de S. Paulo	189.254
O Estado de S. Paulo	157.761
Jornal do Commercio	34.663

Quadro 1 – Distribuição da tiragem impressa dos jornais utilizados durante os dias úteis

* Exceto suplementos, revistas e edições extras

* Números auditados pelo Instituto Verificador de Circulação (IVC)

Os quatro jornais atendem primordialmente às classes B e C da população. Seus leitores são na maioria homens, em uma faixa etária média de 35 a 55 anos.

A opção pelo jornal diário e não pela revista semanal (critério de inclusão) se deve à necessidade de avaliar se as notícias mudaram de tom e ênfase em

curtos períodos de tempo. Também foram escolhidos veículos impressos e não online para tentar observar em que medida a crise que se abate sobre os periódicos publicados em papel pode ter afetado as editorias de saúde e, por consequência, a cobertura da epidemia.

Os textos avaliados englobam reportagens, entrevistas, notas, colunas, artigos, e-mails de leitores, infográficos e anúncios publicados de 30 de abril de 2015 a 12 de maio de 2017, período durante o qual a zika recebeu diferentes gradações: de “prima leve da dengue” e “pior caso de calamidade pública do Brasil” a “emergência mundial” e, por fim, “já não mais fato incomum ou inesperado”.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

4.1. Do jornalismo de papel

O jornalismo tem diversos compromissos intrínsecos: “escarafunchar” os fatos é um deles. O olhar abaixo da superfície, o não se contentar com a versão oficial, a insistência em fazer uma derradeira pergunta quando a fonte já está a passar o trinco na porta e na fala, tem algo de nato à profissão, mas que também se lapida com o tempo, a ponto de poder ser resumido numa sentença simples: “O jornalismo é para aqueles que não entendem a pergunta ou a resposta” (CLARK C., 2014).

Outro de seus tantos vínculos é com a democracia. Comprometer-se com a voz do povo faz parte de seu receituário, a fim de revigorá-la e revigorar o próprio jornalismo. Tanto que o ofício convive mal, quando convive, com regimes ditatoriais, em que a crítica ao poder é cerceada:

Do ponto de vista da democracia, a instituição da imprensa, enraizada na sociedade e desvinculada do Estado, é indispensável. Por todas as razões. Ela não é uma das esferas em que se pode criticar publicamente o poder a partir de uma perspectiva independente; é a única. A qualidade da imprensa, a qualidade que interessa, é aquela que ajuda na realização dessa missão insubstituível, que só a imprensa (cujo idioma é o jornalismo) é capaz de realizar (BUCCL, 2016).

Já momentos democráticos, mas de intolerância, poderiam servir como estímulo ao periodismo sério e analítico. Reportagens completas, checagens bem-feitas, observações mais profundas talvez “quebrassem as pernas”, para o bem, de certezas seletivas: “O jornalismo devia ser a força que ilumina nossa consciência coletiva, que questiona nossas verdades e premissas mais generalizadas” (GINGRAS, 2014). Um farol jogando luz a 360 graus, enfim.

Ocorre que, não por coincidência, o momento mundial – e o Brasil não foge a ele - é de intolerância. E pior: o farol, aparentemente, está com as pilhas fracas. Há uma crise generalizada de desconfiança quanto a mídia tradicional, do qual o evento da internet certamente faz parte, mas não só ele. Como ilustração, 32% dos americanos confiam muito nos jornais nos EUA; em 1976, eles eram 72% (GALLUP, 2016). “Se o grande problema do país é a perda de

diálogo, o problema da mídia é a perda de confiança. O jornal deveria enfrentar com franqueza a crise geral de credibilidade, fruto da morte do diálogo” (RIBEIRO, 2017).

Junte-se a isso a concorrência voraz de mercado com o mundo virtual, que não apenas desfez o monopólio impresso da informação como lhe ultrapassou na velocidade do processo, para se ter um denso caldo de vulnerabilidade no jornalismo de papel. Os anunciantes estão cada vez mais escassos, as redações a cada dia mais diminutas, as reportagens a cada dia mais limitadas pelas redações diminutas, e a sensação de destino incerto sobrevoa a área.

Mas a mídia impressa ainda conserva certa vantagem em relação à virtual, que seja no imaginário do leitor: ainda que questionada, “se saiu no papel, deve ser algo mais próximo da verdade”. De fato, não dá para desfazer num clique ou tirar do ar algo que já “desceu para a gráfica” e que está sendo empacotado em pilhas com cheiro intenso de tinta negra. O processo, por si, inviabiliza correções instantâneas ou recorrentes no mesmo texto. Implica um alto envolvimento de responsabilidade com o produto final, com o escarafunchar dos fatos. Nesse oceano opressor de informações, e elas chegam aos borbotões em emergências como uma epidemia, ter essa *expertise* é essencial: “Para ser jornalista hoje, é preciso entender até que ponto as coisas não mudaram. As regras – justiça, equilíbrio, escrúpulos, responsabilidade – devem continuar como sempre: imutáveis” (OGUNLESI, 2014).

4.1.1. Do jornalismo de saúde

Nesse desafio de ser crítica, a imprensa também precisa ser didática e elucidativa. “Jornalismo é a ordenação da novidade” (DINES, 1986). Dividir as novidades ou notícias em setores, portanto, parece produtora na avalanche de informações diárias que atinge o leitorado. Essa divisão são as editorias, que funcionam como departamentos de um jornal. Setorizam os assuntos a fim de organizá-los melhor para o leitor.

Internamente, as editorias também têm seu papel. Elas respondem a uma especialização cada vez mais frequente dos jornalistas. Há o repórter de

economia, de política, de esportes, de turismo, de saúde, de educação, de tecnologia, de decoração, de automóveis, de gastronomia. “A criação de editorias se baseia no conceito de que os jornalistas que se dedicam e se especializam em determinados temas os conhecem melhor” (NOGUEIRA, 2015).

Isso faz com que, a priori, esses setoristas cultivem fontes exclusivas que possam alimentá-los com as tais notícias ou novidades, tão essenciais ao meio e à função. Também seria um dos possíveis antídotos contra a homogeneidade das coletivas de imprensa e das notas oficiais emitidas por autoridades. Não raro o “furo” jornalístico, jargão para a informação dada em primeira mão por um veículo de comunicação, ocorre sob a autoria de repórteres especializados.

“Mas isso não quer dizer que um jornalista não possa transitar entre editorias nem colaborar com outra que não a dele, ou ainda trabalhar em conjunto com repórteres de outras seções em uma reportagem especial” (NOGUEIRA, 2015). Contudo, ele tende a focar no assunto que mais domina, mesmo porque os profissionais de veículos diários necessitam conviver com um deadline que os pressiona. Quem mais entende de um assunto teria, por prerrogativa, mais agilidade para finalizar seu texto a tempo e com a informação mais bem apurada.

Nos últimos anos, é notória a especialização de jornalistas na área da saúde. Uma das explicações seria o fato de a saúde ter conquistado a atenção da mídia:

Nota-se a profusão de capas de revistas e jornais, programas de televisão e matérias de sites noticiosos com informações sobre os novos medicamentos lançados, a importância de fazer dieta, a eclosão de uma nova epidemia, o surgimento de um tipo diferente de dengue (LERNER, K.; SACRAMENTO, I., 2014).

Esse fenômeno teria tido seu start em nível mundial a partir da década de 1960. O jornalismo precisava acompanhar a sociedade da época, que começava a se abrir a temas do dia a dia, sem que isso passasse uma conotação de “trivialização” ou baixa qualidade. Focar na saúde respondia a um movimento crescente do jornalismo na direção dos assuntos de interesse humano:

Esses assuntos eram negligenciados pelo jornalismo convencional ou cobertos por meio de ‘press releases’ desde o

século 19 até os anos 1950. A BBC, por exemplo, banira discussões sobre controle de natalidade e divórcio até os anos 1950, quando foi forçada a rever sua política, pressionada pela competição comercial. Hoje se cobrem assuntos como família, sexualidade, ciência, medicina – temas significativos da vida antes proibidos de se mencionar (SCHUDSON, 2016).

Foi a partir desses mesmos anos 1980 que o jornalismo brasileiro passou a tratar a saúde com mais ênfase, devido, em parte, à Reforma Sanitária:

É quando se insere na agenda pública a questão da saúde como processo além do biológico, que guarda relações com os determinantes sociais (infraestrutura, saneamento básico, moradia, alimentação, etc.), e se postula uma nova relação do Estado com o tema, o que resultou na criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja regulamentação se deu nos anos subsequentes (LERNER, K.; SACRAMENTO, I., 2014).

Passou a ser razão de pauta a interface entre sistema de saúde público e privado, eficiência e responsabilidade social.

Paralelamente, houve uma mudança estrutural nos paradigmas da saúde e da doença:

Nas décadas de 1960 e 1970, temos o desejo dos indivíduos de controlar suas vidas e questionar os excessos da vida urbana e da sociedade industrial, como o atesta o grande número de pesquisas sobre os danos à saúde provocados pelo estresse por substâncias químicas nos alimentos e pela poluição. A saúde aparecia, então, como valor com base no qual se demandavam mudanças no 'sistema' (VAZ, P. et al., 2007).

A doença está presente entre nós, ainda que potencialmente, e precisamos estar precavidos para evitá-la ou debelá-la:

A saúde não é só um objetivo de vida, mas muitas vezes confere sentido a ela, e os especialistas estão cada vez mais convocados a nos ensinar a gerenciar os nossos corpos e desejos e nos orientar na gestão do cotidiano. Não é surpreendente, desse modo, que a saúde tenha tanto apelo de venda nos jornais e de audiência nos telejornais (LERNER, K.; SACRAMENTO, I., 2014).

Na esteira dessa tendência, os jornais passaram a criar editorias, se não específicas de saúde, pelo menos com destaque para temas relacionados a ela. Em 2004, por exemplo, o *Estadão* criou o caderno Vida &, que reservava as terças-feiras para a Saúde. Sob esse chapéu eram abordados tratamentos e

descobertas na área, novas doenças, depoimentos de pacientes, ex-pacientes e familiares, políticas públicas, cientistas premiados, entrevistas com sumidades. Em 2005, a Folha reservou uma página para Saúde + Ciência ou vice-versa (Ciência + Saúde), a depender do tema que queria destacar no alto da página naquela data. Quase uma década depois, em 2014, o Globo optou pelo nome Sociedade para abrir uma editoria que abordasse temas sociais controversos, alguns transversais à Saúde, conforme ressalta o editor-executivo Pedro Doria:

Houve um tempo em que as grandes questões da vida do país eram ligadas ao poder ou à economia. Mas isso mudou radicalmente. Somos pressionados a tomar decisões e a reconhecer a importância de uma série de debates, como aborto, casamento gay e legalização de drogas (GLOBO, 2014).

Com o enxugamento dos jornais a partir dos anos 2010, porém, os assuntos da vida cotidiana, entre eles os relativos à saúde e à ciência, perderam espaços exclusivos nos veículos analisados e passaram a se abrigar sob o guarda-chuva de outras editorias, no mais das vezes relacionadas a assuntos gerais relativos à cidade. Em 2013, por exemplo, o caderno Vida & se incorporou ao Metrôpole, deixando de existir com essa tarja.

O enxugamento foi globalizado. Outros países, como os Estados Unidos, também sentiram a mudança. “Em 1989, havia 95 seções semanais de ciência ou saúde nos principais jornais americanos, número que caiu para 34 em 2005 e para 19 em 2013” (CLARK, A., 2016).

A depender do enfoque, o tema da saúde saiu dos cadernos de cotidiano e pontuou a editoria de opinião, com artigos e editoriais; a editoria de economia, quando a saúde afetou algum ramo de negócio ou interferiu em uma política econômica; a de esportes, se permeou um evento esportivo, como ocorreu durante a Olimpíada no Rio de Janeiro; as colunas sociais, em notas curtas, muitas vezes de bastidores. O assunto também ocupou a editoria da capa ou primeira página, concorrendo com outras chamadas e manchetes do dia. Ou foi tema de edição especial, algo cada vez mais raro nos periódicos.

No caso da zika, em 90% do material aqui coletado, a doença foi alojada nas editorias que abarcam assuntos da urbanidade. A saber: Metrôpole (*Estadão*), Cotidiano (*Folha*), Rio (*Globo*) e Cidades (*Jornal do Comercio*). Em 7% foi chamada de capa e, em 3%, tema de colunas e editoriais.

Quando se trata de jornalismo na área de saúde, o espectro de responsabilidade aumenta. Quer seja porque a saúde tem papel de destaque na nossa Constituição, como demonstra o artigo 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco à doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Quer seja por seu viés de cidadania:

A concepção desse novo direito de cidadania ativa, no campo da saúde, confere à informação jornalística sobre saúde, sobre políticas públicas e terapias de saúde um valor político na esfera da cidadania, além de seus valores pedagógicos tradicionais em campanhas sanitárias e na medicina preventiva, ou de seu entendimento como 'jornalismo de serviço'. Por extensão, tornam-se objetos privilegiados de cobertura jornalística, vigilância e crítica, as políticas públicas de saúde dirigidas a grupos populacionais, como as campanhas de prevenção (KUCINSKI, 2000).

Mas o envolvimento do jornalista em campanhas de prevenção é delicado. "Pode levar à intimidade com instituições e agências de governo, à renúncia do distanciamento crítico e da capacidade de revelar e criticar políticas públicas, a trocar a lógica analítica e explicativa do bom jornalismo pela retórica da persuasão" (KUCINSKI, 2000).

Kucinski indaga: "Esse é um dos dilemas do jornalismo dedicado à saúde: como participar de campanhas sanitárias ou preventivas, de propaganda e de esclarecimento, sem violar a demarcação ética que distingue jornalismo de outras atividades comunicativas, em especial da propaganda e das relações públicas?"

E continua:

O Estado decide dentro de um contexto de forças políticas e sob uma forte determinação de classe ou de estamentos, ou de interesses mercantis ou geopolíticos. No limite, campanhas de vacinação contra o sarampo e contra a tuberculose podem ser vistas não como a melhor forma de evitar essas doenças, mas como a melhor forma de não precisar mexer na estrutura

econômica e social produtora do sarampo e da tuberculose, de não precisar prover emprego para todos, de perpetuar uma sociedade desigual e um habitat sujo.

Citando BERLINGUER (Enrico Berlinguer), ele arremata: “A prática médico-sanitária tem também uma dimensão de controle social”.

Voltando à zika - e sua trágica consequência sobre a saúde de bebês e, por extensão, sobre a saúde de suas famílias -, como os grandes jornais se portaram? Foram críticos quanto à ação do Estado? Encamparam a campanha contra o *Aedes aegypti* cientes de que o mosquito talvez nunca mais seja erradicado? Entenderam e souberam explicar a ação da prometida vacina? Acompanharam e continuam acompanhando a situação das famílias que têm crianças com a síndrome congênita do zika? Previram novo surto da doença ou assumiram que ela está restrita a uma região, a saber o Nordeste, e a um período, a saber os anos de 2015 e 2016?

4.1.2 Do jornalismo e das epidemias

O historiador grego Tucídides foi o primeiro a descrever a desintegração social causada por uma epidemia violenta: o esfacelamento das autoridades, a desorganização brutal das estruturas sociais e mentais, o rebaixamento do Estado, uma sociedade humana no limite de suas forças (ZYLBERMAN, 2016).

Ele tratava da “peste” em Atenas, em 430 a.C. e em 427-26 a.C., que não foi apenas uma crise sanitária, mas também uma crise moral de grande amplitude. O historiador menciona a impiedade, a humanidade sem lei nem regra – a anomia. “A infecção não destrói apenas o corpo – ela também destrói as instituições, os costumes, uma sociedade” (ZYLBERMAN, 2016).

As pessoas na antiga Atenas ou na Florença medieval viviam suas vidas conscientes de que poderiam adoecer e morrer em dias, ou que subitamente poderia irromper uma epidemia e destruir toda a sua família numa única investida (HARARI, 2016).

E irrompeu. Em vários momentos. Em meados do século 14, a peste negra matou entre 75 milhões e 200 milhões de pessoas, mais de um quarto da

população da Eurásia. No século 16, a varíola ceifou 14 milhões de vidas no México, que na época abrigava 22 milhões de habitantes. “No século 19, o capitão Cook e seus homens introduziram os primeiros patógenos de gripe, tuberculose e sífilis no Havaí. Visitantes europeus subsequentes acrescentaram o tifo e a varíola. Em 1853, restavam ali apenas 70 mil sobreviventes” (HARARI, 2016).

Ainda no século 19, o cólera teve seu papel aterrorizador nas populações, em surtos alternados. Originalmente endêmica na Índia, com o Rio Ganges servindo como reservatório da contaminação, ela se espalhou pelo mundo via rotas comerciais. Em 1832, fez 40.000 vítimas na cidade do Porto, 6.536 em Londres e 20.000 em Paris. Na França, como um todo, foram 100.000 pessoas. Alcançou a Rússia, Quebec, Ontário e Nova York neste mesmo ano (1832) e, em 1834, a costa do Pacífico, na América do Norte. No segundo surto, em 1849, voltou a atacar Londres, ceifando 14.137 vidas, e de lá se espalhou por toda a Inglaterra e os EUA. Numa terceira rodada de infecções, entre 1852 e 1860, matou mais de 1 milhão na Rússia. Entre 1853 de 1854, Londres sofreu novamente: 10.738 pessoas sucumbiram à bactéria *Vibrio cholerae* (ALMEIDA, 2011).

Houve também a gripe espanhola, que em 1918 matou entre 50 milhões e 100 milhões em menos de um ano. No século passado, vicejou a aids. Neste século, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars) e o ebola ocuparam as manchetes. “No entanto, a despeito dos milhões que morrem a cada ano de doenças infecciosas há muito estabelecidas (e algumas negligenciadas, como a malária), as epidemias representam uma ameaça muito menor à saúde do homem do que representaram no milênio anterior. A imensa maioria das pessoas morre de enfermidades não infecciosas, como o câncer e as doenças cardiovasculares, ou simplesmente de velhice” (HARARI, 2016).

Ainda assim, o temor acompanha a memória surda das epidemias (ZYLBERMAN, 2016).

Hoje, e cada vez mais, a avaliação de alternativas de políticas de saúde leva em consideração a representação midiática das epidemias, não apenas porque especialistas antecipam qual será a percepção do risco por parte dos cidadãos, mas também porque a cobertura midiática é decisiva na confirmação dessa percepção (VAZ, P.; CARDOSO, J. M.; 2014).

No que concerne ao Brasil, não é novidade para os brasileiros o surto de pessoas contaminadas por “doenças misteriosas”, como informalmente foi classificada a zika em seu início. Ao longo da sua história, o país se viu às voltas com algumas delas, e em todas o papel do jornalismo foi preponderante, seja na divulgação de conceitos e/ou preconceitos, seja na reverberação de políticas de combate, inclusão e/ou dominação.

Um exemplo foi a proliferação da febre amarela no Rio de Janeiro em 1850, quando jornais da época reproduziram e endossaram a visão de médicos higienistas de que todo o problema residia nos cortiços. “Os cortiços supostamente geravam e nutriam ‘o veneno’ causador do vômito preto” (CHALHOUB, 1996). Era preciso intervir radicalmente na cidade para eliminar tais habitações coletivas e expurgar do centro da capital as “classes perigosas”.

CHALHOUB (1996) lembra que a febre amarela, flagelo dos imigrantes que ocupariam o lugar dos negros nas lavouras do Sudeste cafeeiro, tornou-se o centro dos esforços de médicos e autoridades justamente por esse motivo. “Fazia parte de um processo histórico que buscava o ideal de embranquecimento por meio da reconstrução das relações de trabalho.”

Enquanto isso, os doutores e a imprensa praticamente ignoravam a tuberculose, que na capital do país matava implacavelmente todos os anos e o ano todo. Nas últimas décadas do século 19, ela fazia mais vítimas fatais do que todas as doenças epidêmicas de maior visibilidade somadas:

A tuberculose, porém, parecia atacar indiferentemente brancos e negros, nacionais e estrangeiros e, desculpa suprema, era doença extremamente grave até mesmo em Paris, o que nos eximia de qualquer culpa por abrigar a peste (CHALHOUB, 1996).

Tal como a febre amarela, a gripe espanhola, de 1918, também teve um caráter noticioso peculiar. A começar pelo nome como ficou conhecida mundialmente. “A Espanha, neutra na Primeira Guerra Mundial, não censurava as notícias sobre a epidemia. Daí se imaginava que a doença matava em maior quantidade naquele país” (BERTUCCI, 2004).

Outra hipótese é a de que Portugal, seguindo a tendência antiga de batizar epidemias com a grife do vizinho, tenha dado seu quinhão para a difusão do adjetivo. Por causa da xenofobia em relação aos trabalhadores espanhóis, os

franceses também teriam seu papel em cravar a gripe como espanhola (MANIR, 2006).

A xenofobia envolveu outra gripe, a suína, em 2009. “Se a histórica influenza de 1918, com seus quase 50 milhões de vítimas fatais, não merecia ter nacionalidade ibérica, a do ano passado não precisava ter feito da vida no México um inferno” (AUGUSTO, 2010). Foco inicial da pandemia, “e tendo como vizinhos os nosofóbicos americanos”, o México foi isolado por um cordão sanitário, obrigado a fechar escolas e casas noturnas, teve viagens domésticas e internacionais canceladas e um enorme prejuízo econômico, especialmente ao seu turismo. A OMS admitiu, em 2010, ter superestimado a gripe, mas o estrago já estava feito, “com a colaboração da mídia, de governos desatinados e laboratórios farmacêuticos unicamente interessados em vender vacinas” (AUGUSTO, 2010).

Já durante a ditadura brasileira, não foi o alarde, mas o silêncio que se fez ouvir. Tratava-se da censura ao surto de meningite que avançava na capital paulista. O governo do general Ernesto Geisel baixou a seguinte norma, em 26/7/1974: “De ordem superior, atendendo solicitação, em virtude fato superveniente, fica proibida divulgação através dos meios de comunicação social falado, escrito, televisado, entrevistas concedidas pelo Sr. Ministro da Saúde sobre meningite, qualquer divulgação de dados e gráficos sobre frequência de meningite, noticiário sobre quantidade e datas de chegada de vacinas importadas, bem como referências (sic) necessidades previsão. Fica igualmente proibido divulgação matérias sensacionalistas ou exploração tendenciosa através da imprensa, qualquer assunto relativo a meningite” (ABREU, 2015).

Entre 1970, quando se registraram os primeiros casos, e o pico da doença em 1975, quando pelo menos 411 morreram, a censura prevaleceu. Em julho de 1974, o governo do general Ernesto Geisel criou a Comissão Nacional de Controle da Meningite, que englobava a importação de vacinas e a preparação do corpo técnico para diagnosticar e tratar a infecção o mais rápido possível. Mas a batalha contra o surto teria sido muito mais eficaz se a população paulista tomasse conhecimento, por intermédio dos meios de comunicação e dos órgãos públicos, dos sinais e sintomas dessa doença contagiosa. Na visão do Estado autoritário, quanto menos a população

soubesse, menores seriam as consequências para o staff político e menores ainda as cobranças por medidas eficazes de combate. “Para estes generais e coronéis no poder – e nunca é demais lembrar, também aos civis que se prestavam a este serviço nos órgãos de censura –, o controle da informação se sobrepunha ao controle da meningite” (ABREU, 2015).

Sevcenko mencionou esse ocultamento da epidemia de meningite durante os tempos de chumbo: “A ditadura usou todo o seu repertório de instrumentos repressivos e censórios para evitar que houvesse qualquer manifestação na imprensa ou na opinião pública sobre a epidemia que, de fato, devastava a cidade” (SEVCENKO, 2010). O historiador fazia um paralelo entre aquele momento extremado com outros de contágio na história do Brasil.

Ainda durante o período da ditadura militar, outra doença, esta transmitida por um arbovírus como o zika, assustou moradores e turistas de 20 municípios na região do Vale do Ribeira e interditou praias como Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe. Era o rocío, que vitimou 1.021 pessoas e deixou outras tantas sequeladas. Os sintomas iam de perda do equilíbrio, da fala e da deglutição a surdez, convulsões, alterações da personalidade e coma. A epidemia se estendeu de 1974 a 1978 e, no início, cogitou-se ser de meningite e depois de encefalite de St. Louis. Os governantes, mas não somente eles, também tentaram cercear a informação. “Autoridades e comerciantes locais protestaram e tentaram impedir a veiculação de notícias sobre a epidemia” (AZEVEDO, 2016). Como apareceu, a doença se foi, sem que se soubesse exatamente qual inseto a transmitia nem qual seria seu hospedeiro natural.

Não se pode falar de cobertura jornalística de epidemias sem falar de aids. Em 1997, dez anos depois de instalada, a doença matava 1,7 milhão de adultos no mundo (OMS, 1998).

A aids se destacou entre cerca de vinte outras novas enfermidades surgidas no final do século não só pelo seu alcance, como por sua relação com fundamentos do comportamento humano e de nossa psique, dos direitos à liberdade sexual e à identidade de minorias sexuais, de conquista tão recente (KUCINSKI, 2000).

No entanto, ao mapear essa abrangência, a cobertura jornalística nem sempre se pautou por parâmetros éticos e de equidade:

Novos estereótipos foram criados e estereótipos antigos reforçados em abordagens que se revelaram equivocadas, centradas em 'grupos de risco', inspiradas em visões moralistas ou religiosas do mundo, e não em conceitos epidemiológicos (KUCINSKI, 2000).

Houve um filtro em grupos de risco:

Os veículos de comunicação disseminavam a ideia de que a aids era uma doença moral, melhor dizendo, da imoralidade. A conotação direcionada às pessoas consideradas vulneráveis à epidemia transmitia a concepção de que elas estavam submetidas a grupos de risco, seja por uma doença, no caso dos hemofílicos, seja por comportamento sexual, seja, ainda, por serem dependentes de drogas (GONÇALVES, 2002).

Nesse sentido, gerou grande controvérsia a matéria da revista *Veja* de 26 de abril de 1999, quando o cantor Cazuza estampou a capa da edição 1.077. Abaixo de uma foto em que ele aparecia frágil e esquelético, a manchete anunciava: "Uma vítima da Aids agoniza em praça pública". Lá dentro, oito páginas se detinham pouco a aspectos científicos da doença:

Seu suplício, pelo discurso da 'Veja', era resultado da vida desregrada, à base de bebidas, drogas e promiscuidade. 'Veja' toma para si o discurso médico e, sem respaldo dos profissionais que acompanhavam Cazuza, redige sua sentença de morte (NUNES, 2010).

4.2. Da bioética

Se a mídia tem mandado de sentinela da cidadania, da democracia e da justiça, a bioética trilha caminho paralelo. Para analisar a paridade, é importante retomar alguns aspectos históricos dessa ciência.

A paternidade do conceito “bioética” não está fechada nem no tempo, nem no espaço, nem na autoria. Há quem a atribua ao teólogo protestante alemão Fritz Jahr, que nos anos 1920, em Halle (Saale), teria usado a terminologia Bio-Ethik para resumir o imperativo bioético formulado por ele: “Respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal”. Consonante com os cientistas da área das Ciências da Natureza, Jahr equiparava animais e seres humanos na dimensão biológica, evidenciando o agir prático (HOSS, 2013).

Há quem desloque a criação da nomenclatura para duas localidades americanas, Madison (Wisconsin) e Washington DC, 50 anos depois. Na Universidade de Wisconsin, o oncologista Van Ressenlaer Potter, em 1971, cunhou o termo bioethics ao escrever o livro *Bioethics: Bridge to the Future*. Já em Washington, o obstetra e demógrafo Andre Hellegers, da Universidade de Georgetown, aplicou o termo à ética da medicina e das ciências biológicas, de tal forma que o nome acabou por se consagrar nos círculos acadêmicos e na mente do público. Ali, naquela universidade, ele criou o Kennedy Institute of Ethics, também em 1971.

Se existem duas culturas que parecem incapazes de dialogar – as ciências e as humanidades –, e se isso se apresenta como uma razão pela qual o futuro se mostra duvidoso, então, possivelmente, poderíamos erguer uma ponte para o futuro, construindo a bioética como uma ponte entre as duas culturas (POTTER, 1971).

Hellegers, por sua vez, animou um grupo de discussão de médicos e teólogos (protestantes e católicos) preocupados com o progresso médico-tecnológico que apresentava enormes e intrincados desafios aos sistemas éticos do mundo ocidental. Para REICH (1978), historiador da bioética, o “legado de Hellegers” está no fato de que ele entendeu sua missão em relação à bioética como “uma ponte entre a medicina, a filosofia e a ética. Esse legado é o que

acabou se impondo nos últimos 25 anos, tornando-se um “estudo revitalizador da ética médica”. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007)

Em 1979, o filósofo Tom Beauchamps e o teólogo James Childress lançaram uma obra que se tornou clássica no meio bioético: “Principles of Biomedical Ethics”. Aqui eles propõem quatro princípios orientadores de ação, sem nenhuma disposição hierárquica entre eles. Seriam a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2009).

Os autores destacaram que, diante de conflitos entre si, a situação em causa e suas circunstâncias indicariam o que deveria ter precedência. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007). Esse modelo de análise bioética foi chamado de paradigma principialista.

O paradigma libertário, outro modelo, apostou todas as suas fichas na autonomia e no indivíduo. A obra que o representa é “The Foundation of Bioethics”, de Tristram Engelhardt, e foi inspirado na tradição político-filosófica do liberalismo norte-americano. A noção de pessoa colocou a ética num plano mais secular (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007).

Já o paradigma contratualista, apresentado por Robert Veatch em “A Theory of Medical Ethics”, propõe uma nova perspectiva nas relações entre médico, paciente e sociedade. Sua grande contribuição foi propor uma reflexão sobre a forma de relacionamento médico-paciente, rompendo com a tradição paternalista (HECK, 2014). Seus princípios iniciais são beneficência, proibição de matar e manter as promessas. Mas recentemente ele redesenhou sua teoria normativa, destacando sete princípios equivalentes: beneficência, não maleficência, justiça, fidelidade, veracidade, evitar matar e respeito à autonomia (VEATCH, 2014).

Preocupada com as regras que deveriam nortear o ser humano nas pesquisas, a bioética se baseou, no início, na visão principialista. Contudo, à medida que os conceitos no campo da bioética evoluíram e se fragmentaram, o principialismo pareceu não dar conta de todas as condicionantes clínicas.

Nesse sentido, em 2006, Hossne equacionou o modelo dos referenciais, que somaria aos princípios de Beauchamps e Childress a alteridade, a confidencialidade, a equidade, a dignidade, o pluralismo, a privacidade, a prudência, a qualidade de vida, a responsabilidade, a vulnerabilidade e a

sobrevivência. Os referenciais seriam, como o próprio nome indica, as pontes de referência para a reflexão bioética, sendo que nenhum deles é mais ou menos relevante. “Isso vai depender da situação em análise. Aí sim, no processo de deliberação, em cada caso, a hierarquização poderá ocorrer” (HOSSNE, 2006).

Uma epidemia como a retratada neste trabalho tem caráter peculiar: marca um geração de crianças. São os “bebês da era zika”, fragilizados por uma doença desafiadora não só por sua incipiência, mas pela potencialidade de provocar sérios danos à saúde a curto, médio e longo prazo. Epidemias, a priori, podem afetar a todos: mas, quando atingem crianças e/ou idosos, os mais vulneráveis dos seres humanos, demandam ações prementes e conjugadas. A Bioética tem cabedal para ajudar nesse processo de construir pontes. Uma geração de bebês que um Ministro da Saúde, num surto de frases infelizes, chegou a chamar de “geração de sequelados” (NOTA: “Ministro diz que zika pode criar uma ‘geração de sequelados’, Globo, 14 jan. 2016, p. 6), precisa de suporte. Ela, e todos que a circundam. Na hierarquização de “por onde começar?”, a vulnerabilidade pode ser um norte. Ou “o” norte.

4.2.1 Da bioética e das epidemias

Epidemias não são exatamente objeto caro de estudo aos bioeticistas. Pesquisadores observam o fato de, durante anos, a área de Bioética ter prestado pouca atenção às doenças infecciosas. Afirmam que, com exceção da aids, enfermidades como tuberculose e malária, que tanto afetam as populações, ficaram em segundo plano em relação a tópicos como engenharia genética, aborto e eutanásia (SELGELID, 2006). De fato, apenas à guisa de ilustração, ao pesquisar títulos e resumos na PubMed, vê-se que “ethics and infectious disease” alcança 194 citações, “ethics and malaria” angaria 254, “ethics and tuberculosis” chega a 130 e “ethics and ebola” não passa de 35. Em contrapartida, “ethics and genetics” ostenta 8.400, “ethics and euthanasia” 8.288 e “ethics and abortion” 4.000.

Há apostas quanto aos motivos que teriam levado à falta de interesse bioético nas infecções, mesmo quando elas ganharam o alarmante status de epidemia. Uma delas considera que, por serem doenças que afetaram (e

afetam) especialmente os mais pobres e em países em desenvolvimento, pouco chamaram a atenção dos bioeticistas do Primeiro Mundo no século 20. “Eles as relegaram a ‘problemas dos outros’, focando suas preocupações em questões mais obviamente domésticas” (SELGELID, 2006). No entanto, com as infecções “escapando” da periferia mundial no vácuo da globalização, e com uma reavaliação das medidas internacionais de saúde pública, essas enfermidades teriam passado a ser ponto de atenção da Bioética - mesmo que timidamente, levando em consideração o volume de pessoas no planeta que sofrem desse flagelo.

Ainda que incipientes, há pelo menos um ajuste a fazer nessa abordagem, consideram estudiosos. Trata-se da necessidade de fugir do que chamam de “visão individualista”. Não seria por “desregramento próprio” nem por “falta de sorte”, por exemplo, que uma população estaria infectada com o HIV, senão por um conjunto de fatores ambientais e sociais, como falta de informação adequada, “desempoderamento” de mulheres e homossexuais, desnutrição e prostituição (FARMER; CAMPOS, 2004). Não seria por “práticas culturais” que comunidades na África ainda sofrem com o cólera, mas pela escassez de água potável e saneamento básico (SUBEDI et al., 2000). Nessa linha de raciocínio, e transpondo para um exemplo brasileiro e localizado, o da epidemia de tuberculose entre a comunidade boliviana em São Paulo, não seria por uma “roleta russa do destino” que o bacilo da doença estaria contaminando esses imigrantes, e sim por falta de campanhas de prevenção, compreensão da linguagem e da cultura do estrangeiro e pela concentração massiva em locais insalubres de trabalho.

A Bioética tem nas antigas e novas infecções um terreno fértil no qual interferir para tentar amenizar algo enraizado: o estado recorrente de medo e nervosismo em relação às pestes. A última consiste numa doença virótica majoritariamente assintomática na mãe que pode comprometer seriamente a saúde do filho que ela espera. Para defender a si e a prole, essa mulher teria de evitar a saliva de um mosquito que mal se faz ouvir, ou o esperma de um parceiro que talvez nunca a ouça. Nesse sentido, a zika pede um entendimento multidisciplinar no qual a Bioética pode usar seus braços para aconchegar e acolher as vítimas.

4.2.2. Da vulnerabilidade

Que os seres vivos, por si, são vulneráveis, o sabemos. Isso jaz no coração da corporeidade. Todos, animais inclusive, estamos sujeitos a essa suscetibilidade inata. Apolo, em *Ilíada*, já fustigava os troianos a atacar os gregos com o mote da fragilidade universal: “Eles, como nós, são carnes vulneráveis, nem diamante, nem aço”. Somos produtos do mesmo fermento mortal. “É por sabermos que somos vulneráveis e que precisamos nos defender (até mesmo uns dos outros) que construímos convenções sociais, elaboramos leis, normas de conduta e até nos armamos (em qualquer sentido)” (HOSSNE, 2009).

Não somente habitamos uma armadura sujeita a ataques, como não a vestimos nem a carregamos sozinhos. A interdependência é evidente. Em diferentes graus e momentos, precisamos do cuidado de outras pessoas e de suas atitudes, a quem confiamos nossa existência:

Como seres corpóreos, somos derivados, isto é, procedentes de ‘outro’ desde nossa origem. E, mesmo que, nesse sentido, as tecnologias se ofereçam como alternativas à reprodução humana, parece impensável desvincular nossa corporeidade da rede de relações (ANJOS, 2005).

A palavra “vulnerabilidade” vem do latim “vulnus”, que significa “ferida”. Usualmente associada a pessoas cuja saúde, bem-estar e/ou autonomia estão em risco, ela é ponto crucial de um estudo ético da vida. “A vulnerabilidade parece estar no coração da Bioética” (ROGERS et al., 2006).

Na mira dos estudiosos do tema, o conceito tem sido visto e revisto, mais exatamente na sua relação com o princípio clássico da autonomia:

A vulnerabilidade não pode ser completamente compreendida dentro da moldura da autonomia individual, que domina o *mainstream* da bioética hoje. Normalmente, não é a pessoa que individualmente está vulnerável. Sua vulnerabilidade foi criada por condições socioeconômicas nas quais ele ou ela vivem (TEN HAVE, 2016).

O entorno ganha uma dimensão maior, mesmo porque vivemos sujeitos às relações, nem sempre baseadas na equidade, outro referencial bioético.

De fato, todos ser humano encontra-se exposto à vulnerabilidade e à contingência da sua condição. Todavia, a vulnerabilidade e a contingência da condição humana apresentam graus assimétricos que variam consoante a comunidade em questão (BUTLER, 2009).

Butler lembra que determinadas populações são assimetricamente expostas a contextos de violência, perigo, enfermidade, migração forçada, pobreza ou morte (BUTLER, 2009, p. 25). Alguns são mais violentados, outros mais sujeitos a doenças, outros ainda mais obrigados a abandonar suas casas, seus pertences, seus laços afetivos - e muitos acumulam essas vulnerabilidades ao mesmo tempo. “Todos somos vulneráveis; alguns são mais vulneráveis que outros” (TEN HAVE, 2016).

É um olhar mais aberto para o entorno e, por dedução, para a responsabilidade. Tanto que o *English Oxford Dictionaries*, já em 2012, fez um adendo ao verbete. Vulnerável não seria apenas alguém exposto a algum tipo de dano ou prejuízo, físico ou emocional. Ele abarca uma segunda acepção: é todo aquele que precisa de cuidado, suporte ou proteção por causa da idade, da deficiência, do risco de ser abusado ou negligenciado. (<https://en.oxforddictionaries.com/definition/vulnerable>). Se alguém precisa de cuidado, alguém deve fornecê-lo:

A noção de vulnerabilidade tem um sinal de alerta: mostra que para certas pessoas ou populações, devem ser providenciadas uma assistência e uma proteção especiais. Isso nos deixa mais conscientes, nos instiga a tomar mais cuidado e a prover a proteção (TEN HAVE, 2016).

Goodin, na sua reanálise de nossas responsabilidades sociais, enfatiza esse princípio de proteção: “Temos a obrigação de agir de tal forma que previnamos danos e protejamos os interesses daqueles que estão especialmente vulneráveis a nossas atitudes e escolhas” (GOODIN, 1985).

A vulnerabilidade é ponto fulcral quando se avalia a realidade da população atingida por uma emergência epidêmica. “É por estar ‘incorporado’ que o ser humano tem uma propensão orgânica a doenças e enfermidades, que

a morte e o morrer são inescapáveis e que sua estrutura envelhecida está sujeita ao dano e à incapacidade” (TURNER, 2006).

A expressão “vulnerável” não é comum ao discurso noticioso, pelo menos no que diz respeito a falas do cotidiano. Em aspectos técnicos, sim. Exércitos podem estar vulneráveis, sistemas bancários de segurança, idem. Até um time de futebol, cujo zagueiro foi expulso, pode assumir que a defesa se viu vulnerável ao ataque adversário.

Mas, no dia a dia, assumir “calcanhares-de-aquiles” não faz parte do jogo aberto de relações. Significa abrir um flanco de fragilidade, de dependência, algo a ser evitado numa sociedade muitas vezes vorazmente competitiva. “Muitas pessoas não gostam da palavra porque ela passa a impressão de que não se está no controle da própria vida ou não se consegue lidar com as condições que se está enfrentando” (TEN HAKEN, 2016). Deflagrar essa informação para um canal jornalístico, então, seria alardear ao microfone o que se pretende conservar na intimidade.

Afora isso, “vulnerável” e “vulnerabilidade” podem parecer expressões “pomposas”, sofisticadas até. daquelas que mais se escrevem do que se falam, dada certa dificuldade, inclusive, de se pronunciar o substantivo.

Ainda que impressas, as expressões “vulnerável” e “vulnerabilidade” frequentaram pouco os textos jornalísticos analisados neste trabalho. Apareceram mais em textos opinativos, como os editoriais:

Depois de mais uma década do reaparecimento do *Aedes*, ainda não se tem uma estratégia de combate nacional, coordenada e unificada. A sociedade, por sua vez, tem sua parte no contencioso dessa rede de leniência, ao negligenciar ações para inibir a reprodução do mosquito. A realidade é que, em síntese, a população está cada vez mais vulnerável (GLOBO, 2015).

Diante do fechamento de uma unidade de saúde no Rio de Janeiro em plena epidemia de zika, a vulnerabilidade reapareceu, agora no depoimento de uma médica. Ou seja, também num texto de caráter opinativo:

O que será da população que necessita desses cuidados? Uma população que envelhece, que tem doenças crônicas e está diante de uma epidemia [...] Ter o acesso à saúde negado é a maior humilhação a que o ser humano pode ser submetido. É uma situação de supremo sofrimento. É uma situação de vulnerabilidade, de estar doente. Ela tira desse indivíduo a

sua capacidade. E são os que mais precisam que mais sofrem nessas horas (GLOBO, 2015).

Condições socioeconômicas e ambientais fragilizam mais algumas populações que outras durante uma epidemia. A infecção pode parecer democrática em seu início, daí o pânico generalizado. Mas aos poucos fecha o cerco do sofrimento em quem se apresenta mais suscetível:

O problema é que se trata de uma doença majoritariamente de pobres. Escreve Clara Wehman, pesquisadora de Políticas Globais de Saúde na London School of Economics: 'Zika é uma doença da pobreza, assim como outras doenças tropicais negligenciadas, como chikungunya e dengue ("Uganda não é aqui. Que pena", coluna do Clovis Rossi, FOLHA, 14/2/2016, p. A15).

A síndrome da zika congênita atingiu principalmente o Nordeste do Brasil, já fustigado pela pobreza e pela falta de saneamento básico e educação. Ainda não se sabe se “descerá” para o Sul-Sudeste do país, nem se vai se estender além-mar. Ao retratar a peste que devassava a Europa no século 16, um díptico de Martin Schaffner (*Prayer for Help against the Plague*, em exposição no Germanisches Nationalmuseum, em Nuremberg) mostra anjos atirando flechas mortais na direção de uma cidade inteira, sem distinção. O mundo está em alerta, buscando fechar possíveis alvos de ataque do vírus. Se vulnerável é a humanidade, também astuta e prevenida ela pode ser. À Bioética cabe atentar para os que estão marcados pelo sofrimento, e pelos que por desventura estejam por vir.

4.3. Da zika

Zika é uma abreviação de “Ziika”, que em luganda, uma das línguas mais faladas de Uganda, significa “grande matagal”. Foi na floresta Zika, que margeia a rodovia entre Kampala, a capital ugandense, e Entebbe, o principal aeroporto do país, que cientistas do Instituto de Pesquisa da Febre Amarela descobriram em 1947 um “agente filtrável, transmissível” no sangue de um macaco Rhesus. O animal de número 766, um dos “sentinelas” que ficavam suspensos em jaulas

para serem expostos às mais de 40 espécies de “nisri” (mosquitos) que circulavam na floresta, havia tido uma febre de 39,7 graus. Era um macaco asiático, e não africano. “Essa foi a principal razão de **ter** adoecido e de o vírus **ter** sido descoberto. O zika circulava entre macacos africanos havia milhares de anos, e eles teriam desenvolvido resistência a esse vírus” (McNEIL, 2016).

Levaria cinco anos para que cientistas envolvidos no projeto publicassem os resultados. Eles apontaram que o zika pertence à família dos flavivírus. Em latim, “flavus” significa “amarelo”. Seria uma referência à icterícia, um dos sintomas da febre amarela, que motivou o nome da família e cujo vírus tem a forma de um icosaedro, polígono de vinte lados. O vírus estudado apresentava essa conformação, porém não era exatamente igual ao da febre amarela, da dengue, da encefalite de St. Louis, da encefalite do Oeste do Nilo, da coriomeningite nem se assemelhava a nenhum outro dos aproximadamente 70 flavivírus então conhecidos. Batizaram-no de zika.

Inicialmente, não havia indicação de que o vírus causasse alguma doença em humanos. Essa comprovação só veio a acontecer em 1952, na Nigéria, quando o zika foi confirmado em três pacientes que apresentavam febre moderada - um deles, uma menina de 10 anos, prontamente recuperada seis semanas depois. No ano seguinte, pesquisa sorológica envolvendo habitantes de diferentes áreas de Uganda revelou entre eles uma prevalência de 6,1% de anticorpos contra o zika, o que sugere que a infecção humana por esse vírus já era frequente. Estudos adicionais indicaram uma distribuição geográfica ainda mais ampla, que incluía o Egito, a África Oriental, a Índia, a Tailândia, o Vietnã, as Filipinas, a Malásia e a própria Nigéria (PETERSEN et al., 2016).

Nos 55 anos seguintes à comprovação de sua existência, pouco se ouviu falar do zika vírus. Até que, em 2007, um surto da doença na ilha Yap, na Micronésia, resultou em cerca de 5.000 pessoas infectadas dentre uma população que somava 6.700 habitantes (DUFFY et al, 2009). Entre 2013 e 2014 outra epidemia de zika, desta vez na Polinésia Francesa, atingiu 32.000 pessoas, e dessa vez foram apontados casos da síndrome de Guillain-Barré. Surto mais tímidos despontaram em outras ilhas do Pacífico, como Nova Caledônia, Easter Island, Ilhas Cook, Samoa e Samoa Americana, e apenas

alguns casos esporádicos foram registrados na Tailândia, em Sabah, no Camboja, nas Filipinas e na Indonésia (PETERSEN et al., 2016).

Estudos filogenéticos descrevem a existência de três linhagens distintas do vírus: oeste africano, leste africano e asiático. O que chegou ao Brasil seria o da linhagem asiática, justamente o que provocou, em 2007, o primeiro surto significativo conhecido em humanos, nos Estados Federados da Micronésia. Entre 2013 e 2014, o vírus emergiu novamente e causou uma significativa epidemia na Polinésia Francesa, espalhando-se pela Oceania e chegando à América pela Ilha de Páscoa, no Chile, em 2014 (TOLEDO, 2015).

O zika foi pela primeira vez identificado no continente americano em março de 2015 no Estado da Bahia, no Nordeste do Brasil. Além de febre moderada, as pessoas afetadas invariavelmente apresentavam vermelhidão e coceira na pele, algo que lembrava um processo alérgico. Algumas manifestavam conjuntivite, dor nas articulações, dor muscular, vômitos e inchaço. O surto teria começado em fevereiro de 2015.

Em outubro de 2015, a Colômbia reportou o primeiro caso de transmissão autóctone de zika fora do Brasil e, em março de 2016, havia 51.473 casos suspeitos no país. Nesse mesmo mês e ano, o vírus havia se espalhado por pelo menos 33 países e territórios das Américas.

No momento, pelo menos 298 milhões de pessoas nas Américas vivem em áreas favoráveis à transmissão do zika, o que é uma contagem conservadora porque, se contarmos quem vive entre o norte da Argentina e o sul do Tennessee – aproximadamente a área de alcance do mosquito *Aedes aegypti* -, chegaremos a mais de 400 milhões de pessoas (McNEIL, 2016).

Não há consenso sobre o marco de origem da chegada do vírus ao Brasil. Alguns apostam em eventos esportivos como responsáveis pela introdução do zika em solo brasileiro, como o Campeonato Mundial de Canoagem Va'a, ocorrido entre 12 e 17 de agosto de 2014 na Lagoa Rodrigo de Freitas, que contou com cerca de 2 mil remadores, incluindo equipes da Micronésia, da Polinésia Francesa, da Nova Caledônia, das Ilhas Cook e da Ilha de Páscoa (MUSSO, 2015). A Copa do Mundo da Fifa, entre 12 de junho e 13 de julho de 2014, também foi cotada como estopim do vírus no Brasil (DINIZ, 2016). Participaram do evento 32 equipes, que se distribuíram por 12 Estados do país.

Pesquisas mais recentes, no entanto, apontam que o ZIKV teria provavelmente chegado ao país por meio de viajantes oriundos da Polinésia Francesa no período entre outubro de 2013 e março de 2014. Anteriormente, portanto, aos dois eventos esportivos supracitados (MASSAD et al., 2016).

4.3.1. Da transmissão vetorial do vírus

O vírus zika é um arbovírus, ou seja, é transmitido por um artrópode. O artrópode em questão são fêmeas de mosquitos culicídeos do gênero *Aedes*. A principal espécie transmissora no continente americano é o *Aedes aegypti*, um mosquito escuro, com faixas brancas nas bases dos segmentos tarsais e um desenho em forma de lira (instrumento musical de cordas) no dorso (SOUZA, L. et al, 2016).

O *Aedes aegypti* é um mosquito de alta capacidade vetorial porque se satisfaz principalmente de sangue humano, se alimenta de vários humanos para cada refeição completa, tem uma picada quase imperceptível e se adequou perfeitamente bem ao ambiente doméstico (SOUZA et al, 2016).

Além disso, resiste a longos períodos de dessecação, às vezes por mais de um ano. Observou-se a eclosão de ovos com até 450 dias, quando colocados em contato com a água. Em condições ótimas, o período entre a eclosão e a pupação pode não exceder a 5 dias. As pupas não se alimentam, porém respiram. É nesta fase que ocorre a metamorfose do estágio larval para o adulto. Elas se mantêm na superfície da água flutuando, o que facilita a emergência do inseto adulto. O estado pupal dura de dois a três dias (SOUZA, L. et al., 2016). “É um inseto muito bem adaptado ao ambiente urbano, com uma plasticidade muito grande” (LIMA-CAMARA, 2016).

No início do século 20 o mosquito já era um problema no país. Na época, a principal preocupação era a transmissão da febre amarela. Em 1955, o Brasil erradicou o *Aedes aegypti* como resultado de medidas para controle da doença. Mas, no final da década de 1960, o relaxamento dessas medidas levou à reintrodução do vetor em território nacional. Atualmente, ele é encontrado em todos os Estados brasileiros (FIOCRUZ, 2016).

Outros países também se preocupam largamente porque o *Aedes aegypti* já consegue se manter ao longo de todo o ano em regiões díspares nas

quais ainda não tinha se fixado, como a Califórnia, a orla do Mar Negro, Washington e a Ilha da Madeira (POWELL, 2016)

Devido à enorme versatilidade do mosquito, ao aquecimento global e ao adensamento da população no meio urbano (em 1940, 68% da população brasileira vivia em áreas rurais e apenas 31,2% moravam nas cidades, enquanto em 2000 a proporção se inverteu, com 80% vivendo em áreas urbanas e 20% nas rurais), fala-se pouco em erradicação e debate-se muito o controle. Este último envolveria especialmente o combate aos criadouros por meio de duas estratégias básicas: saneamento do meio ambiente e ações de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC). Uma terceira estratégia seria o ataque direto ao vetor, por meios químicos e biológicos (SOUZA et al., 2016).

4.3.2. Da transmissão não vetorial do vírus

Há evidências substanciais de que o vírus da zika pode ser transmitido de mãe para filho durante a gestação. O RNA do vírus foi identificado no líquido amniótico de mães cujos fetos apresentavam anormalidades cerebrais nos exames de ultrassonografia, assim como apareceram em placentas de crianças que nasceram com a síndrome e morreram logo depois (PETERSEN et al., 2016).

Estudos recentes revelam que as células placentárias em estado inicial são muito mais vulneráveis que as da placenta “madura”, o que sugere que os fetos no primeiro trimestre da gravidez são muito mais susceptíveis à doença. No último trimestre, as “portas” que poderiam ser usadas pelo vírus para invadir as células placentárias estariam mais resistentes (SHERIDAN et al., 2017).

Também é possível contrair a doença pela relação sexual com um parceiro infectado pelo zika, mesmo que o homem não apresente sintoma algum ou que os sintomas já tenham desaparecido. Isso inclui sexo vaginal, anal e oral e o compartilhamento de “brinquedos sexuais”. A OMS recomenda que homens e mulheres que estiveram em áreas onde o vírus é transmitido e estejam retornando para regiões sem transmissão devem praticar sexo seguro ou

abstinência por um período de seis meses, independentemente de estarem tentando engravidar ou não (ONUBR, 2016).

Embora a transmissão via transfusão de sangue não tenha ainda sido reportada em publicações científicas, especialistas entendem ser possível de acontecer, dados outros casos de transmissão de flavivírus por esse meio, como o vírus da dengue (SABINO et al., 2016).

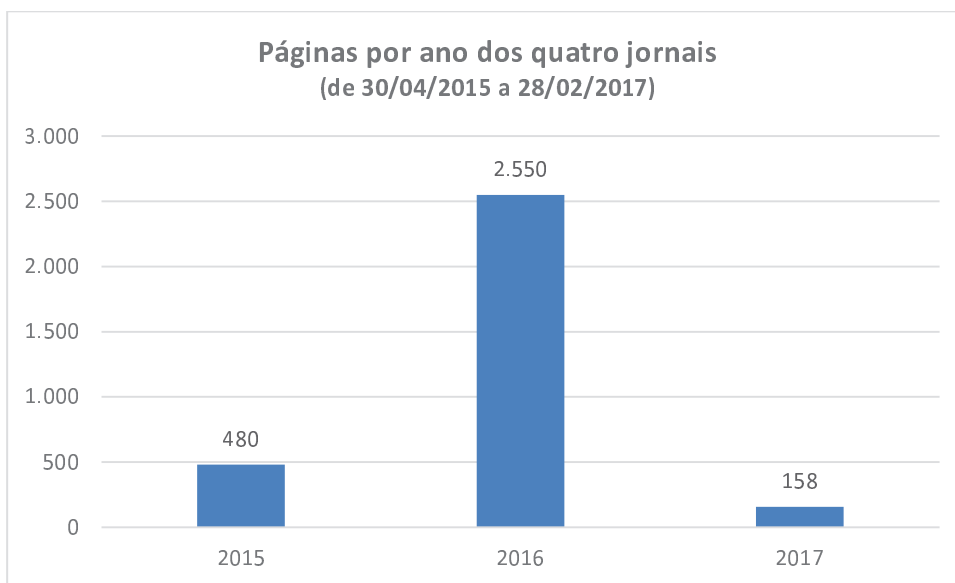
4.3.3 Da apresentação formal da doença nos jornais

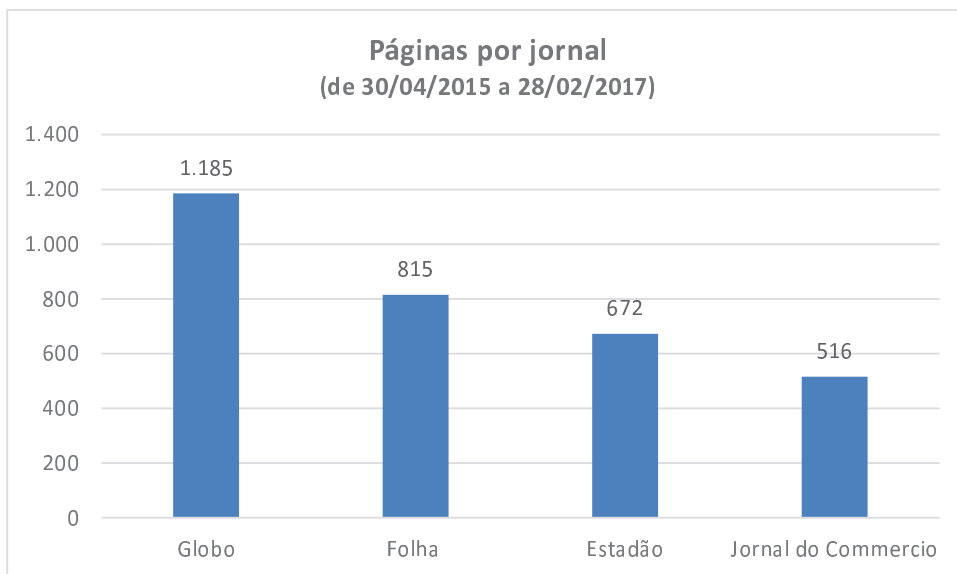
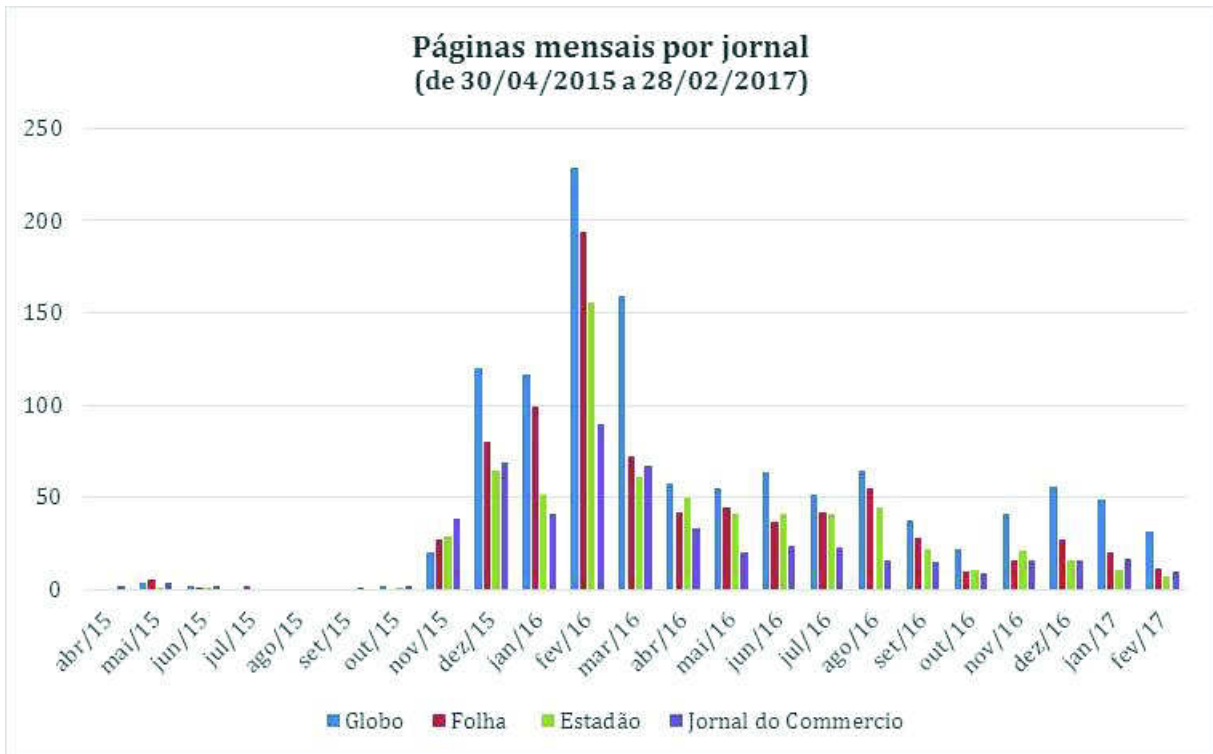
No início, era “o” zika. O *Estadão*, a *Folha*, o *Globo* e o *Jornal do Commercio* preferiram o masculino ao feminino nas primeiras reportagens de 2015, provavelmente por associação com o vírus. Passados quase dois anos do primeiro caso notificado, o *Globo* mantém o gênero masculino. Os demais optaram pelo feminino, talvez devido ao nome da doença terminar com “a”. Ou porque existe a expressão “zica” no cotidiano de algumas localidades do país significando problema, entrave – usada sempre no gênero feminino. *Estadão*, *Folha* e *Jornal do Commercio* só usam o masculino quando estão a falar do vírus homônimo. Assim será neste trabalho. O zika, para o vírus. A zika, para a doença.

Jornais estrangeiros como *The New York Times*, *The Washington Post*, *The Guardian*, *Die Zeit*, *Le Monde* e *Corriere della Sera* e a maior parte dos artigos publicados pela comunidade científica utilizam a letra maiúscula – ou caixa alta, como se diz no jargão jornalístico – para tratar da doença. No entanto, todos os periódicos brasileiros estudados, além do espanhol *El País*, optaram pela minúscula ou caixa baixa. Dessa forma também será aqui.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram encontradas 3.188 páginas citando a palavra “zika” nos quatro jornais no período de 30/04/2015 a 28/02/2017. O mês de maior concentração, em função da declaração de emergência global da OMS, foi fevereiro de 2016. A seguir, são apresentados gráficos do levantamento realizado nos quatro periódicos.





5.1. Contexto da epidemia

Os dados encontrados no levantamento dos quatro jornais foram categorizados e serão apresentados contextualizados no tempo histórico do país, no período da epidemia da zika. Os resultados obtidos das peças jornalísticas serão apresentados à medida que se desenrola a construção da discussão, destacada no final dos referidos assuntos.

A epidemia de zika no Brasil teve um contexto singular. Da sua deflagração, em 2015, ao seu pico, em 2016, o país viveu concomitantemente uma intensa conturbação interna, respingada por importantes distúrbios vindos do exterior. Domesticamente, manifestações populares que inicialmente pediam o fim da corrupção se intensificaram e passaram a focar no impeachment da presidente Dilma Rousseff. O governo federal se via prensado contra as cordas. Não apenas devido à forte rejeição ao PT, partido então no poder, mas também em decorrência de denúncias da Operação Lava Jato, que cercavam membros importantes tanto do núcleo central do partido como de sua base de apoio.

Economicamente, o cenário não era mais estável. Recessão, impactos diretos na queda da arrecadação, Estados deficitários, aumento dos juros para financiamento, queda na confiança dos investidores e um desemprego que chegava a 12%, atingindo 12,3 milhões de brasileiros, abalava a confiança num país que deixara de ser promissor aos investidores.

No aspecto ambiental, um acidente de proporções catastróficas. Em 5 de novembro de 2015, a ruptura da Barragem do Fundão, da mineradora Samarco, provocou o maior desastre ambiental da história do Brasil, de acordo com o Ibama. Cerca de 62 milhões de metros cúbicos de lama de rejeitos de minério invadiram cidades da região de Mariana, em Minas Gerais, matando 19 pessoas e desabrigando milhares de outras. O vazamento também poluiu o Rio Doce, e danos ambientais se fizeram sentir nos Estados do Espírito Santo e da Bahia. Em 2016, não se sabia ao certo todo o alcance do desastre (“Maior desastre ambiental do Brasil, Tragédia de Mariana deixou 19 mortos”, <http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/maior-desastre-ambiental-do-brasil-tragedia-de-mariana-deixou-19-mortos-20208009#ixzz4fmiodRX0>). Mas, em 2017, houve quem apostasse que o aumento de casos de febre amarela em

Minas Gerais se deveu ao desaparecimento dos sapos nas áreas atingidas pela lama da Samarco, o que conflagrou o aumento no número de *Aedes*. Sem predadores, o vetor vicejou.

A sensação era de desalento e preocupação:

Continuamos nos perguntando se estamos vivendo a nossa pior crise. Não sei, mas com certeza é a mais completa e abrangente, pois atinge ao mesmo tempo a política (desmoralizada), a economia (rebaixada), o meio ambiente (enlameado) e a ética (ultrajada pela inversão total de valores). (*“O ano se vai, a crise não. Coluna do Zuenir Ventura, o Globo, 17/12/2016*)

No plano externo, o atentado em Paris em 13 de novembro de 2015, que matou 180 pessoas e feriu 350, na pior violência a atingir a França desde a Segunda Guerra Mundial, acendeu o alerta máximo quanto ao terrorismo. O Estado Islâmico assumiu o ataque, e no imaginário do planeta as aglomerações passaram a significar potenciais alvos do grupo.

A cobertura dos quatro jornais deu grande dimensão a esses dramas. O levantamento das matérias relativas ao zika mostra que, nos dias em que foi aberto o processo do impeachment na Câmara dos Deputados, em que o desastre ambiental destruíra Mariana e o atentado em Paris assustava o mundo, nenhum ou pouco material sobre a epidemia foi publicado nas respectivas páginas.

Mas, passados esses picos, a epidemia voltava e desestabilizava os ânimos. A salvaguarda era a Olimpíada. O governo, acoplado à economia, investia suas fichas no maior evento do mundo, à espera de 1 milhão de turistas. (*“Brasil espera receber 1 milhão de turistas estrangeiros em 2016 com Olimpíada, diz ministro”. Estadão, 18 set. 2014* <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-espera-receber-1-milhao-de-turistas-estrangeiros-em-2016-com-olimpiada-diz-ministro,1562393>). O evento aconteceria no inverno, a priori a estação menos preferida do mosquito. Mas, diante do ZIKV, nenhuma lógica parecia suficiente:

Num país com baixa escolaridade, em crise econômica, com níveis vergonhosos de saneamento básico e serviços de saúde que lidam com a falta crônica de financiamento e dificuldades gerenciais, não há uma razão sequer para otimismo(*Coluna do Drauzio Varella, “Zika”. FOLHA, 6/2/2016*).

A mídia, que também fez altos investimentos nos Jogos, percebeu o quanto a imagem do país decaía aos olhos internacionais e esboçou reação. O *Globo*, especialmente, tentava preservar a cidade do Rio de Janeiro dos ataques, diluindo a força da zika no noticiário à medida que os Jogos se aproximavam. Nas devidas proporções, algo como a reação dos jornais do Porto, em Portugal, quando da epidemia de cólera em 1855 e 1856, que comprometia o comércio na cidade por causa do pânico que causava. Os periódicos negavam a epidemia, ao mesmo tempo que usavam a ciência para mostrar que a doença não era contagiosa, e sim derivada do péssimo saneamento básico. “Os jornais defenderam os interesses econômicos e políticos de sua cidade e contribuíram para dar aos cidadãos uma melhor compreensão da necessidade de melhorar as condições sanitárias” (ALMEIDA, 2012).

Na cidade que sediava os Jogos da XXXI Olimpíada de verão, a proximidade do inverno trazia bons augúrios. A “epidemia global” decaía nos gráficos de incidência do Ministério da Saúde, que já anotava o crescimento de outra infecção, a chikungunya, menos grave aos olhos do mundo. No entanto, de onde talvez menos esperasse, o Rio tomou um golpe: 150 cientistas assinaram um abaixo-assinado propondo o cancelamento ou a transferência da Olimpíada. Dessa forma, os “donos do saber” acabaram por “manchetar” a infecção. Justamente eles, fontes parceiras no desvendamento do mistério, que agora os jornais, a bem dizer o carioca, precisava combater.

5.1.1. Da Olimpíada

À medida que se aproximavam os Jogos Olímpicos (de 05/08/16 a 21/08/16), mais sensíveis ficavam os quatro jornais brasileiros, particularmente o *Globo*, em relação à suspeição externa sobre a viabilidade do evento. O mundo pedia respostas do Rio de Janeiro, que receberia 11 mil atletas e cerca de 500 mil turistas. Cobravam-se providências, e de todos os naipes: quanto a condições estruturais para os atletas e para os turistas, quanto à violência

brasileira ou de um ataque do Estado Islâmico e, principalmente, quanto à ação funesta e deletéria do vírus da zika.

Essa angústia olímpica veio estampada em manchetes de importantes periódicos dos EUA e da Europa. Uma chamou bastante a atenção: a da revista semanal *New Yorker*, referente ao período de 8 a 15 de agosto de 2016 (ver Anexo). Na sua já tradicional icônica capa, cinco corredores foram retratados numa pista de atletismo fugindo desesperados de uma nuvem de mosquitos. Nos bastidores, o designer e capista Mark Ulriksen explicava a escolha do tema:

Sempre adorei os Jogos Olímpicos, especialmente os Jogos de Verão. Mas a próxima Olimpíada já conta com um excesso de gastos, uma infraestrutura que pode ou não ficar pronta a tempo, águas poluídas para os eventos de remo e acusações de doping contra a Federação Russa. E, sim, acima de tudo, conta com aquele mosquito transmissor de vírus que está assustando terrivelmente tanto os espectadores quanto os atletas. Parece um microcosmo da era da ansiedade que estamos vivendo (MOULY, 2016).

Havia algo no ar, e era a desconfiança, que aos poucos contaminava o elenco de astros esperados para o evento. Nove jogadores de golfe já haviam anunciado sua desistência de lutar por um medalha por medo da zika, entre eles o líder do ranking mundial, o australiano Jason Day, assumindo-se preocupado com os riscos que o vírus poderia representar a uma futura gravidez da esposa e de futuros membros de sua família. (<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-06/jason-day-e-mais-um-golfeira-desistir-da-olimpiada-por-medo-do-zika>).

O evento ficou ainda mais vulnerável ao escrutínio público quando, em 27 de maio de 2016, 150 cientistas assinaram uma Carta Aberta dirigida à dra. Margareth Chan, diretora-geral da OMS, com cópia para o Comitê Olímpico Internacional, solicitando o adiamento dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos ou sua transferência para outro local. Faziam isso “em nome da saúde pública e do espírito esportivo”.

O grupo de profissionais, entre eles renomados nomes da Bioética, como Peter Singer, da Universidade Princeton, e Arthur Caplan, da Universidade de Nova York, e uma única representante brasileira, a antropóloga Debora Diniz (UnB), refutavam a inevitabilidade dos Jogos Olímpicos. Lembravam, por exemplo, que a História havia cancelado os de 1916, 1940 e 1944 (por causa

das duas Grandes Guerras Mundiais). Mais recentemente, devido ao ebola e à zika, tinham sido transferidos, respectivamente, a Copa das Nações Africanas de 2015 (do Marrocos para a Guiné Equatorial) e a Major League Baseball de 2016 (de Porto Rico para Miami).

Como outro argumento, resgataram a recomendação do CDC dirigida a trabalhadores em geral de “adiar suas viagens a áreas em que a transmissão do zika é ativa”. A seguir esse raciocínio, os atletas também deveriam evitar se locomover até o Brasil. Os signatários acrescentavam que alguns dos 500 mil turistas estrangeiros poderiam se contaminar com a cepa asiática do vírus. Ao voltar para seus países, muitos deles pobres e ainda sem contato com essa variante do zika, o sofrimento da população poderia ser grande: “É antiético correr esse risco, por jogos que poderiam correr adiante de outra maneira, caso postergados ou transferidos” (ATTARAN et al. Open Letter to Dr. Margaret Chan, Director-General, WHO. Rio Olympics Later, 2016. Disponível em: <http://www.bioethics.net/2016/05/59288/>. Acesso em: 5 maio 2017). O grupo alertava ainda que, apesar dos esforços para deter o vírus, o número de infectados aumentara no Rio de Janeiro.

Sobre o anúncio da Carta dos Cientistas, os quatro jornais se manifestaram, com maior (*Folha* e *Estadão*) e menor (*Globo* e *JC*) ênfase, sendo que apenas a *Folha* mencionou e entrevistou a única signatária brasileira. Debora Diniz seria, a priori, uma voz que poderia esclarecer, inclusive pessoalmente, o que talvez não estivesse tão evidente na carta. Além disso, tratava-se de uma voz do país-sede. Os outros signatários, entre eles o consultor científico da Casa Branca, Philip Rubin, e estrelas de universidades como as de Oxford, Harvard e Yale, talvez não estivessem disponíveis à reportagem pela própria distância, embora os grandes jornais tenham seus correspondentes ou free-lancers em diversas capitais do mundo, que poderiam, da mesma forma, ter sido ativados para as entrevistas.

Também provoca estranheza apenas o *Estadão* ter mencionado o apêndice dessa Carta dirigida à Dra. Margareth Chan, que anotava um “conflito de interesses” entre a Organização Mundial da Saúde e o Comitê Olímpico Internacional. De acordo com os cientistas, a OMS dava aval à realização da Rio-2016 porque teria formado uma parceria oficial prévia com o COI “em um memorando de entendimento cujo conteúdo continua secreto”. Os cientistas

pediam transparência, independência e neutralidade a todo o processo. Requisitavam, inclusive, a troca de comando na OMS, “para restaurar sua credibilidade” (Ver anexo).

O território era rico para uma reportagem investigativa: que parceria seria essa? Havia mesmo um conflito de interesses entre as duas organizações? Os jornais poderiam tanto carimbar o teor do apêndice como derrubá-lo. Se 150 cientistas assinavam embaixo que algo “escuso” rondava a organização do maior evento esportivo do mundo, uma apuração parecia evidente, ainda que se estendesse para além do início dos Jogos. Os “donos do saber” aparentemente jogavam uma isca, à espera de quem a fисgasse.

Em vez disso, os periódicos analisados se ativeram a publicar uma nota do Ministério da Saúde do Brasil garantindo que o período de realização da Olimpíada no Rio não era considerado endêmico para transmissão de doenças causadas pelo *Aedes aegypti*, como zika, dengue e chikungunya. “Em 2015, por exemplo, agosto foi o mês com menor incidência de casos de dengue no país”. O ministério alegava que o vírus da zika estava presente em 60 países, entre eles o Brasil, “cuja população apresenta apenas 15% das pessoas expostas ao vírus”. Lembrava ainda o selo de aprovação da OMS, que não fazia restrições às viagens ao Brasil, com exceção às grávidas. E que Margareth Chan havia confirmado sua presença nos Jogos, “o que deveria ser interpretado como um simbolismo de segurança deste período de baixa transmissão do vírus zika”. (<http://www1.folha.uol.com.br/esporte/olimpiada-no-rio/2016/05/1775735-ministerio-da-saude-diz-que-nao-ha-motivo-para-adiar-ou-transferir-olimpiadas.shtml>). Ela mesma, a diretora-geral, confirmou sua ida à abertura da Rio-2016 em nota da OMS publicada um dia depois da Carta Aberta dos Cientistas: “Eu estarei lá”.

Nesse jogo de cartas, o presidente interino Michel Temer também lançou a sua, mas em inglês. Postado no site oficial da Rio-2016 sob o título “Brazil waits you with open arms” (O Brasil o espera de braços abertos), o texto se dirigia aos turistas estrangeiros apresentando a zika, num primeiro momento, como “doença-tropical: “Ao longo das últimas semanas, rumores sobre a possibilidade de um surto de doença-tropical durante os Jogos têm circulado”. Na frase seguinte, a zika era introduzida, mas sob controle, e com a chancela da OMS: “Podemos assegurar, assim como a Organização Mundial de Saúde, que

o risco de infecção da zika durante os Jogos é praticamente inexistente”. A mensagem do presidente interino acentuava que a Olimpíada mostraria ao mundo uma das principais economias globais em uma democracia: “Um país com grande potencial de negócios que, ao mesmo tempo, estabeleceu o padrão para políticas de combate à desigualdade”. Uma foto do Cristo Redentor de braços abertos sobre a cidade ensolarada ilustrava a mensagem. (Globo, 6 jul. 2016, <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/olimpiadas/rio2016/noticia/2016/07/risco-de-zika-na-olimpiada-e-quase-inexistente-diz-michel-temer.html>).

Logo depois da Carta dos Cientistas, porém mais intensamente nos 30 dias antes dos Jogos, o *Globo* reagiu veementemente à desconfiança em relação ao sucesso do evento, posição que se estendeu durante os Jogos e mesmo logo depois. Veículo do Grupo Globo, “apoiador oficial” da Olimpíada, o jornal iniciou uma campanha quase cotidiana aos “detratores” da imagem da Rio-2016. O alvo mais frequente eram os EUA e sua imprensa.

Uma carta de leitor, por exemplo, chamava a missiva dos 150 cientistas de “inoportuna e descompromissada”, dizendo que, por lógica, uma cópia dela deveria ser enviada também aos parques da Disney, na Flórida, com recomendação de que também fechassem suas portas durante os meses de junho e julho: “Ou será que alguém duvida das semelhanças epidemiológicas entre os dois eventos?” (“Zika e os Jogos”, seção de Cartas e e-mails, Globo, 30 maio 2016, p. 11).

A coluna de Ancelmo Gois foi uma das mais críticas e irônicas às suspeitas estrangeiras. Numa nota mostrando a goleira americana Hope Solo de biquíni, logo depois da eliminação da seleção de futebol feminino dos EUA, o jornalista escreveu: “A bela goleira Hope Solo deveria ter postado a foto ao lado, e não aquela em que está toda paramentada contra o zika. Acabou angariando a antipatia para seu time. Gol contra” (Globo, 13/8/2016). A arqueira havia postado uma foto no Instagram usando o que chamou de “arsenal” contra o mosquito. O kit de proteção incluía rede de proteção na cabeça, lenço encobrindo nariz e boca e um repelente tamanho-família nas mãos. Por retaliação, em todas as vezes em que pegou na bola já durante os jogos, os torcedores brasileiros gritaram “Ziiika!”.

Em verdade, a todos que mostravam temor ao vírus, e especialmente àqueles que desistiram de competir, o jornal não mostrou condescendência: chamou-os de “fujões”. (GLOBO, 3 jul. 2016, “Efeito cascata”, p. 44). Os atletas do golfe foram os mais visados. Uma matéria perscrutava se o motivo real da sua não-vinda seria a questão financeira. A zika seria uma “desculpa fácil e conveniente” para jogadores que amealham milhões em torneios ao longo do ano e que “nunca tiveram a experiência de representar um país”. Ao quadro que levantava as cifras milionárias, o jornal deu o título de “Eles só pensam naquilo”.

Já com a Olimpíada em curso, e com a chegada de estrelas como Michael Phelps, Usain Bolt e Rafael Nadal, o *Globo* volta a investir contra os golfistas, agora com nova acusação:

Além da grana [...], há quem desconfie que alguns desses atletas temiam os testes rigorosos do antidoping adotados pelo COI. Aliás, quem ressarcirá a cidade do Rio dos prejuízos à sua imagem – e à sua economia turística – causados por esse embuste? (Coluna de Ancelmo Gois, *Globo*, 3 de ago. 2016, p. 13).

As implicações econômicas de uma epidemia são sabidas desde que o mundo é comércio. Quando não gera pânico, causa ressabiamentos que complicam transações. O orçamento total dos Jogos Olímpicos de 2016 foi de R\$ 39 bilhões. (<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2016/06/eduardo-paes-detalha-gastos-com-olimpiada-do-rio.html>). O surgimento do zika - misterioso por um lado, mas com dramáticas consequências já sabidas por outro -, ameaçava ter efeito virulento sobre as finanças. Se as estrelas dos Jogos, muitas valendo elas mesmas milhões de dólares, cedessem ao medo de viajar, o evento poderia perder seu principal chamariz. Se o público se sentisse ameaçado, as arenas amargariam vazios constrangedores. Se o vírus resolvesse atacar, o efeito político, econômico e social poderia ser devastador.

As autoridades, ao contrário do alarme dos primeiros dias da epidemia, emitiram cartas de proposta tranquilizadora, no que foram plenamente aceitas pela mídia, sem maiores questionamentos. Mas a centena de representantes da ciência, vários da Bioética, não encontrou caminho aberto quando, “em nome da saúde pública”, propôs o cancelamento ou a transferência de um megaevento

prestes a acontecer. Foi parcialmente ignorada, depois relativizada e então bastante criticada ao fim dos Jogos, especialmente porque nenhum caso de zika fora notificado na cidade.

No arrazoado do evento, *Estadão*, *Folha* e *Jornal do Commercio* se mostraram relativamente sóbrios. Registraram o pânico do início e o bem-estar do final, pontuando a Olimpíada como um respiro em um ano tão difícil. O *Globo* foi o único a recuperar a Carta Aberta dos Cientistas à Dra. Margareth Chan, usando para isso seguidos artigos de opinião. Um deles, da colunista Cora Rónai, às vésperas da cerimônia de encerramento, reflete o efeito contrário que o abaixo-assinado teria angariado, pelo menos em parte do público carioca. De investigador, virou suspeito:

Tenho pensado um bocado naqueles 240 (sic) cientistas, médicos e professores doutores de tantas especialidades que encaminharam um abaixo-assinado à Organização Mundial da Saúde pedindo a suspensão dos Jogos com medo de uma epidemia de proporções inéditas. Nunca duvidei de suas boas intenções, mas é por elas que caminha o Diabo quando volta para casa (GLOBO, 19 ago. 2016).

Já outro artigo, do poeta Luis Turiba, mostra como a desconfiança estrangeira, em supra medida a dos veículos americanos, atingira o fígado da Cidade Maravilhosa e da imprensa local:

A autoestima aqui é estratosférica, perigosa, transcendente"...
"Passamos a torcer com intimidade por Bolt e Phelps... Fazemos macumba para derrubar francês pulador. E isso o 'NY Times' vai ter de engolir (O melhor da Olimpíada, Globo, 21/8/2016)

5.1.2. Do discurso do poder

Entre os personagens presentes na cobertura da epidemia de zika pelos jornais, um ganhou status de protagonista: o *Aedes aegypti*.

O transmissor do vírus da zika tornou-se um ícone às avessas nas matérias dos jornais. Por meio de ilustrações, fotos e charges, marcou presença

nas páginas dos quatro periódicos, mas com a pecha de “inimigo número 1 do Brasil” (GLOBO, 26 de janeiro de 2016, pág. 3).

Um mosquito que o país erradicou duas vezes, em campanhas ostensivas bancadas pelo governo - e que há anos, já de volta, incomodava a população com surtos intermitentes de febre amarela e infecções frequentes de dengue -, agora veiculava um agente que afetava cérebros em formação. A paciência, aparentemente, se esgotara: o bicho precisava ser combatido, quiçá erradicado. Daí os chamados para a batalha, em reiteradas reportagens e artigos: “Guerra contra o Aedes”, “Ofensiva contra o Aedes”, “Ação conjunta contra o Aedes”, “Mobilização contra o Aedes”, “Mais agilidade contra o Aedes”, “Novas armas contra o Aedes”, “O Aedes mora ao lado”, “Rede de proteção contra o Aedes”. “Xô Aedes”.

Para acompanhar os textos e lhes dar sustentação visual, repetitivos infográficos esclareciam as características do inseto e as diferenças entre as doenças transmitidas por ele: dengue, zika, chikungunya, febre amarela e, eventualmente, a síndrome de Guillain-Barré, geralmente nessa ordem, até o momento em que a zika ganhou mais destaque e passou a liderar a aparição nos quadros e tabelas. Reportagens indicavam formas de combate ao *Aedes*, mostrando seu habitat preferido – água limpa e parada. Lembravam que seus ovos podiam estar presentes em círculos variados, de pneus de caminhão a tampinhas de garrafa, desde que expostos à chuva, por exemplo. Conclamava-se que as pessoas usassem roupas compridas durante o dia, conjugadas com repelentes. Alguns poucos textos tratavam do fumacê nas ruas, uma reivindicação constante da população, registrada especialmente na seção Cartas dos Leitores ou afins.

O governo, por meio de notas e boletins, atualizava os números da doença e os casos de microcefalia. Paralelamente, acentuava a importância de a população assumir para si essa brigada. Em conjunto, as reportagens “compraram” essa linha de raciocínio. Davam a entender que o governo também teria seu papel nesse combate, mas que ele estaria “enxugando gelo” diante da falta de cuidado dos cidadãos com os focos do mosquito.

Foi o que aconteceu quando a Advocacia Geral da União (AGU) respondeu, em documento, às cobranças da Associação Nacional dos Defensores Públicos (Anadep), que não apenas pedia a liberação do aborto nos

casos de zika, como cobrava políticas públicas de combate ao mosquito e acesso a diagnóstico de qualidade para detectar o vírus:

Como se vê, não há como prosperar o entendimento de que haveria omissão estatal no combate à epidemia causada pelo vírus zika, pois têm sido empreendidos os esforços possíveis para enfrentar essa grave doença e suas consequências. Todavia, conforme demonstrado, por mais eficiente que seja a atuação estatal, trata-se de uma situação cuja reversão demanda tempo, considerando a notória dificuldade para se erradicar o mosquito *Aedes aegypti* (GLOBO, 7 de set. 2016).

A AGU citava inclusive o momento econômico para refutar a ação da Anadep no Supremo:

É necessário registrar que o país passa, notoriamente, por uma grave crise econômica, o que, de forma inevitável, se reflete na atuação do poder público nas mais diversas questões, dentre eles a atuação no combate ao vírus zika. Diante disso, há que se respeitar as limitações orçamentárias atuais (GLOBO, 7 de set. 2016).

Contudo, num momento de “sincericídio”, como chamaram os jornais, o ministro da Saúde, Marcelo Castro, incluiu o poder estatal na conta, assumindo que existia uma “contemporização” do governo e da sociedade no combate ao mosquito: “Ficamos sempre na loteria”. (FOLHA, dezembro 2015). No mês seguinte, Castro voltou a reconhecer o problema: “Nós estamos há três décadas com o mosquito aqui no Brasil e estamos perdendo feio a batalha para o mosquito”. Ele lembrava que o país registrara recorde de casos de dengue em 2015, com mais de 1,6 milhão de casos (“Ministro da Saúde acumula frases polêmicas e se desgasta”, FOLHA, 26 jan. 2016, p. B4).

Por essas falas, o dono da pasta da Saúde esteve à beira da demissão, segundo os periódicos. A presidente, que aceitou o nome de Castro para ampliar o espaço do PMDB no governo a fim de se fortalecer contra o impeachment, o teria criticado fortemente. O ministro negou o “puxão de orelhas”, mas virou o pêndulo da conversa frontalmente para o povo brasileiro, instando-o a participar da luta: “Se a população não chamar para si uma das crises maiores da saúde pública já vivida em qualquer tempo no Brasil, nós não seremos vitoriosos” (FOLHA, 26 jan. 2016).

Ao mesmo tempo, dizia não se abster das responsabilidades. Castro anunciava propostas chamativas para os dias seguintes: 220 mil homens das Forças Armadas visitariam todos os domicílios do país entregando folhetos explicativos, e repelentes seriam distribuídos gratuitamente a 400 mil grávidas do Bolsa-Família (FOLHA, 26 jan. 2016). Nenhuma das propostas chegou a ser colocada em prática.

O “sincericídio” do ministro teve caráter peculiar. “Falar a verdade, quando não deveria” costuma gerar críticas. As relações podem se desgastar se as partes envolvidas não filtrarem as informações e os comentários que fizerem publicamente. Ao dizer que “estamos perdendo feio a batalha contra o mosquito”, Castro certamente se desgastou no Planalto. No entanto, expôs uma questão que interessava à população e poderia ter sido explorada mais a fundo pelos jornais: o mosquito podia, sim, ser maior que o país inteiro.

A frase do ministro, de certa forma, contradizia o slogan da campanha oficial contra o *Aedes* (“Um mosquito não é maior que um país inteiro”). Não à toa, foi rechaçada pelos políticos da situação. Mas seu “sincericídio” parecia um bom gancho para tratar, por exemplo, da erradicação desse inimigo tenaz, erradicação que pontuava em vários discursos oficiais, mas que estudiosos diziam ser impossível de colocar em prática: “Erradicar o mosquito – cortá-lo pela raiz, no sentido original do termo – é um objetivo que, embora já tenha sido atingido no passado, parece agora inalcançável” (ESTEVES, 2016).

Quando das campanhas bem-sucedidas de eliminação do *Aedes*, as cidades eram menores e menos povoadas, as pessoas se locomoviam com menos frequência e o lixo era principalmente orgânico (ESTEVES, 2016). O cenário era muito menos vulnerável ao vetor que o de hoje. Naquela época, o discurso da erradicação tinha respaldo. Durante o auge da zika, ele parecia vazio aos olhos dos especialistas, porém eficaz para a população, que gostaria de ver o mal longe de vez das suas casas - e das suas grávidas.

Em epidemias, não raro, animais são mortos em massa. Na Londres de 1665, 40 mil cães e um número cinco vezes maior de gatos foram abatidos na crença vã de que transmitiam a peste (DELUMEAU, 2009). Ratos, pulgas e pombos, por sua vez, ainda são transmissores contumazes e mais difíceis de combater. Um mosquito versátil como o *Aedes* exige medidas além das

campanhas convocando os cidadãos a dividir uma pendência que, ao final, pagaram (e vêm pagando) praticamente sozinhos:

Acho muito difícil que uma campanha nesses moldes possa ser reencenada com uma estrutura política como a que temos hoje, totalmente dominada pelos interesses locais imediatos, pelas barganhas, pelos critérios clientelistas mais rasteiros (BENCHIMOL, 2016).

Durante a epidemia da zika, a moral (e o moral) do país estava em baixa. A sensação de que barganhas ocorriam a todo momento, e em todas as áreas, pairava sobre o imaginário. Políticos sabiam que um surto que afetava terrivelmente uma geração de bebês poderia complicar ainda mais sua relação com os votantes:

Hoje, a responsabilidade do Estado pela emergência de eventos que interrompem abruptamente a rotina dos indivíduos, como catástrofes, epidemias, acidentes e crimes, tem a forma de negligência de governantes e funcionários (VAZ; CARDOSO, 2014, p. 167).

Entender como a zika deixou de ser “emergência pública nacional” sem que isso significasse um ônus de negligência para a imagem do poder perpassa, em termos, pela forma como sua ação foi retratada. Muitos da população entenderam como “fatalidade” ou “castigo divino” o fato de uma coceira leve durante a gravidez ter prejudicado a saúde de um bebê que ainda não nasceu. Outros responsabilizaram a falta de zelo da comunidade. O cidadão cômico da necessidade de combater o mosquito culpou mais o vizinho displicente do que o governo ausente.

Difícil calcular o quanto desse comportamento vem de uma resposta à cobertura da doença pelos jornais impressos, a cada dia mais vulneráveis no mercado. Que eles abraçaram o discurso oficial, ou pelo menos lhe deram bastante voz, é claro. Que também fizeram críticas, ainda que esparsas, ao estado das coisas, é certo dizer. Mas será que acertaram o alvo dessas críticas?

Usar o “sincerício” do ministro como mote para implicitamente apontar escolhas equivocadas de um governo de compadrio não deixou explícito que a guerra contra o mosquito estava, de fato, sendo perdida naquele momento. Afirmar que os números da tríplice epidemia em maio de 2017 despencaram, em relação aos dois anos anteriores, “por causa da sazonalidade” não esclarece a

questão ao leitor leigo (“País decreta fim da emergência da zika”, Folha, 12 maio 2017, p. B1).

O poder estatal, como de costume, disse ter cumprido seu papel. Na nota sobre a queda da infecção em 2017, divulgou:

O governo federal também priorizou ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* (sic), na pesquisa e desenvolvimento de testes para identificar as infecções causadas pelo mosquito e também na assistência a mães e bebês com microcefalia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Globo e *Jornal do Commercio* reproduziram a afirmação do Ministério da Saúde de que “as ações de enfrentamento ao *Aedes aegypti* e a assistência às crianças e mães serão mantidas no Brasil” (“Ministério da Saúde declara fim da emergência de zika e microcefalia”, *Globo*, 12 mai 2017, p. 28). Mas o *JC* informou que o Estado de Pernambuco só tomaria um posicionamento sobre isso em junho (“Estado vai reavaliar arboviroses”, *JC*, 12 maio 2017, p. 11).

O *Estadão* não se contentou com a nota e trouxe bastidores da decisão governamental, que não teria sido unânime:

Dentro do ministério, o braço responsável pela assistência aos pacientes claramente defendia a continuidade da emergência. O receio era colocar em risco o ainda frágil esquema de atendimento às crianças com a síndrome, a maior parte procedente de famílias carentes. Outro argumento usado era o de que o fim da emergência transmitiria uma ideia, errada, de que o problema já está controlado. O grupo saiu perdedor (<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-anuncia-fim-da-emergencia-nacional-para-zika,70001774002>).

A *Folha* seguiu linha semelhante, de preocupação com o destino de 50% dos brasileiros ainda suscetíveis à infecção por zika. E destacou, ao entrevistar a antropóloga Debora Diniz (12 maio 2017), as mulheres e crianças afetadas pelo vírus que continuam desprotegidas das políticas sociais:

O fim da emergência as abandonará ainda mais. Serão esquecidas como vítimas de uma fatalidade que passou. Não passou. O mosquito ainda está lá. E as mulheres estão à espera das políticas prometidas (“País decreta fim da emergência da zika”, FOLHA, 12 maio 2017, p. B1).

São excertos críticos de uma narrativa que, ao longo da epidemia, seguiu primordialmente outro tom: o de ser vetor da fala do poder.

5.1.3. Do discurso do saber

Médicos, agentes de saúde e pesquisadores, também atores desse cenário de vulnerabilidades, foram chamados para dar sustentação científica às reportagens. Representavam a voz do saber, num roteiro em que poucos pareciam ter o que afirmar.

Fosse seguir o protocolo da história das epidemias, os pesquisadores seriam convocados previamente pelo poder para observar a infecção e, de preferência, anunciar resultados tranquilizadores para o povo. Assim aconteceu em maio e junho de 1599, quando a peste bubônica se espalhou pelo norte da Espanha:

Os médicos de Burgos e de Valladolid fizeram diagnósticos lenificantes (brandos) dos casos observados em sua cidade: 'Não é a peste propriamente dita'; 'é um mal comum'; trata-se de 'febres terçãs e duplas, difterias, febres resistentes, pontadas, catarros, gota e outras semelhantes' [...] 'Alguns tiveram bubões, mas [...] [que] saram facilmente' (DELUMEAU, 2009, p. 170, 171).

Para Delumeau, as motivações para tal procedimento eram as mais diversas. Desde não assustar o povo – e por isso os órgãos de poder interditavam os cortejos ou manifestações de luto no início das epidemias – até preservar as relações econômicas. Mas ele não descarta questões menos evidentes. Uma delas, retardar ao máximo o momento de encarar a peste de frente: “Médicos e autoridades procuravam então enganar a si mesmos. Tranquilizando as populações, tranquilizavam-se por sua vez” (DELUMEAU, 2009).

No dia seguinte àquele em que a Bahia confirmou os primeiros casos de zika em Camaçari, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco anunciou que o vírus ainda não tinha chegado ao Estado: “Dentre todas as amostras (de sangue) enviados ao (Instituto) Evandro Chagas, só houve confirmação, em alguns casos, da própria dengue e nada além disso” (“Vírus Zika não circula no

Estado”, *JC*, 30 abr. 2015). O infectologista Vicente Vaz, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, afirmava que o adoecimento local, com sintomas leves, era uma forma atípica de dengue: “Uma coisa é descobrir casos de Zika vírus no Brasil, outra é atribuir todos os casos atuais a um novo vírus”. A reportagem afirmava que, em Pernambuco, predominava “uma dengue com febre baixa, manchas avermelhadas, coceira e até inchaço nas articulações, com pouca frequência de complicações”. Desde janeiro de 2015, registravam-se 26.666 doentes, em 174 cidades pernambucanas.

Por quase 30 dias, o *JC* seguiu relatando cada vez mais casos de dengue, inclusive com o Estado admitindo uma epidemia da doença nesse meio tempo – e normalmente com especialistas ao fundo, embora em menor número que os informes oficiais. A zika aparecia como “ameaça real”, mas ainda não confirmada. Isso ocorreu somente em 23 de junho, véspera dos festejos de São João, quando uma manchete de capa “explodia” uma imagem do *Aedes* sob o título “Deu Zika”. Quatro casos da doença haviam sido confirmados pelo Instituto Evandro Chagas, no Pará (“Deu zika”, *JC*, 23 jun. 2015, ver Anexo).

O diretor-geral de Controle de Doenças e Agravos da Secretaria Estadual de Saúde reconhecia que talvez o Estado estivesse convivendo com dengue e zika ao mesmo tempo. Como a primeira “é mais antiga, mata” e não havia um protocolo para a segunda, ele pedia aos médicos que permanecessem registrando todas as suspeitas como dengue.

A partir de então, o principal periódico pernambucano somente mencionou a zika *en passant* numa matéria em setembro, que informava a chegada ao Estado de outra febre transmitida pelo *Aedes aegypti*, a chikungunya. Até que, depois de um *gap* de quatro meses, reportagem do jornal com chamada de capa informava que uma força-tarefa de especialistas investigava o aumento no número de recém-nascidos com microcefalia no Estado. Em duas semanas, extraoficialmente, haviam sido computados 26 novos casos, apenas em maternidades públicas. Uma das hipóteses era a relação com a infecção pelo vírus da dengue, zika ou chikungunya – especialmente o da dengue, que acometia a população de Pernambuco desde o começo do ano. O médico Carlos Brito, professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), lembrava que a literatura médica mostrava relação entre algumas manifestações neurológicas e esses vírus: “Mas não podemos confirmar que isso justifica o

cenário que temos observado em Pernambuco. Então, não há motivo para pânico” (“Força-tarefa analisa microcefalia em PE”, JC, 24 out. 2015).

Em 15 de novembro de 2015, a repórter Cinthya Leite explicava como tinha chegado a essa informação exclusiva, que depois derivaria para outras reportagens maiores pelo país: havia tido acesso a uma mensagem de WhatsApp que circulava entre médicos pernambucanos comentando sobre o aumento de casos de bebês com microcefalia desde agosto daquele ano (“JC abordou assunto com exclusividade”, JC, 15 nov. 2015). O aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz, criado em 2009, estava sendo usado para fazer ciência e jornalismo:

Nesse jeito brasileiro de produzir conhecimento sobre a epidemia, as redes sociais e os aplicativos de mensagens, em particular o WhatsApp, foram instrumentos-chave para a divulgação de hipóteses, descobertas ou boatos (DINIZ, 2016, p. 140).

Os boatos envolviam lotes de vacinas ministradas durante a gravidez, o larvicida Pyriproxyfen, mosquitos geneticamente modificados e mosquitos esterilizados. Mensagens veiculadas pelo WhatsApp ventilavam que eles poderiam causar microcefalia, o que a OMS rechaçou (<http://www.who.int/emergencies/zika-virus/articles/rumours/en/>).

Quanto às vacinas, vale registrar reportagem feita pela *Folha* sobre hipóteses que poderiam explicar a discrepância geográfica na quantidade de casos de má-formação. Por que os casos estariam concentrados no Nordeste? Havia algo que predisponha ou impedia os efeitos mais graves da infecção? A matéria mencionava estudo da Universidade Federal do Ceará que pesquisava a coincidência espacial entre baixa cobertura vacinal contra febre amarela e um número maior de fetos com microcefalia. Mas um dos idealizadores do estudo, o epidemiologista Luciano Cavalcanti, reconhecia a dificuldade de fazer avanços na área: “Com relação a essa epidemia de zika, a gente não sabe quase nada. Se alguém disser que sabe do que está falando, é melhor trocar de entrevistado” (“Cientistas analisam ‘zonas de microcefalia’”, *Folha*, 21 jul. 2016).

Selecionar fontes fidedignas que possam balizar acontecimentos é tarefa básica para manter a credibilidade de um veículo de comunicação. Em tempos de pós-verdade, a palavra do ano de 2016 do *Dicionário Oxford*

(<https://en.oxforddictionaries.com/word-of-the-year/word-of-the-year-2016>), em que informações são compartilhadas sem critério nem discernimento, o jornalismo recrudescer a missão de identificar quem tem compromisso obsessivo com a verdade, “por mais evasiva e por menos evidente que seja” Mas, numa epidemia tão extracurricular como a da zika, que nasceu no Sertão nordestino - e por bom tempo se circunscreveu a ele -, isso transcendeu. Centros de referência em pesquisa em diferentes regiões do país, que não só os da ponte-aérea RJ-SP, ganharam um protagonismo incomum, pelo menos na pauta dos maiores jornais do país. Os periódicos pareceram entender que o Nordeste também produz conhecimento.

Especialistas como a médica paraibana Adriana Melo, que acompanha gestações de risco em Campina Grande, e a goiana Celina Turchi, pesquisadora da Fiocruz no Estado de Pernambuco, talvez não aparecessem na cobertura *mainstream* não fosse seu desempenho singular no desbravamento das causas de epidemia. Adriana Melo foi a primeira a associar, por exame, o vírus da zika à síndrome que aterrorizava as grávidas do sertão. Celina Turchi foi chamada pelo Ministério da Saúde para coordenar uma força-tarefa de pesquisadores que buscava ainda mais evidências dessa associação e nortearia a prevenção e o acompanhamento das pacientes. Pelo trabalho, Celina Turchi foi eleita uma das 10 personalidades de 2016 pela revista *Nature*.

Obviamente, desempenhos singulares e reconhecimento nacional e internacional elevam o nome de qualquer fonte na agenda de entrevistáveis de um jornalista. Mas é notório que existe a busca recorrente por institutos de pesquisa considerados renomados pela própria comunidade científica, não por acaso localizados nos Estados mais ricos da União – institutos que, aliás, também voltaram a se destacar no noticiário à medida que a epidemia se consolidava ou mesmo quando já esmaecia.

Não houve, portanto, um deslocamento definitivo do Centro-Sul para o Norte-Nordeste em termos de fontes da epidemia. Mas a zika mostrou que o olhar de um jornalista que cobre a área de saúde pode – e deve – sair “da zona de conforto” e se elevar no mapa do país atrás de realidades científicas regionais.

Para todos, no entanto, vale o comprometimento de alertar a população quando um estudo é uma suspeita, e não um resultado definitivo.

Matéria sobre a transmissão do vírus zika por meio do mosquito *Culex*, “os onipresentes pernilongos”, ganhou página inteira e suíte no *Globo*. Tratava-se de uma pesquisa engendrada pela Fundação Oswaldo Cruz, de Pernambuco, mostrando que o *Culex* era capaz de abrigar o vírus também na glândula salivar, o que aumentaria a preocupação de que também pudesse transmitir a doença pela picada. (GLOBO, 3 mar. 2016). Apesar de os próprios pesquisadores da Fundação e o diretor de Vigilância das Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, Claudio Maierovitch, afirmarem serem necessários mais estudos, o jornal, com o título “Novo perigo no ar”, deu um alarme categórico ao tema. A própria matéria lembrava que população de *Culex* é 20 vezes superior à do *Aedes* e que o mosquito se reproduz em água suja e contaminada. Incluindo esgotos, valas e fossas. “Se ele transmitir o vírus, não é uma boa notícia” (RAMOS FILHO, GLOBO, 3 mar. 2016).

A suíte (jargão jornalístico que designa a reportagem que explora desdobramento noticiado anteriormente) sairia no dia seguinte, num rodapé de página, confirmando que a pesquisadora que encabeçava a pesquisa sobre o *Culex*, Constância Ayres, apresentaria os dados de sua descoberta à OMS. (GLOBO, 4 mar. de 2016, pág. 11). A reportagem acrescentava que outro pesquisador, este da UFRJ, Davis Ferreira, retestaria todas as amostras de *Culex* que tinha armazenadas e que, até então, não mostravam presença alguma de zika. E terminava com uma informação curta alheia às duas pesquisas, mas correlacionada ao combate ao mosquito: a Secretaria Estadual de Saúde do Rio havia descartado 380 mil frascos de larvicidas para o combate ao *Aedes* que estavam vencidos. Nas edições seguintes, não houve menção a esse descarte e o que ele representava de desperdício ao erário público.

Seis meses depois, baseada em outra pesquisa realizada pela Fiocruz, porém ligada ao Instituto Oswaldo Cruz e em parceira com o Instituto Pasteur de Paris, reportagem do *Globo* apontava que o *Culex* não transmite o vírus da zika. (GLOBO, 7 set. 2016, pág. 20). A equipe coletara ovos e larvas em quatro bairros do Rio de Janeiro, o que significou mais de mil amostras, de 392 mosquitos. Nenhuma partícula viral havia sido encontrada na cabeça e na saliva. A matéria enfatizava que os resultados batiam com outros testes realizados no México, nos EUA e na Europa. Mas lembrava que o teste realizado pela Fiocruz de Pernambuco revelava resultado diverso. Não foi mencionado que se

esperavam os dados conclusivos dessa pesquisa em Pernambuco. O leitor ficaria sem saber em qual estudo acreditar:

Os meios de comunicação ainda não são considerados autoridades em saúde pública, por isso precisam negociar com a fala dos epidemiologistas para dar credibilidade à sua versão de uma epidemia. O poder dos meios de comunicação reside em selecionar, de tudo o que os peritos dizem, aquilo que irá aparecer em suas páginas (VAZ; CARDOSO, 2014).

Os meios de comunicação podem não ser considerados doutores, mas é comentário corriqueiro de leitor dizer “deu no jornal” depois que ele absorve uma notícia de saúde. Normalmente, ele não menciona o nome do cientista, a não ser que este tenha se transformado em celebridade televisiva ou da internet. Para o veículo impresso, a imagem que seu público provavelmente guardará de uma pesquisa científica é o título, um boxe ou outro tipo de destaque visual que o editor escolheu para a página. A foto do cientista ou do médico não costuma chamar a atenção, já que segue um padrão de jaleco em laboratório ou consultório. Sua fala é a que fica, e porventura restou a impressão de que todo e qualquer mosquito é inimigo. Um encargo e uma preocupação a mais para o leitor dar conta na epidemia.

5.1.4. Do discurso do sofrer

Outros atores presentes na cobertura jornalística da doença foram as mães, as gestantes e as mulheres em idade fértil - ou prestes a sair dela. Seus depoimentos permearam reportagens, e em algumas delas constituíram o tema principal do texto. Há registros de mães que cresceram na adversidade, ainda que solitárias. Outras se irmanaram e compartilharam experiências em grupos (“Arthur sorri. E renova a fé de mais de cem mães”, Estadão, 28 fev. 2016, p. 18). Outras assumiram certa melancolia: “Essa doença veio para acabar com os bebês, né?” (“Drama amplificado”, GLOBO, 31/1/2016, p. 3). Algumas, muito raras nas reportagens, optaram pelo aborto quando um exame de imagem confirmou a microcefalia no seu bebê: “Tomei a decisão de abortar sozinha” (“Até hoje acordo no meio da noite com um vazio no peito”, Estadão, 14 dez.

2016, p. A20). No geral, o tom é de superação. As lamúrias são esparsas, logo abafadas pela emergência em levar o filho a um centro de reabilitação.

Avós também se viram retratadas na condição de cuidadoras. Como 1/4 das grávidas da era zika tem menos de 20 anos, segundo dados do Ministério da Saúde (dessas 767 gestantes, 35 tinham entre 10 e 14 anos), presumia-se que as mães das mães comporiam o cenário (“1/4 das mães de bebês com microcefalia é adolescente”, Estadão, 1 fev. 2017). Os discursos invariavelmente envolvem amor ao neto e apoio às filhas, não raro numa aura religiosa. “Vamos em frente, agora é só luta. Isso aqui para Deus não é nada.” (“Para avó, momento é de luta”. Jornal do Commercio, 13 nov. 2015)

Já os homens – parceiros ou pais -, quando mencionados, apareceram bem mais adiante na cobertura, seja como pais ausentes, raros companheiros na lida com a criança ou na condição de vetor ocasional do vírus, transportadores de um patógeno que sobrevive no sêmen por até seis meses.

Em 0,01% dos textos avaliados, dentre os mais de 3.100, há aspas literais dos homens. Eles mal foram ouvidos, ou não tomaram a iniciativa de sê-lo. Não se conhece a posição deles quanto ao contágio sexual, ao adiamento da gravidez ou aos cuidados com as crianças que nasceram com a síndrome. São apêndices de uma cobertura focada no martírio feminino. No bojo das reportagens reside a abnegação materna: elas se despojam de tudo para cuidar do recém-nascido. Os pais, diante do herdeiro deficiente, em vários casos largam a família para cuidar de outros interesses. É o que enuncia a coordenadora de um unidade neonatal em João Pessoa: “São elas que abandonam as próprias vidas em função dos filhos. Muitas vezes perdem o marido. Quando o vínculo com o marido não é forte, ele abandona mulher e filhos”. (“Estou largando tudo para cuidar da minha bebê”, afirma mãe”, Estadão, 29 fev. 2016, p. 11)

Conforme a fala da coordenadora, apenas os pais sem vínculo forte com as respectivas mulheres largam a família; ao mesmo tempo eles são muitos, porque muitas delas perdem o marido. Deduz-se pela fala que, nas famílias atingidas pela epidemia da zika, muitos eram os homens previamente desenredados da mulher e dos filhos. Ou, numa visão perversa, muitos eram os homens que as mulheres não souberam enredar. De uma ou outra forma, as mães acabaram sós no momento da agrura.

Já quando o companheiro aceita o desafio da criação dos filhos, é um ser anônimo - ou quase. Nessa mesma página, outra reportagem aborda o abandono de crianças microcéfalas depois do parto. Menciona um casal que resolveu adotar um menino com a doença cuja mãe o deixou na maternidade por já ter ela outros quatro filhos, um deles também deficiente. A mãe adotiva diz entender o gesto da mãe biológica, e o texto nos conta que seu parceiro apoiou a iniciativa da adoção. Ele tem nome, idade, profissão, mas não tem palavras. Mais um homem que não sabemos a quantas vai seu pensamento, sua opinião, seus sentimentos. (“No Nordeste, vítimas de microcefalia enfrentam o abandono das famílias”, Estadão, 29 fev. 2016, p. 11)

Já ao abordar a opção de casais que estariam congelando embriões em clínicas de fertilização à espera da passagem do surto da zika, reportagem da *Folha* ouviu ginecologistas e uma mulher de 38 anos que tentava engravidar havia oito e se dizia frustrada “com tanto adiamento” (FOLHA, 6 dez. 2015). Nenhum parecer de um possível parceiro. O casal tinha apenas um fiel da balança.

Outro congelamento, o do esperma, também esteve presente durante a cobertura, mas em vozes estrangeiras. Quando a mulher do atleta britânico Greg Rutherford afirmou que o marido havia congelado seu sêmen porque o casal gostaria de ter mais filhos – eles já eram pais de um menino de 1 ano -, mas temia a infecção durante a Olimpíada, o caso foi tratado como “excesso de zelo” pelo geneticista Ciro Martinhago, responsável pelo laboratório pioneiro no teste para detecção do zika pelo sêmen:

“O congelamento do espermatozoide é um pouco de exagero porque, por mais que o atleta venha para cá e seja contaminado, isso não fada esse indivíduo a não ter mais filhos” (“Medo do zika faz campeão olímpico congelar esperma”, Estadão, 9 jun. 2016, p. A20).

A sugestão do médico era a de que o atleta fizesse um exame quando voltasse ao seu país para verificar se houve ou não contaminação, ponderando que ainda não se sabia até quando ele podia continuar transmitindo o vírus pelo sêmen. Na dúvida, sugeria que o casal usasse o preservativo durante a gestação. Greg não se pronunciou, nem por si próprio, nem pela família.

Quem se manifestou nesse sentido acabou sendo vítima de chacota. Pau Gasol, jogador de basquete espanhol, anunciou que pensava em congelar seu sêmen antes da Olimpíada por medo da doença. Foi motivo de ironia na crônica de José Simão:

“Piada pronta: ‘O basqueteiro Pau Gasol cogita congelar esperma se vier para a Olimpíada do Rio!’. O Pau vai congelar o esperma por causa do zika! Aliás, com esse frio eu acho que já vem congelado! Rarará!” (Olimpíadas! 5 espirais da Baygon. José Simão, 21 jun. 2016).

No Globo, o mesmo Gasol foi mencionado no dia da partida da equipe de basquete espanhola contra o Dream Team dos EUA. O tom era de crítica à sua figura no que tangia à preocupação com a zika. A matéria dava certo aval às vaias entoadas pela torcida brasileira contra ele quando a seleção nacional jogou contra a espanhola, dias antes.

Gasol ficou longe do Rio por medo do vírus zika. Só em junho ele confirmou sua vinda – e cogitou congelar seu esperma antes da viagem. Talvez por isso o jogador tenha sido alvo da torcida na derrota por um ponto para o Brasil, quando parecia ceder à pressão ao desperdiçar sete de 12 lances livres” (“Espanha renova uma velha fantasia”, Globo, 19 ago. 2016)

Para o Globo, o comportamento masculino exemplar diante de epidemia pareceu residir no ginasta francês Samir Ait Said. Perguntado, dias antes da abertura dos Jogos, se a zika ou o terrorismo o preocupavam, ele se mostrou entre blasé e confiante:

Não tenho medo de um ataque terrorista. Também não tenho medo de zika. Temos o spray, o repelente. Esta é a quarta vez que venho ao Brasil. Antes dos Jogos, vim ao Rio duas vezes e também estive em Natal. E nunca tive problema. Eu vi alguns mosquitos, mas sou bem tranquilo quanto a isso. Jamais deixaria de competir por esses dois motivos (E, ainda assim, ele é o quarto do mundo (Globo, 4 ago. 2016).

Na ausência dos homens, as mulheres são protagonistas também nas fotos. Eles, quando surgem, é ao lado delas. Em uma única fotografia (“Uma epidemia explosiva, Globo, 20 jan. 2016), o pai aparece sem a mãe, carregando um bebê no colo. O gesto é de carinho, um beijo no rosto do filho em prantos. Contudo, do pai só se sabe o nome, que consta na legenda, seguido do nome da criança. Não há depoimento desse personagem ao longo do texto, infração

editorial grave por si. Um retrato pede uma história; um retrato que rasga a página de fora a fora pede uma história maior. Considerando-se a raridade do masculino na cobertura da zika, teria sido um dado visual de impacto, ainda que subjacente. Um chamado para a presença masculina em decisões fundamentais à família, como a procriação e os cuidados com os filhos. Um aceno, por tabela, para a saúde biológica e mental da mulher, vulnerável a um mosquito inaudível, porém destemido, e a um vírus silencioso, mas com potencial devastador:

Reconhecer os papéis em potencial dos homens e incorporá-los em esforços de controle poderiam trazer uma resposta comunitária mais efetiva à epidemia. Igualmente importante é que formataria a epidemia de zika como um problema da comunidade, e não apenas um problema da mulher (OSAMOR; GRADY, 2016).

No discurso do sofrimento também se incluíam as vítimas diretas da síndrome congênita, os bebês. Embora sejam, no arrazoado da epidemia, aqueles para os quais os holofotes da vulnerabilidade naturalmente deveriam se dirigir, eles, como suas mães, não conseguiram vencer a presença dos mosquitos nos jornais. Tornaram-se, a bem dizer, “personagens paralelos”, inicialmente retratados de costas para a câmera ou no contraluz, e sempre de forma anônima.

Com o avanço da epidemia, entretanto, os bebês passaram a ser mostrados mais claramente, e pelos respectivos nomes, inclusive na capa dos jornais - não raro com enormes laços na cabeça ou com as mãos da mãe a cobrir parcialmente seus crânios, como se quisessem completar o contorno que o vírus tirou de seus filhos.

A insistência nos adereços passou a impressão de que mais meninas teriam sido acometidas pela doença. Uma pesquisa do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde (Opas), mostrou que, dos 574 casos estudados de criança com microcefalia severa, 58,5% eram meninas (“Pesquisa identifica 574 casos de microcefalia severa no país”, GLOBO, 19 mar 2016). A prevalência da doença entre bebês do sexo feminino vinha sendo informada pelos Estados da Federação. Como em outros pontos relacionados à zika, essa prevalência é mais um dado ainda sem explicação científica.

Ao tratar da questão da precariedade, Judith Butler ressalta que, em tempos de guerra, “embora não seja possível singularizar cada vida destruída,

há certamente maneiras de registrar as populações feridas e destruídas sem se apegar totalmente à função icônica da imagem” (BUTLER, 2009). Na guerra contra a zika, num primeiro momento, as populações feridas não tiveram qualquer singularidade. Parecia não haver segurança em revelar a identidade da dor, talvez porque ainda não tivesse sido estabelecida ligação direta entre o vírus e a microcefalia, e tudo parecesse desfocado. Mas, mesmo quando essa relação se estabeleceu, a deficiência continuou disfarçada nas fotos - como se o país rejeitasse essa nova face, tal qual os pais muitas vezes rejeitam os filhos que nascem fora do padrão: “A paternidade nos joga abruptamente em uma relação permanente com um estranho, e quanto mais alheio o estranho, mais forte a sensação de negatividade” (SOLOMON, 2013).

Curiosamente, as fotos em que as crianças mais aparecem de frente foram tiradas por profissionais de agências internacionais, imagens que correram o mundo. “Assim nascem as crianças da ‘geração zika’”, parecia dizer o estrangeiro. Algumas dessas imagens foram publicadas nos periódicos brasileiros sem histórias que as amparasse. Eram meramente ilustrativas, claudicantes no sentido estrito do jornalismo diário, mas também no sentido emocional. Pietàs com bebês microcéfalos - à espera, ambos, de uma valorização pública.

5.1.5. Do adiamento da gravidez

Um ponto bastante polêmico relacionado à zika foi a recomendação às mulheres para que adiassem a maternidade. No Brasil, ela partiu, pela primeira vez, do diretor do Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, Cláudio Maierovitch, em entrevista ao jornal *O Estado de S. Paulo*, e foi dirigida às habitantes de Pernambuco e do Nordeste em geral. “Não engravidem agora. Esse é o conselho mais sóbrio que pode ser dado” (Estadão, 12 nov. 2015).

A recomendação foi abordada pelos quatro jornais de forma mais noticiosa que analítica. Mas sempre alternando, nas entrelinhas, entre um aval e um recuo ao “sóbrio” conselho, dependendo de quem se escolhia para entrevistar, normalmente um médico ou pesquisador.

O *Estado de S. Paulo*, por exemplo, que trazia o “furo” da entrevista com Maierovitch, juntava à frase do diretor a chancela de um professor da Universidade Federal de Pernambuco, Carlos Brito: “É mais prudente esperar alguns meses. Somente para se ter mais segurança sobre o que de fato está ocorrendo” (Estadão, 13 nov. 2015).

Na *Folha de S. Paulo*, a frase de Maierovitch apareceu no dia seguinte, apenas no rodapé de outra reportagem sobre a zika. Fazendo menção à entrevista do *Estadão*, de certa forma desabonava a matéria do concorrente afirmando que o Ministério da Saúde negava ter orientado que as mulheres evitassem a gravidez (“Casos de microcefalia em bebês atingem ao menos seis Estados”, FOLHA, 14 nov. 2015, p. B5).

No *Globo*, uma reportagem também levantava a questão, e novamente com um aval gabaritado, o da neuropediatra de Pernambuco Vanessa der Liden, uma das primeiras a alardear o aumento dos casos de microcefalia no Brasil.

Quem estiver planejando uma gravidez e puder esperar um ou dois meses até que descubramos a causa desse surto estaria agindo de forma prudente. Mas é claro que é uma decisão pessoal. Não tem como a gente dizer ‘engravide’ ou ‘não engravide’. Para fazerem a sua escolha, o importante é que essas mulheres tenham dados à mão, saibam onde a doença está se manifestando com maior frequência, quais são as possíveis causas, como as investigações estão avançando. Só assim poderão avaliar os riscos e decidir”. (“Gestações suspensas, Globo, 14 nov. 2015).

O jornal carioca ainda voltaria ao assunto dezessete dias depois, quando o secretário de Saúde do Rio informava que o órgão estava em plena campanha para combater o *Aedes* nos 92 municípios do Estado. A voz oficial do Rio atenuava a voz primeira de Maierovitch:

Engravidar agora tem de ser uma decisão do casal, sabendo dos riscos e dos cuidados. O estado não recomenda nem deixa de recomendar (“Estado do Rio tem 21 casos de microcefalia desde o início do ano”, Globo, 1 dez. 2015).

Em comum entre as duas falas, está a palavra “risco”, que aliás permeou o tema do adiamento da gravidez e a cobertura como um todo da epidemia. Risco é caro à nossa sociedade. Movimenta, inclusive, uma indústria de

gerenciamento de grande magnitude. A literatura sobre o risco costuma distinguir entre o “real” e o “percebido”:

O risco objetivo é o de domínio dos especialistas, em geral estatísticos e atuários, ao passo que o risco percebido é aquilo em que o resto da população acredita. Mas ‘risco’ é uma palavra que se refere ao futuro, e este só existe na nossa imaginação (ADAMS, 2009, p. 14).

A percepção do risco pela população se baseia em crenças, que também levam em conta as compensações. Valeria a pena arriscar uma gravidez em tempo de zika vírus?

Conforme Adams, o noticiário em geral se dedica de forma maciça ao risco: “Ao que parece, o risco é uma característica definidora da notícia” (ADAMS, 2009, p. 35). A editoria de Saúde está coalhada deles: dúvidas sobre eficácia de drogas, órgãos que não chegam a tempo de transplantes, comportamentos sedentários que aumentam a hipertensão, alimentos expostos a agrotóxicos, projetos de lei que vulnerabilizam participantes de pesquisa com seres humanos. Na epidemia do zika, os focos de mosquito eram um risco iminente. Mas, com o descontrole dos casos, a própria gravidez passou a sê-lo também, pelo menos na visão de quem perdeu esse controle. Os periódicos refletiam isso.

O *Jornal do Commercio*, por exemplo, abordou o tema do adiamento em dois dias. No primeiro, ele foi manchete de capa. A página contrapunha duas frases e duas fotos. Na dobra de cima do jornal apareciam Maierovitch e seu bordão “Não engravidem agora”. Na de baixo, destacava-se a imagem da cabeleireira Silvana Nascimento, com o seu neto microcefálico nos braços e as aspas “Agora é luta”. Tanto o rosto da avó quanto o da criança não apareciam de frente. Mas os corpos quase se aglutinavam, passando a ideia de superação em conjunto (JC, 13 nov. 2015). Não era a contraposição de uma mãe com o governo, mas de uma geração anterior à materna, ainda mais sacralizada, como se a família prevalecesse sobre um risco imposto de cima para baixo.

Já na segunda reportagem do JC, esta sobre a ansiedade de casais grávidos refletida no título “Aflição e ansiedade em dobro”, a repórter Cinthya Leite afirmava, no terceiro parágrafo, a posição do Ministério da Saúde quanto ao adiamento da gestação:

O Ministério da Saúde (MS) reforçou ontem que, até se esclarecerem as causas do avanço da anomalia congênita, as mulheres que planejam engravidar devem conversar com seus médicos de confiança.” Mas, ao contrário dos demais jornais avaliados, usava a fala da ciência por meio da médica Ângela Rocha, chefe do setor de Infectologia Pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, para reforçar a posição de não interferir na decisão dos casais: “Em Pernambuco, não há indicação formal para mulheres não engravidarem. (“As incertezas da microcefalia”, JC, 19 nov. 2015).

A recomendação era para que as gestantes realizassem um pré-natal cuidadoso.

Na época, os jornais não questionaram o fato de que um pré-natal, por mais cuidadoso que fosse, dificilmente poderia garantir que uma mulher não fosse picada pelo mosquito durante os nove meses. “Colocar todo o ônus de evitar picadas de mosquitos nos ombros das mulheres parecia absurdo” (MCNEIL, 2016, p. 147). De qual cuidado se falava?

Pouco tempo depois da recomendação firme e depois um tanto hesitante do governo quando ao adiamento da gravidez, o ministro da Saúde afirmou, em evento no qual foi questionado sobre os cuidados a se tomar quanto à zika, que “Sexo é para amador, gravidez é para profissional” (Estadão, 18 nov. 2015). O evento se tratava de uma conferência da OMS, e o ministro complementava a frase dizendo que “a pessoa que vai engravidar precisa verdadeiramente tomar os devidos cuidados preparatórios antes e durante a gravidez”.

O *Globo* reagiu negativamente à “gravidez profissionalizada”, mas apenas dias depois, quando o ministro disparava mais aspas controversas:

Não bastassem os problemas que tem enfrentado, como epidemias de zika e casos de microcefalia, o ministro da Saúde, Marcelo Castro, há menos de quatro meses no cargo, anda tropeçando na língua e, desde que assumiu a pasta, coleciona gafes e frases infelizes (“Uma epidemia de frases infelizes”, *Globo*, 26 jan. 2016).

A matéria acrescentava ao “sexo para amadores” outro pronunciamento do ministro que envolvia as mulheres em idade de procriar: “Vamos torcer para que as pessoas, antes de entrar no período fértil, peguem o zika, para ficarem imunizadas pelo próprio mosquito. Aí não precisa da vacina”.

A recomendação de adiamento extrapolou as fronteiras do Brasil. Em janeiro de 2016, Colômbia e Equador recomendaram o mesmo à população, acompanhados depois por Jamaica, El Salvador e República Dominicana. A Colômbia sugeriu de 6 a 8 meses de espera por uma nova gravidez. El Salvador, 2 anos.

Nesses países, a contestação dos líderes católicos foi sentida. Uma coisa era a autodisciplina dos casais evitando relações sexuais por certo período. Outra era sugerir, ainda que implicitamente, o uso de contraceptivos, aos quais a Igreja se opõe. Mas poucas foram as matérias abordando essa opinião desaprovadora. “Isso era previsível. A oposição da igreja não gerou manchetes. Os religiosos repetiam o que haviam dito por cinquenta anos” (MCNEIL, 2016). Um mês depois, entretanto, o papa Francisco afirmou que, diante da epidemia de zika no mundo, mulheres poderiam recorrer ao contraceptivo: “Evitar a gravidez não é um mal absoluto” (Folha, 18/2/2016). Gerou letras capitulares na mídia.

A OMS também surpreendeu o mundo em junho quando, oficialmente, recomendou que casais que viviam em locais com o surto da doença deveriam adiar ou considerar adiar por seis meses uma nova gravidez. Para a entidade mulheres nesses países deveriam ter acesso a informação e métodos de prevenção, como preservativos (<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-recomenda-oficialmente-que-mulheres-em-locais-de-surto-adiem-gravidez,10000056275>).

O Globo noticiou o anúncio com uma matéria cujo título acentuava a recomendação aos casais para adiarem a paternidade. Mas o subtítulo destacava que o ministro do Esporte não via risco de redução no número de turistas. A priori, o título “não conversava” com o “sub”; no entanto, mostrava a preocupação do jornal com o impacto econômico da recomendação da Organização. Mais adiante, na mesma reportagem, percebe-se que a questão em jogo era a Olimpíada. Duas fontes acentuavam não haver extenso perigo de contaminação no Brasil durante a Rio-2016: o ministro do Esporte, Leonardo Picciani, e o professor de patologia da USP, Eduardo Massad, que postara na internet um vídeo a respeito das probabilidades de uma pessoa ser picada pelo mosquito em agosto, no Brasil. Picciani dizia esperar que não acontecessem casos de doença na cidade “por causa da temperatura mais amena e do ‘forte

combate' do governo ao *Aedes aegypti*". Massad calculava em 3,5% a chance da picada no mês da Olimpíada contra 99,9% durante o carnaval. O professor da USP, porém, fazia no vídeo uma ressalva quanto às grávidas: "Grávida não é para vir, e ponto. Porque, de fato, não gostaria de vê-las nesses 3 a 15 casos" (Globo, 10 jun. 2016).

Já a *Folha* fazia um adendo à recomendação da OMS. Informava que "os Centros de Controle e Prevenção de Doença dos EUA decidiram não utilizar essa abordagem considerando que o governo não deveria se intrometer em decisões pessoais como esta" (Folha, 10 jun, 2016). A matéria era uma tradução de reportagem elaborada pelo *New York Times*. Insinuava o quanto a autonomia é valor primordial para o povo americano.

Bioeticistas, aliás, não deixaram que a OMS passasse incólume ao boletim e questionaram o enquadramento ético da recomendação:

O aconselhamento não é meramente um ato informativo. As escolhas que as agências tomam quanto a "como" e "quem" elas aconselham são escolhas éticas com implicações práticas; essas escolhas mudam a forma como as pessoas devem pensar a respeito das suas opções e como elas de fato devem agir (BYRON; HOWARD, 2016).

Por meio de seu porta-voz, a Organização procurou se defender, afirmando não ter sido tão taxativa assim:

"É importante destacar que a OMS não está dizendo "Ei, todo mundo, não engravidem", e sim que eles devem ser aconselhados a esse respeito, para que tomem, por si mesmos, uma decisão final" (New York Times, 10 jun. 2016). Em setembro, no entanto, a Organização soltava outro informe, desta vez enfatizando a prevenção quanto à transmissão sexual, mas sem mencionar o adiamento da gravidez.

A forma como as autoridades, os cientistas e mesmo os jornais se alternaram quanto à recomendação do adiamento da gestação revela o quanto o tema é delicado. No gerenciamento de riscos, apela-se ao cometimento e à razão para diminuir os acidentes. Muitas vezes, em vão:

O homem do risco zero é uma ficção criada pela imaginação dos profissionais de segurança. O *Homo prudens* é apenas um aspecto da natureza humana. O *Homo aleatorius* – o homem

dos dados, do jogo, aquele que corre riscos – também se esconde dentro de cada um de nós (ADAMS, 2009).

Provavelmente se esconde dentro de muitas mulheres o desejo de gerar um filho a qualquer custo, tempo e lugar. A importância da maternidade não se mede necessariamente pelo número de casos de uma epidemia, ainda que assustadores para uma grande maioria de observadores. Além disso, há que se lembrar que muitas mulheres não têm à disposição o livre-arbítrio de ter ou não um filho, como enfatizaram diversas feministas pelo mundo todo, depois da recomendação de alguns países e da OMS. A ativista Ávlila-Guillen chamou o conselho de “ingênuo” e “irresponsável”, enfatizando que os governos “não estavam fazendo nenhuma recomendação para que os homens usassem preservativo, o que é muito injusto” (TIME, 2015).

Em entrevista ao *Estadão* ainda em 2015, o médico William Saad Hossne, comentando a sugestão do Ministério da Saúde para que as mulheres não engravidassem, refletia sobre a fragilidade dos casais que desejavam ser pais depois dessa informação:

Eu acho que ninguém, particularmente aqueles bem de saúde, tem o direito de levantar uma angústia e dar as costas. Até que ponto essa recomendação é útil, até onde é eficiente e até que ponto está sendo apresentada de maneira que atinja o objetivo? Algumas mulheres, por exemplo, estão tirando os óvulos, pagando uma fortuna para guardar os embriões e dizendo que vão utilizá-los para quando não forem ao Nordeste, de novo uma discriminação. Tudo isso porque estamos sendo atingidos por um fato novo que está despertando receios. Uma notícia como essa tem de ser trabalhada antes. Não estou dizendo que esteja certa ou errada, mas pode gerar neurose coletiva (“Contornos de uma angústia”, *Estadão*, 19 dez. 2015).

Considerando que a zika tem mais de uma forma de transmissão – o mosquito e a via sexual -, apelar para a abstinência sexual, o preservativo ou a infecundidade, ainda que temporária, parece um contrassenso numa política de saúde pública que se propõe profissional. A epidemia expôs amadorismos que só fizeram acentuar as vulnerabilidades.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a cobertura jornalística da epidemia de zika no Brasil por meio de quatro periódicos brasileiros, percebeu-se uma ênfase no discurso emitido pelas autoridades nacionais e internacionais, que se constituíram as principais fontes de informação de reportagens e infográficos. De 2015 a 2017, o foco desse discurso foi a indicação de medidas de controle, especialmente o combate ao mosquito transmissor, que a população deveria assumir. Aos casais que habitavam as regiões mais afetadas pelo vírus, governos e instituições também recomendaram mudanças comportamentais delicadas, como o adiamento da gravidez por tempo indeterminado a fim de evitar o nascimento de bebês com a síndrome congênita do zika. Aos homens que viviam ou viajaram para uma área de risco, orientaram, *en passant*, para o uso de preservativos ou para a abstinência, com o intuito de evitar a transmissão sexual do vírus da zika às parceiras.

Observou-se também a abertura das páginas para médicos e cientistas, que se manifestaram sobre os sintomas da doença, as formas de transmissão e as consequências da contaminação nos fetos. O parecer dos especialistas visou a dar maior credibilidade às informações, embora muitas perguntas ainda tenham ficado em suspenso dado o inusitado e a complexidade da epidemia. Verificou-se certo direcionamento para centros de pesquisa no Nordeste, epicentro da infecção, fugindo ao monopólio tradicional de fontes do eixo Rio-São Paulo.

Gestantes, mães e as crianças afetadas pela doença, por sua vez, ocuparam “papel menor” nas páginas dos respectivos jornais. Escassas foram as aspas das mulheres em relação à voz oficial, por exemplo. Predominou a narrativa de incluí-las no discurso do governo e dos cientistas, em geral como personagens de uma tragédia “sem precedentes” na saúde pública. Quando lhes foi dada vez, a escolha recaiu predominantemente sobre histórias de coragem e superação. Os pais da zika, por seu lado, não se manifestaram. Uma figura masculina presente e operante durante a gestação da companheira ou na criação dos filhos praticamente inexistiu nos periódicos.

Considerando a grande fragilidade das população frente à epidemia e a urgência por respostas, os periódicos não fugiram ao que vieram: intensificaram

a cobertura à medida que o problema se avultava. O pico das matérias se deu em fevereiro de 2016, quando a Organização Mundial de Saúde declarou a zika “emergência mundial”. Ao passo que se aproximava a Olimpíada e possíveis visitantes se mostravam temerosos de vir ao Brasil, a infecção foi sendo atenuada nas reportagens. Com o surgimento de novos assuntos de interesse nacional, como o impeachment e as eleições de outubro, e com o próprio arrefecimento da infecção no segundo semestre de 2016 e início de 2017, a zika deixou de ser pauta relevante.

A doença se manifestou, enfim, num momento de extrema desestabilização nacional, seja em nível político, econômico, ambiental ou de saúde. Externamente, o mundo se armava contra o terrorismo e temia ataques durante o maior evento esportivo do mundo. O cenário era de suscetibilidades várias, incluindo a dos jornais diários, eles também fragilizados no mercado.

Um olhar bioético para essas vulnerabilidades reveladas pela cobertura abraça, especialmente, uma população acuada: de um lado, pela transferência de responsabilidade do poder estatal, que a incumbiu de combater o vetor alado; de outro, pela insegurança e pela solidão de mulheres que tem de lidar com filhos acometidos por um vírus devastador. Não se sabe se a epidemia voltará a atacar no Brasil ou se se alastrará pelo mundo. O medo talvez seja esquecido. Mas a moldura dessa epidemia faz lembrar que não algumas, mas várias pessoas, as mais vulneráveis das vulneráveis, necessitam de olhar especial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, J. B. Surto de meningite e as lições de Stalin. **Observatório da Imprensa**, ed. 832, 6 de jan. de 2015.

ALMEIDA, M. A. P. The portuguese Cholera morbus epidemic of 1853-56 as seen by press. **Notes & Records of the Royal Society**, published on line 17 aug. 2011.

ANJOS, M. F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 23 a 36, 2006

AUGUSTO, S. Como dar com os porcos n'água. **O Estado de S. Paulo**, p. J5, 22 ago. 2010.

AZEVEDO, A. L. Rocio matou e deixou vítimas com sequelas durante a ditadura no Brasil. **O Globo**, 3 mar. 2016.

BEAUCHAMPS, Tom L.; CHILDRESS, James F. 6th Ed. **Principles of Biomedical Ethics**. Oxford: Oxford University Press. 2009.

BENCHIMOL, J. A guerra do cem anos. *Revista Piauí*, Rio de Janeiro, 10 abr. 2016, em entrevista a Bernardo Esteves.

BERTUCCI, L. M. **Influenza, a Medicina Enferma**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos Zika. **Portal da Saúde**. Brasília, 12 dez. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-zika>>. Acesso em 28 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Microcefalia: 1.749 casos confirmados no Brasil. **Portal da Saúde**. Brasília, 27 jul. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/24769-microcefalia-1-749-casos-confirmados-no-brasil>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

_____. OMS suspende emergência internacional para zika vírus. **Portal Brasil**. Brasília. 19 nov. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/oms-suspende-emergencia-internacional-para-zika-virus>. Acesso em: 28 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Brasil mantém situação de emergência por conta do Zika. *Portal da Saúde*. Brasília, 1 dez. 2016. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/26447-brasil-mantem-situacao-de-emergencia-por-conta-do-zika>. Acesso em: 28 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara fim da emergência nacional para zika. Brasília, 11 maio 2017. <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika>. Acesso em: 12 maio 2017.

BUCCI, E. Seis alertas entre um e outro passaralho. **Revista de Jornalismo ESPM**, Edição Brasileira da Columbia Journalism Review, p. 80, jan., fev., mar. 2016.

BUTLER, J. **Frames os war: when is life grievable?** Londres. Verso, 2009.

BYRON, K.; HOWARD, D. "Hey, everybody, don't get pregnant": Zika, WHO and an ethical framework for advising". **JME Online First, Department of Bioethics, Clinical Center, National Institutes of Health**, Bethesda, Maryland, USA.

CANCIAN, N.; PITOMBO, J. P. Doença misteriosa intriga médicos em Estados do Nordeste. **Folha de S. Paulo**, p. B5, 1 mai. 2015.

CDC. **Zika and Guillain-Barré Syndrome**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/zika/healtheffects/gbs-ga.html>. Acesso em 28 mar. 2017.

CHADE, J. OMS admite que ainda está "no escuro". **O Estado de S. Paulo**, p. A14, 1º fev. 2017.

CHALHOUB, S. **Cidade Febril**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CLARK A. Why Stat is the media startup to envy. Disponível em: <http://www.cjr.org/the_profile/stat.php>. Acesso em 23 fev. 2016.

CLARK C. Para que serve o jornalismo. **Revista de Jornalismo ESPM**, ano 3, número 8. Janeiro / Fevereiro / Março 2014.

DELUMEAU, J. **História do medo no Ocidente**. São Paulo. Companhia das Letras, 2009.

DICK, G. W. et al. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. **Trans R Soc Trop Med Hyg**. 1952; 46:509–20.

DINES, A. **O papel do jornal: e a profissão de jornalista**. São Paulo. Summus, 2009.

DINIZ, D. **Zika - Do sertão nordestino à ameaça global**. São Paulo. Civilização Brasileira. 2016.

DUFFY, M. R. et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. **N. Engl. J. Me.** 2009; 360: 2536-43.

ESTEVEZ, B. A guerra dos cem anos. **Revista Piauí**, Rio de Janeiro, 10 abr. 2016.

FARIA, N. R. et al. [Zika virus in the Americas: early epidemiological and genetic findings](#). **Science**. v. 351, n. 6280, p. 1-9. 25 de mar. de 2016.

FARMER, P.; CAMPOS, N., Rethinking medical ethics: a view from below, **Developing World Bioethics**, 4 (1), p. 17-41, 2004.

FIOCRUZ. O mosquito do Aedes faz parte da história e vem se espalhando pelo mundo desde o período das colonizações. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

GALLUP. American's trust in mass media sinks to new low. Disponível em: <<http://www.gallup.com/poll/195542/americans-trust-mass-media-sinks-new-low.aspx>> Acesso em: 17 maio 2017.

GLOBO. Editoria Sociedade dá espaço a debates polêmicos e contemporâneos. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/editoria-sociedade-da-espaco-debates-polemicos-contemporaneos-12100938>. Acesso 29 abr. 2017.

GOODIN, R. Protecting the vulnerable: a re-analysis of our social responsibilities. **The University of Chicago Press**, 1985.

HARARI, Y. N. **Homo Deus: Uma breve história do amanhã**. São Paulo, Companhia das Letras. 2016.

HECK, B. Deliberações bioéticas vivenciadas por médicos geneticistas durante o aconselhamento genético; caracterização através de questionário e estudo de casos. Tese de doutorado em Bioética. **Centro Universitário São Camilo**, 2014.

HOSS, G. M. Fritz Jahr e o Imperativo Bioético. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, 7 (1): 84-86, 2013.

HOSSNE, W. S. Bioética – princípios ou referenciais? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 673-676, 2006.

HOSSNE, W. S. Dos referenciais da bioética – a vulnerabilidade. **Revista Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo, v. 3, p. 41-51, 2009.

JUNQUEIRA, S. R. Bioética: conceito, fundamentação e princípios. **Especialização em Saúde da Família, Modalidade à Distância, Módulo Bioética**. Universidade Federal de São Paulo, 2011. Disponível em <

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf

>. Acesso em 28 mar. 2017.

KUCINSKI, B. Jornalismo, Saúde e Cidadania. **Interface** (Botucatu), v. 4, n. 6, fev. 2000.

LERNER, K.; SACRAMENTO, I., Apresentação. **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014

LIMA-CAMARA, T. M. Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

MANIR, M. Ensaio sobre a gripe. **O Estado de S. Paulo**, p. J8, 2006.

MASSAD et al. On the origin and timing of Zika virus introduction in Brazil. **Epidemiology and Infection**. Submetido à publicação, 2017.

McNEIL, D. G. **Zika: A epidemia emergente**. São Paulo, Editora Planeta, 2016.

MOULY, F. Cover Story: Mark Ulriksen's "something in the air". Culture Desk, **The New Yorker**, 1 ago. 2016.

MUSSO, D. Zika vírus transmission from French Polynesia to Brazil. **Emerg Infect. Dis**, out. 2015.

NOGUEIRA, C. **Dez toques sobre jornalismo**. São Paulo, Editora Senac, 2015.

NUNES, T. N. Cazuzá: O caso da Veja 1.077 – Análise ética do discurso da Revista Veja sobre a doença e morte de Agenor de Miranda Araújo Neto. **Revista Brasileira de Ensino de Jornalismo (Rebej)**. Ponta Grossa, PR, v. 1, n. 6, p. 166, dez. 2009 / mai. 2010.

OGUNLESI, T. To the barricades. **Columbia Journalism Review**, New York, set./out. 2013.

OMS. Who statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. **WHO Statement**, 1 fev. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>. Acesso em: 13 maio 2017.

OMS. **World Health Report**, Genebra, 1998.

ONUBR. OMS: pessoas que retornam de áreas com zika devem usar preservativo por ao menos 6 meses. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-pessoas-que-retornam-de-areas-com-zika-devem-usar-preservativo-por-ao-menos-6-meses/>. Acesso em 28 mar. 2017.

OSAMOR, P. E.; GRADY, C. Zika virus: promoting male involvement in the health of women and families. **PLOS, Neglected Tropical Diseases** 10 (12): e0005127. Disponível em <https://doi.org/10.371/journal.pntd.0005127>. Acesso em: 1 maio 2017.

[PESSINI, Leo](#); BARCHIFONTAINE, Christian P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo, Edições Loyola, 2002.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian P. **Problemas atuais de bioética**. 8 ed. São Paulo, Edições Loyola, 2007.

POTTER, Van Ressenlaer. **Bioethics: bridge to the future**. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

POWELL et al. History of domestication and spread of *Aedes aegypti* – A review. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, 2013.

REICH, W. T. **Encyclopedia of Bioethics**, The Free Press. New York, 1978.

RIBEIRO, R. J. Tendências e Debates, **Folha de S. Paulo**, 4 abr. 2017, p. A3.

ROGERS et al. Why bioethics needs a concept of vulnerability. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, vol. 5, n. 2, Special Issue on Vulnerability. University of Toronto Press, 2017.

SABINO et al., Transfusion-based transmission of dengue virus and associated clinical symptoms during the 2012 epidemic in Brazil. **The Journal of Infectious Diseases**, p. 694 a 702, 2016.

SANTOS et al. Zika. **Dengue, zika e chikungunya: diagnóstico, tratamento e prevenção**. Org. Luiz José de Souza – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

SELGELID et al. Taking sociology seriously: a new approach to the bioethical problems of infectious disease. **Sociology of Health & Illness**. Vol. 28, n. 6, p. 838 a 849, 2006.

SEVCENKO, N. A democracia em quarentena. **O Estado de S. Paulo**, 22 ago. 2010. Entrevista a Mônica Manir.

SHERIDAN, M. A. **Vulnerability or primitive human placental trophoblast to Zika vírus**. *PNAS*, EUA, 2017.

SOLOMON, A. **Longe da árvore: pais, filhos e a busca da identidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

TEN HAVE, H. **Vulnerability: challenging bioethics**. New York, Routledge, 2016.

TOLEDO, K. Estudo indica que zika vírus está cada vez mais eficiente para infectar humanos. Disponível em: <[http://agencia.fapesp.br/estudo indica que zika virus esta cada vez mais e eficiente para infectar humanos/22345/](http://agencia.fapesp.br/estudo-indica-que-zika-virus-esta-cada-vez-mais-e-eficiente-para-infectar-humanos/22345/)>. Acesso em: 16 fev. 2017.

TURNER, B. S. Vulnerability and Human Rights. **Essays on Human Rights**. Pennsylvania, 2006.

VAZ, P. ; CARDOSO, J. Risco, sofrimento e política: a epidemia de dengue no Jornal Nacional em 2008. **Saúde e Jornalismo: interfaces contemporâneas**. Fiocruz, 2014.

VAZ, P. et al. O fator de risco na mídia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** (Botucatu). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100013>. Acesso em: 28 mar. 2017.

VEATCH R. et al. Case Studies in Biomedical Ethics: Decision-Making, Principles, and Cases. 2nd. Edition. **Oxford University Press**, 2014.

ZYLBERMAN, P. Epidemia de epidemias. **O Estado de S. Paulo**, pág. E1, 10 abr. 2016.

**ANEXO A – MATERIAL JORNALÍSTICO SOBRE A EPIDEMIA DE
ZIKA**

**ANEXO B - CARTA ABERTA DOS CIENTISTAS À DRA.
MARGARET CHAN, DIRETORA-GERAL DA OMS**

jornal do commercio


TERÇA-FEIRA

Extras no Jc.com.br e no jconline.com.br/digital    

Miguel Schincariol/AFIP




“A gente só pensa em cargo”

Durante palestra, ex-presidente Lula disse que PT perdeu a utopia, só pensa em manter os empregos e em ser eleito. Político defendeu, ainda, a oxigenação do partido.  página 8


CIDADES



É tudo São João

No Recife, a festa se espalha. Petrúcio Amorim (foto) é a atração principal no Sítio Trindade. Em Gravatá, César Menotti e Fabiano comandam o forrobodó.  1


Abre e fecha

Amanhã, comércio e bancos não vão abrir. Os shoppings terão horário especial. Supermercados e feiras livres funcionam normalmente.  2

CADERNO C




Sanfoneiros


Com disco novo, Cezzinha (foto) e Mestrinho mantêm a tradição dos grandes mestres, como o pernambucano Dominginhos.  1



Sangue novo


Fim de Feira (foto), Vates & Viola e a paulista Adriana Sanchez trazem nova pegada para o velho e bom forró.  6

Festas temáticas


Há várias opções para os que não querem perder o clima junino, mas sem ouvir forró. Uma das pedidas de eventos pagos é o Downtown Country.  6

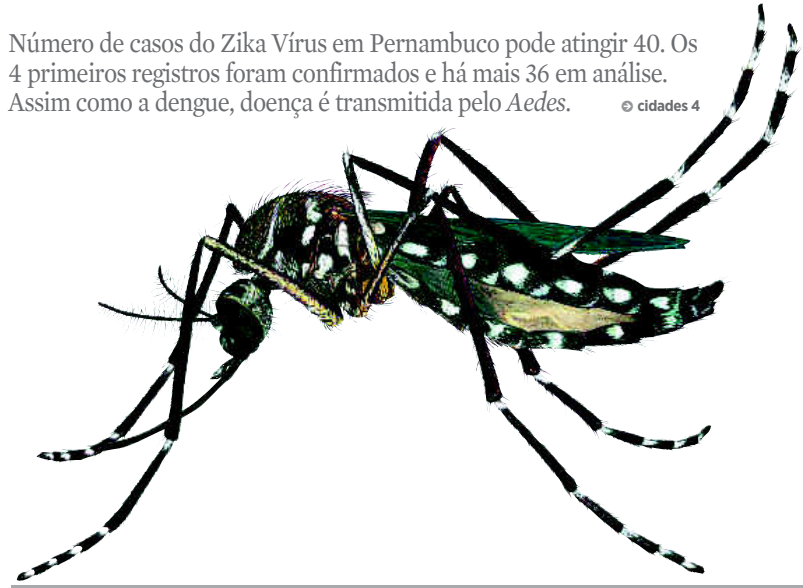
ECONOMIA

Turismo

Rede hoteleira do Agreste teve dificuldade para fechar pacotes. Muitos hotéis e pousadas mantiveram preços do ano passado.  3

Deu Zika


Número de casos do Zika Vírus em Pernambuco pode atingir 40. Os 4 primeiros registros foram confirmados e há mais 36 em análise. Assim como a dengue, doença é transmitida pelo *Aedes*.  cidades 4




Pagar conta de luz está duro

Por causa do aumento gradativo da tarifa de janeiro a abril, a inadimplência dos brasileiros com as empresas que fornecem energia subiu 11% em relação ao mesmo período de 2014.  economia 1


China mira a influência brasileira

Último dia da série sobre chineses mostra que asiáticos observam Brasil como parceiro estratégico.  página 6

Voz do leitor

João Guilherme diz que a Farmácia do Estado está deixando de entregar alguns medicamentos.  página 7

Carro de paraibanas foi incendiado

Veículo foi usado por bandidos para sequestrar e violentar duas mulheres em Goiana. Uma delas morreu.  cidades 3


Aos leitores

Cidades e Esportes estão em um único caderno. Noticiário nacional e internacional está em Economia.

esportes


O nosso Rei da Praia

Aos 17 anos, o pernambucano Rafael Queiroz é uma das apostas do vôlei de praia brasileiro. Ele conquistou o

Mundial Escolar sub-19 da modalidade e agora vai disputar o Brasileiro. O jovem treina no Paraná.  cidades/esportes 8



“Mais difícil que chegar à ponta é manter-se lá”

Discurso do técnico Eduardo Baptista é para que o Sport não perca a toada na liderança do Brasileiro. O time será mais visado e vai passar por maratona de 5 jogos em 15 dias.  cidades/esportes 1



assinaturas: (81)3413.6100 classificados: (81)3413.6400 anúncios: (81)3413.6800 pabx: (81)3413.6110

www.assinejc.com.br

www.classificadosjc.com.br

www.comercialjc.com.br

NA TV

- 11h Volta da Espanha Ciclismo, ESPN+
- 12h Aberto dos Estados Unidos Tênis, ESPN, SporTV 2
- 13h Azerbeijão x Croácia Eliminatória da Euro, SporTV 3
- 15h45 Itália x Malta Eliminatória da Euro, SporTV
- 15h45 Holanda x Islândia Eliminatória da Euro, ESPN Brasil, SporTV 3
- 15h45 Chipre x País de Gales Eliminatória da Euro, ESPN+

- 18h30 Sorocaba x Corinthians Liga Paulista de Futebol, SporTV
- 20h Canadá x Venezuela Copa América Barroeste, SporTV 3
- 21h Figueirense x Grêmio Brasileiro, SporTV (menor SC)



Medo

A goleira dos EUA posta foto alertando para o perigo da zika

NÃO DEU

zika

Organização Mundial de Saúde afirma não haver relatos de sintomas da doença durante a Olimpíada

DA REUTERS
DE SÃO PAULO

Uma das ameaças mais citadas no período que antecedeu a realização dos Jogos Olímpicos do Rio, em agosto, a zika não costimou nenhuma pessoa que esteve na cidade para a competição.

A informação foi dada nesta sexta-feira (2) pela OMS (Organização Mundial da Saúde), que disse não ter relatos de sintomas da doença.

O comitê de emergência da entidade reafirmou ainda o conselho dado anteriormente para que não haja restrições gerais de viagem e comércio para países em que há transmissão do vírus, incluindo o Brasil, que sediará a Parolimpíada a partir do dia 7.

A organização afirmou, porém, que o vírus continua representando emergência de saúde internacional por conta da "contínua expansão geográfica e considerável vácuo no entendimento".

"As autoridades do Rio nos deram dados muito convincentes", disse ao "The New York Times" David Heymann, professor de epidemiologia de doenças infecciosas da Escola de Londres de Higiene e Medicina Tropical e coordenador do painel de especialistas da OMS.

Segundo Heymann, as unidades de saúde no Brasil tinham sido preparadas para acompanhar e tratar pacientes com zika, mas não relatou nenhum caso. Logo após os jogos, o prefeito Eduardo

Paes (PMDB) já havia dito que a rede municipal de saúde não tinha atendido nenhum paciente com sintoma de zika no período olímpico.

Nesses 17 dias, foram 8.681 pessoas atendidas, sendo 2.131 estrangeiros. A maioria dos atendimentos foi por dor de cabeça, hipertensão arterial, resfriado e mal-estar.

"Muitas pessoas foram testadas e não houve caso confirmado", disse Peter Salama, diretor executivo de surtos e emergências de saúde da OMS. "Nos sentimos muito confiantes de que a avaliação do risco de que não haveria aumento significativo de transmissão devido aos jogos parece estar no bom caminho."

A diminuição de casos de zika já era esperada para agosto. A procriação do mosquito *Aedes Aegypti*, principal vetor da doença, fica prejudicada nesta época do ano, geralmente mais seca e fria.

"Levaram a população a imaginar que fosse chegar ao Rio e as pessoas seriam carregadas por mosquitos da zika e todos ficariam muito

doentes", disse Paes no dia 23, dois dias após o fim da Olimpíada. "Quero lembrar que foi muito mais seguro para não se pegar zika ficar no Rio do que ir para Miami."

Cerca de um mês antes dos jogos, um grupo de 150 cientistas internacionais, especialmente dos EUA e Europa, enviou carta à OMS pedindo que a Olimpíada fosse transferida ou adiada em decorrência do surto da zika. Até o fechamento desta edição, a reportagem não havia conseguido falar com esses cientistas ou seus representantes.

DESISTÊNCIAS

Nos meses que antecederam os jogos, a zika assustou muitos atletas, que optaram por não participar do maior evento esportivo do mundo.

No golfe, ao menos oito atletas não representaram seus países, como o australiano Jason Day, líder do ranking, e o norte-irlandês Rory McIlroy, quanto colocado.

O tênis também teve baixas notáveis entre os mais bem colocados do ranking mundial, como o canadense Milos Raonic, atualmente o 6º na classificação da ATP.

Entre as mulheres, a romena Simona Halep, quinta colocada no ranking mundial, deixou de vir ao Rio com receio de contrair a zika.

Outros atletas causaram polêmica, como o jogador espanhol de basquete Pau Gasol, do San Antonio Spurs, que ameaçou não vir por causa da doença, mas recuou.



Zombaria

Torcedores brasileiros ironizam Hope Solo em jogo dos EUA



Falha

Atleta toma gol por baixo das pernas contra a Colômbia



Queda

A goleira americana no jogo em que foi eliminada pela Suécia

6 dos 10 melhores tenistas do mundo não vieram aos jogos do Rio por temor da zika

4 dos 5 melhores golfistas do mundo também desistiram da Rio-2016 por causa da doença

Duas semanas após Jogos, COB anuncia saída de diretor

OLIMPÍADA Marcus Vinicius Freire, 53, deixa entidade depois de país não obter meta de ficar entre os dez primeiros na Rio-2016

DE SÃO PAULO

Duas semanas depois de o Brasil não ter alcançado a meta de terminar os Jogos Olímpicos do Rio entre os dez primeiros colocados no quadro de medalhas, o COB (Comitê Olímpico do Brasil) anunciou nesta sexta (2) a saída de seu diretor-executivo Marcus Vinicius Freire, 53.

O dirigente foi o principal líder da entidade na prepara-

ção para a Olimpíada e, entre período como voluntário e contratado, somava 18 anos de atuação no comitê.

Freire, ex-jogador de vôlei, foi vice-campeão olímpico nos em Los Angeles, em 1984.

A delegação nacional terminou os jogos do Rio na 13ª posição, com 19 medalhas (sete ouros, seis pratas e seis bronzes). Freire chegou a estipular, depois da Olimpíada de Londres, que para ficar no

top 10 seria necessário obter entre 27 e 30 medalhas. Neste ano, reduziu o corte para 23, mas mesmo assim o Brasil ficou aquém do número.

O COB negou, contudo, que tenha havido relação entre a saída do diretor e o resultado. "A missão desenvolvida por Marcus Vinicius e sua equipe, na preparação e na condução do Time Brasil, durante os Jogos Olímpicos Rio-2016, foi excelente e cum-

pru os objetivos estabelecidos. Quero deixar expresso o meu agradecimento", disse o presidente do COB, Carlos Arthur Nuzman, em nota.

O Canadá terminou na almejada décima posição no Rio, com 22 laureas obtidas.

Também em nota, Freire afirmou que vai passar por um período sabático e que no início de 2017 fará um curso em universidade nos EUA.

"Salo com a sensação do

dever cumprido e torcendo que o Time Brasil siga seu caminho de sucesso para Tóquio-2020", comentou. "Entendo ser esse o momento para seguir novos caminhos."

Ele estava contratado do COB desde 2009, quando foi incumbido de comandar a preparação dos atletas do país para o Rio — que acabou eleito sede olímpica em outubro daquele ano, em Copenhague, na Dinamarca.



O ex-diretor do COB Marcus Vinicius Freire, em julho

“ Nunca assumiria o risco de ter uma criança não saudável. Nenhum atleta deveria enfrentar este dilema

HOPÉ SOLO, goleira americana de futebol, em 9/02

“ Um risco desnecessário é colocado quando 500 mil estrangeiros acompanham os jogos

150 CENTESAS, em carta enviada à OMS, em 21/05

“ Os médicos disseram que eu não devo ir devido ao vírus da zika, então não vou

SAVANNAH GUTIERRE, apresentadora de rede americana NBC, emissora oficial dos jogos, em 7/09

“ Esperamos não ter impacto nos jogos em relação ao vírus da zika, por isso estamos tomando as providências

LEONARDO PICCINI, ministro da Saúde, em 9/08

“ Congelar o esperma é uma medida a ser tomada caso eu decida ir aos jogos. Temos que dar a importância e a gravidade que esta situação merece

PAU GASOL, jogador espanhol de basquete, em 15/06

“ Corrupção e criminalidade não são as únicas coisas que assolam a Olimpíada. Há uma praga real, a zika

STEPHEN COLEBERT, apresentador da "Late Show", da rede americana CBS, em 24/06

“ Os riscos são muito elevados para minha carreira e minha saúde, especialmente por eu ser mulher

SIMONA HALEP, tenista romena, em 13/07

“ Muitas pessoas foram testadas e não houve caso confirmado

PETER SALAMA, diretor executivo da OMS

ZIKA

FOLHA DE S. PAULO

SEXTA-FEIRA, 5 DE FEVEREIRO DE 2016
especial ★ ★ ★

TER OU NÃO TER

Alguns países já pedem que mulheres evitem engravidar. Saiba os riscos **pg. 2**

A INFECÇÃO

Conheça a origem da zika, seus sintomas e a forma como ela é transmitida **pgs. 4 e 5**

SEM APOIO

Cidades do sertão não dispõem de especialistas para tratar a doença **pg. 6**

F NA INTERNET
Veja especial em
folha.com/viruszika

Jemima Pessoa da Silva
com Luana, que nasceu
com 27 centímetros
de perímetro cefálico

O avanço de casos de microcefalia ligados ao zika levou a Organização Mundial da Saúde a declarar situação de emergência; com 404 registros de má-formação associada ao vírus, Brasil é o país mais afetado em todo o mundo

**PATRICIA CAMPOS NELLO
AVENER PRADO**
ENVIADOS ESPECIAIS A PERNAMBUCO

No início do ano passado, por ter sintomas parecidos com os da dengue, ela chegou a ser chamada de "doença misteriosa". À época, quando os primeiros casos foram identificados, o Ministério da Saúde tratou-a como uma infecção "benigna", com sintomas brandos: manchas na pele, co-

ceira e febre baixa ou ausência de febre.

Agora, associada a um surto de microcefalia em recém-nascidos, a zika virou motivo de pânico tanto para mulheres grávidas como para aquelas com seus bebês de colo com a suspeita de má-formação da cabeça.

Para entender esse drama, a **Folha** viajou a Pernambuco, epicentro da epidemia, onde encontrou mães desassistidas e uma estrutura precária de atendimento às crianças.

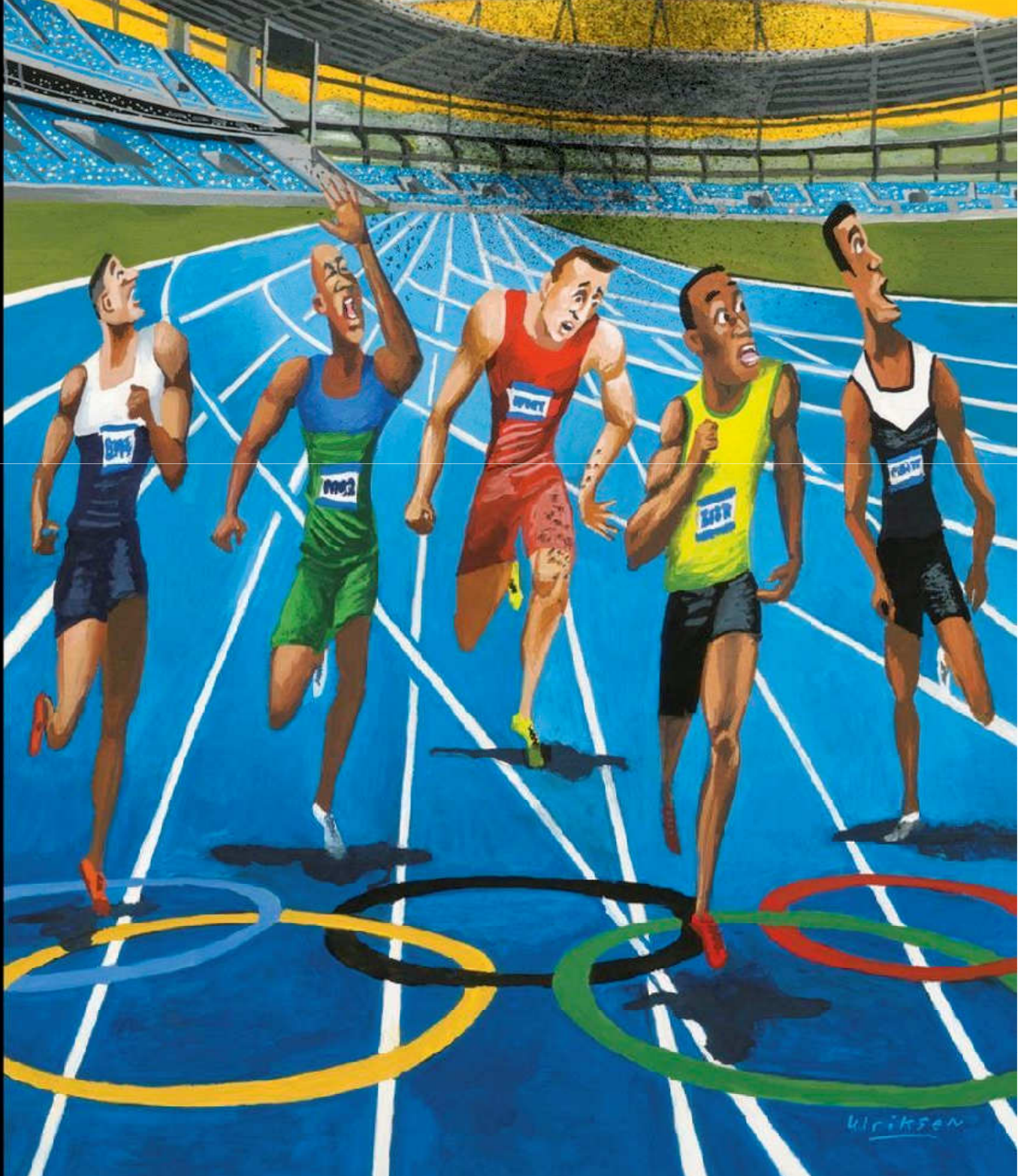
Transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, vetor também da dengue, da febre amarela e da chikungunya, o vírus da zika circula em 28 países de diferentes partes do mundo, o que levou a OMS (Organização Mundial da Saúde) a decretar situação de emergência internacional. O epicentro das suspeitas de microcefalia associadas ao vírus está no Brasil, também motivo de preocupação por ser a sede da Olimpíada, em agosto.

PRICE \$8.99

THE

AUG. 8 & 15, 2016

NEW YORKER



INSETO PREDADOR

Máquina mortífera

'Aedes' transmite mais de 100 vírus, e controlá-lo é a única forma de deter o zika

ANA LUCIA AZEVEDO
ala@oglobo.com.br

Se o diabo existe, tem asas. E chupa sangue. Trocou o chifre por antenas. Enquanto você almoça, ele o suga sob a mesa. Quando chega em casa do trabalho, ele está à espera, para lhe tirar o sangue e, em troca, infectá-lo com vírus nocivos. As fêmeas, sempre famintas, não dispensam uma refeição. O ser humano é a presa favorita deste vampiro crepuscular. A epidemia de zika só veio evidenciar, para quem ainda tinha dúvidas, que o *Aedes aegypti* é um predador de gente. Ele transmite zika, dengue, febre amarela, chikungunha. Mas não para aí. É uma máquina de disseminação de vírus. Na Amazônia brasileira, é o vetor dos vírus de oropouche, mayaro e encefalite equina, por exemplo. Pelo mundo, carrega a febre do Oeste do Nilo, as encefalites japonesa, do Vale Murray, de St. Louis e de La Crosse, além de mediação de outras doenças provocadas por arbovírus.

Poucas espécies têm nome tão adequado quanto o *Aedes*, que vem do grego e significa odiado. Uma referência a sua capacidade de propagar doenças. Estima-se que é o transmissor de muitos dos cerca de 150 tipos de arbovírus causadores de infecção em seres humanos, diz o professor de virologia e vice-diretor do Instituto de Microbiologia da UFRJ, Davis Fernandes Ferreira.

— *Aedes* têm sido relacionados à transmissão de grande parte destes vírus, seja na natureza ou em laboratórios. E somos um alvo fácil para o mosquito se alimentar — explica Ferreira, que investiga formas de tratar essas doenças e aperfeiçoar a vigilância sanitária em seu laboratório.

ADAPTADO À VIDA URBANA

Há ao menos 530 tipos de arbovírus, uma denominação de vírus transmitidos por artrópodes, como os mosquitos. O *Aedes* é o transmissor de três famílias: *Alphavirus*, *Flavivirus* e *Bunyavirus*. Algumas vezes, ele não é o único transmissor, mas sempre ganha importância porque, diferentemente de outros mosquitos, está adaptado à vida urbana.

— As infecções podem atingir vários órgãos, como a dengue, mas esses micro-organismos também provocam encefalite, febre hemorrágica, hepatite e dores nas articulações — observa Ferreira.

As arboviroses desafiam a ciência. Em sua maioria, são raras. Causam surtos e desaparecem por anos, sem deixar rastro. Porém, como vírus estão em constante mutação, podem, de uma hora para outra, se tornar agressivos ou capazes de provocar epidemias. Levados pelo mosquito, se espalham por grandes populações. Foi o que aconteceu com a febre amarela no passado e com a dengue hoje. O zika não era considerado perigoso e, por isso, não recebia atenção. Cientistas supõem que ele pode ter chegado aqui com a Jornada da Juventude ou a Copa do Mundo, pois eventos internacionais são disseminadores de vírus. Chegou despercebido, uma vez que a maioria dos casos é assintomático. O *Aedes* é um bicho tão ruim que pode transmitir dois tipos de vírus ao mesmo tempo, para pessoas desafortunadas o suficiente.

— Foram relatados casos de dengue e chikungunha e de zika e chikungunha — diz Ferreira. O cientista frisa que está longe de estar esca recida a relação entre o zika e a microcefalia.

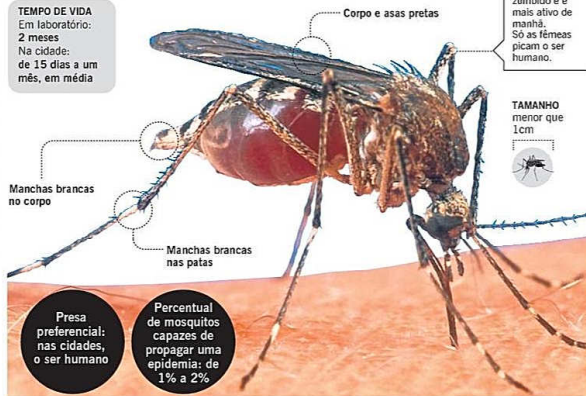
— Pode existir um cofator. O que é, não sabemos. Poderia ser outro vírus. Ou uma condição preexistente. Outra possibilidade é a subnotificação da microcefalia no passado. De certo mesmo, só o fato que o *Aedes* precisa ser controlado — afirma Ferreira.

CONHEÇA O INIMIGO

AS MUITAS ARMAS DO MOSQUITO

O Aedes AEGYPTI

TEMPO DE VIDA
Em laboratório: 2 meses
Na cidade: de 15 dias a um mês, em média

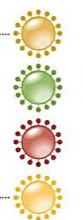


HÁBITOS
Crepuscular. Mas, se estiver faminto, pode atacar à noite. Via baio, produz pouco zumbido e é mais ativo de manhã. Só as fêmeas picam o ser humano.

TAMANHO
menor que 1cm

VÍRUS QUE TRANSMITE

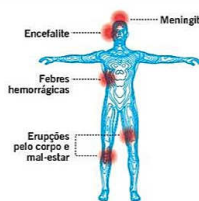
Número total: incerto, mas passam de 100 vírus causadores de doenças, das quais dengue, zika, chikungunha e febre amarela são as mais conhecidas



O tipo de vírus que transmite: arbovírus. Existem 530 espécies registradas, sendo que cerca de 150 causam doenças

ALGUNS MALES QUE PROVOCA

De meningite, encefalite, microcefalia e febre hemorrágica a sintomas brandos, como erupções pelo corpo e mal-estar. São comuns dores fortes no corpo e erupções na pele



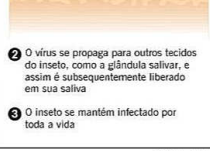
A TRANSMISSÃO

A infecção pode ocorrer através de uma pessoa infectada e se infecta com o vírus

1 O mosquito se alimenta do sangue de uma pessoa infectada e se infecta com o vírus



2 O vírus se propaga para outros tecidos do inseto, como a glândula salivar, e assim é subsequentemente liberado em sua saliva



3 O inseto se mantém infectado por toda a vida

Editoria de Arte

Desenvolver antivirais é uma das metas do grupo do pesquisador. Não há remédio para nenhum desses vírus. Muito menos, vacina.

Coordenador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Entomologia Molecular e também da UFRJ, Pedro Lagerblad de Oliveira observa que só 2% dos mosquitos costumam estar infectados — é o caso da dengue —, mas esse percentual é suficiente para deflagrar uma epidemia.

— Somos mordidos quase todos os dias e várias vezes por dia e, muitas vezes, nem nos damos conta — explica o cientista.

Lagerblad destaca que não se sabe quase nada sobre a interação entre o *Aedes* e o zika.

— Não sabemos, por exemplo, porque a contaminação é maior em alguns lugares, mesmo que

outros tenham as mesmas condições. O Rio tem as condições para surtos de chikungunha e ele, felizmente, não causou um aqui — acrescenta.

Ele observa que o zika avança mais depressa do que seria esperado:

— Temos a sensação de algo a mais na dinâmica da transmissão. Mas estamos no escuro sobre o que seja.

Seu colega no Laboratório de Bioquímica de Artrópodes Hematófagos da UFRJ, Marcos Sorgine frisa que o mosquito tem grande capacidade de adaptação e se tornou resistente à maioria dos inseticidas.

— Em boa parte devido a programas de controle inadequados. Mas nossa única saída é acertar no controle agora. ●

Encontros O GLOBO discute vírus e vacinas

Médicos debaterão sobre doenças infecciosas transmitidas pelo mosquito

Assunto em destaque no país, as doenças transmitidas pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* serão tema do próximo Encontro O GLOBO Saúde e Bem-Estar, coordenado pelo cardiologista Cláudio Domênico e com mediação da jornalista Viviane Nogueira, na próxima quarta-feira, às 17h, na Casa do Saber O GLOBO, na Lagoa. O evento "Surtos virais e vacinas" será ministrado pelo infectologista José Cerbino Neto, vice-diretor de Serviços Clínicos do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz), e também pelo infectologista e epidemiologista Celso Ramos Filho, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFRJ e membro titular da Academia Nacional de Medicina.

Anote

DATA E HORÁRIO.
Quarta-feira, dia 9, às 17h

LOCAL.

Casa do Saber O GLOBO, na Avenida Epitácio Pessoa 1.164, na Lagoa

INSCRIÇÕES.
Pelo e-mail encontros_oglobo@oglobo.com.br

Em sua palestra, Ramos Filho abordará a expansão descontrolada do *Aedes* no mundo, e doenças como a febre do Nilo Ocidental, que ainda não chegou ao Brasil.

— Ao meu ver, esta expansão constitui o maior problema sanitário mundial neste início de século. Maior do que a epidemia pelo HIV — opina Ramos Filho.

O especialista ressalta a importância do uso de repelentes por grávidas e crianças e destaca que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso de produtos à base de DEET, icaridina e IR3535. No caso das grávidas, este artifício é essencial, já que o zika pode causar microcefalia nos bebês.

Já Cerbino Neto falará sobre a importância da vacinação e dará dicas a quem vai viajar:

— Para quem pensa em ir para a região Centro-Oeste do Brasil, a indicação é a vacina de febre amarela. Já quem vai à Índia precisa reforçar a vacina de pólio. ●

SP tem 1ª suspeita de microcefalia ligada a zika; ES decreta emergência

Em Recife, Dilma diz que problema já é de dimensão nacional

LAURO NETO E EDUARDO BRESCIANI
sociedade@oglobo.com.br

— SÃO PAULO, VITÓRIA E RECIFE. Um bebê nascido em Guarulhos pode ser o primeiro caso de microcefalia relacionado ao vírus zika com transmissão dentro do território do estado de São Paulo. A suspeita foi levantada por uma médica da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), confirmada pelo presidente da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil e notificada pela secretaria municipal de Saúde de Guarulhos. Já a secretaria estadual da Saúde diz que ainda não é possível afirmar

que o caso está relacionado ao vírus. Enquanto isso, no Espírito Santo, o governo decretou situação de emergência na saúde: desde o começo do ano, o estado teve 35.388 casos de dengue e 185 casos de zika. Também houve notificação de três bebês nascidos com microcefalia e oito gestantes com fetos atingidos.

Em SP, o menino com suspeita de microcefalia nasceu no Hospital Jesus, José e Maria, em Guarulhos, há pouco mais de um mês. Uma médica residente da Unifesp avaliou a criança, fez a suspeita diagnóstica e a levou ao Hospital São Paulo, onde Marcelo Masruha, presidente da SBNi, é professor. O bebê foi submetido a uma tomografia no dia 24 de novembro, que constatou o peritomeo cefálico de 28cm.

— A média normal para meni-

nos é de 35cm. Abaixo de 32cm, é considerado microcefalia. Foi feita a tomografia, que mostra o cérebro muito liso, com calcificações, que é um padrão de imagem compatível com a infecção congênita pelo vírus zika.

O médico acrescenta que a mãe da criança relatou que não saiu da Grande São Paulo durante a gravidez e apresentou sintomas de dengue durante os primeiros três meses:

— Ela contou que no primeiro trimestre de gestação teve um quadro semelhante à dengue, com dor no corpo, febre, manchas avermelhadas, uma conjuntivite. É altamente provável que esse caso de microcefalia seja pelo vírus zika. Era questão de tempo chegar a São Paulo. Não tínhamos muita dúvida de que isso aconteceria. O mosquito vai

seguir o mapa da dengue: onde tem *Aedes aegypti*, vai ter zika.

Em entrevista ao SP-TV, Carlos Derram, secretário municipal de Saúde de Guarulhos, ratificou a opinião de Masruha:

— É grande a probabilidade (de ser um caso de microcefalia por contaminação do zika). Estamos frente a um grande problema de saúde pública.

PLANO SERÁ DEBATIDO TERÇA

Em visita a Pernambuco, onde o governo também já havia decretado emergência por causa da microcefalia, a presidente Dilma Rousseff recusou-se a estimar o valor que o governo federal vai investir no enfrentamento do problema. Ela mandou ainda um recado a prefeitos e governadores, afirmando que todos deverão alocar recursos.

Dilma se reuniu em Recife com o governador Paulo Câmara (PSB) e outras autoridades do estado para discutir um plano nacional sobre o tema. Na próxima terça-feira, o assunto será debatido em Brasília com os governadores de todos os estados e representantes dos municípios, mas ainda não existe o anúncio do plano nacional de enfrentamento a microcefalia, fechado.

— A conversa com os governadores é para fazer a ação conjunta, quem entra com o quê. Todo mundo vai colocar recurso — afirmou a presidente.

Dilma disse que o aumento de casos de microcefalia e a ligação deles com o vírus zika, transmitido pelo mosquito, dá o problema dimensão nacional.

— Nossa principal preocupação é que isso pode caracterizar

estando caracterizando uma doença que está tendo dimensão nacional, acho que já são 16 estados hoje. E cada dia aumenta o número. Não é uma questão de pânico, mas é uma questão de grande atenção, ter noção de que isso tem de ser combatido — disse a presidente.

Dilma afirmou que as crianças já diagnosticadas devem ser levadas para as unidades do programa Federal Viver Sem Limites, que atende pessoas com deficiência. O Ministério da Saúde afirmou que o governo federal vai arcar com equipamentos para aplicação de inseticidas e larvicidas, além de garantir a compra dos insumos. Serão mobilizadas as Forças Armadas e a Defesa Civil para auxiliar no apoio logístico da operação. ●

GUERRA AO MOSQUITO

Uma epidemia explosiva

OMS alerta para gravidade da propagação de zika e pode decretar emergência internacional

ANA LUCIA AZEVEDO e RENATA MARIZ
opais@oglobo.com.br

-RIO E BRASÍLIA. Capaz de se espalhar pelas Américas em velocidade espantosa e associado à devastadora microcefalia, o vírus zika foi considerado explosivo pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que alertou ontem para o risco da doença em todo o mundo. A diretora da OMS, Margaret Chan, declarou que "o nível de alarme é extremamente alto", e frisou que é necessária uma mobilização internacional.

— A epidemia de zika se espalha de forma explosiva. Estou profundamente preocupada com a rapidez com que a situação tem evoluído — destacou Margaret Chan, durante a assembleia anual da organização, em Genebra.

O temor maior é a associação do zika com a microcefalia e outras malformações no Brasil e o fato de o vírus já ter sido detectado em 23 países das Américas. A OMS prevê que as duas únicas exceções serão Chile e Canadá. O fenômeno El Niño, que provoca aumento de temperatura, pode influenciar na infestação do mosquito e na

propagação da zika, e já se sabe que levará pelo menos três anos até que uma vacina contra o vírus chegue a quem precisa.

Assim, o que era emergência nacional pode se transformar, em 1º de fevereiro, em emergência de relevância internacional (Pheic, na sigla em inglês), um tipo de situação para qual a OMS dispara alarme vermelho em todo o planeta. Margaret Chan convocou para a segunda-feira uma reunião do painel de especialistas do acordo de Regulação Internacional de Saúde (IHR, na sigla em inglês), do qual o Brasil e mais de 190 países são signatários.

Espera-se que o comitê decrete a emergência internacional, como a estabelecida contra a epidemia de ebola, em 2014. Na prática, isso significaria o estabelecimento de uma série de medidas que os países se comprometem a seguir. A Pheic não tem força de lei, mas costuma ser seguida. Ela pode facilitar o acesso a vacinas e a testes de diagnóstico rápido. E estabelecer diretrizes para o controle do mosquito.

No Brasil, após o pronunciamento da diretora da OMS, a presidente Dilma Rousseff fez um

discurso na reunião do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social e apelou a empresários, líderes sindicais e religiosos, entre outros, para que se unam no combate ao Aedes.

— Peço aos senhores e senhoras que mobilizem seus funcionários, filiados, fiéis de Igreja, amigos de escola e vizinhos e vizinhas no combate ao mosquito. O mosquito não pode ser e não é mais forte que um país inteiro, consciente de sua ameaça — disse Dilma.

FABRICANTE DE REPELENTE PEDE MENOS IMPOSTO

Especialistas não veem motivo para pânico no Brasil. Mas sim para mobilização. Segundo eles, a zika deve ser monitorada com atenção nas grávidas, e mais pesquisas precisam ser feitas para compreender os efeitos do vírus e saber por que a maioria das pessoas sofre apenas sintomas sem gravidade, enquanto algumas manifestam problemas neurológicos, e fetos podem ter o desenvolvimento gravemente afetado. Unanimidade entre especialistas é a necessidade de controlar o mosquito.

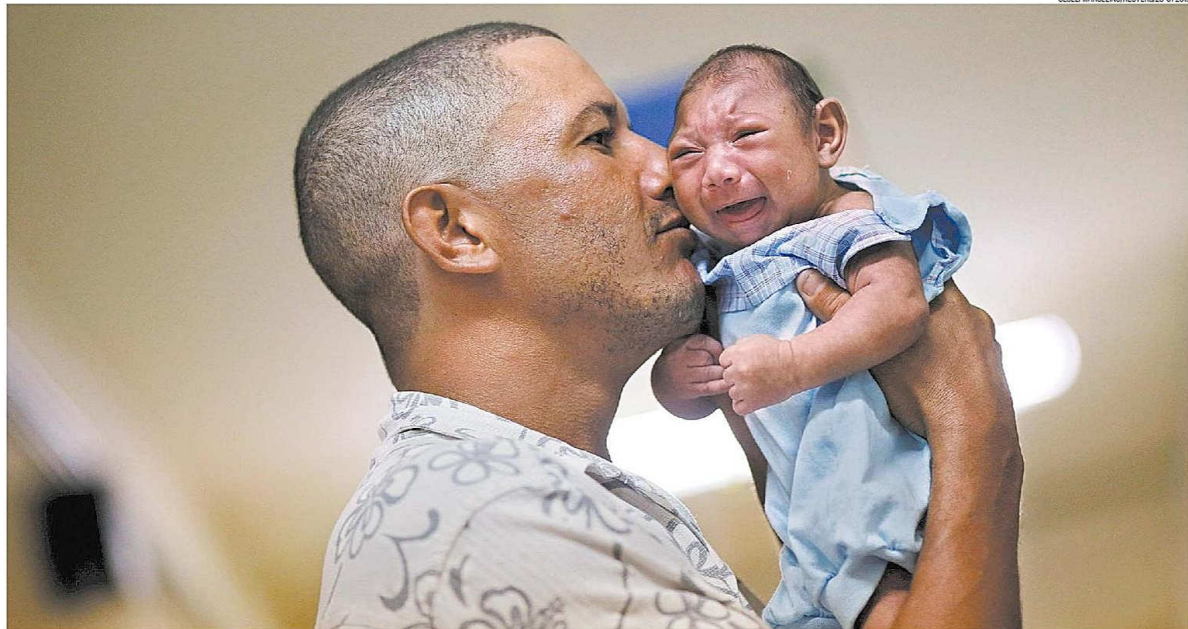
Mas uma das medidas de prevenção à microce-

falia anunciadas pelo Ministério da Saúde, a distribuição de repelentes a grávidas, enfrenta um impasse. Os fabricantes do produto pediram ao governo a isenção de três impostos: o de importação (aliquota de 2%), o PIS (2,1%) e o Cofins (9,65%). Apenas dessa forma, diz a indústria, será possível garantir um preço razoável.

Os fabricantes dizem que os impostos recaem exatamente sobre os três compostos químicos obrigatórios nos repelentes que serão distribuídos. Todos são trazidos de fora do país com preços impactados pelo dólar, segundo Paulo Guerra, diretor geral do Laboratório Osler do Brasil, que fabrica o repelente da marca Exposit.

O governo diz que cerca de 40 mil profissionais que fazem a leitura dos medidores de energia das residências entrarão no combate ao Aedes. Eles mapearão possíveis focos do mosquito, usando coordenadas geográficas com o equipamento que já utilizam habitualmente para verificar os relógios de luz. As contas de luz e gás terão mensagens de alerta, como: "Febre, coceira, dor de cabeça e outros sintomas podem ser dengue, chikungunya ou zika. Beba muita água e vá a uma unidade do SUS".

LESLEY MARCELINO/REUTERS/26-01-2015



Comoção. Geovane Silva segura o filho, Gustavo Henrique, que nasceu com microcefalia no Recife, Pernambuco; estado tem o maior número de registro da deformação, que pode estar relacionada à disseminação do vírus zika

PALAVRA DE ESPECIALISTAS: HÁ RAZÃO PARA PÂNICO?

PEDRO VASCONCELOS
VIROLOGISTA DO INSTITUTO
EVANDRO CHAGAS (PARÁ)

"A situação é grave e não é só no Brasil. Vemos hoje o Aedes transmitir mais uma doença no mundo. A dengue mata entre 25 mil e 50 mil pessoas por ano no planeta. E até agora ninguém se comoveu. A população precisa participar do controle dos focos, a maioria está nas casas. As pessoas precisam entender que não podem deixar o zika entrar nas casas. O zika traz o risco de causar microcefalia, problema sem chance de cura. É uma dor e um ônus que país nenhum pode suportar. O zika destrói sonhos, famílias. É problema social. O vírus se espalha porque o mosquito está disseminado. Acontece o mesmo que houve com o chikungunya no Caribe e na América Central. Não sabemos se o zika se multiplica melhor no Aedes, se temos mais mosquitos ou se são as duas coisas. O mosquito precisa ser controlado. E o alerta da OMS cria um consenso global, aumenta o esforço para controle e ajuda países que não têm a estrutura de vigilância do Brasil".

AKEMI SUZUKI
ESPECIALISTA DO INSTITUTO
ADOLFO LUTZ, DE SP

"A situação é preocupante e há motivo para alarme porque o Aedes se propaga sem controle e a população precisa entender, de uma vez por todas, que tem de colaborar. Nesse sentido, o alarme é muito válido. Só chegamos nesse ponto porque não levaram a dengue a sério, e o mosquito se proliferou. A maioria dos focos está dentro das casas e os cidadãos acham que não é dever deles participar do controle. É como o fumante que sabe que causa câncer, mas não larga o cigarro. Não sabemos mais como sensibilizar as pessoas. As mortes por dengue não são suficientes. Banalizaram-se. Morreram 440 pessoas em 2015 em São Paulo de dengue, e parece que não aconteceu nada. É um desafio alguém morrer de dengue. Inadmissível! Assim como o zika é inadmissível. A população tem de tomar juízo. A perspectiva não é das melhores. Achar que o inverno segurará o mosquito não é correto. Rio e Nordeste têm temperaturas elevadas no inverno".

AMÍLCAR TANURI
DO LABORATÓRIO DE VIROLOGIA
MOLECULAR DA UFRJ

"Considero decretar uma alerta internacional um exagero da OMS. Não há dúvida de que o vírus zika está disseminado. Mas não temos ainda uma relação conclusiva de que ele é o causador de microcefalia. Falta ainda muita pesquisa. O vírus da dengue já foi encontrado na placenta de gestantes, e isso não prova que dengue provoca microcefalia. Não há motivo para pânico. As grávidas devem fazer exames pré-natal e ser acompanhadas de perto. É evidente que é importante controlar o Aedes aegypti, mas não apenas pelo vírus zika. Sempre foi importante combater esse mosquito. E a microcefalia precisa mais estudada. Será que o caso da doença do Nordeste são iguais aos do restante do país? Por que o estado de Sergipe tem vários casos suspeitos de microcefalia, mas tem baixa ocorrência zika? Temos que acompanhar de perto. Mas não precisamos entrar em pânico".

CELSON RAMOS FILHO
INFECTOLOGISTA E
EPIDEMIOLOGISTA DA UFRJ

"Em relação ao zika, está havendo um alarde exagerado dentro e fora do Brasil. Não acho que microcefalia seja algo de menor importância. Mas dengue é certamente um problema maior do que zika, que, normalmente, é uma doença leve, em que 80% das pessoas são infectadas e não sabem. Não está inteiramente comprovado que o vírus zika, sozinho, ocasiona microcefalia. Talvez também alguma outra coisa esteja ocasionando. Não sabemos a proporção de grávidas infectadas cujas crianças desenvolvem microcefalia. Sobre o alarde com relação às Olimpíadas, os Jogos vão ocorrer entre julho e agosto. Não temos aumento de doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. Nesse período seco, o mosquito tem menos possibilidade de se desenvolver, pois demora mais para chegar à forma adulta. O problema chama-se Aedes, mas, para fazer as pessoas mudarem o hábito, combatem o mosquito, tem que fazer uma mobilização social".

DAVID UIP
INFECTOLOGISTA, SECRETÁRIO
DE SAÚDE DO ESTADO DE SP

"A situação é preocupante. Temos um vetor, o Aedes, que carrega 4 vírus: febre amarela, zika, dengue e chikungunya. Controlar vetor é muito difícil, principalmente quando se aloja em locais onde a autoridade pública não tem acesso, como as casas das pessoas. A ONU começa a discutir a doença por meio de alerta global, o presidente dos EUA se posiciona, e o volume de informação aumenta. A situação que estamos vivendo é grave, mas não é inédita. Já vivemos epidemias muito graves nos últimos anos. Passamos muito tempo sem saber direito como era a transmissão do HIV, o que ele causava. Até que houvesse avanço em políticas públicas e tecnologia, muitos pacientes morreram. A situação melhorou quando surgiram remédios. Enquanto não tivermos vacinas e remédios para zika e chikungunya, seu controle será rudimentar. A partir do momento que se trata o vírus, a disposição dele no sangue diminui e a contaminação cai".

ALBERTO CHEBAGO
PRESIDENTE DA SOCIEDADE
DE INFECTOLOGIA DO RIO

"Tem um exagero porque a zika, em pessoas que não estejam grávidas, não tem uma manifestação clínica importante. Na maior parte das vezes, é uma doença que não cria empelinho para as pessoas fazerem as coisas, tem baixa complexidade e não tem sequelas. Existem outras doenças mais graves, como a própria dengue. O combate do mosquito, a longo prazo, não está sendo eficaz. A curto prazo, são medidas corretas, mas falta celeridade. O próprio governo reconhece que não visitou todos os domicílios. A longo prazo, faltam medidas. Precisaria do envolvimento de vários órgãos, um plano de combate. O que se tem é um plano de mitigação de uma crise. O combate precisa de medidas de saneamento básico, de coleta de lixo, distribuição de água. Esse exagero da mídia internacional com relação ao risco de vir ao Brasil é prejudicial para a imagem do país e não tem sentido".

“Não engravidem agora”

MICROCEFALIA Recomendação é do diretor do Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde

Agência Estado

O diretor do Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, Cláudio Maierovitch, aconselha mulheres de Pernambuco a adiarem os planos de gravidez até que haja maior clareza sobre as causas do aumento de casos de microcefalia em bebês no Estado. “Não engravidem agora. Esse é o conselho mais sábio que pode ser dado.”

Até o momento, foram identificados 141 casos da má-formação no Estado, a maior parte desde agosto, em 55 cidades. O indicador é 15 vezes superior à média registrada entre 2010 e 2014, de nove casos por ano. Diante do problema, considerado grave, o Ministério da Saúde decretou antontem estado de emergência sanitária nacional. Entre as hipóteses em análise está a influência do vírus zika, espalhado pelo Aedes aegypti.

Além de Pernambuco, outros Estados começam a relatar aumento expressivo de casos. O superintendente da Maternidade Nossa Senhora de Lurdes, de Aracaju, informou que 49 casos foram identificados no Estado em setembro e outubro. O problema foi registrado na capital e em outras três cidades: Itabaiana, Estância e Lagarto.

No Rio Grande do Norte, de acordo com informações da Secretaria de Saúde ao Instituto de Medicina Tropical, foram 22 casos; a maioria a partir de agosto. “Nesse momento, não temos como afirmar se o aumento tem como causa algum vírus transmitido por vetores (mosquitos) ou algum outro fator”, disse Maierovitch.

Professor da Universidade Federal de Pernambuco e um dos primeiros profissionais a identificar o avanço dos nascimentos de microcefalia no Estado, Carlos Brito tem a mesma avaliação de Maierovitch e sugere que mulheres adiem em alguns meses os planos de gravidez em Pernambuco, onde a situação é mais grave. “Para se ter mais segurança sobre o que de fato está ocorrendo”, disse.

Para as já gestantes, Maierovitch avalia ser preciso a adoção dos cuidados básicos: não usar medicamentos sem conhecimento do médico e evitar a exposição a mosquitos. “Em casa, ficar de portas fechadas, colocar telas nas janelas e usar repelentes.” O uso de mosquiteiros, um recurso bastante utilizado para evitar malária, não é considerado eficaz nesses casos.

No Rio Grande do Norte, o indicador

de crianças nascidas com microcefalia é 11 vezes maior do que o registrado em 2012. Os nascimentos ocorreram em Natal, Mossoró, Macaíba e Currais Novos. A Universidade Federal do Rio Grande do Norte está organizando uma rede de referência para assistência a esses bebês. “Eles necessitam de uma atenção especializada. São pouquíssimos os profissionais com treinamento no momento para cuidar dessas crianças”, afirmou o professor do Instituto de Medicina Tropical do Rio Grande do Norte Kleber Luz.

De acordo com ele, testes feitos até agora nos bebês e nas mães não identificaram a ocorrência de infecções que geralmente levam a esse tipo de malformação: toxoplasmose, citomegalovírus, herpes e sífilis. Cerca de 80% das mães relataram ter apresentado, nos primeiros meses de gestação manchas, febres e coceiras.



Marcelle Ceal Jr./ Agência Brasil

Maierovitch diz que antes da gravidez é preciso esclarecer causas da anomalia

A exemplo de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe enfrentaram no início do ano uma epidemia de zika. A doença, confirmada no Brasil este ano, provoca nos adultos reações consideradas leves: coceira, vermelhidão e febre baixa. Por se tratar de uma doença nova, não há um exame de diagnóstico específico.

A má-formação, que pode levar em alguns casos a criança a um processo de retardamento mental, convulsões, problemas de audição, visão e motor, é considerada um evento raro na pediatria. No Rio Grande do Norte, foram registrados 22 casos em 2012 e em 2013.

Em 2014, não houve nascimento de crianças com problema.

entrevista ➔ Silvana Nascimento



Fotos: Edmar Nêto/JC Imagem

Para avó, momento é de luta

A cabeleireira Silvana Nascimento tomou a frente dos cuidados do neto, nascido há cinco dias e com microcefalia severa. Os pais do garoto estão muito abalados com o caso. Confiante, ela aposta no amor para seguir em frente na luta contra a anomalia genética.

JORNAL DO COMERCIO – Como a família descobriu que a criança tinha microcefalia?

SILVANA NASCIMENTO – Quando ele nasceu. Durante a gestação, foram feitas três ultrassonografias e ninguém viu nada de errado. Logo depois do nascimento, a equipe do Hospital Tricentenário (em Olinda) nos encaminhou para cá (Hospital Universitário Oswaldo Cruz).

JC – Como a sua filha reagiu à notícia de que o filho tinha nascido com a anomalia?

SILVANA – Ficou triste, né? Não entendeu bem no início. Ela tem outra filha, de 2 anos, que não tem qual-

quer problema.

JC – A senhora tem consciência de que esses casos estão cada vez mais comuns em Pernambuco?

SILVANA – Tenho, mas só porque a médica falou durante a consulta.

JC – A partir de agora, como vai ser o acompanhamento do seu neto?

SILVANA – Vamos em frente, agora é só luta. Isso aqui para Deus não é nada. Temos que colocar na mão Dele e seguir. Para mim, isso (a anomalia) também não é nada, não diminui em nada o nosso amor pela criança.

Mais Estados em alerta máximo para anomalia

Cynthia Leite
cleite@jconline.com.br

Único Estado com dados organizados sobre a microcefalia e pioneiro na elaboração de um protocolo em parceria com o Ministério da Saúde, para investigar o aumento inusitado no número de casos dessa anomalia congênita, Pernambuco sensibilizou especialistas de outros Estados a ficarem atentos a uma mudança de padrão na ocorrência da microcefalia, condição em que o tamanho da cabeça é menor do que o normal para a idade. Além dos 141 casos espalhados por 42 municípios pernambucanos, há relatos de recém-nascidos com essa anomalia na Paraíba, no Rio Grande do Norte, em Sergipe e no Piauí. No dia 24 de outubro, em matéria publicada no **JC**, especialistas pernambucanos já haviam alertado para a necessidade de se fazer uma busca ativa e analisar se o aumento do número de bebês com essa condição estaria ocorrendo em outras partes do Brasil.

Em Pernambuco, uma rede de reabilitação para os recém-nascidos com microcefalia também começa a ser formatada. A Secretaria Estadual de Saúde sinalizou que já entrou em contato com a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). A neuropediatra Vanessa Van Der Linden Mota, gerente médica da instituição, tem acompanhado, desde agosto, a mudança no padrão de ocorrência na

microcefalia no Estado. Também médica do Hospital Barão de Lucena (HBL), na Zona Oeste do Recife, ela diz que só nessa unidade de saúde passaram por ela, até a última semana, 11 bebês com a anomalia.

“São crianças que precisam de estímulo precoce antes de apresentarem qualquer alteração, pois existe o risco de terem problemas neurológicos ao longo do desenvolvimento. Por isso, já encaminhamos algumas para a AACD”, informa Vanessa, que chama a atenção para um detalhe importante: “A maioria dos exames realizados até agora nos bebês e nas mães foi negativo para citomegalovírus e toxoplasmose”, acrescenta a neuropediatra, referindo-se a infecções congênicas geralmente relacionadas à microcefalia.

Ontem o governador de Pernambuco, Paulo Câmara, disse estar acompanhando de perto o aumento da incidência da anomalia. “É um assunto que precisa ser bem investigado para evitar casos futuros. A partir da identificação do que causou, será preciso tomar medidas preventivas. Infelizmente estão aparecendo casos em outros Estados e, por isso, é importante a integração entre todos”, ressaltou Paulo Câmara.

Mais na web

Video de entrevistas com médicos que acompanham casos de microcefalia, no www.jconline.com.br/cidades

Saiba mais

O que é a microcefalia
Anomalia genética caracterizada pelo comprometimento do desenvolvimento do cérebro do bebê durante a gestação. Crianças normais nascem com crânio medindo entre 37 e 42 centímetros. Um número menor que 33 centímetros já caracteriza microcefalia.

entre 37 e 42 cm

Tamanho normal

menor que 33 cm

microcefalia

- Orientações para gestantes e mulheres em idade fértil, com possibilidade de engravidar**
 - Atualizar vacinas e verificar as recomendações para a idade gestacional
 - Atenção à procedência e à qualidade de água, alimentos e medicamentos ingeridos
 - Durante a gestação, é preciso se proteger de picadas de insetos. Para isso, deve-se:
 - Evitar lugares com mosquitos
 - Utilizar roupas que protejam o corpo
 - Consultar o médico sobre o uso de repelentes, pois nem todos podem ser utilizados por gestantes
 - Principalmente entre o amanhecer e o anoitecer, permanecer em locais com barreiras para a entrada de insetos, como telas de proteção e ar-condicionado
 - Usar preservativos nas relações sexuais
 - Diante de qualquer problema de saúde, especialmente até o quarto mês de gravidez, procurar profissionais como obstetra e médico ultrassonografista
- 141 recém-nascidos com microcefalia foram cadastrados, até o último dia 9, na plataforma do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (Cievs/PE)**
- 12 casos foram registrados, em todo o ano de 2014**
- 9 recém-nascidos com microcefalia é a média de casos anual entre 2011 e 2014**
- 42 municípios concentram os casos**
- Outros Estados que registraram casos em 2015: Paraíba (9), Sergipe (49), Rio G. do Norte (22) e Piauí (10)**
- 65 mães do Grande Recife participam da pesquisa que visa descobrir o que está causando o aumento na incidência da anomalia genética**
- Locais de atendimento**
Imip - 2122-4191
Hospital Oswaldo Cruz - 3184-1370 (segunda à sexta) e 3184-1369 (feriados, sábados e domingos)

Muitas famílias abaladas com o futuro incerto

Em menos de um mês, o aumento do número de casos de microcefalia em Pernambuco transformou a rotina do ambulatório infantil do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Huoc). A média era de 20 atendimentos diários, para vários tipos de doenças. Ontem foram dez ocorrências apenas de casos relativos à anomalia genética.

Assustados, pais e mães seguravam os filhos recém-nascidos enquanto aguardavam a vez de serem chamados para a consulta. Em alguns casos, a anomalia é pouco perceptível. Em outros, o tamanho reduzido do crânio dá a pista de que o quadro é mais sério. A maioria dos pais só concordou em falar para a reportagem sob o mais estrito anonimato. “Minha sobrinha teve gêmeos. Um nasceu com microcefalia. Ela descobriu durante a gestação e ficou apavorada. Viemos aqui para os exames e não sabemos o que esperar”, contou um autônomo.

Uma outra mãe tentava acalmar o choro do filho com uma mamadeira. “Descobri durante um ultrassom. Entrei em desespero, achava que meu filho seria normal. Agora fica um clima de incerteza sobre o futuro”, disse a doméstica.

Em meio a tantas dúvidas, a cabeleireira Silvana Nascimento apareceu com uma certeza: a de que vai fazer tudo pelo neto, que tem apenas cinco dias de nascido e uma condição severa de microcefalia. Ela tem consciência de que os pais do garoto – a filha Taciana e o marido – estão abalados e desorientados com a situação. “Vamos cuidar dele com todo amor.”



Oportunista e adaptável, 'Aedes' avança

Tire 20 dúvidas sobre a praga urbana que se tornou a ameaça a ser combatida em todos os lares; cada mosquito pode picar até 400 pessoas

Fabiana Cambricoli

Ele tem menos de meio centímetro, vive somente 30 dias, mas foi declarado neste ano o inimigo número 1 do País pelo ministro da Saúde, Marcelo Castro, motivando uma força-tarefa que deve visitar todas as casas do País em 40 dias. Por trás da aparente fragilidade desse vilão está um mosquito que chega sem fazer barulho, foge ao perceber qualquer movimento, consegue ingerir até duas vezes seu peso em sangue, bota até mil ovos em apenas um mês, os distribui em diferentes criadouros para aumentar a chance de manutenção da espécie e, principalmente, é oportunista e sabe se adaptar bem nas adversidades.

Esse conjunto de características fez do *Aedes aegypti* o principal transmissor de doenças em ambiente urbano. "É um mosquito discreto, raramente notado quando pica, e muito arisco. Ele foge com qualquer movimento mais brusco e não emite zumbido que possa ser ouvido pelos humanos. Além disso, os mosquitos passaram a modificar alguns de seus hábitos em função das mudanças de hábitos dos hospedeiros. O *Aedes*, que apresenta hábitos diurnos, pode passar a picar mais à noite, pois há uma tendência de as pessoas dormirem cada vez mais tarde", diz Rafaela Bruno, pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz, da Fiocruz.

"O que faz do *Aedes* uma praga urbana é a grande capacidade de que tem de se adaptar ao ambiente doméstico. Ele parece a preferir criadouros artificiais, vive bem dentro das casas e está se adaptando a temperaturas mais baixas", diz o biólogo Alessandro Giangola, coordenador das ações de controle da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Leia abaixo as respostas dos dois especialistas às principais questões referentes ao mosquito.

1. Existe uma estimativa de qual é a população de *Aedes aegypti* atualmente no Brasil?
Não, até porque ela varia conforme o período do ano e a região do País. O que se sabe é que o *Aedes aegypti* e o *Culex quinquefasciatus*, conhecido como pernilongo comum, são os mosquitos em maior número em ambiente urbano. Os dois tipos de inseto, no entanto, têm diferenças marcantes, como o local onde botam ovos e as características físicas (veja as principais diferenças e detalhes no quadro ao lado).

2. É possível identificar qual mosquito picou apenas pelo aspecto que fica a pele com a picada?
Não, a sensação de coceira ou incômodo é semelhante independentemente do mosquito que pica.

3. O *Aedes aegypti* emite zumbido?
O zumbido emitido pelo *Aedes* é tão baixo que não pode ser ouvido pelos humanos. O zumbido irritante que estamos acostumados a escutar é geralmente do *Culex*, que, por ser um pouco maior, emite ruído mais alto (o zumbido é o som do movimento das asas).

4. Por que só a fêmea pica?
Porque o sangue é necessário para a maturação dos ovos.

5. Qual é tempo de vida do *Aedes*?
Após se tornar adulto,

RECONHEÇA O INIMIGO

O mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya tem diferenças importantes em relação ao pernilongo comum

Aedes *Aedes aegypti*

HÁBITO
PREFERE PICAR NO PERÍODO DA MANHÃ E À TARDE

CRIAOUROS
ÁGUA LIMPA E PARADA, ENCONTRADA EM RESERVATÓRIOS ARTIFICIAIS, COMO BALDES DE ÁGUA

OVOS
OS COLOCA INDIVIDUALMENTE EM DIFERENTES CRIAOUROS

DOENÇAS TRANSMITIDAS
DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA E FEBRE AMARELA

CARACTERÍSTICAS
PRETO, COM LISTRAS BRANCAS NO TÓRAX E NAS PATAS



ZUMBIDO
O SOM EMITIDO PELO MOSQUITO DA DENGUE É TÃO BAIXO QUE DIFICILMENTE PODE SER PERCEBIDO PELO OUVIDO HUMANO

Culex *Culex quinquefasciatus*

HÁBITO
ATACA MAIS NO PERÍODO DA NOITE, QUANDO O ALVO ESTÁ DORMINDO

CRIAOUROS
ÁGUA POLUIVA, RICA EM MATÉRIA ORGÂNICA, COMO RIOS E CORREGIDOS SUJOS

OVOS
BOTA TODOS AO MESMO TEMPO, NO MESMO ESPAÇO E AGRUPOADOS

DOENÇAS TRANSMITIDAS
FEBRE DOESTE DO BRASIL, ENCEFALITE JAPONESA E ELEFANTÍASE (A TRANSMISSÃO DELAS É RARA NO BRASIL)

CARACTERÍSTICAS
MARROM, SEM LISTRAS



ZUMBIDO
POR SER MAIOR, O CULEX EMITE RUÍDO, SEM DO MOVIMENTO DE BATER AS ASAS FACILMENTE PERCEPTÍVEL

FOTOS: INSTITUTO OZWALDO CRUZ, DESENVOLVIDA E DESENHADA POR ALAN OLIVEIRA DA SILVA

cada mosquito vive, em média, 30 dias.

6. Quantas pessoas ele pode picar na vida?
O *Aedes aegypti* pode picar até três pessoas no mesmo repasto (refeição) e até 400 em toda a sua vida. Ele consegue ingerir até duas vezes o próprio peso em sangue: se a fêmea começa a picar uma pessoa e é interrompida, provavelmente vai procurar realizar uma nova picada nesta mesma pessoa ou em outra até estar repleta de sangue.

7. O *Aedes* pica animais domésticos?
Sim, mas tem preferência pelo sangue humano. Animais domésticos não desenvolvem as doenças transmitidas pelo mosquito.

8. Em que períodos do dia o *Aedes* prefere picar?
Durante o dia, em especial no início da manhã e

no fim da tarde. Isso não significa que ele não pique à noite. O *Aedes* é um mosquito oportunista: se a pessoa deixar uma perna ou braço exposto próximo do local onde ele está, provavelmente será picado mesmo à noite. Da mesma forma, se uma pessoa passa o dia todo fora de casa e chega apenas à noite, é provável que seja picado no período noturno.

9. Ele também tem preferência por alguma parte do corpo?
Por voar baixo, ele costuma picar nos pés e nas pernas das pessoas.

10. Qual é o raio de atuação do mosquito a partir do criadouro onde ele nasceu?
Conforme as análises feitas até hoje por especialistas, depende muito da densidade populacional. Em ambientes com muitas casas próximas, os mosquitos voam usualmen-

te de 40 metros a 50 metros. Em bairros com aglomeração humana não tão intensa, a média de voo registrada é de aproximadamente 100, podendo chegar a 240 metros. Em regiões sem barreiras à dispersão do mosquito, como montanhas, praias ou grandes avenidas, o vetor pode atingir um raio de voo de 800 metros.

11. Qual é a altura máxima que o mosquito pode voar?
Costuma ter um voo baixo que chega, mais ou menos, a 1 metro ou 1,5 metro de altura. Esse comportamento está relacionado à atração pelo gás carbônico que costuma estar mais perto do solo.

12. Por que o *Aedes aegypti* transmite vírus como a dengue e a zika e não transmite outras doenças virais como a aids, que tem como base o HIV?
Os diversos patógenos exis-

tentes atualmente possuem formas específicas de transmissão. O HIV é incapaz de se desenvolver no interior dos mosquitos.

13. Quantos ovos um mosquito pode botar na vida?
Uma fêmea pode dar origem a mil ovos durante a vida e os distribui por diversos criadouros – estratégia fundamental para garantir a dispersão e a preservação da espécie.

14. Por quanto tempo um ovo pode resistir em um ambiente totalmente seco?
Até 450 dias. Essa resistência é uma grande vantagem para o mosquito, pois permite que os ovos sobrevivam por muitos meses em ambientes secos, até o próximo período chuvoso e quente.

15. Quanto tempo é necessário de contato com a água para que

COMBATA O INIMIGO

• Criadouros
Pratos de vasos de plantas e recipientes de armazenamento de água são os criadouros mais comuns do *Aedes*, mas fique atento também a focos em locais impróprios, como tribos de boxe do banheiro e bandejas de ar-condicionado e de geladeiras.

• Larvicida
O uso de água sanitária em dosagem de 2 ml para cada litro de água mata as larvas. Mas atenção: não utilize o produto na água armazenada para consumo, somente no líquido que for utilizado em ações como lavagens.

• Inseticida
Para matar o mosquito, o produto tem de atingir a região debaixo das asas. Portanto, procure aplicar o inseticida na direção do *Aedes* quando ele estiver voando.

um ovo se torne larva?
Bastam pouco mais de dez minutos para que a transformação se inicie. Depois disso, são necessários de sete a dez dias para que o ovo se torne um mosquito adulto.

16. Os descendentes de um mosquito contaminado automaticamente nascem com o vírus?
Relatos científicos já demonstram que há a possibilidade de mosquitos *Aedes* já nascerem infectados com o vírus da dengue. No entanto, a porcentagem dos que passam por esse processo é baixa (entre 1% e 20%) e não se sabe se, mesmo nascendo com o vírus, eles obrigatoriamente conseguirão transmiti-lo.

17. O zumbido pode ser contornado por mais de um vírus ao mesmo tempo?
O mosquito pode estar infectado com mais de um vírus ao mesmo tempo. A literatura científica mostra que existe uma "competição" interna entre os vírus, que precisam usar as estruturas celulares do mosquito para se replicar. Não é comum, portanto, que o *Aedes aegypti* transmita mais de uma doença em uma só picada.

18. É verdade que ele está conseguindo se reproduzir em água não tão limpa?
O mosquito deposita seus ovos preferencialmente em águas limpas, mas que podem ter um pouco de material orgânico, como folhas ou limpo, por exemplo. Suas larvas não conseguem sobreviver em reservatórios poluídos, com detritos ou com muita matéria orgânica.

19. Há algum alimento que torna o indivíduo atraente ao mosquito? Tomar vitamina B, por exemplo?
Recomendações como comer alho, cebola ou tomar vitamina B não são eficazes, uma vez que seria necessária a ingestão de enormes quantidades para que o organismo passasse a liberar o cheiro desses itens no suor.

20. Como o mosquito se orienta espacialmente até chegar à pessoa a ser picada?
O *Aedes aegypti* não se orienta pela visão, ele é atraído pelo cheiro humano e também pelo gás carbônico (CO₂), que é liberado diretamente pela respiração.

PONTOS CHAVE

Mutirão atingirá todas as casas até 31 de janeiro

• Egípcio
O local de origem do mosquito é o Egito, como indica o "sobrenome" e há indícios de que veio para o Brasil em navios no período do tráfico de escravos.

• Já foi erradicado
Em 1958, o Brasil e mais dez países chegaram a ser declarados livres do mosquito. A erradicação ocorreu após uma campanha iniciada em 1947.

• Doenças
Ele transmite ao menos 4 doenças: dengue, chikungunya, zika e febre amarela – a forma urbana desta última está erradicada desde 1942 no País.



• Visitas
Para combater o mosquito, o Ministério da Saúde determinou que todas as casas do País receberão visitas até o dia 31 de janeiro. São Paulo se engajou na luta.

**Open Letter to Dr. Margaret Chan, Director-General, WHO
(Copied to the International Olympic Committee)**

We are writing to express our concern about the upcoming Olympic and Paralympic Games in Rio de Janeiro. WHO's declaration of Zika as a "Public Health Emergency of International Concern," coupled with new scientific findings that underscore the seriousness of that problem, call for the Rio 2016 Games to be postponed and/or moved to another location—but not cancelled—in the name of public health.

We make this call despite the widespread fatalism that the Rio 2016 Games are inevitable or "too big to fail". History teaches this is wrong: the 1916, 1940, and 1944 Olympic Games were not just postponed, but cancelled, and other sporting events were moved because of disease, as Major League Baseball did for Zika, and the Africa Cup of Nations did for Ebola.

Currently, many athletes, delegations, and journalists are struggling with the decision of whether to participate in the Rio 2016 Games. We agree with the U.S. Centers for Disease Control recommendation that workers should "Consider delaying travel to areas with active Zika virus transmission".¹ If that advice were followed uniformly, no athlete would have to choose between risking disease and participating in a competition that many have trained for their whole lives.

But our greater concern is for global health. The Brazilian strain of Zika virus harms health in ways that science has not observed before. An unnecessary risk is posed when 500,000 foreign tourists from all countries attend the Games, potentially acquire that strain, and return home to places where it can become endemic. Should that happen to poor, as-yet unaffected places (e.g., most of South Asia and Africa) the suffering can be great. It is unethical to run the risk, just for Games that could proceed anyway, if postponed and/or moved.

In our view, several new scientific findings require WHO to reconsider its advice on the 2016 Olympic and Paralympic Games. For example:

1. That the Brazilian viral strain causes microcephaly² and probably Guillain-Barré syndrome³. Further, because human⁴, animal⁵ and *in vitro* studies⁶ demonstrate that the virus is neurotropic and causes cell death, it is biologically plausible that there are other as yet undiscovered neurological injuries, as exist for similar viruses (e.g. dengue).⁷
2. That while Zika's risk to any single individual is low, the risk to a population is undeniably high. Currently, Brazil's government reports 120,000 probable Zika cases,⁸ and 1,300 confirmed cases of microcephaly (with another 3,300 under investigation)⁹, which is above the historical level of microcephaly.¹⁰
3. That Rio de Janeiro is highly affected by Zika. Brazil's government reports Rio de Janeiro state has the second-highest number of probable Zika cases in the country (32,000) and the fourth-highest incidence rate (195 per 100,000), demonstrating active transmission.⁸

4. That despite Rio's new mosquito-killing program, the transmission of mosquito-borne disease has gone up rather than down. While Zika is a new epidemic and lacks historical data, using dengue fever as a proxy, cases in Rio from January thru April 2016 are up 320% and 1150% over the same periods in 2015 and 2014, respectively.¹¹ In the specific neighborhood of the Olympic Park (Barra da Tijuca) there have been more dengue cases in just the first quarter of 2016 than in all of 2015.¹¹

5. That Rio's health system is so severely weakened as to make a last-minute push against Zika impossible. Recently Rio's state government declared a health sector emergency,¹² and Rio's city government cut funding against mosquito-borne disease by 20%.¹³ While the virus is the infectious *agent* of Zika, its real *cause* is Rio's poor social conditions and sanitation—factors that lack a quick fix, and that are not helped when shrinking health resources are diverted to the Games.

6. That it is possible to eradicate the *Aedes aegypti* mosquito, which transmits Zika, from Rio. Actually that mosquito was totally eradicated from Brazil in the 1950s, but came back after control efforts lapsed.¹⁴ Thus holding the Games, in the presence of Zika-carrying mosquitoes, is a choice and not necessary.

7. That one cannot count on nature for defence. While lower mosquito activity during Rio's winter months reduces the individual risk to travelers of infection, that is partly offset when travelers who became infected return home during the northern hemisphere's summer months and peak mosquito activity, which increases the public health risk that local mosquitos acquire and spread the virus—meaning that both seasons are relevant to the epidemic's course.¹⁵ Also, infection can spread through blood donations and transfusions, particularly in poor countries that lack screening for Zika.¹⁶

In sum, the evidence shows: (i) that Brazil's Zika virus strain has more serious medical consequences than previously known, (ii) that Rio de Janeiro is one of the most affected parts of Brazil, and (iii) that Rio's mosquito-killing efforts are not meeting expectations, but rather mosquito-borne disease is up this year. It is therefore imperative that WHO conduct a fresh, evidence-based assessment of Zika and the Games, and its recommendations for travelers.

Because Zika is a new emergency, its many uncertainties—of travel flows during the Games, of epidemiology, and of entomology—currently make it impossible for mathematical models to predict the epidemic's course accurately. Therefore, for now, any decision about Zika and the Games has to be more qualitative than quantitative. If one considers the following options:

- (a) *Holding the Games in Rio in 2016 as scheduled;*
- (b) *Holding the Games in Rio at a later date after Zika is controlled, and;*
- (c) *Holding the Games at Zika-free sites having Olympic-standard facilities.*

It is indisputable that option (a) of holding the Games as scheduled has a greater risk of accelerating the spread of the Brazilian viral strain than the alternatives. Postponing and/or moving the Games also mitigates other risks brought on by historic turbulence in Brazil's economy, governance, and society at large—which are not isolated problems, but context that

makes the Zika problem all but impossible to solve with the Games fast approaching.

We are concerned that WHO is rejecting these alternatives because of a conflict of interest. Specifically, WHO entered into an official partnership with the International Olympic Committee, in a Memorandum of Understanding that remains secret.¹⁷ There is no good reason for WHO not to disclose this Memorandum of Understanding, as is standard practice for conflicts of interest. Not doing so casts doubt on WHO's neutrality, for reasons described further in the Appendix.

WHO must revisit the question of Zika and postponing and/or moving the Games. We recommend that WHO convene an independent group to advise it and the IOC in a transparent, evidence-based process in which science, public health, and the spirit of sport come first. Given the public health and ethical consequences, not doing so is irresponsible.

*Signatories follow in **alphabetical** order, and represent individuals, not their institutions
Appendix and references at the end*

*Authors: Prof. Amir Attaran (University of Ottawa: aattaran@uottawa.ca)
Prof. Arthur Caplan (New York University, USA: arthur.caplan@nyumc.org)
Dr. Christopher Gaffney (University of Zürich: christopher.gaffney@geo.uzh.ch)
Prof. Lee Igel (New York University, USA: lee.igel@nyu.edu)*

- 1. Prof. Akira Akabayashi, Department of Biomedical Ethics, School of Public Health, The University of Tokyo Faculty of Medicine, Tokyo, Japan*
- 2. Prof. Paul S. Appelbaum, Director, Division of Law, Ethics & Psychiatry, Department of Psychiatry, Columbia University, New York, USA*
- 3. Prof. Kwame Anthony Appiah, Department of Philosophy, NYU Law, New York University, New York, USA*
- 4. Prof. Thalia Arawi, Founding Director, Salim El-Hoss Bioethics & Professionalism Program, Faculty of Medicine, American University of Beirut, Beirut, Lebanon*
- 5. Prof. Amir Attaran, School of Epidemiology, Public Health and Community Medicine and Faculty of Law, University of Ottawa, Canada*
- 6. Ms. Stephanie Augustine, Researcher, Department of Maternal Fetal Medicine, North Shore University Hospital, Manhasset, USA*
- 7. Prof. Robert Baker, Bioethics Program of Clarkson University & The Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Schenectady, USA*
- 8. Dr. Alison Bateman-House, Division of Medical Ethics, Department of Population Health, New York University School of Medicine, New York, USA*
- 9. Prof. Frances Batzer, Department of Obstetrics & Gynecology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA*

10. *Prof. Angelica M. Baylon, External Relations Director, Maritime Academy of Asia, Kamaya Point, Philippines*
11. *Prof. Solly Benatar, Founding Director, University of Cape Town Bioethics Centre, Department of Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa*
12. *Prof. Cecilia Benoit, Centre for Addictions Research of British Columbia, Department of Sociology, University of Victoria, Victoria, Canada*
13. *Mr. Edward J. Bergman, Department of Medical Ethics and Health Policy, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA*
14. *Prof. Kenneth Berkowitz, Department of Population Health and Department of Medicine, School of Medicine, New York University, New York, USA*
15. *Prof. Ivy Lynn Bourgeault, Canadian Institutes of Health Research Chair in Gender, Work and Health Human Resources Telfer School of Management, University of Ottawa, Ottawa, Canada*
16. *Prof. Marie A. Bragg, Department of Population Health, New York University School of Medicine, New York, USA*
17. *Dr Berit Bringedal, Senior Researcher, Institute for Studies of the Medical Profession, Oslo, Norway*
18. *Prof. Amy Brown, Maria Fareri Children's Hospital at Westchester Medical Center, Department of Pediatrics, New York Medical College, Valhalla, USA*
19. *Prof. Arthur L. Caplan, Division of Medical Ethics, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
20. *Dr. Rhyddhi Chakraborty, Researcher, Philosophical Bioethics, Global Public Health and Social Justice, American University of Sovereign Nations, USA.*
21. *Prof. Theeraphap Chareonviriyaphap, Department of Entomology, Kasetsart University, Bangkok, Thailand*
22. *Prof. Cheryl Cline, Office of Bioethics, Department of Biomedical and Molecular Sciences, Queen's University, Kingston, Canada.*
23. *Dr. Catherine Constable, Instructor, Department of Medicine, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
24. *Prof. Glenn Cohen, Petrie-Flom Center for Health Law Policy, Biotechnology & Bioethics, Harvard Law School, Cambridge, USA*
25. *Prof. Patrick Derr, Chair, Department of Philosophy, Clark University, Worcester, USA*
26. *Prof. Débora Diniz, Faculty of Law, Universidade de Brasília, and Bioethics Program, FIOCRUZ, Brasília and Rio de Janeiro, Brazil*
27. *Prof. Ames Dhai, Director, Steve Biko Centre for Bioethics, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa*

28. *Dr. Hasan Erbay, MD. PhD., Department of Medical Ethics and History of Medicine, Afyon Kocatepe University Faculty of Medicine, Afyonkarahisar, Turkey.*
29. *Prof. Eric Feldman, Health Policy and Medical Ethics, University of Pennsylvania Law School, Philadelphia, USA*
30. *Dr. Holly Fernandez-Lynch, Executive Director, Petrie-Flom Center for Health Law Policy, Biotechnology and Bioethics, Harvard University, USA*
31. *Prof. Chris Feudtner, Department of Pediatrics and Department of Medical Ethics, Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia, USA*
32. *Dr. Christopher Gaffney, Department of Geography, University of Zürich, Zürich, Switzerland*
33. *Prof. William Gardner, Children's Hospital of Eastern Ontario Research Institute, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canada*
34. *Prof. Robert P. George, McCormick Professor of Jurisprudence, Princeton University, Princeton, USA*
35. *Prof. Grover Gilmore, Dean, Applied Social Sciences, Case Western Reserve University, Cleveland, USA*
36. *Prof. Moti Gorin, Director, Jann Benson Ethics Center, Colorado State University, USA*
37. *Prof. Linda Granowetter, Department of Pediatrics, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
38. *Prof. Abhik Gupta, Ph.D., Professor and Dean, School of Environmental Sciences, Assam (Central) University, Silchar, India.*
39. *Prof. Sally Guttmacher, College of Global Public Health, New York University, New York, USA*
40. *Prof. Negin Hajizadeh, Department of Medicine, Hofstra Northwell School of Medicine, Hofstra University, Hempstead, USA.*
41. *Mr. George Halvorson, Chief Executive (Retired) Kaiser Permanente, and Chair, InterGroup Understanding, Sausalito, USA*
42. *Prof. Deborah S. Hamm, Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, New York, USA*
43. *Prof. Alice Herb, Division of Humanities in Medicine at State University of New York, Downstate Medical Center, New York, USA*
44. *Prof. Søren Holm, Centre for Social Ethics and Policy, School of Law, University of Manchester, UK.*
45. *Prof. Lee H. Igel, Tisch Institute for Sports Management, Media, and Business, New York University, New York, USA*

46. *Prof. Judy Illes, Canada Research Chair in Neuroethics, Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, Canada*
47. *Dr. Mahmood-uz-Jahan, M.D., Ph.D., Director, Bangladesh Medical Research Council, Dhaka, Bangladesh*
48. *Prof. Dale Jamieson, Chair, Department of Environmental Studies, New York University, New York, USA*
49. *Prof. Yeremias Jena, M. Phil., M.Sc, Professor of Medical Ethics at Atma Jaya School of Medicine, Atma Jaya Catholic University of Indonesia, Jakarta, Indonesia.*
50. *Prof. Steven Joffe, Vice-Chair, Department of Medical Ethics and Health Policy, Department of Pediatrics, University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Philadelphia, USA*
51. *Prof. Ken Johnson, School of Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine, University of Ottawa, Canada*
52. *Prof. Nora Jones, Associate Director, Center for Bioethics, Urban Health, and Polic, Lewis Katz School of Medicine, Temple University, Philadelphia, USA*
53. *Prof. Therese Jones, Associate Director, Center for Bioethics and Humanities, Director, Arts and Humanities in Healthcare Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Denver, USA*
54. *Prof. Matthias A. Karajannis, Division of Pediatric Hematology/Oncology, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
55. *Prof. Douglas I. Katz, Department of Neurology, Boston University School of Medicine, Braintree, USA*
56. *Prof. Ralph V. Katz, Professor of Epidemiology, Fellow of the American College of Epidemiology F.A.C.E.), and Founding Chair, Department of Epidemiology and Health Promotion, New York University, New York, USA*
57. *Ms. Lisa Kearns, Research Associate, Division of Medical Ethics, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
58. *Prof. Aaron Seth Kesselheim, Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacoeconomics, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Harvard University, Boston, USA*
59. *Dr. Abbas Kharabi, University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia*
60. *Dr. Robert Klitzman, Professor of Psychiatry, Director, Masters of Bioethics Program Columbia University, New York, USA*
61. *Prof. Craig Klugman, Chair, Department of Health Sciences, DePaul University, Chicago, USA*
62. *Prof. Adam Kolber, Center for Health, Science, and Public Policy, Brooklyn Law School, Brooklyn, USA*

63. *Prof. Craig Konnoth, Senior Fellow, Leonard Davis Institute of Health Economics, University of Pennsylvania Law School, Philadelphia, USA*
64. *Prof. Ralph A. Korpman, School of Medicine, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda, USA*
65. *Dr. Ronald L. Krall, Center for Bioethics and Health Law, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA*
66. *Prof. Sheldon Krinsky, Department of Urban and Environmental Policy & Planning, Department of Health and Community Medicine, Tufts University, Boston, USA*
67. *Prof. John Lantos, Director of Pediatric Bioethics, Department of Pediatrics, University of Missouri-Kansas City School of Medicine, Kansas City, USA*
68. *Prof. John Last, School of Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canada*
69. *Prof. Stephen Latham, Director, Interdisciplinary Center for Bioethics, Yale University, New Haven, USA*
70. *Dr. Thuy Le, Oxford University Clinical Research Unit, Oxford University, Ho Chi Minh City, Vietnam*
71. *Prof. Arthur Leader, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canada*
72. *Mr. Leonard leBlanc, Research Fellow, Eubios Ethics Institute, Japan.*
73. *Prof. Trudo Lemmens, Scholl Chair in Health Law and Policy, Faculty of Law, University of Toronto, Toronto, Canada*
74. *Prof. Betty Wolder Levin, School of Public Health and Health Policy, City University of New York, New York, USA*
75. *Prof. Bruce Levin, Department of Biostatistics, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, USA*
76. *Prof. Ariane Lewis, Department of Neurology and Department of Neurosurgery, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
77. *Dr. Ana Lita, Director, Global Bioethics Initiative, New York, USA*
78. *Prof. Julian Little, Director, School of Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canada*
79. *Prof. Sergio Litewka, Institute for Bioethics and Health Policy, Miller School of Medicine, University of Miami, Miami, USA*
80. *Prof. Alex John London, Director, Center for Ethics and Policy, Carnegie Mellon University, Pittsburgh, USA*
81. *Prof. Darryl Macer, Ph.D., Hon.D. President, American University of Sovereign Nations, Arizona, USA; Director, Eubios Ethics Institute, Christchurch, New Zealand*

82. *Prof. Tim Mackey, Director, Global Health Policy Institute, Department of Anaesthesiology and Public Health, University of California at San Diego, San Diego, USA*
83. *Prof. Ruth Macklin, Department of Epidemiology & Population Health, Albert Einstein College of Medicine, Yeshiva University, New York, USA.*
84. *Prof. Cheryl Macpherson, Bioethics Department, St George's University School of Medicine, True Blue, Grenada*
85. *Prof. Brian Martin, Director, Graduate Program in Public Health, Eastern Virginia Medical School, Old Dominion University, Norfolk, USA*
86. *Prof. Thomas Mayo, Southern Methodist University Dedman School of Law, University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, USA*
87. *Mr. Michael Mawadri, Emergency Coordinator with Action for Development (AFOD) in South Sudan, South Sudan*
88. *Prof. James McCartney (Reverend, Order of St. Augustine), Department of Philosophy, Villanova University, Villanova, USA*
89. *Prof. John Merz, Department of Medical Ethics & Health Policy, Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia, USA*
90. *Mr. Alan Milstein, Sports Attorney, Sherman, Silverstein, Kohl, Rose & Podolsky, Moorestown, USA*
91. *Prof. Christine Mitchell, Executive Director, Center for Bioethics, Harvard Medical School, Boston, USA*
92. *Prof. Jonathan D. Moreno, Department of Medical Ethics and Health Policy, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA*
93. *Prof. Dr. Martin Müller, Department of Geography, University of Zürich, Zurich, Switzerland*
94. *Prof. Carin Muhr, Department of Medical Science, Uppsala University, Uppsala, Sweden.*
95. *Prof. Anna Nolan, Department of Environmental Medicine , Department of Medicine, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
96. *Prof. Stjepan Oreskovic, Andrija Stampar School of Public Health, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia*
97. *Prof. Brendan Parent, Division of Medical Ethics and Co-Director NYU Sports and Society Program, New York University, New York, USA*
98. *Prof. Shamina Parvin Lasker, Head of Department of Anatomy, Samorita Medical College; Secretary General, Bangladesh Bioethics Society, Dhaka, Bangladesh.*
99. *Prof. Pasquale Patrizio, Division of Reproductive Endocrinology & Infertility, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA*
100. *Prof. Sean Philpott-Jones, Department of Bioethics, Clarkson University, Schenectady, NY*

101. *Dr. Carolyn Plunkett, Division of Medical Ethics, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
102. *Prof. Stephen G. Post, Department of Family, Population & Preventive Medicine, Stony Brook University School of Medicine, Stony Brook, USA*
103. *Prof. Kathleen Powderly, Director, John Conley Division of Medical Ethics and Humanities, SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn, USA*
104. *Prof. Duncan Purves, Environmental Studies and Bioethics, New York University, New York, USA*
105. *Prof. Vojin Rakic, Founding Director, Center for the Study of Bioethics, Head of the European Division of the UNESCO Chair in Bioethics, University of Belgrade, Serbia*
106. *Prof. Vardit Ravitsky, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, Canada*
107. *Prof. Avad Raz, Department of Sociology and Anthropology, Ben-Gurion University of the Negev, Be'er-Sheva, Israel*
108. *Prof. Kathleen Reeves, Director, Center for Bioethics, Urban Health, and Policy, Lewis Katz School of Medicine, Temple University, Philadelphia, USA*
109. *Prof. Donald R. Roberts, Department of Preventive Medicine and Biometrics, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, USA*
110. *Dr. Philip Rubin, Principal Assistant Director (Retired), Office of Science and Technology Policy (OSTP), Executive Office of the President of the United States, New Haven, USA*
111. *Prof. William Ruddick, Founding Director, Center for Bioethics, New York University, New York, USA*
112. *Prof. Maya Sabatello, Department of Psychiatry, Columbia University, New York, USA*
113. *Dr. Mojgan Salehipour, Faculty of Biomedicine, South Baylo University, CA, USA*
114. *Prof. Judit Sandor, Director of the Center for Ethics and Law in Biomedicine, Central European University, Budapest, Hungary*
115. *Prof. Pamela L. Sankar, Department of Medical Ethics and Health Policy, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA*
116. *Prof. Arthur Schaefer, Founding Director, Centre for Professional and Applied Ethics, University of Manitoba, Canada*
117. *Prof. Udo Schuklenk, Ontario Research Chair in Bioethics, Department of Philosophy, Queen's University, Kingston, Canada*
118. *Prof. Evan Selinger, Department of Philosophy, Rochester Institute of Technology, Rochester, USA*
119. *Dr. M. Selvanayagam, Professor, Dean of Research and President of India Association of Bioethics, India*

120. *Prof. Seema K. Shah, Department of Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle, USA*
121. *Prof. William S. Silvers, University of Colorado Denver School of Medicine, Denver, USA*
122. *Prof. Peter Singer, University Center for Human Values, Princeton University, Princeton, USA; and School of Historical and Philosophical Studies, University of Melbourne, Melbourne, Australia.*
123. *Prof. Maria Fiatarone Singh, Chair of Exercise and Sport Science, Faculty of Health Sciences, Sydney Medical School, University of Sydney, Australia*
124. *Prof. Daniel Skinner, Assistant Professor of Health Policy, Department of Social Medicine, Ohio University, Dublin, USA*
125. *Raquel R. Smith, Ph.D., Prof. Of Clinical Psychology, American University of Sovereign Nations, Arizona, USA; Community Emergency Response Team (FEMA) Instructor and Manager*
126. *Prof. Robert Smith?, Department of Mathematics and Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canada*
127. *Prof. Jeremy Snyder, Faculty of Health Science, Simon Fraser University, Burnaby, Canada*
128. *Prof. Robert W. Snyder, Esq. Attorney at Law, Professor of Healthcare Management and Finance, American University of Sovereign Nations School of Medicine, USA.*
129. *Prof. Martin Strosberg, Bioethics Program of Clarkson University & The Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Schenectady, USA*
130. *Prof. Eileen Sullivan-Marx, Dean, School of Nursing, New York University, New York, USA*
131. *Prof. Edwin van Teijlingen, Centre for Midwifery, Maternal & Perinatal Health, Faculty of Health & Social Sciences, Bournemouth University, Bournemouth, UK*
132. *Prof. Henk ten Have, Director, Center for Healthcare Ethics, Duquesne University, Pittsburgh, USA*
133. *Ms. Ananya Tritipthumrongchok, General Manager, International Peace and Development Ethics Centre, Kaeng Krachan, Thailand.*
134. *Prof. Duunjian Tsai, M.D., PhD., Professor, Taipei Medical University, Taiwan.*
135. *Prof. Connie Ulrich, Department of Biobehavioral Health Sciences, University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, USA*
136. *Prof. Erick Valdés, Universiad del Desarrollo, Chile*
137. *Prof. Robert M. Veatch, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington DC, USA*
138. *Prof. J. David Velleman, Professor of Philosophy and Bioethics, New York University, New York, USA*
139. *Dr. Ford Vox, Brain Injury Medicine, Shepherd Center, Atlanta, USA*

140. *Dr. Gary I. Wadler, Past Chairman, World Anti-Doping Agency (WADA) Prohibited List Committee, Recipient of the International Olympic Committee's President's Prize in 1993, Manhasset, USA.*
141. *Mr. Wendell Wallach, Lecturer, Yale Interdisciplinary Center for Bioethics, New Haven, USA*
142. *Prof. Vivian Welch, School of Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Canada*
143. *Prof. Bruce Wilcox, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand*
144. *Prof. Benjamin Wilfond, Director, Treuman Katz Center for Pediatric Bioethics, Seattle Children's Research Institute, Department of Pediatrics, University of Washington, Seattle, USA*
145. *Prof. Loren Wissner Greene, Department of Population Health and Bioethics, Department of Obstetrics and Gynecology, New York University Langone Medical Center, New York, USA*
146. *Prof. Wendy L. Wobeser, Division of Infectious Diseases, Queen's University, Kingston, Canada*
147. *Prof. Paul Root Wolpe, Asa Griggs Candler Professor of Bioethics and Director, Center for Ethics, Emory University, Atlanta, USA*
148. *Prof. Sanni Yaya, School of International Development and Global Studies, Faculty of Social Sciences, University of Ottawa, Ottawa, Canada.*
149. *Prof. Boris Yudin, Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia*
150. *Dr. Diana Zuckerman, President, National Center for Health Research, Washington DC, USA*

Appendix: WHO and IOC in Partnership

WHO has a decades-long, high-level partnership with the International Olympic Committee. That partnership was last affirmed in 2010 at an event where the Director General of WHO and President of the IOC signed a Memorandum of Understanding, which is secret because neither has disclosed it.¹⁷

Inappropriately, WHO sees its role as not just providing public health advice. It established a “Virtual Interdisciplinary Advisory Group”, whose “important promotional point,” according to WHO is “that the Group can help in bidding for major events (like the Olympic Games)”.¹⁸ That is a clear conflict of interest, when WHO must also evaluate and make recommendations about Olympic travel during a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).

The overly close relationship between WHO and the IOC is apparent in the comments of WHO’s Executive Director responsible for Zika, just days after it was declared a PHIEC:

“Brazil is going to have a fantastic Olympics and it's going to be a successful Olympics and the world is going to go there. I just wish I was going there, but there's not going to be a lot of problems there by then.”¹⁹

With respect, this is a troubling statement. WHO cannot credibly assess the public health risks of Zika and the Olympics when it sets neutrality aside. Declaring that “it’s going to be a successful Olympics and the world is going to be there” implies that WHO has given the Olympics an unconditional green light, without regard to rapidly emerging medical, entomological, and epidemiological evidence—all of which must be considered in assessing whether this mass gathering could accelerate the global spread of the Brazilian strain of Zika virus. To prejudge that “there’s not going to be a lot of problems” before reviewing this evidence is extremely inappropriate of WHO, and suggests that a change in leadership may be required to restore WHO’s credibility.

REFERENCES

- 1 Centers for Disease Control and Prevention, “CDC and OSHA Issue Interim Guidance for Protecting Workers from Occupational Exposure to Zika Virus”, April 22, 2016. Available at: <http://www.cdc.gov/media/releases/2016/s0422-interim-guidance-zika.html>.
- 2 Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika Virus and Birth Defects — Reviewing the Evidence for Causality. *NEJM* 2016; DOI: 10.1056/NEJMSr1604338.
- 3 Cao-Lormeau V-M, Blake A, Mons S, et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *Lancet* 2016; 387:1531-39.
- 4 Mlakar J, Korva M, Tul N, et al. Zika virus associated with microcephaly. *NEJM* 2016; 374:951-58.
- 5 Cugola FR, Fernandes IR, Russo FB, et al. The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. *Nature* 2016; DOI:10.1038/nature18296. See also Miner JJ, Cao B, Govero J, et al, Zika Virus Infection during Pregnancy in Mice Causes Placental Damage and Fetal Demise. *Cell* 2016;165:1081-91.
- 6 Garcez PP, Loiola EC, Madeiro da Costa R, et al. Zika virus impairs growth in human neurospheres and brain organoids. *Science* 2016; DOI: 10.1126/science.aaf6116. See also Tang H, Hammack C, Ogden SC, et al. Zika Virus Infects Human Cortical Neural Progenitors and Attenuates Their Growth. *Cell Stem Cell* 2016; 18(5):587-90.
- 7 Carod-Artal FJ, Wichmann O, Farrar J, Gascón J. Neurological complications of dengue virus infection. *Lancet Neurology* 2013;12(9): 906-19.
- 8 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 2016;47(20). Available at <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/17/2016-016---Dengue-SE16-publica----o.pdf>.
- 9 Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico #26/2016: Monitoramento dos dos de microcefalia no Brasil. Available at <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/Informe-Epidemiol--gico-n---26--SE-19-2016--16mai2016-19h00.pdf>.
- 10 Ministério da Saúde. Ministério divulga boletim epidemiológico sobre microcefalia. Available at <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/20929-ministerio-divulga-boletim-epidemiologico-sobre-microcefalia>.
- 11 The Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro publishes monthly datasets of dengue by neighbourhood at <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2815389>.
- 12 Agence France Presse, “Rio governor declares health sector emergency ahead of Olympics”, December 24, 2015. Available at <http://sports.yahoo.com/news/rio-governor-declares-health-sector-emergency-ahead-olympics-183710439--oly.html>.
- 13 Carina Bacelar, “Ministro da Saúde diz que não há expectativa para aumentar recursos da área” *O Globo* May 13, 2016. Available at <http://oglobo.globo.com/rio/verba-para-combate-dengue-caiu-20-de-2014-para-2015-19243518>.
- 14 Severo OP. Eradication of the *Aedes aegypti* mosquito from the Americas. (1955). Yellow fever, a symposium in commemoration of Carlos Juan Finlay, 1955. Paper 6. Available at http://jdc.jefferson.edu/yellow_fever_symposium/6.

-
- 15 Messina JP, Kraemer MUG, Brady OJ, et al. Mapping global environmental suitability for Zika virus. *eLife* 2016;10.7554/eLife.15272. See also Monaghan AJ, Morin CW, Steinhoff D, et al. On the Seasonal Occurrence and Abundance of the Zika Virus Vector Mosquito *Aedes Aegypti* in the Contiguous United States. *PLoS Currents Outbreaks* 2016; doi: 10.1371/currents.outbreaks.50dfc7f46798675fc63e7d7da563da76.
 - 16 Musso D, Stramer SL, et al. Zika virus: a new challenge for blood transfusion. *Lancet* 2016;387:1993-4.
 - 17 WHO. WHO and the International Olympic Committee sign agreement to improve healthy lifestyles. July 21, 2010. Available at http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/ioc_20100721/en/.
 - 18 WHO. Global Forum on Mass Gatherings. Rome, Italy, 26-29 October 2009. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70616/1/WHO_HSE_GAR_SIH_2011.1_eng.pdf.
 - 19 Tribune news services, "Zika virus will be 'way down' before Rio hosts Olympics, U.N. predicts" *Chicago Tribune*, February 19, 2016. Available at <http://www.chicagotribune.com/news/nationworld/ct-zika-olympics-brazil-20160219-story.html>.