

# A repercussão da gripe A (H1N1) nos jornais paranaenses

## *The impact that the influenza A (H1N1) pandemic had on news reporting in the state of Paraná, Brazil*

**Sandra Mara Maciel-Lima**

Professora, Centro Universitário de Curitiba.  
Rua Chile, 1.678  
80220-181 – Curitiba – PR – Brasil  
ari.san.dra@hotmail.com

**José Miguel Rasia**

Professor, Universidade Federal do Paraná.  
Rua General Carneiro, 460/9º andar  
82060-000 – Curitiba – PR – Brasil  
zecarasia@gmail.com

**Rodrigo Cechelero Bagatelli**

Professor, Universidade Federal do Paraná.  
Av. Lothário Meissner, 632  
80210-170 – Curitiba – PR – Brasil  
rodrigobagatelli@yahoo.com.br

**Giseli Gontarski**

Professora, Universidade do Contestado.  
Rua General Carneiro, 460/9º andar  
82060-000 – Curitiba – PR – Brasil  
giseligontarski@yahoo.com.br

**Máximo José D. Colares**

Enfermeiro, Universidade Federal do Paraná.  
Rua General Carneiro, 181  
80060-900 – Curitiba – PR – Brasil  
máximo\_prime@yahoo.com.br

Recebido para publicação em abril de 2013.  
Aprovado para publicação em janeiro de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100016>

MACIEL-LIMA, Sandra Mara et al. A repercussão da gripe A (H1N1) nos jornais paranaenses. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.273-291.

### Resumo

Este texto investiga como a gripe A (H1N1) de 2009 foi noticiada no estado do Paraná. Foram analisadas 189 matérias sobre o tema em dois jornais paranaenses, destacando-se quatro eixos: a expansão do vírus; a pandemia e o medo; a gripe no serviço de saúde; e a gripe nas políticas públicas. Por meio do estudo da repercussão da gripe A na mídia, foi possível perceber o impacto social que a pandemia H1N1 representou para a sociedade, desafiando instituições e o cidadão comum, que se percebeu dentro de um grupo de risco de uma doença noticiada como potencialmente letal. Essa doença suscitou mudanças pontuais nos hábitos de uma comunidade globalizada buscando escapar da vulnerabilidade.

Palavras-chave: Gripe A (H1N1); pandemia; sistema público de saúde; políticas públicas de saúde.

### Abstract

*This study aims to analyze how influenza A (H1N1) in 2009 was reported in the state of Paraná. A total of 189 articles were analyzed in two newspapers from Paraná. Pursuant to analysis, four themes were identified: the spread of the virus; the pandemic and fear; influenza in the health service; and influenza in public policies. By studying how influenza A was reported in the media, it was possible to see the social impact that the H1N1 pandemic represented for society, presenting challenges for public institutions and ordinary citizens, who sensed that they were in a high-risk group exposed to a potentially lethal virus. This disease radically changed the habits of a globalized community seeking to escape from vulnerability.*

Keywords: influenza A (H1N1); pandemic; public health system; public health policies.

Em abril de 2009, a população deparou-se com um novo tipo de gripe, o vírus *influenza A*, de origem suína, detectado no México no início do ano, que se espalhou rapidamente pelo mundo (Bellei, Melchior, 2011). Nesse mesmo mês, diante dos inúmeros casos de pessoas infectadas no México, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou uma pandemia da nova gripe e solicitou às autoridades sanitárias o monitoramento dos casos de gripe e pneumonia.

Desde então a mídia mundial passou a disseminar notícias a respeito da doença, cumprindo seu papel de alertar o público sobre as possibilidades de existência de um problema ou uma crise de saúde pública (Medeiros, Massarani, 2011; González, Hoyos, Méndez, 2011), que poderia afetar milhões de indivíduos ao redor do mundo. A nova epidemia se configurava aos poucos como a primeira grande novidade no campo das doenças virais do século XXI, pois sua evolução assumia contornos de uma epidemia mundial. Em que pese a importância dos alertas, o tom das notícias veiculadas diariamente pela imprensa ajudou a instaurar o medo entre a população dos países afetados. Muito alarme e pouca informação. No Brasil, a imprensa noticiava boletins diários com atualização constante de dados sobre número de ocorrências, internamentos, gravidade dos casos e mortes. Segundo Bertucci (2009, p.230), as questões que surgem na mídia em 2009 “parecem ecos das falas de leigos e doutores que viveram em 1918, quando a devastadora epidemia de gripe espanhola ou *influenza* espanhola vitimou o planeta”.

A *influenza* espanhola aparece no território americano no segundo semestre de 1918, no final da Primeira Guerra Mundial. Em menos de um mês ela atacou suas vítimas de forma abrupta e fulminante; entretanto, os pesquisadores levaram um tempo para entender o que foi e como surgiu tão ampla e letal pandemia (Silveira, 2008).

De acordo com Patterson e Pyle (citados em Silveira, 2008, p.31), estudos epidemiológicos afirmam que a *influenza* espanhola aparece em “três ondas”. A onda da primavera, de forma branda, surge no mês de março no meio-oeste americano, “difundindo-se para a Europa, atingindo o norte da África, Índia, China e Austrália em julho”. A segunda onda, em agosto, mostra uma mutação do vírus altamente letal, espalhando-se rapidamente pelo mundo todo. Nessa fase, a gripe ganhou a atenção das “autoridades públicas, científicas e da sociedade em geral”. Por fim, numa terceira onda, no início de 1919, a *influenza* aparece de forma mais suave.

No Brasil, a gripe espanhola começa a preocupar o governo e a população a partir de setembro de 1918, quando brasileiros contraem a doença na África e morrem: “Esses homens eram membros da Missão Médica Brasileira e soldados do exército nacional, cujos navios ancoraram em Dakar (Senegal) e em Freetown (Serra Leoa) na primeira semana de setembro, antes de seguirem para a Europa em guerra” (Bertucci, 2009, p.230). Na mesma época, chegam notícias de que o navio Demerara, vindo da Europa, “havia aportado nas cidades de Recife, Salvador e Rio de Janeiro com doentes a bordo. No final de setembro, informações sobre gripados nas cidades portuárias começaram a ser divulgadas em todo o país e, em poucos dias, a moléstia fazia vítimas também nas cidades do interior do Brasil” (Bertucci, 2009, p.230).

Estudiosos não chegam a consenso sobre o número de pessoas infectadas pela *influenza* em 1918-1919. No entanto, Werner (citado em Bertolli Filho, 2003, p.73-74) “sugere a ocorrência de cerca de 600 milhões de gripados” e cerca de vinte milhões de óbitos em todo o mundo.

Poucos são os dados sobre o número de óbitos pela *influenza* no Brasil; entretanto, “sabe-se que no Rio de Janeiro faleceram oficialmente 12.388 gripados e em todo o Estado de São Paulo, 12.386”.

A *influenza* que chega ao Brasil gera muitas controvérsias. Mesmo quando a doença já produzia centenas de casos no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte, por exemplo, as autoridades sanitárias brasileiras afirmavam que os casos verificados eram de gripe benigna, e não careciam de medidas excepcionais. Segundo Silveira (2008, p.252), há pelo menos cinco possibilidades de explicação para essa ausência de medidas específicas: (a) (des)informação a respeito da natureza da moléstia; (b) crença da classe médica de que a moléstia no país era mais branda da que atacara os brasileiros em Dakar; (c) caracterização da doença como um surto epidêmico, de caráter excepcional, da gripe comum, o que não poderia ser visto como ameaça; (d) extrema capacidade de difusão da doença entre a população, indicando que, de acordo com os manuais de higiene da época, a quarentena ou a desinfecção das fronteiras seriam injustificáveis e inúteis; e, por fim, (e) uma política de restrição e isolamento poderia gerar descontentamento dos grupos econômicos.

Apesar dessas controvérsias, as autoridades médicas responsáveis pela saúde pública em outras cidades do país acabaram implementando aquelas mesmas medidas desacreditadas: notificação compulsória, desinfecção dos focos e isolamento de todos os doentes. Mesmo sem o conhecimento refinado sobre a natureza da doença, “as autoridades lançaram mão das velhas práticas impostas às doenças epidêmicas: isolamento e quarentena” (Silveira, 2008, p.252).

Em 1918 não existiam vacinas ou remédios para curar a gripe ou imunizar contra a *influenza*, apenas cuidados chamados conselhos ao povo, tais como: evitar aglomerações, não fazer visitas, tomar cuidados higiênicos etc., reeditados várias semanas, em diversos jornais. Preocupação semelhante acontece em 2009, pois, “como no início do século XX, a decifração completa da *influenza* (seu controle e prevenção efetiva) desafia médicos-pesquisadores de todo o mundo, e as ações de combate à gripe A lembram, e muito, o que foi realizado para combater a gripe espanhola em 1918” (Bertucci, 2009, p.231).

Cabe observar que abordar a epidemia atual de gripe A (H1N1) a partir dos parâmetros da gripe espanhola de 1918 é de todo inadequado. A abordagem da mídia, assim procedendo, não tomava em consideração os avanços alcançados nas condições sanitárias da sociedade contemporânea. Abordava-se a gravidade da gripe A (H1N1) por analogia à gripe espanhola, desconsiderando-se os contextos em que ocorreram. As ameaças representadas pela gripe A (H1N1), se, de um lado, eram trabalhadas na mídia na perspectiva de sua letalidade, de outro, não eram relativizadas à luz do desenvolvimento tecnológico da biomedicina contemporânea.

## **Método**

Este estudo analisa como a gripe A (H1N1) de 2009 foi noticiada no estado do Paraná. Para tanto, realizamos pesquisa documental no período de maio a setembro de 2009 em dois dos jornais paranaenses de maior circulação: *Gazeta do Povo* e *Tribuna do Paraná*. O primeiro é o jornal mais tradicional do Paraná, muito lido e de maior circulação entre a classe média e a elite paranaense. O segundo tem grande circulação entre a população de mais baixa renda e de menor escolarização, sendo considerado popular e sensacionalista. Na *Gazeta do Povo*, as

notícias foram veiculadas no caderno “Vida e Cidadania”, nas seções “Saúde” e “Pandemia”, com ênfase para os dados da gripe A em todo o estado do Paraná. Na *Tribuna do Paraná*, as notícias aparecem nos cadernos “Planeta” e “Tudo”, numa seção temática intitulada “O papo é gripe suína”, geralmente situando a gripe A no Brasil e no mundo ao mesmo tempo.

As 189 notícias sobre o tema encontradas nesses jornais foram preparadas de acordo com a análise de conteúdo (Bardin, 1977), levando em consideração o tema abordado nos títulos e nos textos das matérias. Dessa análise destacamos quatro grandes eixos: a expansão do vírus; a pandemia e o medo; a gripe no serviço de saúde; e o lugar da gripe nas políticas públicas. Além disso, foi realizada pesquisa em periódicos internacionais, com o intuito de verificar como a gripe foi noticiada em outros países na mesma época.

### A extensão mundial da pandemia

Segundo o informe da OMS (Tabela 1), foram confirmados em outubro de 2009 mais de 343 mil casos de gripe A (H1N1), com 4.108 mortes no mundo (Chile, 2009, p.11).

A Organização Pan-americana de Saúde informou que na América do Norte registrou-se o maior número de casos confirmados e de mortes na última semana de setembro de 2009. Nos EUA e no Canadá houve aumento de consultas semelhantes à gripe, e, no Canadá, foram relatados dois surtos de *influenza*. O mesmo relatório acrescenta que na América Central houve um pico de casos confirmados em julho, com redução lenta e gradual. Alguns países do Caribe também experimentaram surtos de gripe no mesmo período (Chile, 2009).

Tabela 1: Casos acumulados até 13 de setembro de 2009

Região	Casos acumulados até 13 de setembro de 2009	
	Casos	Mortes
Escritório Regional da OMS para África (Afro)	8.352	42
Escritório Regional da OMS para as Américas (Amro)	137.147	3.020
Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental (Emro)	12.008	74
Escritório Regional da OMS para Europa (Euro)	Cerca de 56.000	Ao menos 176
Escritório Regional da OMS para Ásia Sudoriental (Searo)	33.594	413
Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental (WPRO)	96.197	383
<b>TOTAL</b>	<b>343.298</b>	<b>4.108</b>

Fonte: Adaptado do Relatório da Organização Mundial da Saúde, citado em Chile (2009, p.11).

Pelos dados da Tabela 1, pode-se depreender que o maior número de casos concentrou-se nas Américas, com percentual de morte (2,20%) bem acima da média das demais regiões. A Europa e o Pacífico Ocidental apresentaram o menor número de casos e também o menor percentual de mortes dos infectados, 0,31% e 0,39%, respectivamente. Na Ásia, o número de mortes equivale a 1,22% dos infectados. Convém lembrar que os números correspondem aos casos confirmados e notificados nos serviços de saúde dessas regiões. Portanto, é preciso que sejam considerados com certa relativização, pois em todas as regiões houve, em maior ou menor grau, subnotificação. Nesse sentido, não se pode falar da extensão da pandemia da gripe A (H1N1) em 2009, mas apenas referir-se à presença do vírus no mundo, pois não há dados que indiquem, de fato, a real dimensão do problema.

O país que viveu mais intensamente o início da gripe A (H1N1) foi o México. Em 17 de abril de 2009, a Secretaria de Saúde do México decretou “estado de alerta”, devido a uma transmissão progressiva de pneumonia grave. Em 22 de abril, foram identificados nos exames coletados vírus da gripe A (H1N1). Em 24 de abril, o governo do México divulgou em todos os meios de comunicação medidas preventivas de higiene respiratória, assim como de distanciamento social, com fechamento das escolas, de restaurantes e lugares públicos. O relatório da Secretaria de Saúde do México informou a identificação de 5.563 casos de gripe A, com 103 mortos, entre 1º de março e 2 de junho de 2009 (González, Hoyos, Méndez, 2011).

Diante desse cenário, em 25 de abril de 2009, a OMS declarou “estado internacional de emergência” e no dia 11 de julho do mesmo ano elevou o nível de alerta para a fase 6, indicando a existência de uma grande transmissão do vírus. De acordo com Jiménez-Corona et al. (2012), apesar do susto inicial, a transmissão da gripe foi menos dramática que o esperado.

A mídia chilena, no intuito de alertar a população sobre a gripe A (H1N1), acabou muitas vezes por divulgar informações incorretas ou equivocadas a respeito dos fatores de risco, grupos vulneráveis, assim como sobre a eficácia e a segurança da vacina contra o vírus A (H1N1) (Jiménez-Corona et al., 2012; González, Hoyos, Méndez, 2011).

González, Hoyos e Méndez (2011, p.107) analisaram dois jornais da cidade do México de repercussão nacional – *El Universal* e *La Jornada* –, identificando o uso de metáforas para divulgação das mensagens aos seus leitores. As metáforas foram usadas de forma a “penetrar a mente dos leitores”, variando entre informar, persuadir, ocultar, esclarecer ou aprofundar a compreensão de questões complexas de difícil entendimento pela população.

Os autores identificaram várias metáforas discursivas inseridas no contexto sociocultural “altamente criativo e dotado de grande riqueza em relação ao impacto da epidemia” (González, Hoyos e Méndez, 2011, p.128) no país. A gripe A (H1N1) aparece como “um agente estigmatizador” (p.116), registrado nas mostras de rejeição e até discriminação em relação aos habitantes da Cidade do México; “como um agente paralisador e oneroso” (p.116), provocando o fechamento de estabelecimentos comerciais, produtivos e de serviços num contexto econômico extremamente delicado para o México; “um agente cúmplice da pobreza” (p.116), metáfora que mostra um dos problemas sociais do México, destacando o fato de que no país morreram mais de cem pessoas, na sua maioria pobres; “uma arma política” (p.116), o vírus surge no país quando o México estava envolvido na preparação de campanhas políticas para eleições federais e, nesse cenário, o governo e as diferentes correntes políticas trataram de avançar sua campanha sobre as pessoas, fazendo uso das emergências sanitárias; o vírus “como um castigo” (p.116), em que muitas pessoas acreditavam ser a gripe A (H1N1) um castigo divino, porque o aborto havia sido legalizado na Cidade do México havia pouco mais de dois anos, entre outras metáforas (González, Hoyos, Méndez, 2011).

Lopes, Ruão e Marinho (2010) realizaram pesquisa nos jornais portugueses de repercussão nacional *Expresso*, *Público* e *Jornal de Notícias*, com o objetivo de identificar quais as principais fontes de informação na cobertura jornalística sobre a gripe A (H1N1) no país. A partir da análise de 655 artigos sobre a gripe A, foi verificada uma pandemia que aconteceu na mídia, “nem o número de mortes previstas em nível internacional se confirmou, nem o ambiente de apelo à calma feito em nível nacional se concretizou” (p.139). Sobressai o discurso de fontes oficiais, dentro e fora do país. Houve uma “pandemia mediática que,

quando transposta para fora dos *media*, teve dificuldade em sobreviver, mas que, durante um ano, se manteve em notícia graças à ação de sofisticadas fontes de informação” (Lopes, Ruão, Marinho, 2010, p.141).

As autoras concluem que:

(1) as mídias são canais fundamentais de comunicação em situação de risco para a saúde pública; (2) o jornalismo da saúde, em particular o que acontece em ambiente de risco, revela grande dependência das fontes oficiais e especializadas, pela descodificação exigida; (3) as fontes oficiais da saúde mostram elevada profissionalização na comunicação em situação de risco; e (4) os cidadãos constituem o elo mais frágil, pois ficam à mercê desse jogo de poder entre jornalistas e fontes oficiais (p.153).

### **A gripe H1N1 na mídia paranaense**

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde (Secretaria..., 2010, p.1),

a influenza é uma infecção viral que afeta principalmente o nariz, a garganta, os brônquios e, ocasionalmente, os pulmões. São conhecidos três tipos de vírus da influenza: A, B e C. Esses vírus são altamente transmissíveis e podem sofrer mutações (transformações em sua estrutura genética), sendo que o do tipo A é o mais mutável dos três. Geralmente as epidemias e as pandemias (epidemia que ocorre em vários países) estão associadas ao vírus do tipo A.

A transmissão do vírus pode ocorrer de forma direta por meio de secreções das vias respiratórias de uma pessoa contaminada ao falar, espirrar ou tossir, ou de forma indireta, por meio do contato das mãos com superfícies ou objetos contaminados que podem levar o agente infeccioso à boca, ao nariz ou aos olhos. Os principais sintomas são febre alta repentina, dores musculares, dor de cabeça, mal-estar, tosse não produtiva, coriza e rinite. Em crianças, idosos ou pessoas com doenças pulmonares, metabólicas, renais etc., a doença pode apresentar complicações; entretanto, a maioria das pessoas recupera-se com uma ou duas semanas, sem necessidade de tratamento médico. No hemisfério sul, a *influenza* comum ocorre com maior intensidade nos meses mais frios (Secretaria..., 2010). Para a Secretaria de Vigilância em Saúde (p.2), “no Brasil a pandemia foi dividida em duas fases epidemiológicas e operacionais distintas: (1) Fase de contenção ... e (2) Fase de mitigação”. Na fase de contenção, as ações de vigilância buscavam reduzir a disseminação do vírus no país por meio de vigilância em portos, aeroportos e fronteiras, visando identificar casos suspeitos da gripe. Isso porque nessa fase os casos estavam relacionados com viagens internacionais ou com o contato com pessoas que haviam realizado viagens internacionais. Não se tinha notícia da reprodução sustentada do vírus. Na fase da mitigação, as ações da vigilância tentavam diminuir a gravidade e a mortalidade pela doença, por meio de diagnóstico e tratamento de casos de risco.

De acordo com o *Boletim Eletrônico Epidemiológico* (Secretaria..., 2010, p.6, 9),

na fase de contenção, dos 4.434 casos confirmados por critério laboratorial ou clínico epidemiológico, 35% (1.556) apresentaram quadro clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), definida por febre, tosse e dispnéia (Tabela 2). Destes, 14,5% (227/1.556) evoluíram para óbito. ... Em relação ao perfil epidemiológico dos casos

confirmados, observa-se que na fase de contenção há um predomínio de indivíduos do sexo masculino. A faixa etária predominante é de 20 a 29 anos, representando 29,3% dos registros. Esses dados corroboram com o perfil dos viajantes internacionais.

Na fase de mitigação houve uma inversão em relação ao sexo, com predomínio do sexo feminino, com 57,2%. Em relação à raça/cor, não houve alteração significativa, mas com relação à escolaridade, o perfil se altera com maior frequência no ensino fundamental. Nesta fase, observa-se o acometimento de maior proporção de gestantes dentre as mulheres em idade fértil. Em relação à idade, observa-se que a faixa etária mais acometida foi a de 20 a 29 anos de idade, sendo 24,3% dos casos.

Pela Tabela 2 pode-se observar a distribuição dos casos por estados até a 33ª Semana Epidemiológica, encerrada em 22 de agosto de 2009. No pico da epidemia, o estado do Paraná só perde para São Paulo no número de casos.

**Tabela 2: Casos notificados e confirmados de gripe A (H1N1) por Unidade da Federação – 33ª Semana Epidemiológica/2009**

Unidade da Federação	H1N1
São Paulo	2.482
Paraná	1.444
Rio Grande do Sul	461
Rio de Janeiro	316
Santa Catarina	114
Distrito Federal	78
Pará	69
Minas Gerais	67
Pernambuco	26
Ceará	21
Amazonas	18
Bahia	17
Mato Grosso do Sul	14
Goiás	13
Rio Grande do Norte	11
Maranhão	8
Acre	8
Roraima	7
Alagoas	6
Piauí	5
Amapá	2
Rondônia	1
Sergipe	-
Tocantins	-
<b>TOTAL</b>	<b>5.206</b>

Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação/Secretaria de Vigilância em Saúde (Secretaria..., ago. 2009).

No Paraná 12,2% dos casos evoluíram para síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Comparando-se com os casos de gripe sazonal, na mesma semana foram notificados e confirmados 181 casos, dos quais 1,5% evoluíram para a SRAG.

No mesmo período, nos demais estados do Sul foram confirmados 461 casos no Rio Grande do Sul e 114 em Santa Catarina. Desses, 16,4% no Rio Grande do Sul e 5,6% em Santa Catarina evoluíram para a SRAG. Os casos de gripe sazonal foram 55 e 44, respectivamente, sendo que, desses, 2% e 2,2% evoluíram para a SRAG.

No caso dos óbitos decorrentes da gripe (Tabela 3), o Paraná novamente é o segundo estado com maior número de mortes, ficando São Paulo em primeiro lugar na Semana Epidemiológica 32, encerrada em 15 de agosto de 2009. São Paulo e Paraná são responsáveis por 232 das 368 mortes ocorridas na semana referida. No período considerado, São Paulo responde por 41% das mortes, e o Paraná, por 22%.

**Tabela 3: Distribuição de óbitos por *influenza* H1N1 – 32ª Semana Epidemiológica encerrada em 15 de agosto de 2009**

Unidades da Federação	Casos	Percentual
São Paulo	151	41
Paraná	81	22
Rio Grande do Sul	68	18,5
Rio de Janeiro	45	12,2
Santa Catarina	10	2,7
Minas Gerais	7	1,9
Paraíba	2	0,5
Rondônia	1	0,3
Mato Grosso do Sul	1	0,3
Distrito Federal	1	0,3
Bahia	1	0,3
<b>BRASIL</b>	<b>368</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação/ Secretaria de Vigilância em Saúde (Secretaria..., ago. 2009).

No Brasil, tanto na fase de contenção como na de mitigação, uma das ações adotadas pelo Ministério da Saúde foi a comunicação por meio de campanhas massivas em todas as mídias, o uso de redes sociais para atingir o público jovem, assim como informes diários sobre a situação epidemiológica (na fase de contenção) e quinzenais (na fase de mitigação). O objetivo era dar visibilidade às ações adotadas pelo governo brasileiro frente à pandemia, de forma a passar segurança à população quanto ao controle da situação, tentando evitar o pânico. Por meio da TV, do rádio e de materiais impressos, o Ministério da Saúde divulgou mensagens abordando prevenção, sinais e sintomas (Secretaria..., 2010).

Para se compreender a posição da mídia, não só a paranaense, em relação à gripe, deve-se levar em conta a forma como ela lê os dados divulgados pelos órgãos oficiais da saúde. A falta de conhecimento em relação à leitura e interpretação de dados epidemiológicos e os critérios utilizados pelos serviços de saúde para cálculo da extensão e gravidade da epidemia fazem com que a epidemia seja transformada em algo muito mais grave e assustador do que de fato é.

Analisando as notícias veiculadas nos jornais *Gazeta do Povo* e *Tribuna do Paraná*, no período de maio a setembro de 2009, destacam-se quatro grandes eixos: a expansão do vírus; a pandemia e o medo; a gripe no serviço de saúde; e o lugar da gripe nas políticas públicas. Os dados são apresentados a seguir.

### A expansão do vírus

Em 27 de setembro de 1918, o jornal de São Paulo *O Combate* anuncia, de forma explosiva: “A ‘espanhola’ já chegou ao Brasil” (Bertucci-Martins, 2003, p.107). É difícil evitar o pânico com notícias como essa. Da mesma forma, em 2009, foi por meio dos jornais que a população brasileira ficou sabendo que a *influenza* A havia chegado ao Brasil.



“Mais casos suspeitos. Chegada do vírus é inevitável, diz ministro” (Tribuna..., 2 maio 2009, p.5).

“Gripe chega à América do Sul” (Tribuna..., 4 maio 2009, p.8).

“Brasil confirma 1º contágio no país” (Gazeta..., 9 maio 2009, p.4).

“Paraná confirma primeiro caso de influenza A (H1N1) – Número de infectados no país mais que dobra em uma semana. Secretário de Saúde do Rio tem suspeita de doença” (Gazeta..., 20 jun. 2009, p.5).

“Vírus da gripe está ganhando força” (Tribuna..., 12 maio 2009, p.7).

O primeiro caso suspeito de gripe A aparece em Curitiba em 6 de maio de 2009, e a primeira ocorrência confirmada no Paraná surge em 20 de junho de 2009. Nessa data já estavam sendo noticiados 131 casos no Brasil. A confirmação dos casos, nesse momento, era realizada por meio de exames laboratoriais. É importante lembrar tais dados, porque o primeiro caso confirmado não é necessariamente o primeiro da gripe A no estado, se considerarmos que podem ter havido outros não notificados cujo infectado não foi submetido à prova bioquímica.

Até então: “O Paraná não registrou casos de transmissão da influenza A (H1N1) no próprio estado – os casos confirmados são de pessoas que viajaram ao exterior e foram contaminadas lá” (Gazeta..., 23 jun. 2009, p.9).

Em 25 de junho, constatou-se a primeira ocorrência de contágio interno no Brasil, pois até então os casos eram todos vinculados a pacientes procedentes do exterior. Iniciava-se, assim, a reprodução sustentada do vírus no país: “PR tem 2 casos de contágio interno” (Gazeta..., 25 jun. 2009, p.9).

A expansão do vírus é rápida no estado do Paraná; em 8 de julho de 2009, os jornais já noticiam que “no PR, contaminação interna supera média” e “29% dos casos de gripe suína no Paraná são de transmissão interna. A média nacional é de 23,4%” (Gazeta..., 8 jul. 2009, p.7).

Um dos fatores que contribuíram para a disseminação rápida do vírus no estado foi o rigoroso inverno de 2009, com temperaturas muito baixas e muita chuva. Segundo dados do Sistema Meteorológico do Paraná, o inverno de 2009 foi um dos mais rigorosos dos últimos anos.

Devido à declaração do Ministério da Saúde de que o vírus da gripe A circula livremente no país (Gazeta..., 19 jul. 2009, p.9), aliado aos 51 casos confirmados no Paraná (Tribuna..., 15 jul. 2009, p.4), as escolas adiam o retorno às aulas para prevenir a transmissão. Os jornais sugerem cuidados de prevenção: higiene, isolamento, evitar locais fechados e manter o ambiente doméstico arejado e com luz solar. Todos os dias os jornais apresentam e repetem as recomendações de higiene e os cuidados para evitar a gripe. Esses cuidados fazem com que o álcool gel, por exemplo, desapareça das prateleiras e tenha seu preço aumentado em até 900% no início de agosto.

Em 22 de julho de 2009, os jornais noticiam a primeira morte no estado:

“Paraná tem 1ª morte por gripe A” (Gazeta..., 22 jul. 2009, p.5).

“Primeira morte pela gripe no PR” (Tribuna..., 22 jul. 2009, p.4).

Nessa fase, o Paraná muda os procedimentos de atendimento aos casos da gripe A (H1N1). Uma das medidas adotadas é a centralização do atendimento dos pacientes em estado grave

ou em situação de risco, que precisam de internamento, a partir de 24 de julho de 2009, na área de urgências e emergências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O objetivo dessa medida é criar uma estrutura adequada no caso de haver um número considerável de internamentos.

Os casos de morte no estado do Paraná pela gripe A (H1N1) atingiram o ponto máximo no início do mês de agosto (13 mortes no dia 5 de maio de 2009), e há sinais de estabilização a partir de 20 de agosto de 2009.

Interessante observar também que até 2 de agosto de 2009, os dados sobre o número de casos no Paraná aparecem nos jornais em grandes chamadas, letras garrafais, e, após essa data, são mostrados por região, em mapas pequenos e letras miúdas no canto da reportagem, principalmente na Gazeta.... Sem contar as divergências nos números apresentados; por exemplo, no dia 14 de setembro foram noticiadas 264 mortes no Paraná, com 1.968 casos confirmados de gripe; em 26 de setembro, revelam-se 245 mortes no Paraná, com mais de dez mil casos confirmados. Um dos motivos possíveis dessa divergência é o tempo de realização dos exames – mais ágil naquele estado em agosto – que confirmam os casos do vírus da gripe A (H1N1), fazendo com que os números variem bastante. A contagem dos registros nesse momento ainda dependia da confirmação mediante exames laboratoriais. Entretanto, levando-se em conta os inúmeros casos não notificados ou que não foram investigados pelo exame específico, os números de ocorrências podem não representar a realidade.

### **A pandemia e o medo**

No caso da gripe H1N1, desde o surgimento das primeiras ocorrências no México, até a multiplicação do vírus e o aparecimento dos casos sustentados no Brasil, especialmente no Paraná, passaram-se dois meses. Tempo longo, se considerado o sofrimento da espera e a ameaça que recai sobre os indivíduos, mas talvez tempo curto se forem levadas em conta as medidas sanitárias que representam proteção e segurança para a população. Embora as formas de transmissão da gripe H1N1 sejam as mesmas da gripe comum, seu grau de letalidade era desconhecido pela medicina no início da pandemia, afigurando-se superior ao da gripe comum. A inexistência de um protocolo de tratamento gerava mais incerteza não só entre a população, mas também entre os médicos. Os sintomas indiferenciados, característicos da clínica em atenção primária em saúde, geram angústia. A situação se agrava pela incerteza de quem seriam os mais afetados; todos estavam vulneráveis.

Para Winocur (2009), vivemos numa era de incerteza e risco. Isso exige do indivíduo que se mantenha alerta em relação a tudo que o cerca. No caso da gripe A, a ausência de resposta diante da situação mantém a população e os serviços médicos em constante sobressalto. A cada novo caso de morte provocado pela gripe e noticiado se reatualiza o imaginário social do fim, da morte.

Giddens, Beck e Lash (1997) chamam atenção para o risco como um componente estrutural da sociedade contemporânea. Nas situações de crise, como diante de uma doença emergente e desconhecida, o controle sobre a ameaça que ela representa escapa das possibilidades presentes, tanto dos indivíduos quanto da ciência.

A pandemia e o medo da gripe mudam os hábitos da população no que se refere às novas práticas de higiene e aos comportamentos, incluindo a mudança na rotina das grávidas;

cancelamento de viagens; fechamento de alguns estabelecimentos, principalmente escolas; adiamento de festas; e distribuição de máscaras para funcionários e visitantes em hospitais: “Morte suspeita interdita hospital” (Gazeta..., 20 jul. 2009, p.4).

Pacientes que chegavam a um hospital da Região Metropolitana de Curitiba verificaram que funcionários e atendentes usavam máscaras de proteção, por um possível caso de gripe entre os internados. Os familiares decidiram não internar o paciente e se dirigiram a outro hospital: “Ainda não sabemos para onde vamos levar, mas estamos com medo de ficar aqui” (Gazeta..., 20 jul. 2009, p.4).

A preocupação com as mulheres grávidas se acentua consideravelmente, por suas condições imunológicas e possíveis complicações para o feto e o desenvolvimento da gestação: “Preocupação é maior entre as gestantes: complicações e parto prematuro são possíveis consequências da gripe A, que já causou três mortes entre grávidas” (Gazeta..., 31 jul. 2009, p.6). Aos primeiros sintomas da doença, recebem medicação, assim como idosos, diabéticos, cardíacos, soropositivos para HIV e crianças com menos de 5 anos.

“Grávida de 39 semanas, ... só saio de casa para ir às consultas médicas ou em caso de extrema urgência. ‘Fico o dia todo em casa’, conta” (Gazeta..., 31 jul. 2009, p.6).

“Fator de risco aumenta mortes: grávidas, hipertensos e cardíacos com vírus têm 3,5 vezes mais chances de morrer do que outros doentes graves” (Gazeta..., 1 ago. 2009, p.6).

A recomendação de evitar locais fechados também é seguida à risca pelas grávidas, assim como a antecipação da licença no trabalho.

A população teme ficar sem o remédio caso contraia a gripe A (H1N1); entretanto, a Secretaria de Saúde afirma que não vai faltar medicamento. Apesar dessa garantia, os jornais insistem na dificuldade que a população enfrenta para consegui-lo:

“A saga em busca do Tamiflu” (Gazeta..., 6 ago. 2009, p.4).

“Pesquisa mostra que 67% da população da cidade tem medo de não receber o Tamiflu, caso seja atingida pela gripe A” (Gazeta..., 16 ago. 2009, p.4).

Essa dificuldade se manifesta no depoimento de um pai, publicado pela *Gazeta do Povo* (6 ago. 2009, p.4), que passou 17 horas tentando conseguir o Tamiflu para o filho de 1 ano e 2 meses: “É uma sensação de impotência absurda. Parece que se passaram 10 dias. Foram horas de agonia. Nunca vi tanta falta de informação, ninguém sabe o que fazer, não te explicam se vai chegar. Imagine quem não tem informação?”.

A dificuldade de conseguir o medicamento reforça a situação de medo e incerteza diante de uma doença de evolução rápida e alta letalidade, cujo conhecimento era ainda incipiente naquele momento. Por medo da gripe A (H1N1), o presidente da Câmara de Curitiba anunciou providências para evitar a disseminação da doença (Tribuna..., 4 ago. 2009, p.2), tais como: mudanças no horário das sessões plenárias, do expediente interno e a suspensão de eventos agendados. Alguns municípios determinam que parte dos estabelecimentos comerciais não abram as portas, principalmente locais fechados com aglomeração de pessoas. Em ônibus, feiras, unidades de saúde e hospitais, as pessoas usam máscaras para se proteger. Nas igrejas católicas, a preocupação com a prevenção e o contágio faz com que se retire a água benta

da entrada, mantenham-se as portas e janelas abertas e o abraço de paz e o aperto de mão sejam substituídos por segundos de silêncio. O reinício das aulas após as férias de julho nas escolas foi adiado, com o objetivo de evitar a aglomeração dos alunos e para que os professores possam ser treinados a identificar sintomas da gripe entre os alunos. “O medo na volta às aulas – reinício letivo é prorrogado e igreja corta água benta” (Tribuna..., 26 jul. 2009, p.2). Os clientes dos bancos precisam esperar do lado de fora da agência, para evitar aglomerações: “Gripe trava atendimento bancário” (Tribuna..., 11 ago. 2009, p.5).

Para evitar pânico, o estado divulga várias notas no sentido de desmentir rumores que foram enviados por *e-mail* e que fomentavam o desespero e o medo da população. Boatos que levantam também dúvidas sobre os dados publicados, afirmando que o número de mortes divulgado estava muito abaixo dos números reais.

À medida que a gripe se espalhava, com o aumento de casos no estado do Paraná e no país como um todo, a população se sentia cada vez mais à mercê da pandemia e seus efeitos. A divulgação pela imprensa de dados atualizados diariamente, acompanhados quase que em tempo real pela TV, pelo rádio e pela internet, reproduzia em proporção geométrica a incerteza sobre o momento seguinte, no qual todos poderiam estar contaminados. As escolas com as aulas suspensas, os cinemas esvaziados, os *shoppings* evitados e o transporte coletivo sendo usado somente por aqueles que não tinham outra opção de deslocamento. Com a chuva e o frio, os ônibus trafegavam de janelas abertas. Tossir e espirrar em público sem a proteção de lenços era objeto de censura instintiva, e o indivíduo que tossia ou espirrava sentia-se culpado pelo risco que impunha aos demais. A consciência do risco e o medo da gripe A faziam com que cada indivíduo buscasse o máximo de proteção e ao mesmo tempo tentasse proteger o outro, evitando constrangê-lo com sua presença quando essa era inevitável.

### **A gripe e os serviços de saúde**

Os casos de gripe A (H1N1) no estado do Paraná crescem rapidamente entre maio e agosto, e, segundo o secretário de Saúde do estado,

Muitas pessoas que apresentam sintomas de gripe e epidemiologia positiva estão procurando o serviço de Saúde, o que de certa forma facilita o processo de vigilância e nos ajuda a identificar antecipadamente se acontecer a transmissão sustentada do vírus (Gazeta..., 27 jun. 2009, p.4).

Diante do grande número de casos suspeitos, o Paraná solicita ao Ministério da Saúde que o Laboratório Central do Estado (Lacen), em São José dos Pinhais, possa realizar os exames de confirmação da nova gripe (Gazeta..., 2 jul. 2009, p.7). A autorização do Ministério da Saúde, com o devido treinamento dos técnicos do Lacen junto à Fiocruz, reduz o tempo de espera do resultado dos exames no estado já no final do mês de julho. “A maior rapidez nos exames ajudará a mapear a circulação do vírus da gripe A. ... Os exames ajudam a fazer o mapa da circulação do vírus, disse o secretário” (Gazeta..., 18 jul. 2009, p.4).

Na região metropolitana, o Hospital e Maternidade Pinhais foi interditado no final de julho para desinfecção, e os quatro funcionários que conviveram com o paciente contaminado foram afastados; isso porque “um homem de 24 anos pode ter sido a primeira vítima da gripe A (H1N1), conhecida como gripe suína, na região de Curitiba” (Gazeta..., 18 jul. 2009, p.4).

Após a reabertura, “os funcionários da recepção vão trabalhar com máscaras até que saia o resultado do exame” (Gazeta..., 18 jul. 2009, p.4).

E os jornais anunciam em letras garrafais:

“Longa espera por atendimento”.

“Em Curitiba, quem tem sintomas da gripe A fica até 7 horas na fila de posto. Mas não há risco de contaminação” (Gazeta..., 23 jul. 2009, p.4).

O secretário de Saúde do estado reconhece que com o crescimento dos casos no Paraná pode haver demora no atendimento, talvez devido à falta de preparo do serviço de saúde para atender à demanda crescente da gripe A. No mais, o indivíduo leigo também tem dificuldade em distinguir os sintomas da gripe A dos da gripe comum, e, sendo assim, qualquer sintoma de gripe levava as pessoas a procurar os serviços de saúde do município. Junto com esse fator, as filas nos postos de saúde aumentam, porque, caso fosse necessário o uso de Tamiflu, este só estava sendo prescrito pelos médicos do sistema público de saúde. “Eventualmente, em um ou outro local pode ter um tempo de espera maior, já que não temos como garantir isso 100%, admite” (Gazeta..., 23 jul. 2009, p.4). Entretanto, nas unidades de saúde os funcionários são orientados no sentido de que, após a triagem, caso o paciente tenha sintomas da gripe, devem fornecer a máscara cirúrgica e encaminhá-lo para o hospital, notificando a instituição previamente.

Em agosto, no serviço de saúde, os médicos no Paraná reivindicam ao Ministério da Saúde que o Tamiflu seja oferecido a todos os pacientes com sintomas e reclamam que ficaram sem autonomia para receitar medicação, dado que a prescrição só poderia ser feita por médicos de unidades públicas de saúde. Alguns dias depois, os jornais noticiam que a prescrição do Tamiflu teve seu protocolo alterado pelo Ministério da Saúde, e, em casos especiais, o médico poderia decidir usar o medicamento para pacientes que procuravam atendimento via convênios ou particulares. Essa medida, porém, não teve os resultados esperados, pois o medicamento estava em falta, e sua distribuição continuava a ser feita pelas secretarias de Saúde do estado e dos municípios. “Em Curitiba, a prefeitura aceita receita de médico mesmo fora de grupos de risco. Para secretário, prescrição tem de ser responsável” (Gazeta..., 7 jul. 2012, p.5).

Com o agravamento da situação, o aumento dos casos de gripe A faz entidades médicas paranaenses se mobilizarem e reivindicarem que o Tamiflu seja dado a todos os pacientes com sintomas do vírus, mesmo os que procuraram atendimento médico fora do sistema público. Por trás da resistência da OMS de liberar o Tamiflu está a preocupação de que o vírus se torne resistente à medicação, assim como de que os estoques não sejam suficientes para atender aos casos mais graves, se a contaminação intensificar-se.

Por fim, em agosto de 2009, a OMS declara: “Como os benefícios do oseltamivir (princípio ativo do Tamiflu) são maiores quando ele é dado nas primeiras 48 horas, médicos devem iniciar imediatamente o tratamento, e não esperar o resultado de testes de laboratório” (Gazeta..., 7 ago. 2012, p.5).

As matérias noticiadas sistematicamente pelos jornais sobre o movimento das entidades médicas e sobre o medo da população podem ter influenciado a decisão da OMS de modificar o protocolo de prescrição do Tamiflu mais de uma vez, permitindo, finalmente, sua prescrição fora do âmbito dos serviços públicos de saúde e sua comercialização em farmácias. Entretanto,

a OMS recomenda que a venda do Tamiflu continue a ocorrer com orientação médica (Gazeta..., 1 ago. 2009, p.4).

### **O lugar da gripe nas políticas públicas**

Com a confirmação do primeiro contágio autóctone no Brasil, o Ministério da Saúde declarou que somente quatro hospitais no Paraná estariam aptos a receber pacientes infectados: dois em Curitiba (Hospital de Clínicas da UFPR e Hospital do Trabalhador), um em Londrina (Hospital Universitário) e um em Foz do Iguaçu (Hospital Ministro Costa Cavalcanti). O coordenador da Vigilância Sanitária de Londrina explica que “para receber pacientes infectados ou suspeitos de terem contraído o vírus é preciso seguir um protocolo ... Precisa ter filtragem de ar e isolamento respiratório” (Gazeta..., 5 maio 2009, p.4).

Dos hospitais autorizados a internar os doentes, dois situam-se no sul do estado (Curitiba), um no norte (Londrina) e outro no sudoeste (Foz do Iguaçu). Nas cidades menores e distantes desses centros, a população enfrentava problemas com o acesso a tais hospitais. A exigência restringiu, consideravelmente, a oferta de leitos para os doentes graves, além de implicar altos custos de deslocamento para a população e aumentar o risco de óbito entre os infectados.

No que diz respeito à população das pequenas cidades do interior do estado, a situação foi mais grave que nos grandes centros, como Curitiba, Londrina, Maringá e Foz do Iguaçu. Além da distância em relação aos locais com hospitais credenciados para internamento, as localidades menores não tinham condições de oferecer tratamento adequado para os casos mais graves.

Em maio, técnicos da Secretaria de Saúde vistoriaram o aeroporto, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, em Foz do Iguaçu, e a Hidrelétrica Itaipu, por ser fronteira. Essa medida ocorreu devido ao grande fluxo de turistas estrangeiros na área; nesse momento ainda não havia a reprodução sustentada do vírus da gripe A no Brasil.

“Controle pode chegar às estradas” (Gazeta..., 14 maio 2009, p.5).

“Vigilância na tríplice fronteira. Exército e Polícia Rodoviária vão distribuir informações e monitorar área” (Tribuna..., 9 jul. 2009, p.4).

No início de junho, o Ministério da Saúde recomenda à população o cancelamento de viagens programadas para destinos com maior incidência de casos. Nos aeroportos, passageiros internacionais preenchem a Declaração de Saúde do Viajante, e nas estações rodoviárias e ferroviárias há colocação de cartazes explicativos sobre a contaminação, os sintomas e as formas de prevenção.

Em julho, o Ministério da Saúde aumentou o número de hospitais credenciados para atendimento nas regiões Sul e Sudeste. O estado expande sua estrutura, usando também a rede particular. A incorporação de mais hospitais na rede de atendimento amplia as vagas para internamento nas cidades pequenas; entretanto, a situação continua crítica, pela falta de leitos de unidade de tratamento intensivo para os pacientes graves.

Com o aumento do número de ocorrências, a prioridade no sistema público de saúde foi detectar e tratar com a máxima agilidade os casos graves e evitar mortes. No final de julho, o Paraná divulgou que os exames seriam feitos em todos os pacientes que apresentassem os sintomas, mesmo sem vínculo com o exterior. A mudança anunciada pela Secretaria de Saúde

admitia, naquele momento, que no Paraná o vírus circulava livremente pelo estado. “Deste momento em diante a gripe passa a ser não só um problema para a saúde pública, mas pesa nas contas públicas” (Gazeta..., 9 ago. 2009, p.4).

Em agosto, a rede pública já atendia 1.500 pacientes com suspeita de gripe A diariamente. A gripe A (H1N1) mudou a rotina dos hospitais, custando 19 milhões ao governo do Paraná. O custo desses 1.500 casos de gripe A, porém, não se traduz somente em valores monetários, mas também em um rearranjo de toda a rotina do sistema de saúde, público ou privado, especialmente dos hospitais. O sistema, como um todo, suspendeu uma série de procedimentos não urgentes, como as cirurgias eletivas e as consultas nos ambulatórios clínicos, que poderiam oferecer algum risco de contaminação à população. No Hospital de Clínicas da UFPR, todos os serviços ambulatoriais foram suspensos, e muitos de seus funcionários cumpriam quarentena em casa, devido ao contato com doentes contaminados ou por estarem com suspeita de ter contraído a gripe A.

### **Considerações finais**

Apesar dos conhecimentos científicos e tecnológicos atuais, a pandemia de gripe A (H1N1) em 2009 desafiou médicos e pesquisadores de todo o mundo a controlar e prevenir a sua efetiva expansão.

A questão levantada por Silveira (2008, p.252-253) sobre a ausência de medidas específicas frente à gripe espanhola parece não ter sido tão evidente no período estudado. A disposição de conhecimento detalhado sobre o agente causador, a homogeneização da informação médica por intermédio das instituições de saúde oficiais orientando as condutas, o conhecimento sobre a eficácia das medidas preventivas e um sistema de saúde mais organizado do que na época da chamada gripe espanhola produzem a impressão de que houve melhora no enfrentamento dessa pandemia. Contudo, pudemos observar, neste estudo, que tais medidas não foram suficientes para controlar o medo. O temor do risco estava presente em várias instâncias do cotidiano, alterando padrões de comportamento e infiltrando-se na vida das pessoas.

Nos jornais, as primeiras matérias privilegiaram a divulgação do número de ocorrências no mundo e no Brasil, registrando o primeiro caso confirmado no Paraná em 20 de junho de 2009. Naquela data, foram noticiados 131 casos no Brasil. Devido ao aumento das ocorrências, sugeriam-se cuidados de prevenção: higiene, isolamento, evitar locais fechados e manter o ambiente doméstico arejado e com luz solar. Todos os dias os jornais apresentavam e repetiam as dicas de higiene e cuidados para evitar a gripe.

Apesar das divergências nos números de casos, instalou-se o medo na população. A pandemia e o temor da gripe mudaram a rotina da vida urbana. Foram distribuídas máscaras para funcionários e visitantes em hospitais e para pessoas que trabalham com o público em vários setores da economia. O risco aumentado de morrer em um estrato da sociedade economicamente muito ativa (jovens) ou numa fase da vida na qual a morte é menos esperada (infância e gestação) pode ter sido um dos fatores que cooperaram para o recrudescimento desse medo.

Os determinantes sociais que agiram nesse período configuraram um espectro singular de grupo de risco. Inicialmente, a pandemia atingiu as classes de maior poder aquisitivo, tendo

em vista serem as que têm a possibilidade de realizar viagens ao exterior. Chama atenção o fato de que o mesmo poder aquisitivo não foi decisivo para receber a medicação (Tamiflu), pois tanto a distribuição como a prescrição ficaram, inicialmente, em poder do Estado na figura do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Podemos inferir que foi devido a esse arranjo político que os princípios da universalidade e da equidade, constituintes do sistema de saúde brasileiro, puderam ser concretizados para manter o equilíbrio do acesso à saúde.

No entanto, também ficou evidente que esse acesso foi precário, seja pelo número elevado da procura (esperado para uma pandemia com características iniciais tão indiferenciadas de um resfriado, numa estação do ano propícia), seja pelo despreparo dos equipamentos do sistema de saúde para acolher essa demanda em todos os níveis da atenção. A participação da iniciativa privada no enfrentamento da pandemia tornou-se necessária, refletindo as deficiências do SUS.

O número de mortes no Paraná atingiu o ponto máximo no início de agosto, e mostrou sinais de estabilização do vírus a partir do final do mesmo mês. Com o aumento do número de casos, a prioridade no sistema público de saúde foi detectar e tratar com a máxima agilidade os casos graves e evitar mortes. A população temia ficar sem o remédio caso contraísse a gripe.

Em agosto, o Ministério da Saúde divulgou que 95% das pessoas que contraíam a doença eram curadas. As notícias eram alarmantes no início de maio, mas se tornavam apaziguadoras no final de setembro, refletindo a evolução da pandemia naquele ano.

Finalizando, pudemos notar, mediante este estudo, o impacto social que a pandemia H1N1 representou para a sociedade naquela época, desafiando as instituições responsáveis pela saúde e o cidadão comum, que se percebeu dentro de um grupo de risco para uma doença divulgada pelos meios de comunicação como potencialmente letal e que suscitou mudanças pontuais em costumes e hábitos de uma comunidade, na tentativa de escapar dessa vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977.
- BELLEI, Nancy; MELCHIOR, Thaís Boim. H1N1: pandemia e perspectiva atual. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v.47, n.6, p.611-617. 2011.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra. 2003.
- BERTUCCI, Liane Maria. Gripe A, uma nova “espanhola”? *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.55, n.3, p.230-231. 2009.
- BERTUCCI-MARTINS, Liane Maria. “Conselhos ao povo”: educação contra a influenza de 1918. *Caderno Cedes*, v.23, n.59, p.103-117. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 20 jul. 2012. 2003.
- CHILE. Ministerio de Salud de Chile. *Influenza Pandémica (H1N1) 2009*. Disponível em: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/769b3df25c5930dee04001011f0160b4.pdf>. Acesso em: 16 set. 2013. 2009.
- GAZETA... *Gazeta do Povo*, Curitiba. 5 maio 2009-7 ago. 2009.
- GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização reflexiva*. São Paulo: Unesp. 1997.
- GONZÁLEZ, Gabriela Del Carmen; HOYOS, José Ramiro Caballero; MÉNDEZ, Maria Guadalupe Chávez. Las metáforas de la influenza humana A (H1N1) em México: el escenario nacional al descubierto. Una aproximación através de la prensa mexicana. *Comunicación y Sociedad*, n.16, p.105-132. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-252X2011000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2011000200005&lng=es&nrm=iso). 2011.



JIMÉNEZ-CORONA, Maria Eugênia et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la influenza A(H1N1) 2009 y la vacunación contra influenza pandémica: resultados de una encuesta poblacional. *Salud Pública de México*, v.54, p.607-615. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342012000600009&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342012000600009&script=sci_arttext). Acesso em: 17 set. 2013. 2012.

LOPES, Felisbela; RUÃO, Teresa; MARINHO, Sandra. Gripe A na Imprensa Portuguesa: uma doença em notícia através de uma organizada estratégia de comunicação. *Observatorio (OBS\*) Journal*, v.4, n.4, p.139-156. Disponível em: <http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/442/398>. Acesso em: 18 set. 2013. 2010.

MEDEIROS, Flávia Natércia da Silva; MASSARANI, Luisa. A cobertura da gripe A (H1N1) 2009 pelo Fantástico. *Intercom – Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, v.34, n.1, p.41-59. 2011.

SECRETARIA...  
Secretaria de Vigilância em Saúde. Influenza pandêmica (H1N1) 2009 – análise da situação

epidemiológica e da resposta no ano de 2009. *Boletim Eletrônico Epidemiológico*, v.10, n.1, p.1-21. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_eletronico\\_influenza\\_25\\_03.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_eletronico_influenza_25_03.pdf). Acesso em: 15 ago. 2012. 2010.

SECRETARIA...  
Secretaria de Vigilância em Saúde. *Informe Epidemiológico Influenza H1N1*, n.6. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe\\_influenza\\_se\\_33\\_25\\_08\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_influenza_se_33_25_08_2009.pdf). Acesso em: 5 out. 2013. ago. 2009.

SILVEIRA, Anny Jakeline Torres. *A influenza espanhola e a cidade planejada*: Belo Horizonte, 1918. Belo Horizonte: Argvmentvm; Fapemig; Capes. 2008.

TRIBUNA...  
*Tribuna do Paraná*, Curitiba. 2 maio 2009-11 ago. 2009.

WINOCUR, Rosalia. *Robinson Crusoe ya tiene celular*. México: Siglo XXI. 2009.



