



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Érick Renato Fogar Facioli**

**ANÁLISE DA COBERTURA DO JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO SOBRE O  
TEMA MORTALIDADE INFANTIL ENTRE 1990 E 2015**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientação: Prof<sup>ª</sup> Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada**

**Botucatu**

**2017**

**ÉRICK RENATO FOGAR FACIOLI**

**ANÁLISE DA COBERTURA DO JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO SOBRE O  
TEMA MORTALIDADE INFANTIL ENTRE 1990 E 2015**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Saúde Materno-Infantil

**Orientação: Prof<sup>ª</sup> Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada**

**Botucatu**

**2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Facioli, Érick Renato Fogar Facioli.

Análise da cobertura do jornal Folha de São Paulo sobre o tema mortalidade infantil entre 1990 e 2015 / Érick Renato Fogar Facioli Facioli. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Capes: 40602001

1. Mortalidade infantil. 2. Jornalismo científico.  
3. Folha de S. Paulo (Jornal). 4. Indicadores de saúde.

Palavras-chave: Indicadores básicos de saúde; Jornalismo; Mortalidade infantil; Processo saúde-doença.

**ÉRICK RENATO FOGAR FACIOLI**

**ANÁLISE DA COBERTURA DO JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO SOBRE O  
TEMA MORTALIDADE INFANTIL ENTRE 1990 E 2015**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristiane Murta Ramalho Nascimento  
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Débora Faleiros de Mello  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Botucatu, 21/08/2017**

## **AGRADECIMENTOS**

Meus sinceros agradecimentos a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Adjunta Maria Cristina MGL Parada, sempre disponível e dedicada.

Agradeço a todos os professores das disciplinas cursadas, que demonstraram incrível atenção às minhas dúvidas e inquietudes; aos colegas que fiz nesse tempo e que não tiveram receio em dividir comigo o conhecimento; aos membros da banca do Exame de Qualificação, responsáveis por contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho; aos amigos e professores André Lourenço, Hélio Rubens de Carvalho Nunes e Rafael Antunes, pelos “pitacos” sempre pertinentes.

Agradecimento especial a minha família, minha esposa Josy e meus filhos Lucas e Sofia, que me fazem acordar todos os dias com o objetivo de querer ser um ser humano melhor.

## **APRESENTAÇÃO**

Trabalho profissionalmente como jornalista há 27 anos. Nesse período, exerci várias funções em diferentes meios de comunicação: jornal, revista, internet, rádio e televisão. A busca pela verdade, insumo fundamental para o bom jornalista, despertou o interesse pelo estudo da gestão pública. Fui secretário de Comunicação da Prefeitura de Botucatu (SP) e cursei pós-graduação em Administração de Cidades. Nesse contexto, um dos temas que sempre despertou em mim grande interesse foi a saúde, assunto que explorei como jornalista em inúmeras reportagens e programas jornalísticos dos quais participei. A busca por novos horizontes e conhecimentos me fez bater à porta da docência, atividade que divido paralelamente com o jornalismo ininterruptamente desde 2006. As experiências adquiridas nessas áreas, aliadas ao senso crítico jornalístico, despertaram o interesse pelo aprofundamento da discussão sobre o papel da imprensa na forma de divulgação de assuntos de interesse da população, em especial, sobre o tema saúde. Tal inquietação é um dos motivos que resultaram na escolha deste tema para o presente trabalho.

“O que me preocupa não é o grito dos maus. É o silêncio dos bons.”  
Martin Luther King

## RESUMO

FACIOLI, E. R. F. **Análise da cobertura do jornal Folha de São Paulo sobre mortalidade infantil entre 1990 e 2015**. 240 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2017.

A taxa de mortalidade infantil é indicador sensível para refletir o grau de desenvolvimento de um país. Nas últimas décadas, o Brasil registrou grande variação negativa na taxa desse desfecho, resultado da centralidade nas políticas públicas de saúde materno-infantis nacionais. O conhecimento público sobre os fatores que contribuíram para a melhora desse indicador é importante por fazer da população parte integrante do processo, permitindo maior controle social. Possibilita, ainda, que o cidadão tenha a oportunidade de fazer a sua parte no que diz respeito à prevenção. O objetivo do presente estudo foi avaliar a cobertura jornalística realizada sobre o tema mortalidade infantil na versão impressa do jornal Folha de São Paulo entre 1990 e 2015, período definido pela Declaração do Milênio para o cumprimento da meta de redução em dois terços na taxa de mortalidade infantil global. Trata-se de estudo de abordagem quantiquantitativa, de caráter descritivo e retrospectivo. A escolha do jornal Folha de São Paulo decorreu do fato de constituir o veículo jornalístico de maior circulação no país. Para seleção das matérias, utilizaram-se as palavras-chave “mortalidade” *and* “infantil” no acervo digital do próprio jornal. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2015 e julho de 2016. No total, 2436 matérias foram inicialmente selecionadas para leitura dinâmica. Aplicaram-se, em seguida, os critérios de exclusão: citações isoladas, comentários dos leitores, publicidade, informes publicitários, gráficos isolados, matérias idênticas publicadas e erratas, restando 429 textos. Como era critério de inclusão analisar as publicações que fizessem referência aos determinantes da mortalidade infantil, nova seleção foi necessária e, nessa etapa, foram obtidas 267 matérias, às quais foram aplicadas o Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística, com a função de quantificar e organizar o material. Para a análise qualitativa, foram utilizados os textos com chamada de capa, o que resultou em 82 matérias, avaliadas a partir dos referenciais teórico-metodológicos do enquadramento, *agenda-setting* e Cenário de Representação Política (CR-P). Os resultados revelam, em geral, cobertura jornalística superficial e sensacionalista do tema, carecendo de análises mais amplas, como as razões históricas, políticas e sociais a ele relacionadas. Houve privilégio a fontes oficiais, com pouco espaço para opiniões de especialistas independentes e do cidadão comum. Por vezes, o Estado foi apresentado como ineficiente para cuidar da saúde da população.



**Palavras-chave:** Mortalidade Infantil, Jornalismo, Indicadores Básicos de Saúde, Processo Saúde-Doença.

## ABSTRACT

The child mortality rate is a sensitive indicator to reflect a country's development level. In the last few decades, Brazil has shown a decrease great variation in such rate, which has been the result of centrality in the national public policies on maternal-infant health. Public knowledge about the factors that have contributed to the improvement of this indicator is important as it makes the population an integral part of the process, thus allowing for greater social control. It also provides citizens with the opportunity to play their role as regards prevention. This study aimed at evaluating the journalistic coverage of the topic child mortality in the printed version of the newspaper Folha de São Paulo from 1990 to 2015, which is the period defined by the Millennium Declaration for achieving the goal of reducing global mortality rates by two-thirds. It is a study with a quanti-qualitative, descriptive and retrospective approach. The choice for the newspaper Folha de São Paulo was due to the fact that it is the journalistic vehicle with the largest circulation in the country. In order to select the articles, the key words "mortality" and "child" were used in the newspaper's digital collection. Data were collected from September 2015 to July 2016. In total, 2,436 articles were initially selected for dynamic reading. Isolated citations, readers' comments, publicity, advertising reports, isolated graphs, identical published articles and errata, were not included in the study. Thus, 429 texts remained. Since the inclusion criterion was the analysis of publications that referred to the determinants of child mortality, a new selection was necessary and, in that phase, 267 articles were obtained to which the Protocol for Analysis of Media Coverage was applied with the purpose to quantify and organize the material. For qualitative analysis, the texts referred to on the first page of the newspaper were used, which resulted in 82 articles that were evaluated based on the theoretical and methodological frameworks of framing, agenda-setting and Political Representation Setting (RS-P). In general, the results showed superficial and sensationalist coverage of the topic that lacked more comprehensive analyses, such as those of the historical, political and social reasons related to it. Official sources were privileged, and little space was opened for opinions of independent experts and for those of common citizens. At times, the State was presented as inefficient to care for the population's health.

**Key words:** Child Mortality, Journalism, Basic Health Indicators, Health-Disease Process

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** - Ano de publicação e marcas de apuração referentes aos artigos selecionados (n=267). Jornal Folha de São Paulo, 1990-2015

**Tabela 2** - Marcas de composição referentes aos artigos selecionados (n=267). Jornal Folha de São Paulo, 1990-2015

**Tabela 3** - Características das matérias jornalísticas incluídas no estudo (n=82). Folha de São Paulo, 1990-2015

## **QUADROS**

**Quadro 1** - Evolução dos contextos político, econômico, do setor saúde, externo ao setor saúde e taxa da mortalidade infantil. Brasil, 1990-2015

**Quadro 2** – Síntese dos referenciais metodológicos utilizados

**Quadro 3** - Síntese das matérias jornalísticas sobre mortalidade infantil publicadas (n=82). Jornal Folha de São Paulo, 1990-2015

## **FIGURA**

**Figura 1**- Fluxograma síntese sobre a amostra final de matérias selecionadas

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ABRINQ	Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Social
CONSEA	Conselho de Segurança Alimentar
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CR-P	Cenário de Representação Política
DRS	Departamento Regional de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IECS	Instituto de Políticas de Saúde e Efetividade Clínica
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODM	Objetivos do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRMI	Projeto de Redução de Mortalidade Infantil
PSF	Programa Saúde da Família

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SINDHOSP	Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Esforços mundiais para a redução da mortalidade infantil</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Panorama brasileiro da mortalidade infantil</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Novos desafios: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)</b>	<b>23</b>
<b>2. PERGUNTAS DE ESTUDO</b>	<b>24</b>
<b>3. OBJETIVO</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Objetivo Geral</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Objetivo Específico</b>	<b>25</b>
<b>4. MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Desenho do Estudo</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Fontes de Dados</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Coleta de dados</b>	<b>25</b>
<b>4.4 Folha de São Paulo: relato histórico</b>	<b>27</b>
<b>4.5 Referenciais de Análise</b>	<b>31</b>
<b>4.6 Procedimentos Éticos</b>	<b>41</b>
<b>5. Resultados</b>	<b>42</b>
<b>6. Análise dos Dados</b>	<b>77</b>
<b>6.1 Análise a partir do Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística</b>	<b>77</b>
<b>6.2 Análise das Fontes de Informação</b>	<b>77</b>
<b>6.3 Enquadramento, com Seleção e Exclusão de Temas</b>	<b>82</b>
<b>6.4 <i>Agenda Setting</i></b>	<b>91</b>
<b>6.5 Cenário de Representação Política (CR-P)</b>	<b>95</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>104</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b>	<b>109</b>
<b>9. ANEXO</b>	<b>115</b>
<b>10. APÊNDICE</b>	<b>116</b>



## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Esforços mundiais para a redução da mortalidade infantil**

Em setembro de 2000, a Cúpula do Milênio reuniu na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova Iorque, o maior número de dirigentes mundiais da história da humanidade. Na ocasião, representantes de 191 países-membros das Nações Unidas se juntaram para refletir a propósito do destino comum da humanidade (Nações Unidas, 2000).

Considerava-se que o momento era favorável, visto que os países estavam interconectados de maneira mais ampla e profunda do que em qualquer outra época da história, e a ampliação do processo de globalização prometia crescimento mais rápido, assim como o aumento do nível de vida e de novas oportunidades. A desigualdade entre essas nações, porém, era marcante: enquanto alguns países podiam esperar do futuro a prosperidade e a cooperação mundial, outros quase careciam de futuro, já que seus habitantes estavam atolados em condições de pobreza, de conflitos e em ambiente cada vez mais degradado (UNICEF Brasil, 2014).

Resultado de meses de conversações, a Declaração do Milênio das Nações Unidas, aprovada na Cúpula do Milênio, consiste em uma série de prioridades coletivas para paz e segurança, luta contra a pobreza, preservação do meio ambiente e valorização dos direitos humanos (Nações Unidas, 2000). São medidas imprescindíveis para o progresso da humanidade, bem como para a sobrevivência imediata de parte importante dos seres humanos. Os líderes mundiais também concordaram que o desenvolvimento humano é fundamental para o progresso social e econômico sustentáveis em todos os países e que, por isso, contribuem para a segurança global (UNICEF Brasil, 2014).

Propostos a partir da Declaração do Milênio, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são compostos por um conjunto de metas mensuráveis, com limite temporal e foram definidos para lidar com desafios de desenvolvimento prementes: 1) erradicar a pobreza extrema e a fome, 2) alcançar a educação primária universal, 3) promover a igualdade de gênero e capacitar as mulheres, 4) reduzir a mortalidade infantil, 5) melhorar a saúde materna, 6) combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças, 7) assegurar a sustentabilidade ambiental e 8) desenvolver parceria global para o desenvolvimento (Nações Unidas, 2000).

Foco do presente estudo, o ODM 4 tinha como meta reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos e, portanto, a taxa de mortalidade na infância e seus componentes, inclusive a mortalidade infantil (Nações Unidas, 2000).



Indicador sensível do desenvolvimento de um país, a mortalidade infantil pode ser vista como evidência de suas prioridades e de seus valores. Mais do que um requisito de direitos humanos, investir na saúde das crianças é também sólida decisão econômica e um dos passos mais seguros que os países podem dar em direção a melhor futuro (UNICEF, 2008).

Síntese dos avanços relacionados aos ODM realizada em 2015 apresenta, no contexto global relativo ao ODM 4, que a taxa de mortalidade de menores de cinco anos diminuiu mais de 50%, caindo de 90 para 43 óbitos por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2015; no mesmo período, apesar do crescimento populacional nas regiões em desenvolvimento, o número de mortes de crianças menores de cinco anos diminuiu de 12,7 milhões para quase seis milhões; desde o início dos anos 1990, a taxa de redução da mortalidade de menores de cinco anos mais do que triplicou; a vacinação contra o sarampo ajudou a prevenir cerca de 15,6 milhões de mortes entre 2000 e 2013 e o número de casos dessa doença diminuiu 67% (United Nations, 2015).

A queda no número de mortes na infância em âmbito mundial apresentou aceleração na redução: média de 1,8% ao ano entre 1990 e 2000 e 3,2% entre 2000 e 2011. Apesar dos avanços, ainda é grande o número de mortes evitáveis, especialmente no período neonatal, responsável por aproximadamente 40% dos óbitos ou três milhões de casos em 2011, cujas principais causas estavam relacionadas à prematuridade (35%) e a complicações do parto: 23% (WHO, 2012).

## **1.2. Panorama brasileiro da mortalidade infantil**

No Brasil, situação favorável evidencia-se desde os anos 1980, com decréscimos anuais crescentes nas taxas de mortalidade infantil: 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e de 4,4% no período entre 2000 e 2008 (Victora et al., 2011; Brasil, 2009).

Destaca-se, porém, que o menor decréscimo anual na mortalidade neonatal, 3,2% ao ano na primeira década do século XXI, fez com que esses casos passassem a representar a maior parcela dos óbitos infantis no país (Victora et al., 2011; Brasil, 2009).

Em São Paulo, no ano de 2012, a mortalidade infantil manteve a tendência de queda da última década: a taxa foi de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos, a menor registrada para o Estado e terceira menor da América Latina, acima apenas das registradas em Cuba (8 por mil nascidos vivos) e Chile (10 por mil nascidos vivos). Neste ano, mantêm-se diferenças importantes entre os Departamentos Regionais de Saúde (DRS): taxas de apenas um dígito ocorreram em Araçatuba, Araraquara, Campinas, Franca e São José do Rio Preto. No DRS da Baixada Santista, a taxa foi a maior, 15,6 por 1.000 nascidos vivos, quase o dobro da

registrada em Franca (8,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos), a menor do Estado (SEADE, 2013).

Ainda no Estado de São Paulo, as causas perinatais e as malformações congênitas representam 80% da mortalidade de menores de um ano, sendo que 50% dos óbitos infantis ocorrem na primeira semana de vida (período neonatal precoce) e 69,1% nos primeiros 28 dias de vida, ou seja, no período neonatal tardio (SEADE, 2013).

Causas relacionadas aos óbitos pós-neonatais, como as doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias, tiveram peso relativamente pequeno como causa de morte de menores de um ano, fato explicado pela redução observada neste componente da mortalidade infantil (SEADE, 2013).

Apenas dois grupos de causas de morte – as perinatais e as mal formações congênitas – são responsáveis por praticamente 80% das mortes infantis no Estado de São Paulo. As causas perinatais, relacionadas a problemas na gravidez, no parto e no nascimento, representaram 57,9% das mortes infantis em 2012, apesar da redução de mais de 30% observada (de 9,7 para 6,6 óbitos por mil nascidos vivos) no período entre 2000 e 2012. Esse grupo de causa foi o principal responsável pelo declínio da mortalidade infantil (55,3% do total da redução). No mesmo período, as mortes infantis por malformações congênitas foram as que apresentaram o menor decréscimo das taxas (apenas 11,7%), passando de 2,8 para 2,5 óbitos por mil nascidos vivos. Assim, sua participação no total das mortes infantis aumentou de 16,7% em 2000 para 21,8% em 2012 (SEADE, 2013).

Ainda entre 2000 e 2012, a redução da mortalidade no período neonatal respondeu por 64% da queda da taxa de mortalidade infantil no Estado de São Paulo, com os maiores decréscimos registrados na primeira semana de vida, cuja taxa de mortalidade passou de 8,7 para 5,7 óbitos por mil nascidos vivos. No período neonatal tardio, o declínio ultrapassou 21%, com a taxa de mortalidade variando de 2,8 para 2,2 óbitos por mil nascidos vivos. Isso se deveu a significativo aprimoramento no atendimento médico, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (SEADE, 2013).

Já a mortalidade no período pós-neonatal, relacionada à exposição ao meio ambiente e às condições de vida da população, mantém níveis menores e a taxa passou de 5,5 para 3,5 óbitos por mil nascidos vivos entre 2000 e 2012, refletindo melhoria na rede de saneamento básico do Estado, que se aproxima da universalização; o acesso a programas de grande cobertura populacional, como campanhas de imunização e; aos serviços de saúde materno-infantis (SEADE, 2013).

Os determinantes mais distais da mortalidade infantil são sociais, como a escolaridade e a idade materna, e se destacam pela capacidade de influenciar outros indicadores envolvidos. A multiparidade, a ordem e o intervalo de nascimento, o número de consultas pré-natais inferior a seis, entre outros, estão entre os determinantes intermediários e o baixo peso ao nascer e o escore de Apgar inferior a sete são considerados proximais (Geib et al., 2010).

Especificamente sobre a mortalidade neonatal, estudo realizado em Minas Gerais apontou, a partir de revisão da literatura, fatores socioeconômicos como determinantes distais de sua ocorrência, incluindo a baixa escolaridade e baixa renda familiar; fatores assistenciais, como determinantes intermediários, incluindo a ausência ou baixa frequência ao pré-natal, assistência ao parto deficiente e falta de UTI Neonatal e os fatores biológicos como determinantes proximais, relativos à mãe, como idade igual ou superior a 35 anos e existência de doenças prévias e ao recém-nascido, como prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e gestação múltipla (Martins & Velásquez-Meléndez, 2004).

Pelo exposto, a situação da mortalidade infantil e de seus componentes sofreu intensa mudança desde a Cúpula do Milênio e da proposição do ODM 4, de forma que o Brasil atingiu a meta pactuada com quatro anos de antecedência: a taxa de mortalidade infantil no país, de 1990 a 2011, caiu de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015 (Brasil, 2014). Apesar do desempenho favorável, muito ainda precisa ser feito até que o país atinja níveis semelhantes a países desenvolvidos.

Porém, para chegar à situação atual, melhorias precisam ter ocorrido nos determinantes da mortalidade infantil e mortalidade neonatal, incluindo aspectos socioeconômicos, assistenciais e biológicos. No Relatório de Desenvolvimento dos ODM de 2014 foram apontados como condições que favoreceram o desempenho desses indicadores: o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família (ESF); as ações voltadas à promoção do aleitamento materno, incluindo a Estratégia Hospital Amigo da Criança e a Rede de Bancos de Leite Humano; os Programas de Transferência de Renda; o Programa Nacional de Imunização e ações inclusivas voltadas à parcela da população até então excluídas dos serviços de saúde, como a população indígena (UNICEF Brasil, 2014).

Revisão realizada por pesquisadores brasileiros a partir de dados de base populacional de pesquisas das décadas de 1980, 1990 e 2000 apresenta como determinantes da redução dos óbitos infantis a melhoria na cobertura da maioria dos indicadores sociais e de saúde no Brasil. Reportam redução nas desigualdades socioeconômicas no período citado devido, em boa parte, aos programas de transferência condicional de renda e ao aumento dos salários da

parcela da população com pior nível socioeconômico; o investimento na educação básica; a inclusão da saúde infantil na agenda pública de saúde; a redução na fecundidade e o aumento na urbanização; a expansão da atenção primária por meio do SUS e a criação do Programa de Agentes Comunitários e de Saúde da Família e a alocação de recursos públicos aos municípios atrelada à redução da mortalidade infantil. Como fatores mais proximais apresentam o aumento no acesso à contracepção, à atenção pré-natal e aos cuidados durante o parto; o aumento na cobertura vacinal e no saneamento básico, especialmente na oferta de água tratada e a melhoria no cuidado a crianças com doenças como diarreia e infecções respiratórias (Victora et al, 2011).

Síntese com a evolução dos contextos político, econômico, do setor saúde, externo a esse setor e da taxa de mortalidade infantil no período de 1990 a 2015 consta do Quadro 1.

**Quadro 1** - Evolução dos contextos político, econômico, do setor saúde, externo ao setor saúde e taxa da mortalidade infantil. Brasil, 1990-2015

<b>Período</b> <b>Contexto</b>	<b>1990-1994</b>	<b>1995-1999</b>	<b>2000-2004</b>	<b>2005-2009</b>	<b>2010-2015</b>
Taxa de Mortalidade Infantil (mil nascidos vivos)	47,1 - 37,2	35,1 – 27,7	26,1 – 21,5	20,4 – 16,8	16,0 – 12,4
Panorama Político	Governo Collor (90) Renúncia do presidente Collor e início do governo Itamar Franco (92) Eleição do FHC (94)	1º Governo FHC (95-99) Criação do G20 (99)	2º Governo FHC (99-03) Eleição do Lula (02) Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (03)	Governo Lula (03-10) Articulação do BRICS -Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (09)	Início do 1º Governo Dilma (10)
Panorama Econômico	Plano Collor 1 (90) Criação do Mercosul (92) Benefício da prestação continuada (93) Plano Real (94)	Criação do Proer e Proes - auxílio bancos (95) Criação da CPMF (96) Crise na Ásia (97) Crise na Rússia (98)	Seguro Desemprego (01) Seguro Safra (02) Euro torna-se a moeda oficial da Europa (02)	Pagamento da dívida externa brasileira (05) Programa de Aceleração do Crescimento (07)	Inflação e juros altos preocupam a economia (10) Crise na economia americana (11)
Setor Saúde	Regulamentação do SUS (90) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (91) Estratégia Saúde da	Distribuição de medicação gratuita para HIV/Aids (96) Rede Nacional de Transplantes (97) Plano de combate a dengue (98) Criação da ANVISA (99)	Agência Nacional de Saúde Suplementar (00) Norma Operacional de Assistência à Saúde (01) Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (02)	Pacto pela Saúde (2006) Pacto pela Vida (2006) Política de Segurança Alimentar e Nutricional (06)	Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (10) Plano Nacional de Atenção Básica (12)

	Família (94)	Política Nacional de Medicamentos Genéricos (99) Política Nacional de Alimentação e Nutrição (99)	Criação do SAMU (03) Brasil Sorridente (04) Farmácia Popular (04)	Criação das UPAS 24h (09) Campanha Nacional de Prevenção da Influenza (09)	
Programas de Saúde Materno-infantil	Estratégia Hospital Amigo da Criança (92)	Programa Nacional para Redução da Mortalidade Infantil (95) Criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (98)	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (00) Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (04) Pacto: Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (04)	Criação de Comitês Locais para Redução da Mortalidade Infantil (2005) Pacto: Redução das Mortes Infantis no Nordeste e Amazônia Legal (09)	Rede Cegonha (11) Programa Brasil Carinhoso (12)
Programas Externos ao Setor Saúde	Lei Orgânica da Assistência Social (93)	Extinção da LBA (95) Criação do Comunidade Solidária (95) Programa de Garantia de Renda Mínima (97)	Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Bolsa Renda (01) Cartão do Cidadão (02) Bolsa Família (03) Cartão Alimentação (03)	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (07) Minha Casa Minha Vida (09)	Programa Mais Minha Casa Melhor (13) Plano Nacional de Saneamento Básico (2013)

Tomando por base a importância da mortalidade infantil como indicador utilizado para aferir as condições de vida e saúde de uma população; a grande variação em suas taxas nas últimas décadas; sua centralidade nas políticas públicas de saúde materno-infantis nacionais, como o Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida - Prioridade Redução da Mortalidade Infantil, o Pacto para Redução das Desigualdades na Mortalidade Infantil e mais recentemente a Rede Cegonha e a Ação Brasil Carinhoso, espera-se interesse jornalístico nessa temática.

Por outro lado, o conhecimento do público sobre os fatores que contribuíram para a melhora desse indicador faz da população parte integrante do processo, possibilitando a cobrança de maneira mais clara das autoridades quanto a ações implementadas, como a continuação ou não de programas sociais, bem como dando oportunidade de fazer a sua parte no que diz respeito à prevenção. Afinal, apesar dos números mostrarem evolução favorável, muitos bebês ainda morrem no país antes de completarem um ano de idade.

Nesse contexto, fundamental é o papel educativo e social dos meios de comunicação de massa na difusão de medidas que ajudem na prevenção. A mídia é um das principais fontes de informação da maioria da população, influenciando comportamentos em uma sociedade que vê a saúde como um produto de consumo (Teixeira, 2012).

Por outro lado, uma discussão mais aprofundada pelos meios de comunicação das ações e de programas governamentais podem se configurar em ferramentas importantes de controle social, possibilitando o pleno exercício da cidadania, seja direcionando ou até mesmo pressionando as autoridades a atuarem de forma mais efetiva na defesa dos interesses da sociedade. Apesar de seus interesses mercadológicos, os meios de comunicação não podem se eximir da responsabilidade do exercício da reflexão e da crítica (Fonseca, 2011).

### **1.3. Novos desafios: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**

A temática mortalidade infantil mantém-se em pauta nas políticas globais. Com o fim da era ODM novas metas foram traçadas. Em junho de 2012, durante o lançamento do *Committing to Child Survival: a Promise Renewed*, os líderes mundiais renovaram seu compromisso para continuarem trabalhando com o foco na redução das mortes infantis evitáveis pós-2015 (UNICEF, 2016).

Assim, novos desafios foram propostos no documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aprovados na Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, realizada de 25 a 27 de setembro de 2015, no Rio de Janeiro,

Brasil. Com as mesmas bases dos ODM, o documento “Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” trata de um plano de ação cujos objetivos são as pessoas, o planeta e a prosperidade. A essência baseia-se no fortalecimento da paz universal com mais liberdade e no reconhecimento de que desenvolvimento sustentável e acabar com a pobreza são os grandes desafios da humanidade (UNICEF Brasil, 2015).

A Declaração tem 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas, uma seção sobre meios de implementação e de parcerias globais, e um arcabouço para acompanhamento e revisão. Os ODS atuam nas três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental (IPEA, 2014).

O ODS 3 é dos mais ambiciosos: assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todos, incluindo-se neste, a proposta de até 2030 acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos. Todos os países devem objetivar reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos 25 por mil nascidos vivos (PNUD, 2016).

O presente estudo tem por foco as matérias jornalísticas relativas à mortalidade infantil publicadas no jornal Folha de São Paulo no período compreendido entre 1990 e 2015. É importante ressaltar que a imprensa escrita, notadamente a Folha de São Paulo, tem papel relevante na formulação da pauta jornalística de outros veículos de comunicação (rádio, televisão, internet e jornais regionais). As perguntas que se pretende responder são apresentadas a seguir.

## **2. PERGUNTAS DO ESTUDO**

Como o jornal Folha de São Paulo tratou a constante redução da mortalidade infantil observada no período de 1990 até 2015? De forma superficial, apenas informando dados de indicadores de instituições nacionais e internacionais? Ao contrário, o jornal proporcionou análises e discussões mais profundas sobre aspectos determinantes desta redução? Para responder a essas questões, traçaram-se os objetivos a seguir apresentados.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar a cobertura jornalística realizada sobre mortalidade infantil na versão impressa do jornal Folha de São Paulo, no período compreendido entre janeiro de 1990 e dezembro de 2015, com vistas a identificar como o jornal tratou esse tema no período relativo aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.



### 3.2. Objetivos Específicos

- a) Quantificar e organizar as matérias jornalísticas conforme proposto pelo Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística;
- b) Descrever as matérias jornalísticas que foram manchetes de capa no período do estudo, incluindo as fontes de informação e os referenciais teórico-metodológicos do enquadramento ou *framing*; *agenda-setting* e Cenário de Representação Política (CR-P).

## 4. MATERIAL E MÉTODO

### 4.1. Desenho do estudo

Estudo de abordagem quantiqualitativa, de caráter descritivo. Configura-se como estudo retrospectivo, no que se refere à busca das matérias jornalísticas a serem analisadas.

Voltada ao objetivo específico “a”, a abordagem quantitativa será utilizada para quantificar a produção do jornal sobre o tema e no período do estudo. A abordagem qualitativa será utilizada com vistas à obtenção do objetivo específico “b”, contemplando análise mais profunda sobre as matérias jornalísticas consideradas relevantes pelo jornal, assim consideradas pelo fato de terem constituído manchete de capa deste.

### 4.2. Fonte de Dados

Os dados foram colhidos na versão impressa do jornal Folha de São Paulo. A publicação foi escolhida por ser, no período pesquisado, o jornal brasileiro de maior tiragem e circulação do país e também por ter estado em atividade ininterrupta durante todo o período.

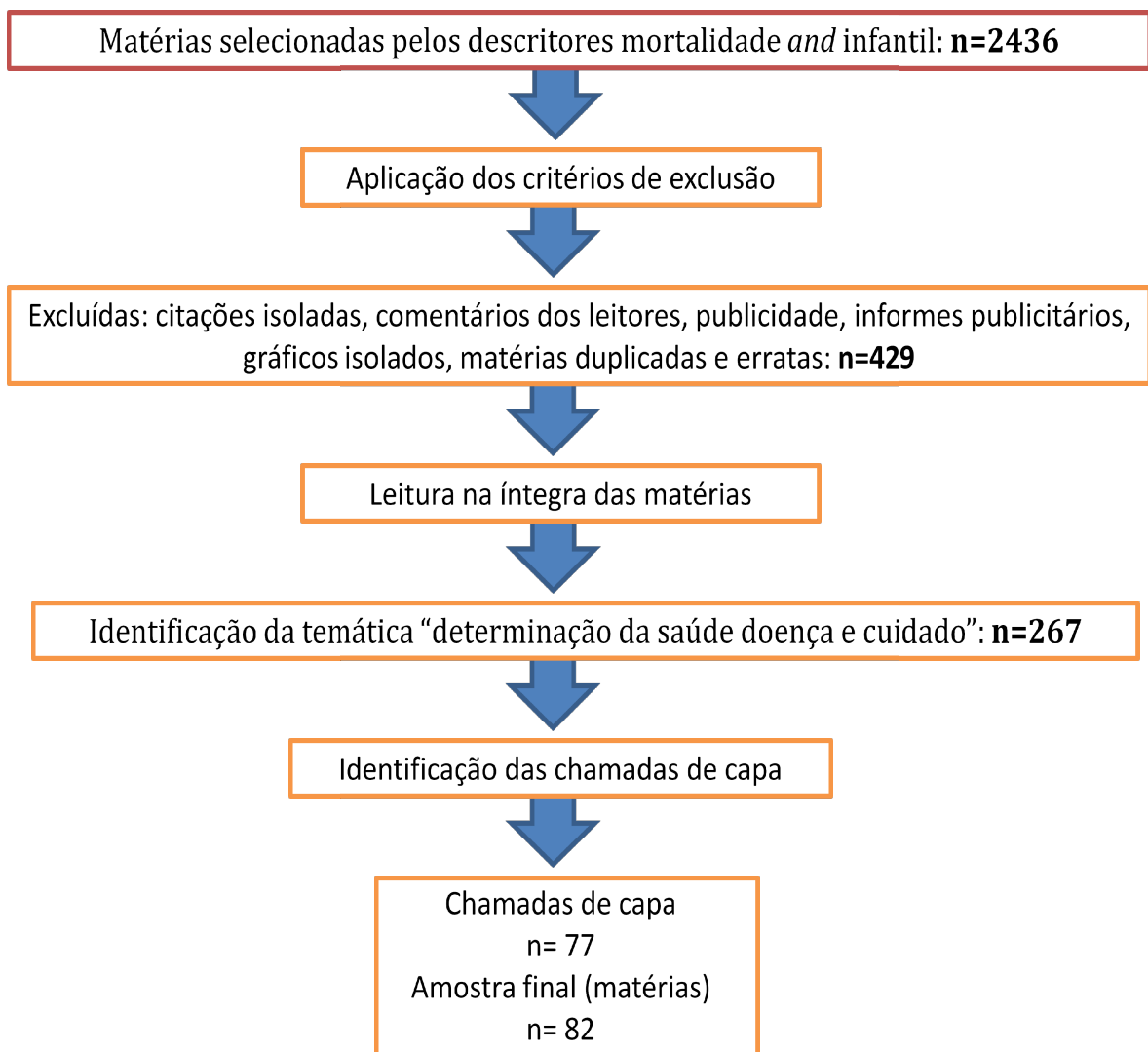
De acordo com informação constante no endereço eletrônico do jornal, que é filiado ao Instituto Verificador de Circulação (IVC-2016), órgão que audita tiragem e circulação de periódicos, a Folha tem circulação paga média diária de 320.741 exemplares.

### 4.3. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2015 e julho de 2016. Para seleção das publicações foram utilizados os descritores mortalidade *and* infantil e a busca foi realizada diretamente no sistema de pesquisa dos arquivos do jornal Folha de São Paulo, incluindo-se o período de 1990 a 2015, perfazendo total de 26 anos. A escolha desse período para o estudo coincide com aquele proposto para redução da mortalidade infantil no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UNICEF Brasil, 2014).

No total, 2.436 matérias foram inicialmente selecionadas para leitura dinâmica. Aplicaram-se, em seguida, os seguintes critérios de exclusão: citações isoladas, comentários dos leitores, publicidade, informes publicitários, gráficos isolados, matérias idênticas publicadas em mais de um Caderno e erratas, restando 429 textos. Esses foram submetidos à leitura atenta para selecionar aqueles que faziam referência aos determinantes da mortalidade infantil, critério de inclusão adotado. Nesta etapa, foram obtidas 267 publicações. Com os objetivos de selecionar as matérias entendidas como mais relevantes, aplicou-se o critério de seleção: de ter sido publicada em chamada de capa ou manchete, sendo encontradas 77 chamadas, que resultaram na amostra final de 82 matérias, visto que três chamadas tratavam de reportagens especiais, com mais de um texto a ser analisado por chamada (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxograma síntese sobre a amostra final de matérias selecionadas.



#### 4.4. Folha de São Paulo: relato histórico

O nome Folha de São Paulo surgiu em 1960 com a fusão dos jornais Folha da Noite (1921), Folha da Manhã (1925) e Folha da Tarde (1949), que pertenciam aos mesmos controladores e deixaram de circular após essa data. O grupo teve sob sua direção outros veículos de comunicação: o jornal Notícias Populares, lançado em 1963 e incorporado ao grupo em 1965 e que circulou até janeiro de 2001; o jornal Última Hora (1965-1979) e um terço da TV Excelsior, líder de audiência na época. Paralelamente, os sócios assumiram o controle administrativo da Fundação Casper Líbero (1968-1978) e em 1967 lançou o jornal Cidade de Santos (1967-1987). No mesmo ano, a Folha da Tarde voltou a circular, permanecendo nas bancas até 1999, quando em seu lugar foi lançado o jornal Agora (Pinto, 2012).

Nessa época, a Folha de São Paulo deu início a um processo de modernização tecnológica nos modos de produção, o que contribuiu para que o grupo atingisse a liderança da imprensa diária brasileira nos anos 1980, sendo pioneiro na impressão em offset em cores (Folha, 2015). Em 1981, o jornal padronizou seu projeto editorial, ao produzir o documento interno denominado "A Folha e alguns passos que é preciso dar". Essa foi a primeira experiência de sistematização editorial de que se tem notícia do jornalismo brasileiro, focado em três metas principais: informação correta, interpretações competentes sobre essa informação e pluralidade de opiniões sobre os fatos. Em 1983, o jornal montou a primeira redação informatizada da América do Sul, criou o instituto de pesquisa Datafolha e passou a armazenar em um banco de dados todo o conteúdo produzido, disponibilizado inicialmente apenas à redação (Folha, 2015).

A Folha foi, em 1989, o primeiro veículo brasileiro a instituir a figura do *ombudsman*, jornalista responsável por ouvir, investigar e encaminhar as reclamações e críticas dos leitores (Folha, 2015).

O ano de 1994 foi marcado por avanços que levaram a Folha a se tornar o primeiro jornal brasileiro a superar a marca de um milhão de exemplares diários. As fotos passaram a ser armazenadas digitalmente e câmeras digitais foram utilizadas experimentalmente. O jornal investiu na criação de fascículos encartados, como o Atlas Folha/The New York Times, que ajudaram a impulsionar as vendas em bancas. Outro fato importante foi o início da comercialização de textos e imagens pela Agência Folha para outros veículos de comunicação (Folha, 2015).

O grupo Folha ampliou sua área de atuação em 1996, com o lançamento do Universo Online (UOL), provedor de acesso a internet e conteúdo. Em maio de 2000, a Empresa Folha

da Manhã S.A e a Infoglobo Comunicações, responsável pelo jornal O Globo, lançam o jornal especializado em economia, Valor Econômico (Folha, 2001). A sociedade durou até o final de 2016, quando a Folha vendeu sua participação acionária ao parceiro.

Atualmente, o Grupo Folha é um dos maiores *holdings* de comunicação do país, empregando diretamente nove mil pessoas. Controla a Folha de São Paulo, o UOL, a Folha.com e as gráficas Plural e “FolhaGráfica”. Também publica os jornais Agora e Alô Negócios (PR); as revistas “sãopaulo”, Revista da Hora e Serafina e o “GuiaFolha”. É proprietária do Datafolha, Editora Publifolha, Livraria da Folha, Agência Folhapress, Transportadora Transfolha e a SPDL, empresa de distribuição e logística estabelecida em associação com o jornal O Estado de São Paulo (Folha, 2015).

Nesses 96 anos de existência, a Folha de São Paulo e seus veículos precursores tiveram participação ativa na política nacional. Nesse sentido, a Folha da Noite nasceu para atender à lógica da Indústria Cultural, com posições que oscilavam de acordo com os rumos da opinião pública e os interesses do mercado: “As Folhas, desde o nascimento da primeira delas em 1921, foram mercadorias, feitas em uma organização estruturada sob forma de empresa” (Taschner, 1992, p. 195).

Em seus primeiros anos, a Folha da Noite tinha como público-alvo os trabalhadores urbanos e reivindicava moradia, férias, regulamentação do trabalho dos menores nas fábricas e o voto secreto. O jornal também apoiou a Revolta Tenentista e o surgimento do Partido Democrático, cuja criação foi comemorada na capa do periódico (Pinto, 2012).

No entanto, a partir de 1929, com Olival Costa como único dono, as Folhas se reaproximam dos republicanos paulistas e passaram a criticar fortemente a política de Getúlio Vargas. “Em março, no dia das eleições presidenciais, a Folha da Manhã estampou na capa sua opção por Júlio Prestes e atacou Getúlio Vargas [...]” (Pinto, 2012, p. 21).

Com a revolução de 1930 e ascensão de Getúlio Vargas, a sede da Folha é depredada e incendiada por apoiadores do novo regime em 24 de outubro deste ano, sendo vendida no ano seguinte ao fazendeiro e comerciante Octaviano Alves de Lima, que via nos jornais mais que um negócio: seria um meio para favorecer sua atividade cafeeira (Pinto, 2012).

Depois de um período sem confrontos com o governo federal, o jornal novamente assume tom de oposição e faz duras críticas a Vargas, apoiando, assim como a maioria dos jornais paulistas, a Revolução Constitucionalista de 1932. Em suas páginas, o governo é chamado de ditadura inoperante, obscura e inepta em relação ao Estado de São Paulo (Pinto, 2012).

Com a rendição dos revolucionários em 28 de setembro, o jornal assume postura acrítica e aceita o controle da imprensa imposto por Vargas. O noticiário político é colocado em segundo plano (Pinto, 2012). Novos proprietários assumem a Folha em 1962, os empresários Octavio Frias de Oliveira e Carlos Caldeira Filho. Em 1964, o jornal volta a adotar uma postura política, posicionando-se a favor da queda do presidente João Goulart e da instalação do regime militar, que se esperava ser temporário. Em publicação especial em comemoração aos seus 90 anos, em 2011, o jornal reconhece o fato. A Folha afirmou que apoiou o golpe militar de 1964, assim como, segundo o texto, praticamente toda a grande imprensa brasileira. Porém garantiu não ter participado da conspiração que derrubou o presidente João Goulart. O jornal reconhece ainda que apoiou editorialmente a ditadura (Pilagallo, 2011).

Nos anos 1970, o jornal foi acusado de colaborar com a ditadura ao supostamente ter emprestado veículos para ações de repressão. Na época, três camionetes de entrega de jornais foram queimadas e o dono do jornal foi ameaçado de morte. Em matéria publicada em 11 de dezembro de 2014, noticiando o relatório da Comissão da Verdade, a Folha voltou a reconhecer que apoiou o golpe. Não negou o empréstimo dos carros, mas afirmou não existirem provas cabais (Folha, 2014).

A partir de 1976 a Folha mudou sua postura e passou a se manifestar a favor da abertura política. O jornal abriu suas páginas para intelectuais, muitos deles perseguidos pelo regime militar, procurando implantar cobertura mais independente e plural. Jânio de Freitas, Paulo Francis, Tarso de Castro, Glauber Rocha, Flavio Rangel, Alberto Dines, Mino Carta, Osvaldo Peralva, Luiz Alberto Bahia e Fernando Henrique Cardoso passaram a integrar o *casting* de colunistas (Pilagallo, 2012).

Nos anos de 1983 e 1984 a Folha, ao encampar o movimento pelas Diretas-Já, que visava à realização de eleições diretas para a Presidência da República, emergiu como o primeiro grande diário a explicitamente levar a bandeira a favor das eleições diretas, assumindo posição militante e mais ativa em relação aos outros jornais, principalmente devido às críticas agressivas ao *establishment* militar (MATOS, 2008, p. 50).

Em 1992, a Folha teve papel determinante na instalação do processo de *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello. Depois de várias denúncias de corrupção, o jornal publicou no dia 30 de junho editorial intitulado “Renúncia Já”, no qual afirmou que Collor não tinha mais condições de governar o país (Folha, 1992).

Em 2005, o jornal publicou entrevista com o então deputado Roberto Jefferson (PTB), que deu origem ao chamado escândalo do mensalão. Jefferson acusou o governo federal de

pagar uma mesada para que partidos da base aliada votassem a favor dos projetos do governo. Foram denunciadas 38 pessoas. O caso teve grande repercussão e culminou com a condenação de José Dirceu (ex-ministro da Casa Civil), José Genoíno (presidente do PT) e Delúbio Soares (ex-tesoureiro do PT). Três deputados foram caçados, quatro renunciaram e a popularidade do então presidente Lula atingiu seus piores índices (Nunomura, 2012).

Em 17 de fevereiro de 2009, um editorial do jornal causou grande polêmica ao se referir à ditadura militar brasileira como “ditabranda”, comparada ao pesado autoritarismo peruano de Fujimori. A publicação resultou em forte reação de setores da sociedade, que criticaram veemente a postura do jornal e promoveram protesto em frente a sede do jornal no dia 7 de março, reunindo estudantes, sindicalistas e familiares de vítimas da ditadura. A repercussão obrigou o diretor de redação, Otávio Frias Filho, a publicar nota reconhecendo o erro (Folha, 2009).

Em abril do mesmo ano a Folha de São Paulo se envolveu em outro episódio polêmico: a publicação, como verdadeira, de ficha policial atribuída a Dilma Rousseff, ex-ministra de Minas e Energia e Casa Civil e que na época tinha seu nome ventilado como candidata a Presidência da República pelo PT. A Folha associou Dilma ao planejamento do sequestro do ex-ministro Delfim Netto durante o período da ditadura militar, erro reconhecido alguns dias depois (Folha, 2009).

Desde 1978 os princípios jornalísticos do periódico passaram a ser discutidos de forma regular pelo Conselho Editorial do jornal e a partir de 1985 têm sido divulgados publicamente. Esses princípios passaram pela última atualização em 2017 e incluem: confirmar a veracidade de toda notícia antes de publicá-la; praticar jornalismo criterioso e atualizado com dados relevantes do mundo, Brasil e São Paulo; priorizar temas de interesse público; promover os valores do conhecimento, da solução pacífica dos conflitos, da livre-iniciativa, da equalização de oportunidades, da democracia representativa, dos direitos humanos e da evolução dos costumes; abordar os assuntos com disposição crítica e sem tabus, no intuito de iluminar problemas, apontar falhas e contradições, sem prejuízo de buscar conteúdos proveitosos ou inspiradores; cultivar a pluralidade; obrigar-se a ponderar os argumentos da parte acusada e garantir espaço ao contraditório; manter atitude apartidária; preservar o vigor financeiro da empresa como esteio da independência editorial; estabelecer distinção visível entre material noticioso e opinativo; rechaçar censura e outras agressões à liberdade de expressão e identificar e corrigir com destaque erros de informação cometidos (Folha, 2017).

#### 4.5. Referenciais de análise

Para obtenção do **objetivo específico “a”** utilizou-se o Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística proposto por Silva & Maia, 2011.

Tal protocolo foca na estrutura da cobertura verificando as marcas das técnicas e estratégias de apuração e composição da matéria jornalística. Esse método também proporciona a comparação das coberturas das publicações, bem como as transformações, se é que ocorreram, na política editorial durante o período analisado, ajudando a identificar e explicar tendências na produção e apresentação da informação. Os autores classificam o método como:

[...] um protocolo de análise de cobertura jornalística com o objetivo de possibilitar a apreensão do acontecimento jornalístico numa instância localizada entre o trabalho de bastidores da redação e as análises subsequentes do conteúdo temático e do discurso no e sobre o mesmo acontecimento (Silva & Maia, 2011, p.01).

O protocolo é organizado em três fases: 1) marcas da apuração, 2) marcas da composição do produto e 3) aspectos da caracterização contextual. No presente estudo serão abordadas as duas primeiras fases, já que a terceira é contemplada de maneira mais adequada à pesquisa nos referenciais teórico-metodológicos de enquadramento, *agenda-setting* e Cenário de Representação Política (CR-P).

A primeira fase ou marcas de apuração observa aspectos como a assinatura do texto, ou seja, quem escreveu a notícia; o local de apuração, que pode ser interno, caso o jornalista não teve acesso direto à notícia, ou externo, quando o autor vai fazer a produção “in loco”; e, por fim, a origem da informação, que pode ser de primeira mão, quando é apurada diretamente pelo jornalista ou de segunda mão, quando são originárias de terceiros.

Já as marcas de composição do produto, que engloba aspectos como gênero (tipo de matéria); em qual página ou caderno está localizada e se foram utilizados recursos adicionais ao texto, como fotografia, tabelas, *boxes* e ilustração.

Para exemplificar, os autores definem a primeira fase como a lente de uma câmera teleobjetiva, que se debruça isoladamente sobre a matéria jornalística e foca a análise na estratégia de cobertura. A segunda fase oferece a visão de uma lente normal, apresentando a possibilidade de análise mais aberta, saindo um pouco do texto e verificando características que levam em conta aspectos como a localização e a página em que a matéria foi publicada, o tamanho, a presença em chamada de capa e/ou de foto, entre outros. A terceira fase lembra

uma lente grande angular, que não está preocupada com os detalhes, mas sim com uma visão geral do objeto de estudo, levando em consideração todo o contexto social, histórico e cultural da produção da reportagem (Silva & Maia, 2011).

A partir da análise dos resultados obtidos com a aplicação do Protocolo de Análise Jornalística é possível entender melhor aspectos fundamentais da produção que podem indicar qual é o grau de importância que o veículo destinou a determinada notícia.

No presente estudo, o Protocolo de Análise Jornalística foi utilizado para organizar o trabalho de pesquisa e quantificar as matérias encontradas, a fim de facilitar a análise proposta no objetivo específico “b”.

No contexto **objetivo específico “b”**, inicialmente foram classificadas as fontes de informação e, em seguida, foram empregados nas matérias jornalísticas os referenciais teórico-metodológicos do enquadramento, da *agenda-setting* e do Cenário de Representação Política (CR-P).

Para descrever as fontes de informação utilizadas nas matérias analisadas usou-se como base a definição:

Fontes de notícias são pessoas, organizações sociais, grupos ou referências, envolvidas direta ou indiretamente a fatos e eventos; que agem de forma proativa, ativa, passiva ou reativa. Sendo confiáveis, credíveis ou duvidosas; de quem os jornalistas obtêm informações de modo explícito ou confidencial para transmitir ao público por meio de uma mídia (Schmitz, 2011, p. 2).

Esse autor classifica as fontes da seguinte forma: a) **oficial**, é aquela que ocupa uma função ou cargo público. Trata essencialmente do interesse público, embora tenha seus interesses pessoais ou do grupo político a que pertence; b) **empresarial**, que representa uma corporação empresarial. Tem interesses comerciais ou institucionais e buscam na relação com a mídia a preservação da imagem; c) **institucional**, que representa organização sem fins lucrativos ou grupo social. Mas, nem por isso, está livre de suspeita, pois apesar de estar desvinculada de interesse próprio, defende aquilo que a entidade acredita e ostenta; d) **popular**, não representa grupos e manifesta-se por si mesma. Pode ser testemunha, vítima ou cidadão que busca seus direitos. É importante para contextualizar a vida cotidiana; e) **notável**, representada por artistas, esportistas, profissionais liberais, personalidades políticas, que falam de si e de seu ofício; f) **testemunhal**, alguém que participou, viu ou ouviu o fato; g)



**especializada**, pessoa ou organização reconhecidamente perita em determinado assunto e; h) **referência**, documento ou mídia consultada pelo jornalista.

Com relação ao referencial do enquadramento (Bateson, 1954; Goffman, 1974), deve-se considerar que a palavra remete à fotografia, ao posicionamento do que vai ser fotografado, ou seja, o que será selecionado ou emoldurado do cenário para figurar na imagem final. Para cada tipo de enquadramento, é possível transmitir uma mensagem diferente, que será determinada pelo seu autor. O mesmo se dá com relação à notícia, que pode ser enfocada de acordo com os interesses ou a visão sobre assunto de quem as publica. É importante ressaltar que, neste caso, o sentido de enquadrar esteja relacionado a aspectos verdadeiros da notícia e não em ficção. Assim, mesmo com o entendimento tradicional de que o papel da mídia é de informar de forma imparcial e objetiva, os meios ou veículos têm o poder de orientar o público na forma como ele vai pensar sobre determinado tema, podendo organizar a mensagem privilegiando preferências de enquadramento e ignorando outras (Porto, 2004).

Enquadramento pode ser considerado como a arte de contar histórias, “significa privilegiar determinadas visões – exatamente aquelas mais adequadas à construção de um produto mais comercializável, que apresente elementos reconhecíveis e uma narrativa mais fácil de compreender” (Rothberg, 2005, p.22).

A análise do pesquisador não pode se limitar a dizer se existe ou não objetividade e imparcialidade. Precisa observar também se o conteúdo é oriundo de uma “matriz ideológica limitada” que, normalmente, pode vir carregada de conceitos e valores, ativada pelos jornalistas, mesmo que inconscientemente. O conceito de objetividade pode ser considerado um suporte teórico frágil diante de uma realidade complexa. Neste caso, uma das alternativas sugeridas é o conceito da "orientação estruturada", que é mais abrangente e inclui "vários tipos de orientações e relações sistemáticas que, inevitavelmente, estruturam os relatos noticiosos" (Robert Hackett, 1993, p.128).

O enquadramento pode ser entendido como a seleção do formato utilizado na transmissão da mensagem, cujo objetivo é disseminar determinada informação, proporcionando a interpretação pretendida pelo emissor. Os “efeitos de formulação podem ocorrer sem ninguém ter consciência do impacto do enquadramento adotado nas decisões e podem ainda ser explorados para alterar a atratividade relativa das opções. Enquadramentos são, portanto, importantes instrumentos de poder” (Porto, 2002, p. 5).

O enquadramento pode ressaltar interpretações ou linhas de pensamento que possam interessar a determinados grupos ou mesmo pessoas. A prática é conhecida nas redações como o ângulo da notícia e pode influenciar nos temas e nos atores que são destacados pelos

meios de comunicação de massa. “É entendido como recursos que organizam o discurso a partir de práticas específicas (seleção, ênfase, exclusão) e que acabam por construir uma determinada interpretação dos fatos” (Porto, 2004, p.80).

Seguindo essa linha de pensamento, “os enquadramentos introduzem ou aumentam a saliência ou importância aparente de certas ideias, ativando esquemas que encorajam os públicos-alvo a pensar, sentir e decidir de maneira particular” (Entman, 2007, p. 164). Também é necessário analisar quatro questões importantes para compreender melhor o conceito: autonomia da audiência, objetividade jornalística, análise de conteúdo e relações entre opinião pública e teoria do modelo democrático. Em relação à autonomia, é possível reconhecer que a audiência tem suas próprias formas de compreender os significados veiculados, porém a perspectiva dominante pode ser mais fácil de ser processada e aceita pelo público. No que diz respeito à objetividade jornalística está a percepção de que, mesmo que seja levada em consideração, o texto será contaminado pelo enquadramento dominante. Já à análise de conteúdo deve se limitar ao significado textual que “deve ser identificar e descrever enquadramentos”. Sobre as relações entre opinião pública e teoria do modelo democrático, o autor lembra que o processo democrático pode ser contaminado por interesses das classes dominantes, já que:

Se, através da formatação de enquadramentos, as elites podem determinar as principais manifestações da ‘verdadeira’ opinião pública disponível ao governo (através de pesquisas ou do voto). O que pode ser a verdadeira opinião pública? (Entman, 2007, p.56-57).

Os enquadramentos podem também ser categorizados em quadros de conflito, jogo e episódicos:

quadros de conflito (quando retratam os políticos como eternos personagens em disputa, sem mais considerações às políticas públicas envolvidas em determinado arranjo de forças); jogo (os personagens são retratados como agentes movidos unicamente por estratégias competitivas em busca de vantagens particulares); e episódicos (quando fatos e conjunturas de grandes repercussões recebem tratamento superficial e são enfocados somente a partir de seus traços extravagantes, pitorescos ou sensacionalistas) (Rothberg, 2014, p. 409).

Em outra classificação dois tipos principais de enquadramentos são apontados: os noticiosos e os interpretativos. Enquadramentos noticiosos são padrões de apresentação, seleção e ênfase utilizados por jornalistas para organizar seus relatos. Normalmente resultante da própria escolha do jornalista no que tange ao formato, tem como objetivo principal a conquista da audiência. As principais técnicas utilizadas são o sensacionalismo e a dramaticidade. Os enquadramentos noticiosos são divididos em dois tipos: temático e corrida de cavalos (*horse race*), mais ligado a processos eleitorais. O tipo corrida de cavalos é mais superficial, ressaltando o desempenho dos candidatos nas pesquisas eleitorais e o temático, mais abrangente, focado na divulgação das propostas de programa de governo (Rothberg, 2002).

Enquadramentos interpretativos são elaborados geralmente por atores políticos e constituem-se em “padrões de interpretação que promovem uma avaliação particular de temas e/ou eventos políticos, incluindo definições de problemas, avaliações sobre causas e responsabilidades, recomendações de tratamento, etc.” (Porto, 2002, p.15). Esse conceito permite apontar qual será a interpretação evidenciada diante de tantas outras. Também é possível identificar o desenvolvimento dos acontecimentos além dos fatos e eventos. Nos enquadramentos interpretativos é possível ainda encontrar o do tipo episódico, o qual se atém à cobertura de eventos, atribuindo as responsabilidades dos acontecimentos a indivíduos e não às instituições sociais (Porto, 2002).

A diferenciação entre enquadramentos noticiosos e interpretativos está no agente. Os noticiosos são elaborados pelo próprio jornalista e os interpretativos são oriundos dos agentes políticos e sociais (Porto, 2002). Dessa forma, a teoria do enquadramento poderá fornecer subsídios para uma discussão mais aprofundada do conjunto de interpretações sobre a forma como o jornal Folha de São Paulo tratou a constante redução da mortalidade infantil no período estudado, observando se o enfoque dado privilegiou ou não os aspectos determinantes deste fato.

O enquadramento é considerado um desdobramento da *agenda-setting*, hipótese formulada pelos professores Maxwell E. McCombs e Donald L. Shaw que criaram uma linha de investigação centrada nos efeitos cognitivos da mídia. De acordo com esse conceito, o público é levado a ter uma percepção de importância diretamente influenciada pelos meios de comunicação. Ao invés de escolher quais assuntos vão alimentar a sua própria pauta, o público deixa essa análise mais complexa e cognitivamente mais exigente, de forma automática ou consciente, a cargo da mídia (Hohlfeldt, 1997). Para validarem a hipótese, os autores apresentam um estudo entre eleitores indecisos de Chapel Hill, na Carolina do Norte

(EUA), que revelou que os temas relacionados à política que os moradores consideravam importantes, eram os mesmos que a mídia tinha dado maior espaço durante o período eleitoral presidencial de 1968 (McCombs & Shaw, 1972).

*A agenda-setting é:*

[...] a hipótese segundo a qual a agenda temática dos meios de comunicação impõe os temas de discussão social. Em outras palavras: as pessoas, nas suas comunicações interpessoais, discutem prioritariamente sobre os temas abordados pelos meios de comunicação (Barros Filho, 1996, p. 27).

Em síntese, trata-se de um mecanismo em que os meios de comunicação de massa têm o poder de orientar a escolha dos temas que o público vai entender como fundamental.

Essa imposição midiática pode ser vista de duas maneiras. A primeira, mais rígida, analisa o processo como uma forma de manipulação, já que os meios de comunicação determinam os fatos que terão existência social e os que serão esquecidos. A outra visão é mais branda e afirma que a complexidade da realidade social e a velocidade progressiva da vida em sociedade só se viabilizam em função de mecanismos redutores dessa complexidade, principalmente em assuntos que parecem distantes, como política, por exemplo. Neste aspecto, os meios de comunicação se tornam apenas um meio de aglutinar, permitindo que indivíduos dos mais variados níveis sociais possam interagir, permitindo um mínimo denominador comum de temas sobre os quais conversar (Barros Filho, 1996).

Nesse sentido, os grandes jornais têm um papel fundamental na formação do que chamamos de agenda. Apesar da penetração insignificante nas camadas sociais mais baixas, o meio atinge uma fatia fundamental do público. Conhecidos como formadores de opinião, os leitores de jornais se localizam principalmente nas classes A e B. Em sua página na internet, a Folha de São Paulo cita pesquisa do Kantar Ibope para afirmar que 59% dos leitores pertencem às classes econômicas A e B, 37% a classe C e apenas 4 % as classes D e E (Folha de São Paulo, 2015).

Azevedo aponta que:

[...] os grandes jornais, além da linguagem sóbria e culta, priorizam a cobertura política e econômica e praticam um jornalismo opinativo que coexiste com a tendência mais recente de se fazer um jornalismo de informação. Orientados para a elite e os formadores de opinião, estes jornais

compensam a baixa penetração nas camadas populares com a grande capacidade de produzir agendas, formatar questões e influenciar percepções e comportamentos, tanto no âmbito político-governamental quanto no público em geral, este último através dos líderes de opinião ou da repercussão da pauta dos jornais na televisão aberta (Azevedo, 2006, p. 95).

Considerando que existe uma grande oferta de informações e opiniões e que a mídia de massa não consegue dar conta de tudo isso, pode-se pressupor que alguns grupos têm mais facilidade de acesso e, conseqüentemente, mais capacidade de influenciar os meios de comunicação do que outros. Analisando essa desigualdade e até para diferenciar quem são os sujeitos ativos e passivos na opinião pública, propõe-se a separação em duas categorias denominadas públicos fortes, formado pelas elites política e econômica e o público fraco, que não tem acesso e nem recursos suficientes para influenciar a agenda (Fraser, 1992).

A função da *agenda-setting* se dá em dois níveis, sendo que o primeiro se refere ao “estudo sobre o que o público pensa” e o segundo “como o público pensa” (Porto, 2004, p.76). “Neste contexto, a formação de agenda corresponderia a um primeiro nível de efeitos (o que o público pensa), ao passo que o enquadramento exerceria o papel de um segundo nível (como o público pensa)” (Rothberg & Berbel, 2010, p. 459).

Os temas explorados pelos veículos de comunicação são aqueles evidenciados por eles próprios. É como se a mídia apresentasse ao público uma relação dos assuntos que deverão ser discutidos e, segundo os quais, as pessoas devem ter opinião. Para Azevedo (2002, p.1), “a mídia ao descrever a realidade ou narrar acontecimentos sugere, direta ou indiretamente ao público, lista sobre o que é necessário ter opinião ou discutir”.

Azevedo afirma ainda que:

[...] a ideia básica da *agenda-setting* sustenta a existência de uma correlação entre a agenda da mídia e a agenda do público, na medida em que, numa sociedade de massa, a percepção pública dos temas relevantes é construída tendo por base as informações veiculadas pela mídia (Azevedo, 2002, p. 1).

Trata-se de um conceito de fácil entendimento, já que basta um olhar mais atento para observar que é a mídia quem diz quais notícias serão manchetes e qual destaque terão, tanto em termos de espaço, quanto no tempo em que essas notícias ficarão em pauta. Assim, o consumidor de notícias, mesmo que involuntariamente, passa a dar importância aos assuntos

que são pautados pelos meios de comunicação de massa, inclusive sendo influenciado pelo tipo de enquadramento. A mídia, “ao adotar enquadramentos positivos ou negativos sobre os temas, acontecimentos e atores, constrói atributos (positivos ou negativos) sobre esses objetos” (Azevedo, 2004, p.52).

A mídia influencia inclusive na percepção de relevância que as pessoas dão para os temas. Segundo o autor, existem dois níveis de atuação: a ordem do dia dos temas, ou seja, argumentos e problemas presentes na agenda da mídia; e a hierarquia de importância e de prioridade com que esses elementos estão dispostos na ordem do dia (Wolf, 1999).

Pressuposto relativo à hipótese do agendamento é o fluxo contínuo de informação; a influência dos meios de comunicação sobre o receptor a médio e longo prazo e o fato de os meios de comunicação serem capazes de impor o que pensar a médio e longo prazos (Hohlfeldt, 1997). Para o autor:

[...] dependendo dos assuntos que venham a ser abordados – agendados – pela mídia, o público termina, a médio e longo prazos, por incluí-los igualmente em suas preocupações. Assim, a agenda da mídia termina por se constituir também na agenda individual e mesmo na agenda social. (Hohlfeldt, 1997, p. 43).

Assim, podemos supor que a realidade que formamos em nossa mente é resultado do que imaginamos. Diferente das sociedades primitivas, nas sociedades urbanas, a maioria das pessoas não têm acesso ocular aos acontecimentos. Daí a necessidade de um mediador para transmitir as informações, que se materializam nos chamados meios de comunicação de massa ou *mass media* (Hohlfeldt, 1997).

A crença depositada no jornalismo pelo consumidor de informação pode ser desdobrada em três elementos. Primeiro (e mais simples), a confiança na veracidade dos fatos relatados. Depois, a confiança de que realmente os aspectos mais relevantes de cada fato são aqueles que estão relatados e, por fim, a confiança na escolha acertada, entre a infinidade de eventos que ocorrem a cada dia (Miguel, 2004).

Apesar da notória crise que atinge os meios de comunicação de massa, especialmente os veículos impressos, com queda acentuada em suas tiragens, não há dúvida de que a mídia exerce papel fundamental em uma sociedade cada vez mais globalizada, de convergência de tecnologias e de fluxo de informações ao qual o público está submetido. Levando em consideração o enquadramento e a agenda da mensagem jornalística, a partir das quais o

público constrói a sua própria realidade, torna-se necessário a utilização do conceito de Cenário de Representação Política (CR-P) para compreender as representações da realidade na mídia e a crescente importância que os meios de comunicação atingem na sociedade contemporânea.

Mesmo que as transformações radicais não atinjam toda a população mundial na mesma velocidade, nem produzam consequências uniformes nas sociedades do planeta, é sobretudo a centralidade da mídia que faz com que suas implicações possam ser sentidas no cotidiano das pessoas, independentemente da classe social, etnia, sexo ou idade (Lima, 2001).

De acordo com o conceito da centralidade, alguns grupos e até mesmo pessoas, bem como ideias e valores, se destacam na sociedade, enquanto o oposto, o excluído, pode em determinado momento aproximar-se, ou não, dessas posições de destaque. Dentro do conceito de CR-P, cenário deve ser compreendido como lugar onde se desenvolvem os acontecimentos, em sua totalidade ou em parte. Assim, torna-se necessário mencionar também os conceitos de imaginário social e cultura política (Lima, 2004).

Os imaginários sociais são referências simbólicas presentes nas sociedades, nas quais elas se identificam, se percebem, se dividem e elaboram seus próprios objetivos. O imaginário social é uma peça efetiva e eficaz do dispositivo de controle da vida coletiva e, em especial, do exercício da autoridade e do poder. É o imaginário social que é responsável pela construção das crenças, da ética e moral de uma sociedade. Quem transmite essas representações para o público, contribuindo para que ele as encare como parte da própria realidade da vida social é a mídia. Por sua vez, a cultura política é o conjunto de orientações políticas subjetivas que fazem parte de uma determinada população ou parte dela, incluindo o conhecimento da realidade e a adesão aos valores políticos. Em resumo, a cultura política é resultado das exposições e experiências que as pessoas adquirem ao longo de suas vidas, seja pela mídia ou por outras instituições sociais em que estão ou que fizeram parte (Lima, 2001).

Ainda segundo Lima (2001), guardadas suas diferenças, os conceitos de imaginário social e cultura política se referem ao campo das construções simbólicas, ou seja, da representação da realidade formada por uma sociedade. Paralelamente, o conceito gramsciano de hegemonia não nos permite ignorar que existem dominadores e dominados em uma sociedade desigual. Assim, é possível afirmar que a hegemonia “se constitui e se realiza no espaço em que o sentido da vida e das coisas é construído, isto é, no espaço das representações” (Lima, 2001, p. 243).

Dessa maneira, o CR-P pode ser considerado o espaço específico em que a realidade política de uma sociedade está representada por meio de símbolos e acompanhadas das

referências próprias. Assim como o CR-P, a hegemonia está sujeita a transformações, mutações e modificações contínuas. A partir disso, torna-se necessário a discussão do contra-CR-P ou CR-P alternativo, que nada mais são do que manifestações de grupos da sociedade que atuam pressionando o CR-P dominante:

O conceito de hegemonia oferece duas vantagens comparadas básicas como referência e âncora teórica do CR-P, *vis-à-vis* os conceitos de imaginário social e cultura política: (a) contém necessariamente o seu contrário – o contra-hegemônico ou o hegemônico alternativo; (b) implica um processo ao mesmo tempo ‘constituído pela’ e ‘constituído da’ realidade social (Lima, 2001, p. 183).

Ao mesmo tempo em que um CR-P reflete os conhecimentos e vivências de uma sociedade, ele também influencia suas mudanças. O CR-P hegemônico do Brasil conta com chamados elementos permanentes ligados à interpretação política, além dos elementos transitórios e constitutivos, que segundo Lima (2001, p.197) são “conjuntos de construções simbólicas convergentes sob o domínio de um mesmo tema, reunidos em torno de núcleo central organizador” e que podem ser confundidos com um CR-P oposicional ou alternativo. Mesmo com a capacidade de assumir um caráter hegemônico temporário, não contam com poder necessário para alterar a “sustentação material da hegemonia na sociedade civil”.

Entretanto, conforme explica o autor (2001, p.203), os elementos constitutivos são “representações expressas no conteúdo (nas mensagens) de longo prazo da programação ou das matérias impressas”. Devido a essa larga exposição editorial tem grande poder sobre a sociedade.

Duas hipóteses estão relacionadas ao conceito, o CR-P dominante, que apesar de não determinar totalmente o conteúdo, acaba limitando os temas que serão discutidos, já que “demarca os limites dos quais as ideias e os conflitos políticos se desenrolam e são resolvidos, podendo neutralizar, modificar ou incorporar iniciativas opostas ou alternativas” (Lima, 2001, p. 203). A segunda hipótese é a do CR-P contra-hegemônico ou alternativo, que diante do poder CR-P hegemônico se vê obrigado a utilizar símbolos e tradições culturais – já incorporadas no imaginário social e cultura política da sociedade – para que sejam identificados como os mais próximos do CR-P dominante (Lima, 2001).

Os veículos de massa são fundamentais para garantir uma cobertura política plural, especialmente em um país em constante busca pela democracia, já que o sistema público de



ensino não atende essa demanda da sociedade. Porém, essa forte atuação da mídia também pode fazer com que prevaleça uma determinada corrente de opinião (Lima, 2001).

Levando em consideração que a agenda é formada pela conformação ou continuidade de enquadramentos e temáticas, esse referencial teórico contribui para análises profundas de determinada cobertura jornalística. Com o objetivo de facilitar à compreensão do CR-P, a análise será dividida de acordo com os mandatos presidenciais do período: 1990-1994, 1995-2002, 2003-2010 e 2011-2015.

**Quadro 2** - Síntese dos referenciais teórico-metodológicos utilizados

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Referenciais utilizados</b>	<b>Contribuição</b>
A	Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística (Silva & Maia, 2011)	Organização do trabalho de pesquisa e quantificação das matérias: marcas da apuração e marcas da composição do produto
B	Fontes de notícias (Schmitz, 2011)	Análise das fontes de informação utilizadas pelo jornal. Identificação da observância dos princípios básicos do jornalismo na seleção
	Enquadramento (Bateson, 1954; Goffman, 1974)	Análise do enfoque, critérios de seleção e exclusão de temas
	<i>Agenda-setting</i> (McCombs, & Shaw, 1972)	Análise da agenda temática imposta pela Folha de São Paulo
	Cenário de Representação Política (CR-P) (Lima, 1994)	Compreensão das representações da realidade

#### 4.6. Procedimentos Éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, havendo

dispensa de análise pelo referido Comitê por tratar-se de estudo com dados de domínio público (Anexo I - Ofício nº 154/2015-CEP).

## 5. RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 são referentes ao Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística, proposto por Silva & Maia (2011). Para essa análise foram incluídas as 267 matérias sobre mortalidade infantil em que foi possível identificar a temática da determinação da saúde, doença e cuidado, independentemente do local de publicação no jornal Folha de São Paulo.

Na Tabela 1 apresenta-se o ano de publicação e as marcas de apuração do artigo, sendo que a categorização dos anos considerou os mandatos dos governos federais. A maior parte das publicações foi publicada na primeira metade do período (64,4%), foi apurada externamente (55,5%), com informação de primeira mão (92,1%) e vinda do poder público (61,8%); quanto à assinatura, destacaram os repórteres da matriz (28,8%) e correspondentes e sucursais (28,8%).

A Tabela 2 trata das marcas de composição dos artigos. A reportagem foi o mais frequente gênero das matérias (48,7%); publicadas em páginas pares (51,7%), por editoria regional (27,4%) e localizada no quadrante superior direito da página (43,8%). Foram manchetes 28,5% das publicações e 58,4% utilizaram recursos visuais, sendo que em 37,5% dos casos foram utilizados múltiplos recursos. Considerando o tipo, os principais recursos utilizados foram o *box* (37,1%) e foto (31,5%) (Tabela 2).

**Tabela 1** - Ano de publicação e marcas de apuração referentes aos artigos selecionados (n=267). Jornal Folha de São Paulo, 1990-2015

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ano</b>		
1990-1994	53	19,8
1995-2002	119	44,6
2003-2010	70	26,2
2011-2015	25	9,4
<b>Local de Apuração</b>		
Externo	148	55,5
Interno ou Indefinido (Redação)	119	44,6
<b>Origem da Informação</b>		
Informação de Primeira Mão	246	92,1
Informação de Segunda Mão	21	7,9
<b>Fontes de Primeira Mão</b>		
Poder Público	165	61,8
Especializadas, Comentadores	47	17,6
Institucionais	41	15,4
Cidadãs	12	4,5
Não convencionais	2	0,7
<b>Assinatura</b>		
Repórter da Matriz	77	28,8
Correspondentes e Sucursais	77	28,8
Editorial	24	9,0
Agência de Notícias	28	10,5
Colaborador sem Vínculo	16	6,0
Enviados Especiais	10	3,8
<i>Free lance</i>	12	4,5
Editor de Caderno	4	1,5

**Tabela 2** - Marcas de composição referentes aos artigos selecionados (n=267). Jornal Folha de São Paulo, 1990-2015

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Reportagem	130	48,7
Notícia	56	21,0
Artigo	27	10,1
Editorial	23	8,6
Reportagem Especial (Dossiê)	17	6,3
Nota, Coluna ou Entrevista	14	5,3
<b>Página</b>		
Par	138	51,7
Impar	120	44,9
Mais de uma	9	3,4
<b>Editoria</b>		
Regional	73	27,4
Brasil	60	22,5
Cotidiano	60	22,5
Opinião	37	13,8
Outros*	37	13,8
<b>Localização</b>		
Quadrante Superior Direito	117	43,8
Quadrante Inferior Direito	61	22,9
Página Completa	38	14,2
Meia Página	35	13,1
Duas Páginas ou Mais	9	3,4
Centro da Página	7	2,6
<b>Manchete</b>	77	28,8
<b>Recurso Visual</b>	156	58,4
<b>Múltiplos Recursos</b>	100	37,5
<b>Gráfico</b>	53	19,9
<b>Tabela</b>	70	26,2
<b>Box</b>	99	37,1
<b>Foto</b>	84	31,5
<b>Ilustração</b>	9	3,4

\* Cidades, Dinheiro, Atmosfera, Mundo, Ilustrada, Mais, Sinapse, Teen, Poder, Especial e Saúde.

A Tabela 3 apresenta as características das 82 manchetes jornalísticas incluídas no estudo para abordagem qualitativa.

**Tabela 3** - Características das matérias jornalísticas incluídas no estudo. (n=82). Jornal Folha de São Paulo, 1990-2015

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
<i>Box</i> de reportagem	1	1,2
Editorial	20	24,7
Notícia	15	18,3
Reportagem	46	57,0
<b>Período de publicação</b>		
1990-1994	9	11,1
1995-2002	44	53,6
2003-2010	23	28,0
2011-2015	6	7,3
<b>Fontes mais listadas</b>		
Ministério da Saúde	41	16,1
IBGE	30	11,8
Prefeituras	28	11,0
ONU	26	10,2
Gov. Estado SP	22	8,6
Fundação Seade	12	4,7
Pastoral da Criança	12	4,7
Cidadão	12	4,7
OMS	10	3,9
IPEA	7	2,7
SBP	6	2,4
Outras	35	13,7

Destacaram-se as matérias do gênero reportagem (58,0%), publicadas no período entre 1995 e 2010 e que tomaram por base fontes oficiais, como Ministério da Saúde (16,1%), IBGE (11,8%) e prefeituras (11,0%).

No Quadro 1 é apresentada síntese das 82 manchetes, eleitas para análise relativa aos referenciais teórico-metodológicos do enquadramento, *agenda-setting* e CR-P. Íntegra dessas matérias e *links* de acesso são apresentados em Apêndice (Apêndices 1 e 2).

**Quadro 3** - Síntese das matérias jornalísticas sobre mortalidade infantil publicadas (n=82). Jornal Folha de São Paulo, 1990-2015.

Quadro/data	Título	Descrição	Ênfase	Agenda
1 08/03/1990	Paulistas tem esperança de vida maior	Pesquisa desenvolvida por demógrafo do Seade revela que a expectativa de vida do paulista aumentou. Revela, ainda, que a expectativa é maior entre as mulheres e os moradores do interior do Estado. Segundo o pesquisador, os motivos principais são a queda da mortalidade infantil e a diminuição da taxa da mortalidade feminina.	A reportagem enfatiza os motivos responsáveis pelo aumento da expectativa de vida. “A queda da mortalidade infantil na primeira metade da década de 80 e a diminuição da taxa da mortalidade feminina são as duas principais causas do crescimento da vida média do paulista, segundo o demógrafo”.	Apresenta-se o Estado de São Paulo como a unidade da Federação que tem mais qualidade de vida e que apresenta queda nas taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna.
2 19/10/1990	40% dos brasileiros passam fome; desnutrição atinge 30% das crianças	A reportagem descreve que no Brasil 40% da população vive em situação de pobreza, segundo dados da FAO. As informações foram divulgadas pelo órgão durante um seminário realizado em São Paulo. De acordo com esse documento, somente nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro estão 47,2% das populações pobres do país. Ainda segundo a FAO, 30% das crianças no mundo com idade entre 0 e 5 anos passam fome. Na América Latina a situação não é diferente: 183 milhões de sul-americanos vivem em situação de pobreza, dos quais 88 milhões abaixo do limite da indigência.	A questão está diretamente ligada à mortalidade infantil. “Em 1986 cerca de 61% da mortalidade infantil no país, foram causados pela desnutrição”.	A fome é um problema grave que atinge não só o Brasil e América Latina, como também o mundo. No caso específico do Brasil, existem programas de combate à desnutrição, porém são ineficientes e sobrepostos.
3	Mil crianças morrem ao	Cerca de mil crianças morrem todos os	Os números da mortalidade infantil	O número de mortes de

20/12/1990	dia no País, diz UNICEF	dias no Brasil e 40 mil no mundo, segundo relatório da ONU. O Brasil aparece como 64º país do mundo em uma lista de 129 países em taxa de mortalidade infantil. O que é preocupante é que o Brasil está atrás de países economicamente mais pobres, como Paraguai, Sri Lanka e Tailândia. Os números de crianças fora da escola, de trabalho infantil e de morte materna também são assustadores.	no Brasil são piores do que muitos países considerados mais pobres, como o Paraguai, Sri Lanka e Tailândia. “Esse número coloca o Brasil, entre 129 países, no 64º em índices de mortalidade infantil [...]”.	crianças é estarrecedor e algo precisa ser feito urgentemente para evitar milhares de mortes evitáveis. “Segundo o UNICEF, 60% dessas mortes são causadas pela diarreia, sarampo, tétano, coqueluche e pneumonia”.
4 21/12/1990	Calamidade infantil	O texto destaca os resultados obtidos pelo Brasil no que diz respeito à mortalidade infantil em relatório divulgado pelo UNICEF e critica o fato do país estar posicionado em situação pior do que países como Haiti, Zaire, Paraguai, Irã, entre outros.	O pior, segundo o editorial, é que a maioria das mortes poderia ser evitada com uma administração mais adequada dos recursos.	As autoridades precisam resolver essa situação vergonhosa que nos coloca no mesmo nível de países economicamente bem mais pobres.
5 06/08/1993	Cai taxa de mortalidade infantil no município	A reportagem comemora a queda da mortalidade infantil na cidade de São Paulo de 26,03 por mil crianças nascidas vivas em 1991 para 25,23 em 1992. Em virtude da nova metodologia empregada, foi possível identificar que o Itaim Paulista (Zona Leste) é o bairro com maior incidência e Indianópolis (Zona Sul) o de menor incidência. Segundo a Seade, as maiores causas de mortalidade infantil são problemas na gestação e pós-parto, doenças respiratórias, anomalias	Os números mostram a manutenção de uma tendência de queda observada nos últimos anos, apesar das diferenças significativas entre bairros pobres e ricos. “[...] apesar das regiões pobres continuarem a registrar taxas até 56% mais elevadas do que as dos bairros ricos”.	A cidade de São Paulo é um bom exemplo de redução da mortalidade infantil. “O número confirma a tendência da diminuição da mortalidade infantil na cidade”. Assim, o município poderia servir de exemplo para outras cidades do Estado e do país, para pautarem suas políticas públicas.



		congênitas, infecções parasitárias e desnutrição.		
6 10/06/1994	Pastoral registra aumento 'alarmante' na mortalidade	A notícia repercute a denúncia feita pela Pastoral da Criança, dando conta que a taxa de mortalidade infantil registrou um crescimento de 15% no primeiro trimestre. O mais preocupante, segundo o texto, é que os dados se referem a apenas as crianças acompanhadas pela Pastoral.	O que chama mais atenção é que os dados referem-se apenas às crianças atendidas pela Pastoral, que contam com melhor assistência.	Em virtude da ineficiência do Governo, a mortalidade infantil voltou a crescer de forma alarmante no Brasil.
7 11/06/1994	A morte do futuro	O texto faz uma crítica ao fato da taxa de mortalidade infantil ter aumentando de 28 para 33 por mil nascidos vivos em regiões atendidas pela Pastoral da Criança no primeiro trimestre de 1994. Ainda segundo o editorial, a situação pode ser ainda pior no restante do país, já que os números refletem a situação de crianças que contam com algum tipo de atendimento.	Mais crianças brasileiras estão morrendo e isso revela ser necessário refletir sobre as condições de vida da população.	O estudo da Pastoral é um alerta para as autoridades e mostra que o que está acontecendo no Brasil é uma situação grave.
8 14/06/1994	Santillo aponta 'genocídio' de crianças	Depois de afirmar que os dados referentes ao aumento da mortalidade infantil apresentados pela Pastoral da Criança não são significativos, o ministro da Saúde, Henrique Santillo, volta atrás e reconhece que o problema é grave. Ele afirmou que está acontecendo um genocídio de crianças no Brasil. Como medidas para enfrentar o problema, o Ministério promete lançar o Cartão da Criança e distribuir soro de reidratação oral.	Além de voltar atrás e dizer que a pesquisa é importante, o ministro classificou a situação como genocídio. “[...] no Brasil ocorre um genocídio provocado pela crise social”.	O trabalho da Pastoral da Criança tem grande valor e não deve ser desprezado. “O Ministério leva muito à sério essa descoberta”.

9 24/06/1994	Santillo diz a Conselho que faltam recursos	Em reunião do Consea (Conselho de Segurança Alimentar), o ministro da Saúde reconheceu que o governo é um dos culpados pelo aumento da mortalidade infantil, já que há falta de recursos na área da saúde. O ministério, segundo ele, recebeu apenas US\$ 220 milhões dos US\$ 1,56 bilhão previstos no orçamento para o combate às endemias neste ano. O ministro também apresentou um relatório que revela a existência de uma população infanto-juvenil de 15 milhões de indigentes.	Ministro reconhece que governo é culpado pelo aumento da mortalidade infantil. “[...] o governo é um dos responsáveis pelo aumento da mortalidade infantil”.	Faltam recursos para o combate à mortalidade infantil. “A causa, segundo ele (ministro da saúde), é a falta de recursos”.
10 07/02/1995	Mortalidade infantil em SP cai para metade em 13 anos	A notícia destaca que a mortalidade infantil sofreu uma queda na cidade e no Estado de São Paulo, 50,62 (1980) para 25,67 (1993) por mil nascidos vivos. A informação consta do Anuário Estatístico do Estado de São Paulo da Fundação Seade, que apresenta outros números relacionados à infecção pelo HIV, alfabetização e segurança.	Os números são inferiores às taxas registradas no país. “A mortalidade infantil no Brasil, em 1991, foi de 58 óbitos em cada 1.000 nascidos”.	O município de São Paulo e o Estado de São Paulo estão à frente do país quando o assunto é queda da mortalidade infantil.
11 26/02/1995	Real faz mortalidade cair, diz Pastoral	Segundo declarações de um dos coordenadores nacionais da Pastoral da Criança, a queda da mortalidade infantil em 1994 se deve ao aumento do consumo provocado pelo Plano Real. Outros motivos seriam o programa emergencial de combate à mortalidade infantil feito	A reportagem enfatizou os números da redução na região Nordeste. “[...] houve uma redução no Nordeste de 28%”.	O governo federal é o principal responsável pela redução da mortalidade infantil no ano de 1994.

		peelo governo e a diminuição da seca.		
12 14/05/1996	Saúde agonizante	O Editorial publicado na capa da Folha revela a importância dada ao tema da saúde. Faz uma crítica geral ao sistema, utilizando como um dos exemplos a questão da mortalidade infantil. Critica as desigualdades no atendimento de saúde no país, a corrupção e incompetência das autoridades em conseguir acabar com doenças de tratamento simples, como a diarreia.	Apesar dos investimentos terem crescido e do país até verificar uma redução na taxa de mortalidade infantil, ainda é preciso avançar.	O Estado não tem condições de cuidar da saúde da população, gasta mal, desperdiça e não fiscaliza. A saída pode estar no incentivo da saúde privada.
13.1 12/05/1996	Prevenção funciona em cidades do País	A reportagem destaca que apesar da conhecida ineficiência do sistema de saúde no Brasil, há alguns exemplos de serviços de boa qualidade e baixo custo. O exemplo citado é o do município de Olinda, que mantém um sistema de equipes médica e de agentes de saúde que reduziram em 50% a taxa de mortalidade infantil no município. O texto também trás depoimentos que comprovariam que o serviço público gasta mais do que o privado, citando as questões do número de funcionários e custos de internação.	O sistema público gasta mais pelos mesmos serviços prestados por hospitais particulares. “[...] um leito em hospital público ocupa entre 13 e 14 funcionários. Os hospitais privados de primeira linha oferecem serviço melhor com metade dessa equipe”.	Os serviços privados de saúde são mais eficientes do que os públicos. “Independentemente da forma de pagamento, a ineficiência de hospitais públicos é um dos pontos críticos do sistema, segundo Dante Mantagnana, do Sindhosp [...]”.
13.2 12/05/1996	Contraste regional marca saúde do país	A reportagem afirma que os contrastes regionais são visíveis no que diz respeito à saúde. Nas áreas mais pobres se concentram as doenças infecciosas e nas mais ricas o infarto. A comparação	A matéria também explorou o fato dos valores de internações e tratamentos médicos custarem mais caro em São Paulo do que no Norte/Nordeste do País. “A	Os mais pobres morrem de doenças facilmente evitáveis.

		também serve para países do terceiro mundo e países desenvolvidos. O principal motivo dessa situação é a disparidade de renda. A matéria também explora a diferença de preços dos procedimentos entre as regiões, que pode chegar a cinco vezes.	internação paulista custa quase três vezes mais do que a mais barata, em Roraima [...]”.	
13.3 12/05/1996	Médico de Família dá plantão em favela	– A implantação do Programa Saúde da Família em Olinda (PE) e outras cidades do Ceará é responsável pela redução da mortalidade infantil, no caso de Olinda, em 50% em áreas consideradas miseráveis. O projeto custa pouco e apresenta excelentes resultados ao “caçar” crianças em risco de vida.	A taxa de mortalidade infantil na periferia de Olinda era semelhante a de países da África antes da implantação do PSF. “Hoje, a secretaria de saúde estima uma redução pela metade”.	O PSF pode resolver o problema da mortalidade infantil no país.
13.4 12/05/1996	Agente a cavalo derruba mortalidade de crianças	No pequeno município de Itapirapuã Paulista, divisa com o Paraná, a mortalidade infantil caiu de 83 (1989) para 10 por mil (1996) graças a uma ação simples da prefeitura local, que contratou agentes comunitários de saúde para prevenir a morte de crianças. Entre as curiosidades, está a contratação de uma mulher (agente) e um cavalo para visitar as crianças da zona rural semanalmente, levando informações básicas de saúde e higiene. O projeto custa apenas US\$ 6,45 por criança atendida.	Os resultados positivos foram obtidos com a contratação de apenas 13 agentes de saúde, um deles que visita a zona rural com a ajuda de um cavalo alugado. “Notamos que 80% das crianças até 5 anos tinham tido diarreias e infecções respiratórias [...]. Era fácil prevenir”, disse o epidemiologista Juraci Almeida Cesar.	Com boa vontade política e criatividade é possível reduzir às taxas europeias a mortalidade infantil no Brasil.
14	Números da mortalidade	A reportagem afirma que os números da	O principal motivo das	Não dá para confiar nas

14/05/1996	infantil são irreais	mortalidade infantil não são reais, pois vários municípios do interior não registram nem nascimentos e muito menos mortes. O texto chama essas crianças de “anjinhos”, normalmente enterrados em cemitérios clandestinos. O motivo para a falta de registros é o valor de R\$ 17,00, que deve ser pago ao cartório.	subnotificações é a falta de recursos das famílias. “Ivone explica que as famílias não podem pagar R\$ 17,00 por uma certidão.”	estatísticas sobre mortalidade infantil divulgadas no Brasil, já que em muitos municípios famílias de crianças pobres não fazem registros de nascimentos e muito menos de mortes.
15 08/06/1996	Ação contra a mortalidade fica sem verbas	A maior parte dos recursos necessários para investimentos em saneamento dependem da aprovação da CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira), o chamado imposto do cheque, para serem executados. Alguns gastos previstos já foram cancelados pelo presidente FHC. O ministro da Saúde, Adib Jatene, condicionou sua permanência no cargo à aprovação da taxa. O governo crê em uma votação apertada na Câmara.	Os números da mortalidade infantil podem ser bem piores dos que os divulgados pelo Ministério da Saúde. Em muitos municípios do interior do país a pobreza é tão grande que muitos pais nem mesmo registram seus filhos e crianças são enterradas em cemitérios clandestinos.	Se a CPMF não for aprovada, não será possível fazer investimentos na saúde. “Quando não há dinheiro suficiente nem para pagar os hospitais, não há como fazer muita coisa”, segundo o ministro da Saúde Adib Jatene.
16 24/06/1996	Mais de 1 bilhão vive só com US\$ 1 ao dia	Estudo do Banco Mundial revela que mais de 1,3 bilhão de pessoas no mundo vive com menos de US\$ 1 por dia. A maioria dessas pessoas vive em países em desenvolvimento, como o Brasil, China, América Central e África. Apesar dessa situação, segundo o Bird, a condição de vida dos miseráveis melhorou.	No geral, a qualidade de vida das pessoas melhorou nos últimos anos. Para isso, a reportagem enfatiza a queda da mortalidade infantil. “Em 82, essa taxa era de 71 por mil nos países em desenvolvimento e 20 por mil nos desenvolvidos. Em 93, a taxa de mortalidade infantil havia caído para 54 por mil nos países	A condição de vida dos miseráveis está melhorando. “O estudo mostra que a situação dos que vivem em extrema miséria no mundo melhorou nos últimos 10 anos, embora tenha aumentado o número dos que vivem com até US\$ 1

			mais pobres e para 7 por mil no caso dos ricos”.	por dia”.
17 12/12/1996	Brasil é o 63º pior em morte de crianças	O Brasil vem reduzindo a taxa de mortalidade infantil, mas ainda é um dos piores países do mundo nesse quesito, ficando na 63ª posição no <i>ranking</i> de 150 nações da ONU. Os dados são de um relatório anual do UNICEF. O Brasil está atrás de países como Vietnã e Paraguai.	O Brasil tem situação pior que nações menos desenvolvidas. “O Brasil fica atrás de países como Vietnã, El Salvador, Paraguai e Bósnia Herzegovina”.	A taxa de mortalidade infantil ainda é alta no Brasil, mas está sendo reduzida.
18 15/08/1997	Cai taxa de mortalidade infantil em SP	A notícia descreve a redução da taxa de mortalidade infantil na cidade e Estado de São Paulo usando dados da Fundação Seade. A redução maior foi na cidade de São Paulo, que havia registrado um crescimento da taxa no ano anterior. No Estado de São Paulo, a redução foi um pouco menor, porém a tendência de queda é mais antiga.	No Estado, a redução é ainda mais importante. “No Estado, a tendência da redução da mortalidade infantil é mais antiga. Porém, o resultado de 1996 foi o melhor desde a queda de 13,9% ocorrida entre 1990 e 1991”.	A mortalidade infantil está em queda no Estado de São Paulo. “No Estado, a tendência da redução da mortalidade infantil é mais antiga”.
19 19/11/1997	Miséria Remediável	O texto comenta os números da miséria divulgados pelo IBGE, que revelam que 40,4% dos menores de 14 anos vivem nessa condição. Apesar da melhora verificada entre 1990 e 1995, os números afirmam que a taxa de mortalidade infantil da Região Sudeste, a mais desenvolvida do país, ainda é muito alta se comparada com a Europa. O editorial coloca o Brasil como campeão em desigualdade social e atrás de mais de 60 países no mundo. Por fim,	Segundo o texto, a miséria deve ser combatida tendo como alvo prioritário as crianças. “O IBGE já indicou o alvo prioritário desses investimentos: quase vinte milhões de crianças na pobreza, sem futuro, sem condições adequadas de se educar, seja porque não comem, seja porque trabalham [...]”	Os governos precisam trabalhar para reduzir a miséria e devem desenvolver programas de âmbito nacional para combatê-la. “Um complemento mensal de R\$ 25 para todas as crianças pobres custaria menos que uma CPMF por ano”, afirma o texto.

		sugere um programa de renda mínima para reduzir o problema da miséria.		
20 16/12/1997	Um plano contra a miséria	O editorial sugere a criação de um grande plano nacional contra a miséria. Reconhece avanços, mas que se tratam de ações regionalizadas e não de políticas sistemáticas. A melhora poderia ser muito mais rápida e eficiente se o país tivesse uma melhor distribuição de renda, que ainda permanece como nos anos 1980. Falta um sentido de urgência para tirar 17 milhões de pessoas da indigência.	O grande problema relacionado à miséria é a desigualdade social. “Mas poderia ser bem melhor se a distribuição de renda, grande fator de desigualdade social, fosse outra”.	O país precisa construir com urgência um plano nacional de combate à miséria. “Falta dar sentido à urgência, considerar com a devida importância o fato de, por exemplo, ainda haver no país 17 milhões de indigentes [...]”.
21 04/05/1998	Aids, crime e droga ameaçam <i>teen</i> do século 21	Relatório da OMS prevê que os jovens serão cada vez mais afetados pela Aids, drogas, delinquência e mortes no trânsito. Por outro lado, o órgão comemora a redução da mortalidade infantil em todo o mundo, graças às melhores condições sanitárias e vacinas preventivas, segundo a entidade. Os avanços revelados na reportagem vão permitir um aumento médio na expectativa de vida, que vão permitir “a vida de três séculos”.	A redução da mortalidade infantil é “espetacular” segundo a OMS. “A população mundial tem hoje mais acesso a melhores condições sanitárias e a vacinas preventivas”.	O avanço da ciência propicia um aumento extraordinário da expectativa de vida. “A OMS comemora a redução geral nas taxas de mortalidade infantil, classificada como ‘espetacular’. A população mundial tem hoje mais acesso a melhores condições sanitárias e a vacinas preventivas”.
22 28/05/1998	Obras de saneamento reduziram a mortalidade infantil em 21%	Estudo da Escola Nacional de Saúde Pública revela que há uma redução média de 21% na mortalidade infantil em locais em que passam a ser dotados de tratamento de água e esgoto. O Brasil tem 3,6 milhões de famílias sem água tratada e	O Brasil tem ainda uma grande população que não conta com serviços de água tratada e esgoto. “IBGE mostra que Brasil tem 3,6 milhões de famílias sem água tratada e 9,1 milhões de casas sem	Saneamento básico garante diminuição da mortalidade infantil e o governo federal está fazendo a sua parte.

		9,1 milhões de casas sem esgoto, sendo que a maioria está localizada em municípios com até 50 mil habitantes.	esgoto”.	
23 24/08/1998	Seca faz mortalidade infantil crescer 180%	Segundo a reportagem, a seca é responsável pelo aumento assombroso da mortalidade infantil em regiões de seca no Nordeste. O pior índice registrado é em Monsenhor Tabosa (CE), onde cresceu 180%, atingindo 150 mortes por mil nascimentos.	A cidade de Monsenhor Tabosa teve o maior crescimento na taxa de mortalidade.	A seca é a responsável pelo aumento da mortalidade infantil no Nordeste.
24 09/09/1998	RS é o melhor Estado, e PI, o pior	De acordo com os dados do IDH divulgados pela ONU, o Rio Grande do Sul é o Estado com melhor qualidade de vida no país. O Estado também tem se destacado por estar melhorando os seus índices numa velocidade maior do que os demais. A reportagem também destaca que o Estado de Alagoas tem o município com pior índice do país, São José da Tapera.	A briga política e o coronelismo são responsáveis pela situação de miséria em municípios como São José da Tapera. “A cidade viveu por quatro décadas sob a batuta política do ex-deputado Elísio Maia, um dos últimos coronéis vivos do Nordeste”.	Investe-se muito no ensino superior e pouco no fundamental e médio. “O favorecimento do ensino superior em detrimento do ensino básico explica porque o Brasil tem um desempenho tão medíocre nos indicadores de educação do Relatório das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Humano”, afirma o texto.
25 14/10/1998	Mortalidade Infantil	O editorial cita avanços sociais que contribuíram para a redução da mortalidade infantil no país. Porém, ressalta que a queda na taxa agora será mais lenta, já que os problemas não estão mais relacionados a questões como fome e diarreia e sim a problemas relacionados ao	O país tem que enfrentar o desafio de combater a mortalidade infantil, mesmo em um ano em que a economia não vai bem para não correr o risco de regredir nos avanços conquistados nos últimos anos.	O país tem o grande desafio de continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil. Para isso, o governo precisa melhorar a qualidade do atendimento à gestante e ao parto e, não deixar que os



		parto.		ajustes econômicos estraguem o que já foi conquistado.
26 16/11/1998	Mortalidade entre negros no país supera a da África	A taxa de mortalidade infantil entre negros no Brasil é maior do que entre os brancos. Porém, isso não significa que a situação das crianças brancas é muito melhor, pelo contrário, uma criança branca no Brasil tem mais chance de morrer do que no Paraguai. Os motivos dessa disparidade é a segregação socioeconômica.	O cenário de maior mortalidade infantil entre crianças negras não significa que a situação das crianças brancas no Brasil é boa, já que a taxa brasileira é superior a de muitos países.	A segregação racial é muito forte no Brasil. Ser negro no Brasil é ainda mais difícil do que ser branco.
27 19/04/1999	Miséria e reforma do Estado	O texto alerta para o fato dos indicadores sociais não apontarem para o cumprimento da meta de redução da taxa de mortalidade infantil proposta pelo governo. Não vai melhorar a situação os cortes orçamentários que estão sendo anunciados. O editorial diz que os ajustes são necessários, mas não da maneira atabalhoada que estão sendo feitos, sem se preocuparem se vão afetar as camadas mais pobres. Ainda segundo o texto, são necessárias reforma tributária e uma reforma social que garanta a recuperação financeira do Estado para fornecer serviços básicos como saúde e educação.	Para se fazer um ajuste fiscal mais justo é necessária uma ampla reforma do Estado, que não envolva apenas cortes de despesas, mas reformas tributária e social. “Um ajuste fiscal justo e sustentável, no entanto, exigiria uma reforma do Estado muito mais ampla e profunda, no que lamentavelmente o governo federal não se empenhou”.	O Brasil necessita de uma reforma ampla do Estado, que não consegue mais dar conta dos problemas econômicos e sociais. “Tal atraso contribuiu para uma grande crise econômica e para retardar mais uma vez a redução de um dos maiores e mais antigos déficits brasileiros – o enorme déficit de justiça social”.
28 08/07/1999	SP bate recorde de redução de índice de mortalidade infantil	A notícia destaca o fato de pela primeira vez na história o Estado de São Paulo ter registrado uma taxa de mortalidade infantil	A redução representa uma melhora na qualidade dos serviços prestados em São Paulo.	São Paulo tem a menor mortalidade infantil no Brasil graças às ações que

		inferior a 20 por mil, caindo 13,5% entre 97 e 98. Segundo os dados da Fundação Seade, a taxa foi de 18,67 em 1998, contra 21,6 em 1997.		estão sendo desenvolvidas pelo governo paulista.
29 20/07/1999	Brasil descumpre metas do UNICEF 10	Segundo a reportagem, o Brasil não conseguirá cumprir 10 das 19 metas que se comprometeu a cumprir na Cúpula do Milênio, de 1990. Uma delas é a redução de 33% da mortalidade infantil. Segundo o Ministério da Saúde a taxa caiu 24,5 até 1998 e não vai atingir o índice preconizado.	O Brasil não vai cumprir a meta porque não conseguiu reduzir a mortalidade infantil no período perinatal (gestação e parto).	Brasil não consegue atingir as metas de redução de mortalidade infantil em virtude dos números ruins do Nordeste.
30 21/07/1999	Décadas de mortes	O texto alerta que mesmo o Brasil tendo cumprido 10 das 19 metas do UNICEF, o país ainda tem iniquidades sociais “que não se verificam mesmo em países mais pobres”. Como exemplo, cita os casos da mortalidade materna e mortalidade infantil, cujas taxas ainda estão longe de serem cumpridas e acima de outros países sul-americanos. Problemas como desnutrição e falta de exames pré-natais indicam a falta de atenção do governo federal para lidar com problemas semelhantes aos que acontecem na África.	O Brasil ainda está longe de atingir as metas de redução nas taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil. “Entre as principais causas da mortalidade materno-infantil estão a desnutrição e o fato de que a gravidez é ainda tristemente desassistida”.	Segundo o jornal, falta urgência do Governo Federal e falta prioridade em querer diminuir as iniquidades sociais. “[...] não basta crescer doravante sem concentrar renda [...]. Esse é apenas o primeiro passo para evitar que o país ainda veja durante décadas a apenas lenta, se tanto, redução do número de mortes cruéis”.
31 08/08/1999	País tem África e Canadá de mortalidade	A notícia revela que as diferenças regionais são responsáveis pelos índices de mortalidade infantil no país. A mortalidade infantil em Arapiraca (AL) é	Os números podem não mostrar o verdadeiro tamanho do abismo, já que os dados não são confiáveis. “Como a maioria das crianças que	A taxa de mortalidade infantil no Nordeste brasileiro é semelhante a de países da África. Porém, em

		comparável a Botsuana, na África. Por outro lado, Catanduva (SP) tem taxa semelhante a do Canadá.	morre nos nove municípios não chega a ser registrada, não é expedida a certidão de óbito”.	algumas cidades do Sul e no Sudeste a taxa é parecida com países desenvolvidos.
32 20/04/2000	É básico	O editorial repercute a informação divulgada pela Pastoral da Criança dando conta de um aumento de 38% na taxa de mortalidade de crianças até 6 anos de idade em regiões do Estado de São Paulo atendidas pela entidade, bem como o alto índice de desnutrição no Norte e Nordeste. O texto ressalta que os dados refletem apenas as regiões atendidas pela Pastoral e que podem não significar uma reversão histórica na redução da taxa de mortalidade que vem sendo verificada nas últimas décadas. Porém, alerta para a diminuição no ritmo da redução, inferior a outros países do continente. A firma ainda que o saneamento é um dos investimentos que mais interferem na redução da taxa de mortalidade infantil.	Os números da Pastoral revelam que os avanços na saúde pública podem não estar chegando a uma parcela importante da população e que os investimentos em saneamento básico são fundamentais para a redução da taxa de mortalidade infantil. “[...] uma vez que as enfermidades diarreicas respondem por parte significativa dos óbitos”.	Para que a taxa de mortalidade infantil caia em ritmo mais satisfatório, o governo deve investir, principalmente, em saneamento básico. “Trata-se de uma chance de sobrevivência a crianças que estão morrendo porque não têm água limpa para beber”.
33 30/04/2000	Crianças pobres morrem mais em SP	Apesar dos índices decrescentes da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, segundo a Pastoral da Criança houve um aumento de 100% na taxa em favelas atendidas pela entidade entre 1997 e 1998. Em comunidades pobres do interior, como em Bragança Paulista (253%) e Caraguatatuba (540%) o	Os motivos estão relacionados ao agravamento da crise econômica provocada pelo real. “Mortalidade infantil é um indicador importante de qualidade de vida, lembra Ruy de Castro, coordenador do Programa de Saúde da Criança do Governo do Estado de São Paulo. Segundo ele,	As comunidades pobres são as mais afetadas pela crise econômica, podendo ser isso verificado no aumento da taxa de mortalidade infantil.

		crescimento foi ainda maior. As mortes estão relacionadas à falta de exames no período pré-natal, de qualidade no atendimento na hora do parto e de leitos de UTI neonatal.	embora seja injusto, é quase esperado que bebês pobres morram mais em época de crise econômica aguda”.	
34 16/07/2000	Crescem as mortes de crianças	Com a queda dos investimentos em saneamento na década de 1990, a taxa de mortalidade infantil cresceu 21% entre 1997 e 1998. Os investimentos em saneamento foram maiores no Norte e no Nordeste em relação ao resto do país, no entanto, o déficit nessas regiões é muito grande. No Norte, apenas 14,2% dos domicílios urbanos têm água, esgoto e coleta de lixo.	As famílias mais pobres são as que mais sofrem por falta de saneamento. “Um estudo da Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento mostra que a renda familiar em 80% dos domicílios urbanos sem saneamento é de dois salários mínimos”.	O Governo Federal investe menos em saneamento e com isso mais crianças morrem no país. “Uma das consequências disso é o aumento de 21% nas mortes de crianças até 4 anos, registrado entre 1997 a 1998”.
35 16/08/2000	Diminui a mortalidade de bebês em SP	A reportagem diz que a mortalidade infantil caiu para 17 por mil nascidos vivos no primeiro trimestre de 2000. A matéria diz ainda que a tendência é que a redução seja cada vez menor, já que as causas da maioria das mortes registradas é perinatal.	A redução será menor a partir de agora, pois as mortes estão relacionadas a causas perinatais.	Como o Estado de São Paulo tem as melhores condições de vida do país, a taxa da mortalidade infantil continua caindo.
36 17/08/2000	Foco na Mulher	O texto comemora a queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo que atinge a marca de 17 por mil nascidos vivos. Porém, ressalta que a maior parte da queda se refere ao combate a doenças infecciosas e parasitárias, resultado da melhoria do saneamento básico e a diminuição da	Apesar da redução média na taxa de mortalidade infantil, o Estado de São Paulo ainda conta com diferenças regionais que atingem índices semelhantes ao da África. “Em bolsões de miséria no Estado de São Paulo, a mortalidade infantil	O grande desafio é reduzir os óbitos perinatais, caso se pretenda atingir índices semelhantes aos de países desenvolvidos.

		desnutrição. Segundo o editorial, o desafio que se segue é reduzir os óbitos perinatais, cujo combate é mais complexo, já que exigem melhoria da infraestrutura e amplo trabalho de educação das mulheres.	ainda atinge índices africanos [...]”.	
37 16/02/2001	Água contaminada leva 10 bebês à morte	Poços de água contaminados com fezes foram responsáveis pela morte de 10 bebês em Teotônio Vilela (AL). As crianças subnutridas não resistiram a diarreia. Outras 516 pessoas foram internadas no hospital da cidade pelo mesmo motivo.	A falta de informação foi responsável por essas mortes, já que poços foram construídos ao lado de fossas.	A falta de informação e de gestão adequada na área de saúde pode provocar aumento da mortalidade infantil.
38 24/03/2001	Social melhora, mas desigualdade cresce	Uma pesquisa patrocinada pela ONU apontou que os indicadores sociais nas 12 maiores capitais brasileiras melhoraram com a implantação do Plano Real. Por outro lado, o desemprego e a desigualdade de renda aumentaram no mesmo período pesquisado.	O aumento do desemprego e da desigualdade não são necessariamente resultados do Plano Real.	A qualidade de vida aumentou com o Plano Real, mesmo com o aumento do desemprego e da desigualdade social.
39 05/04/2001	Desigualdade permanece no país nos anos 90	Seguindo tendência internacional, a reportagem cita dados do IBGE para revelar que as condições de vida, em geral, do brasileiro melhorou na década de 1990. O principal problema, no entanto, continua sendo a desigualdade social.	A desigualdade social ainda é o maior problema do país. “Em 1999, como em 1992, os 50% mais pobres da população ficaram com 14% da renda do país enquanto 1% mais rico deteve 13% da riqueza gerada”.	As condições de vida melhoraram, mas o principal problema a ser enfrentado agora é desigualdade social.
40 22/06/2001	Florianópolis é a capital com menor índice	A notícia afirma que Florianópolis é a primeira capital do país a atingir taxa de mortalidade infantil de um dígito, chegando a 8,8 por mil. Um projeto da Prefeitura da cidade que foca no	Programas de atenção à gestante e ao bebê garantem a baixa mortalidade entre bebês. “O resultado, segundo os órgãos de saúde, é fruto da prioridade dos	A Prefeitura de Florianópolis realiza um eficiente programa de combate a mortalidade infantil e isso é comprovado

		atendimento à gestante e ao bebê é apresentado como o responsável pela redução. Ainda, segundo a matéria, Maceió é a capital com a mais alta taxa de mortalidade, 47,2.	programas de atendimento à gestante e ao recém-nascido”.	com resultados. “O resultado, segundo os órgãos de saúde, é fruto da prioridade dos programas de atendimento à gestante e ao recém-nascido”.
41 16/08/2001	Brasil descumpre metas para crianças	Segundo a reportagem, o Brasil não cumprirá a maioria das metas acertadas com a ONU durante a Cúpula da Criança. Por outro lado, o relatório revela que o país melhorou em todas as áreas relativas à infância. O principal problema apontado é relativo a mortes maternas.	O principal problema a ser resolvido pelo Brasil, segundo ênfase dada pelo jornal, é a questão da mortalidade materna. “As estatísticas de mortalidade materna são polêmicas no Brasil, variando muito até mesmo entre órgãos oficiais [...]”, explica a oficial do UNICEF, Haleem Lone.	Apesar de não cumprir as metas, o Brasil melhorou em todas as áreas relativas à infância.
42 18/09/2001	No limite	O texto afirma que apesar da pequena melhora no IDH do município alagoano de São José da Tapera, as autoridades garantem que a situação está “no limite”. A maioria da população não tem saneamento básico e a taxa de mortalidade infantil é de 66 por mil, porém já foi de 147 por mil. A redução foi obtida com iniciativas relativamente simples, como a distribuição de alimentos. A cidade foi escolhida pelo presidente FHC para o lançamento do programa Bolsa Alimentação. O editorial cobra que a ação feita em São José da Tapera seja	Ao citar o lançamento do programa Bolsa Alimentação, o editorial ressalta que tais medidas precisam ser consistentes e devem se multiplicar pelo país. “É necessário que essas medidas se multipliquem pelo Brasil, mas é também preciso lembrar que sem políticas públicas consistentes dificilmente esses pequenos avanços vão se consolidar”.	O governo precisa parar de tomar somente medidas esporádicas ou de emergência para combater a mortalidade infantil, passando a combater com veemência os óbitos de bebês.

		duradura.		
43 22/10/2001	Guerra incentiva 'exportação' de pastoral	Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança, recebeu o título de cidadã paulistana. Na ocasião, ela disse que o maior prêmio que recebe é salvar a vida de 5000 crianças por ano. Ela também revelou que a miséria deve crescer no mundo em virtude da guerra e que as ações da Pastoral estão sendo expandidas para 13 países da América Latina e África.	A Pastoral faz um trabalho reconhecido que já é exportando para vários países do mundo. “A Pastoral da Criança já está trabalhando com 13 países da América Latina e África [...]. Com a guerra que amplia a miséria, cada vez mais países precisarão de um trabalho como esse [...]”, Zilda Arns, coordenadora da Pastoral.	O modelo da Pastoral da Criança de combate à mortalidade infantil é eficiente e custa muito pouco. “O programa consome menos de R\$ 1 por criança por ano”.
44.1 17/02/2002	Filha supera o pai em áreas que dependem da ação do estado	A reportagem faz um comparativo entre os governos de Roseana Sarney, José Sarney e seus antecessores. Segundo os dados apresentados, o Maranhão, sob a batuta de Roseana, tem desempenho pior que os demais estados do Nordeste, mas mais eficiente se comparado com seus antecessores. A governadora teve desempenho melhor em questões como mortalidade infantil e analfabetismo.	A governadora se destaca na questão da mortalidade infantil, apesar dos números serem semelhantes aos do resto do Nordeste. “O dado mais vistoso de Roseana é a redução da mortalidade infantil. Mesmo assim, o Maranhão apenas voltou a ter uma média igual à do Nordeste”.	Roseana Sarney é melhor governadora do que seus antecessores no Maranhão. “Roseana foi melhor que Sarney e seus sucessores em 4 de 6 indicadores”.
44.2 17/02/2002	Maranhão vai pior que a Bahia de ACM e o Ceará de Tasso e Ciro	A reportagem compara os dados do governo de Roseana Sarney, no Maranhão, com os de outros dois Estados nordestinos, no mesmo período: Bahia e Ceará. Os governos da dinastia ACM e de Tasso e Ciro apresentam números melhores do que de Roseana. Porém, a governadora recebeu de seus antecessores um Estado em piores	Roseana recebeu o Estado de seus antecessores em piores condições do que os governos da Bahia e Ceará. “De 15 indicadores selecionados pela Folha, o Maranhão era pior do que o Nordeste em todos quando Roseana assumiu, em 1995”.	Roseana Sarney melhorou as condições de seu Estado quando foi governadora, mas ainda continua com números abaixo da Bahia e Ceará.

		condições do que Bahia e Ceará.		
45 09/05/2002	Pesquisa aponta redução da mortalidade infantil	Dados do IBGE mostram que pela primeira vez na história a taxa de mortalidade infantil ficou abaixo de 30 por mil nascimentos. O resultado, inclusive, supera os dados da PNAD, que indicavam uma taxa de 33 a 34 por mil. Assim, o Brasil conseguiu cumprir a meta da ONU de redução de 33% da mortalidade infantil acordada em 1990.	Os números são melhores do que a PNAD, que indicava uma taxa de 33 a 34 por mil nascimentos. “O resultado supera as estimativas feitas com bases nas PNADs, que indicavam uma taxa de 33 a 34 no final da década de 90”.	A mortalidade infantil continua em queda no Brasil, apesar dos números ainda serem preocupantes. “A taxa ainda é preocupante, porque existe mortalidade por causas plenamente evitáveis, como a diarreia”, Nelson Neumann, da Pastoral da Criança.
46 13/05/2002	Mortalidade Infantil	O texto reconhece a queda da taxa de mortalidade infantil no Brasil é um ponto positivo do governo FHC, mas ressalta que os índices brasileiros ainda são muito ruins se comparados com os países desenvolvidos e mesmo com os padrões latino-americanos. Diz, ainda, que os caminhos para atingir taxas melhores já são conhecidos e que, portanto, o Brasil precisa aprofundar seus esforços.	O caminho para combater a mortalidade infantil já é conhecido, necessitando de um esforço mais amplo. “[...] é necessário ampliar os serviços de acompanhamento de mulheres grávidas para reduzir os óbitos neonatais [...] deve-se atuar sobre as mortes pós-neonatais [...] destaca-se aqui o combate as diarreias e as infecções respiratórias”.	A mortalidade infantil teve redução histórica importante. O governo já sabe o que deve ser feito para aumentar o ritmo dessa redução, porém as ações precisam ser urgentes e efetivas.
47 28/5/2002	Morte de bebês cresce em 38 distritos de SP	Retrata o aumento da mortalidade infantil nas periferias da cidade de São Paulo. Também busca demonstrar que os dados são relativos, visto que em regiões ricas, muitas vezes aumentos de 25% são baixos, quando a mortalidade sobe de 4 para 5 por mil nascidos vivos, ao passo que em	A ênfase da reportagem é a desigualdade da cidade, que apresenta índices europeus em regiões como o Jardim Paulista, e mortalidade superior à de países pobres nas periferias.	Trás, mais uma vez, a questão da redução da mortalidade infantil para o centro do debate político. Destaca-se que se faz necessário a criação de políticas públicas mais



		regiões pobres, como Anhanguera, o aumento registrado foi de 4 para 18 mortes.		consistentes para que a redução possa ser mais efetiva.
48 23/10/2002	Mortalidade infantil cai, mas melhora é mais lenta sob FHC.	Matéria apresenta os índices da redução da mortalidade infantil ao longo dos governos FHC, demonstrando uma questão complexa: ao mesmo tempo em que este governo apresenta os melhores índices históricos da mortalidade, se revela uma redução mais lenta desde a década de 1970.	Matéria enfatiza as políticas públicas responsáveis por esta redução.	Em caderno especial para as eleições de 2002, a redução da mortalidade infantil é tratada como assunto de grande destaque para as políticas públicas dos candidatos ao cargo majoritário no país.
49 19/12/2002	Redução da mortalidade infantil é mais lenta; luta contra a Aids é sucesso.	Em caderno especial analisando os anos FHC, apresentam-se os investimentos em saúde deste governo, comparando-o com o governo Itamar Franco, e seus dados com dados históricos.	Destaca-se a questão da mortalidade infantil e do combate e controle do HIV, uma das bandeiras mais fortes do governo FHC. Em relação à mortalidade infantil, houve redução, mas não de forma incisiva.	Na alvorada do primeiro governo Lula, o caderno especial faz um balanço interessante de todos os aspectos positivos e negativos do governo FHC, demonstrando quais pontos deveriam tornar-se prioridade no governo Lula.
50 07/03/2003	Pobres têm taxa de fecundidade 'Africana'	A matéria apresenta a relação direta entre renda e fecundidade, demonstrando que a taxa de fecundidade de brasileiras mais pobres se assemelhava à níveis africanos, ao passo que a de brasileiras mais ricas era mais baixo do que de alguns países europeus.	Além da desigualdade nas taxas por renda e também se apresentam as diferenças significativas por níveis de escolaridade. "A diferença entre os extremos da sociedade brasileira é encontrada também quando se analisa a taxa de fecundidade de acordo com os anos de estudo da mulher. As brasileiras sem instrução	Os números médios do crescimento demográfico brasileiro se apresentavam como satisfatórios. No entanto, a extrema desigualdade demonstrada poderia servir como alerta para políticas públicas mais focadas em educação e

			ou que não completaram nem sequer a primeira série do ensino fundamental têm, em média, 4,12 filhos”.	saúde, sobremaneira em áreas de baixa renda.
51 18/06/2003	Boa Notícia	O editorial ressalta o fato do Estado de São Paulo ter conseguido reduzir a mortalidade infantil em 48% em 12 anos, atingindo a taxa de 15 por mil nascidos vivos. Porém, afirma que o Estado conseguiu vencer apenas a batalha mais fácil da luta contra a mortalidade infantil. Segundo o texto, a queda verificada até agora se refere a ações relacionadas à melhoria do saneamento básico, condições de moradia e na rede hospitalar, que resultaram na redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias. A batalha mais difícil são os óbitos de causas perinatais, que “exigem esforços direcionados às mães individualmente”.	A redução verificada nos últimos anos refere-se basicamente às melhorias de saneamento básico e condições de moradia. A partir de agora, se quiser reduzir ainda mais a taxa, serão necessários investimentos para diminuir as mortes por causas perinatais. “Não são questões que se resolvam no atacado, com obras ou com investimentos de caráter mais geral”.	O próximo passo do governo, caso queira continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil, está ligado à prevenção das mortes perinatais. “[...] há que se fazer esforços direcionados às mães individualmente. É preciso que elas tenham acesso a um bom atendimento pré-natal e que acompanhem as consultas”.
52 8/07/2003	Brasil sobe para 65º no índice da ONU	A reportagem destaca que o Brasil subiu quatro posições no Índice de Desenvolvimento Humano e só não teve um desempenho melhor porque o crescimento da renda média da população foi muito pequeno nesse período. O Brasil melhorou na equidade entre homens e mulheres, ocorreu aumento da expectativa de vida, melhoras na taxa de mortalidade	Enfatiza dois aspectos: 1º, a ascensão do país no IDH, ressaltando que poderia ser melhor caso houvesse maior distribuição de renda: “O Brasil subiu quatro posições no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), mas o pequeno crescimento da renda média da população impediu	Necessidade de manutenção dos investimentos para que o país continuasse a melhorar seus indicadores sociais. Ademais, apresenta diversas medidas locais de sucesso que podem servir para a melhoria dos indicadores nacionais.

		infantil e acesso à escola. A matéria cita bons exemplos do Brasil como o programa Fome Zero e o Orçamento Participativo, porém ressalta que a pobreza aumentou na região Norte.	melhoria ainda maior do país no <i>ranking</i> anual das Nações Unidas”.	
53 16/2/2004	Em São Paulo, desigualdade cresce na saúde	A matéria busca demonstrar que houve aumento da desigualdade no acesso à saúde na cidade de São Paulo, entre 2001 e 2002. Para isso, se vale da interpretação de relatório gerado pela própria Prefeitura, além de entrevistas à profissionais da saúde.	Comparado com índices anteriores, os dados revelam que as regiões que tinham melhores condições melhoraram ainda mais e as com pior condição pioraram também.	Destaca-se a necessidade de o poder público paulista investir em saúde pública, sobremaneira no atendimento às gestantes e recém-nascidos.
54 12/6/2004	Mortalidade infantil é elevada até na elite	A matéria apresenta que os índices de mortalidade infantil no Brasil eram altos e, mesmo quando divididos por faixa de renda, continuavam a assustar, embora existissem desigualdades latentes. Enquanto o índice dos mais pobres estava em 34,9 por 1.000, o dos ricos era de 15,8 por 1.000. Assim, fica explicitado que, além da miséria e da desigualdade, outra das causas da alta mortalidade infantil do país era, naquele momento, as falhas do sistema de saúde.	As falhas no sistema privado de saúde são apresentadas em destaque. “O atendimento em maternidades ou hospitais privados não é, necessariamente, melhor do que o prestado na rede pública”, afirma o texto.	Ao apresentar as falhas do sistema privado de saúde, indiretamente, o texto aponta pontos positivos da rede pública, fato que poderia ser aproveitado pelo poder público brasileiro.
55 31/08/2004	País terá em 2050 indicador do Japão atual	A matéria destaca, no texto e em gráficos, uma estimativa de crescimento populacional do país, feita a partir de dados do IBGE, destacando a questão da esperança de vida ao nascer, então ainda	Destaca-se a questão da mortalidade infantil e sua relação com a expectativa de vida.	Há a necessidade de se ampliar os investimentos para que os índices mudem de forma mais rápida.

		distante da média japonesa. O Brasil só atingirá os indicadores do Japão em 2050.		
56 01/03/2005	Desnutrição também mata cinco crianças indígenas	Reportagem apresenta uma situação de desamparo dos indígenas de diversas etnias, que passam a conviver com problemas de mortalidade infantil. A desnutrição, considerada o maior problema, matou mais 5 crianças indígenas xavantes menores de 5 anos de idade.	Destacam-se falhas do poder público no atendimento aos indígenas em questão: “As cestas de alimentos, com 32 kg, que o governo estadual entrega por mês a famílias indígenas acabam em seis dias, enquanto as sementes do Fome Zero Indígena chegam às aldeias fora da época do plantio”, afirmaram índios .	Além das questões relativas à demarcação de terras e presença de posseiros, indígenas figuram na pauta do debate político como agentes abandonados pelo poder público, também no que se refere à assistência à saúde, sobremaneira para crianças.
57 31/03/2005	Média nacional esconde grandes disparidades	A reportagem cita os índices de mortalidade infantil entre Haiti e Noruega para fazer um paralelo com a situação do país, que tem boa média nacional, mas ainda muitas disparidades regionais. A matéria também cita bons exemplos regionais na diminuição da taxa e discute a possibilidade do Brasil bater ou não a meta de redução estabelecida pela ONU.	O problema maior da mortalidade infantil está no semiárido: “95% das localidades têm mortalidade infantil superior à nacional”.	O Brasil deve conseguir atingir a meta de redução da mortalidade infantil preconizada pela ONU, porém, os números escondem grande disparidade regional, que precisa ser combatida pelas autoridades.
58 2/12/2005	Expectativa de vida no país atinge 71,7 anos	A matéria destaca o pequeno crescimento na expectativa de vida do brasileiro entre 2003 e 2004, com aumento de 4 meses e 24 dias, segundo o IBGE. A principal causa apontada pela matéria é a queda da mortalidade infantil.	Ênfase na queda da mortalidade infantil. “Segundo o IBGE, que ontem divulgou a Tábua de Vida 2004, a proporção de mortes de bebês até 1 ano foi de 26,6 por mil em 2004. Em 2003, essa taxa era de 27,5 por mil e em 1980, de 69,1”.	A mortalidade infantil é apresentada como fator de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento do país. Também se destacam as disparidades regionais, que

				levariam a diferentes tipos de investimentos.
59 15/04/2006	Ensino e fecundidade	O texto faz uma comparação entre escolaridade e mortalidade infantil. Para isso, apresenta dados do IBGE que revelam que o aumento da escolaridade diminui a fecundidade. O mesmo acontece com a mortalidade infantil, que diminui entre mães com maior escolaridade. Assim, o editorial propõe a ampliação do acesso das mulheres à educação.	Situação semelhante acontece com a taxa de mortalidade infantil. Filhos de mães com maior instrução morrem menos.	Para reduzir a taxa de mortalidade infantil não bastam apenas programas sociais como o Bolsa Família. É necessário investimento maciço na universalização do ensino.
60 13/05/2006	Um dia de vida	O editorial cita relatório de uma ONG internacional, para revelar que 2 milhões de crianças morrem sem ao menos completar um dia de vida. Diz ainda que 70% dessas mortes poderiam ser facilmente evitadas e que embora tivesse ocorrido redução nos casos de crianças de 0 a 5 anos, o mesmo não foi observado no que se refere a óbitos no primeiro dia de vida. O texto também afirma que a redução da mortalidade infantil está mais relacionada com vontade política e prioridade do que com recursos financeiros disponíveis. Para exemplificar, cita os casos do Vietnã e Angola.	A redução das mortes de crianças depende mais da vontade política do que dos recursos disponíveis. O texto exemplifica com os casos do Vietnã e de Angola, que mesmo sendo países pobres e com renda <i>per capita</i> semelhantes, têm taxas diferentes de mortalidade infantil. “[...] enquanto o primeiro apresenta uma taxa de mortalidade infantil relativamente baixa, o segundo ostenta uma marca mais de quatro vezes maior, chegando a 50 mortes a cada mil nascimentos”.	A maior parte das mortes de bebês poderia ser evitada se houvesse empenho dos governos. “O estudo da ONG mostra que o empenho de governos em melhorar a situação é mais relevante do que os recursos financeiros de que dispõem”.
61 20/10/2007	Licença civilizada	O texto ressalta a aprovação no Senado brasileiro do projeto que amplia a licença	Não tornar a decisão obrigatória é vista como um ponto positivo, já	As mulheres têm direito ao aumento da licença

		maternidade de 4 para 6 meses e conclama a Câmara dos Deputados a fazer o mesmo, se embasando em recomendação da OMS. O editorial também apresenta argumentos contra a possível limitação de contratação de mulheres pelas empresas. Faz isso ao elogiar o fato da medida não ser obrigatória e de possibilitar que a empresa que adere ao programa ter o valor referente aos 80 dias descontado de seu imposto de renda. Lembra ainda que o valor da renúncia fiscal também é pequeno.	que não reduz a possibilidade de contratação de mulheres pelas empresas. “O projeto de lei se antecipa a esse efeito indesejável por meio de dois dispositivos: torna voluntária a medida e desonera o empregador de pagar os salários nos dois meses adicionais”.	maternidade, porém, as empresas não podem ser prejudicadas. “As empresas poderão ou não aderir ao programa Empresa Cidadã; caso o façam, credenciam-se a deduzir, no cálculo do imposto de renda, o valor da remuneração integral da trabalhadora nos 60 dias de prorrogação”.
62 28/11/2007	IDH alto esconde desigualdade, dizem especialistas	Matéria trata da chegada do país ao grupo dos países com mais alto IDH, destacando que este feito pode esconder desigualdades.	Dois trechos do relatório de Desenvolvimento Humano da ONU são citados em destaque, ambos abordando programas de transferência de renda.	A melhoria apresentada poderia servir como oportunidade para acelerar ainda mais o crescimento. A entrada do país em um grupo com países mais desenvolvidos poderia indicar desafios mais amplos.
63 28/11/2007	Saneamento para todos só em 2122, diz FGV	A matéria analisa material publicado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) que previa saneamento básico total no país demoraria mais de um século. A matéria também relaciona os casos de mortalidade infantil com a inexistência de saneamento básico em grande parte do país,	Destaca-se a intrínseca relação entre a falta de coleta de esgoto e a mortalidade infantil, sobremaneira a partir de um ano de vida. “Ainda de acordo com a pesquisa, a mortalidade infantil na faixa de um a seis anos de idade é maior nas	Falta de saneamento básico é, ainda, problema grave na sociedade brasileira. A matéria em questão demonstra que há um longo caminho a se percorrer, e que os investimentos

		destacando que, de acordo com o Instituto Trata Brasil, sete crianças morriam por dia em decorrência de doenças relacionadas à falta de saneamento básico.	regiões do país onde não há esgoto coletado”.	públicos na área ainda são escassos.
64 23/01/2008	Mortalidade de crianças no Brasil caiu 65% desde 1990	A partir de dados do UNICEF, a reportagem revela que a mortalidade infantil no Brasil foi reduzida, entre 1990 e 2006, em 65%. A queda fez o país subir 27 posições no <i>ranking</i> do Relatório Situação Mundial da Infância 2008.	Deu ênfase na melhoria dos índices de países e regiões mais pobres e, conseqüentemente, mais propensos a altos índices de mortalidade. “A redução é, em regra, maior entre os países em desenvolvimento – nas ilhas Maldivas, por exemplo, foi de 73% entre 1990 e 2006”.	Demonstra-se a redução da mortalidade infantil como resultado de diversas políticas públicas em conjunto, ao longo dos anos. Ademais, salienta que ainda haviam desafios a serem vencidos.
65 24/01/2008	Avanço notável	O texto comemora a redução de 46,9% da taxa de mortalidade infantil nos últimos 16 anos, “superior à média mundial”. Porém, ressalta que ainda existem obstáculos a serem transpostos, como, por exemplo, as diferenças regionais, econômicas e étnicas. O editorial afirma que a redução da mortalidade infantil passa a ser muito complicada, já que a redução verificada até então, considerada mais fácil de combater, foi referente a doenças infecciosas e parasitárias, resultado do investimento em saneamento básico, cobertura vacinal e aumento sensível da escolaridade das mães. Os dados revelam que 51% dos óbitos registrados são referentes ao período neonatal precoce.	Para continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil o país precisa combater o óbito neonatal, que abriga 51% do total de mortes. “Não são questões que se resolvam no ‘atacado’, com obras ou investimentos de caráter geral. Ao contrário, para prevenir as mortes neonatais há de se fazer esforços direcionados às gestantes individualmente”.	Trata-se de um avanço fantástico, porém ainda existem enormes diferenças regionais e entre grupos sociais que precisam ser superadas. “É um avanço digno de nota. O ritmo da melhora supera a média mundial [...]. São ainda muito grandes as disparidades entre as diversas regiões do país e entre grupos sociais”.

66 12/04/2008	Mortes de crianças no país caem 65%	A matéria apresenta a grande redução da mortalidade infantil no Brasil, menor apenas que a do Peru, no mesmo período. Também apresenta as impressões do governo federal, que atribui a redução a investimentos em infraestrutura e vacinação.	Destacam-se as ações governamentais, como vacinação e saneamento, além de atendimento às mulheres. “Houve também um aumento no número de mulheres que realizam os exames pré-natais. Em 2002, 42% das gestantes iam às consultas necessárias. No ano passado, o índice de mulheres que foram ao médico era de 66%”.	O Brasil está conseguindo reduzir a mortalidade infantil desde 1990, graças a investimentos especialmente em saneamento básico e implantação do PSF.
67 07/11/2008	O nó do saneamento	Apesar do aumento nos investimentos no saneamento básico nos últimos anos, de acordo com pesquisa da FGV, o saneamento ainda é um “nó” para o país, já que menos da metade da população tem acesso à coleta de esgoto. Ainda segundo o texto, o saneamento básico tem um efeito importante na redução da taxa de mortalidade infantil, maior do que o próprio aumento da renda.	A ampliação do saneamento básico tem forte relação com a queda da mortalidade infantil, até maior do que o aumento da renda. “Segundo Marcelo Neri, o peso do saneamento nas condições de saúde é superior ao da renda das famílias”.	O aumento do serviço de coleta de esgoto apresentado pelo estudo da FGV revela avanço, porém muito inferior ao do que o país precisa. “[...] a taxa de expansão do saneamento tem sido historicamente inferior à de outros serviços, como eletricidade e coleta de lixo”.
68 01/03/2009	Estudo aponta falhas no cuidado com bebês	Matéria apresenta que ainda existia um alto número de óbitos injustificados, ou seja, que poderiam ser evitados com simples ações como diagnóstico e tratamento correto, além de imunização e alimentação de qualidade. Também destaca o caso do distrito paulistano de Marsilac, que apresenta as maiores taxas	Destaca-se a questão estrutural do país, assim como os cuidados básicos necessários para se evitar o número que, apesar de decrescente, ainda é alto.	Revela que a diminuição da mortalidade infantil é verificável nos últimos vinte anos, mas os dados poderiam ser melhores se cuidados básicos fossem tomados. Desigualdades regionais continuam na



		de mortalidade infantil da cidade.		pauta.
69 02/03/2009	Bebês sob risco	O editorial comenta pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde que aponta que sete em cada 10 mortes de recém-nascidos poderiam ser evitadas. Diz ainda que apesar da redução considerável nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil no Brasil ainda é muito alta se comparada com outros países. O texto aponta falta de equipamentos, medicamentos e de profissionais qualificados no momento do parto, como os principais motivos. Outro motivo citado é a falta de saneamento básico para 50% da população.	A taxa de mortalidade infantil brasileira é muito alta se comparada com outros países. “[...] o Brasil ainda ostenta um patamar de mortalidade infantil intolerável”.	Apesar da redução da taxa de mortalidade infantil verificada no Brasil nos últimos anos, a situação ainda é muito grave. O Brasil obteve êxito na redução mais fácil, causada especialmente por infecções. Agora terá de investir em equipamentos, medicamentos e profissionais se quiser diminuir as mortes no período neonatal.
70.1 16/7/2009	Mortalidade infantil cai pela metade em SP em 13 anos	A matéria apresenta os dados de redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo entre 1995 e 2008, demonstrando que houve queda de 24,5 mortes para cada mil nascidos vivos, para 12,5. Também aponta que, apesar da melhora, os índices ainda são piores dos que os de Cuba, Chile, Costa Rica, Japão, Itália, França e Canadá.	Apesar da queda ainda haviam índices preocupantes no Estado de SP. “A queda é expressiva e segue tendência nacional, mas o índice ainda é alto se comparado com o de países desenvolvidos [...] e mesmo na América Latina há dados melhores”.	São Paulo tem a melhor situação do país quando o assunto é mortalidade infantil. “A professora destaca que em comparação com o Brasil São Paulo vai bem”, Ruth Guinsburg, professora da Unifesp.
70.2 16/7/2009	Baixada Santista tem pior taxa do Estado	Reportagem apresenta os índices de mortalidade infantil do Estado de SP, destacando o quadro ruim na Baixada Santista, assim como a evolução no Vale	A ênfase é dada nos fatores que podem causar este quadro de mortalidade, assim como na comparação com demais regiões do	Cidades consideradas ricas têm os melhores números de mortalidade infantil. “Segundo o governador,

		do Ribeira e outras regiões, apresentadas pelo governador do estado como mais ricas.	Estado.	essas regiões são mais ricas e apresentam boa rede de saúde, o que ajuda a manter os índices”.
71 30/07/2010	Redução de mortes de bebês de até um mês é mais lenta	Mudou o perfil da mortalidade infantil nas últimas décadas. O número de bebês que morrem no período neonatal (até 28 dias) tem aumentando em relação às mortes de crianças de até um ano de vida. Isso acontece porque melhoraram as condições de vida da população, mas ainda há problemas sérios relacionados à assistência à gestante e ao parto.	Apesar das melhorias em áreas como saneamento básico e vacinação, ainda há grandes falhas nos cuidados com recém-nascidos. “Segundo o próprio Ministério da Saúde, 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis”.	O poder público é o principal responsável pelas mortes de bebês, já que ainda existem problemas sérios relacionados à assistência à gestante e ao parto.
72 20/04/2011	Vacinação contra rotavírus diminui a mortalidade infantil	A reportagem analisando publicação científica demonstra que, desde 2006, com a introdução da vacinação contra o rotavírus, houve diminuição de 22% nos casos de morte por diarreia em crianças de até cinco anos. Também salienta as disparidades regionais do país, com maior diminuição na região Norte, onde o acesso a médicos é menor e a vacinação se faz mais importante.	Destaca que o vírus é democrático no contágio, mas mata mais em regiões mais pobres. Daí a necessidade de vacinação nestas regiões ser maior do que nas regiões mais ricas. “O vírus é democrático na transmissão, mas mata mais os mais pobres”, Lily Weckx, infectologista da Unifesp.	Destaca-se a importância da inclusão desta vacina no calendário de vacinação, sobretudo para as regiões mais pobres. “A vacina favoreceu mais essa área, porque é onde o acesso ao tratamento é mais limitado [...]. A vacina tem um alcance maior do que o tratamento. As pessoas podem ter dificuldade em encontrar um médico que atenda em determinadas regiões, mas a cobertura da vacina é boa”, Lily Weckx,

				infectologista da Unifesp.
73 28/04/2012	Mortalidade infantil cai pela metade em 10 anos, diz IBGE	Matéria destaca a queda da mortalidade infantil pela metade no Brasil em 10 anos, mas ressaltando que apesar do ganho, Brasil ainda está distante das taxas obtidas por países europeus e, de países como Chile, Uruguai, Argentina, México e Porto Rico.	A queda na taxa de fecundidade e os aumentos da escolaridade e renda foram os principais motivos da redução da mortalidade infantil.	A mortalidade infantil caiu sensivelmente na última década graças especialmente a diminuição da taxa de fecundidade.
74 3/5/2012	Prematuridade é a 2ª causa de morte infantil	O texto revela que a segunda maior causa de mortalidade infantil no mundo está relacionada ao nascimento de prematuros. Busca explicar as principais causas do nascimento de prematuros, demonstrando que a incidência em países ricos e pobres é diferente e causada por motivos também diferentes.	A publicação enfatiza a relação entre aspectos financeiros e saúde, tanto no que tange ao número de nascimentos prematuros quanto em relação às mortes: “Em países pobres, mais de 90% dos prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestação) morrem nos primeiros dias de vida, enquanto menos de 10% deles morrem nos países mais ricos”.	A prematuridade e as complicações provocadas no parto são as principais causas de morte de crianças no mundo.
75 03/08/2013	Brasil reduz mortalidade, mas fica atrás de vizinhos	Destaca-se a redução da mortalidade infantil em 75,8% no Brasil nos últimos 30 anos. Porém, os números ainda estão longe dos melhores resultados mundiais. O Nordeste foi a região que teve a maior queda, no entanto, ainda lidera a mortalidade infantil no país.	O Nordeste ainda lidera a mortalidade infantil no Brasil. “Apesar da queda forte, o Nordeste continua liderando a mortalidade infantil”, gerente do projeto de dinâmica demográfica do IBGE, Fernando Albuquerque.	Apesar da melhoria dos índices de mortalidade infantil e da expectativa de vida, os indicadores do país ainda estão longe do ideal.
76 22/11/2014	Do que morremos	Tendo como base um artigo da revista “The Lancet”, a reportagem apresenta as causas de mortalidade no Brasil, tanto	Relaciona a diminuição da mortalidade infantil com o aumento da expectativa de vida do brasileiro.	As doenças infecciosas deixaram de ser o principal motivo de morte no país,

		entre os recém-nascidos quanto entre adultos. Em geral, revela a queda do número de mortes por doenças infecciosas e o aumento de casos de câncer e doenças circulatórias. Entre recém-nascidos, aponta as complicações relacionadas ao parto prematuro como as principais causas.	“Quando uma criança morre, fora a tragédia, perdemos até 80 anos na conta da expectativa de vida; quando um idoso morre, perdem-se apenas alguns”, Alexandre Chiavegatto, da Faculdade de Saúde Pública da USP.	dando lugar às doenças cardiovasculares. Entre os recém-nascidos, merecem destaque as complicações relacionadas à prematuridade.
77 01/12/2014	Vitória sobre infecções	O editorial comemora o que chama de “vitória sobre infecções”. Para tanto, cita uma pesquisa que revela a redução dos casos de mortes infantis por moléstias infecciosas. O desafio agora é ainda maior, já que as chamadas ações fáceis, como “oferecer água tratada e esgoto, fazer campanhas de vacinação e pelo aleitamento materno” já cumpriram o seu papel. As mortes agora estão concentradas no período neonatal e sofrem menos influência do ambiente. O texto também destaca as diferenças regionais no planeta como um grande desafio.	O texto chama atenção para as desigualdades regionais em relação à mortalidade infantil, comparando países da África Subsaariana e países desenvolvidos. “Enquanto Estados desenvolvidos já baixaram há vários anos a mortalidade infantil para faixas inferiores a 10 óbitos por mil nascimentos com vida e nações emergentes estão chegando lá, países da África Subsaariana continuam mal”.	O combate à mortalidade infantil é cada vez mais difícil e depende de ações individualizadas e caras. “À medida que se registram reduções nas mortes por infecções, os óbitos neonatais (até 28º dia de vida), tendem a ganhar preponderância – e as iniciativas para enfrentá-los se tornam cada vez mais individualizadas e caras”.

## **6. ANÁLISE DOS DADOS**

### **6.1. Análise a partir do Protocolo Jornalístico**

Sob o aspecto das marcas de apuração, o levantamento feito entre os anos de 1990 e 2015 no jornal Folha de São Paulo, dois elementos, em especial, indicam a importância dada às publicações: a apuração externa foi frequente (55,5%), com o repórter conferindo *in loco* as informações e foram utilizadas fontes de primeira mão na maioria dos artigos (92,1%) em detrimento às fontes de segunda mão. O período em que o tema teve mais espaço no jornal Folha de São Paulo foi entre os anos de 1995-2002 (44,6%), com redução considerável no período 2011-2015 (9,4%). No ano de 2015, último ano da pesquisa, foram encontradas apenas duas publicações.

Quanto as marcas de composição, os resultados mostram que o tema mortalidade infantil foi explorado, na maioria das vezes, na forma reportagens (48,7%), textos que normalmente são mais elaborados e com maior espaço. A maior parte das matérias foi publicada no quadrante superior (43,9%) e em páginas pares (51,7%), outros aspectos que sinalizam espaços mais nobres do jornal, utilizados com matérias de maior relevância. Considera-se que as manchetes de capa foram frequentes (28,5%), assim como a utilização de recursos visuais adicionais (58,4%).

É importante ressaltar que o interesse jornalístico pelo tema mortalidade infantil, que resulta diretamente na quantidade de matérias publicadas, relaciona-se com a divulgação de dados por órgãos públicos e entidades nacionais e internacionais ou com a ocorrência de um acontecimento que seja relevante ou de interesse do público. Bons exemplos da influência desses fatores são o anúncio pela Pastoral da Criança do crescimento “alarmante” da mortalidade no Nordeste em 1994, que resultou em 22 manchetes, objetos deste estudo; a alta mortalidade infantil entre povos indígenas em 2005, especialmente em aldeias do Mato Grosso do Sul, que se torna uma das principais pautas do ano e resulta na produção de 21 manchetes e a morte da coordenadora da Pastoral da Criança, Zilda Arns, em 2010, que reacende o interesse pela Pastoral da Criança e resulta em nove manchetes analisadas.

### **6.2. Análise das fontes de informação**

A pesquisa procurou identificar todas as fontes de informação utilizadas pela Folha de São Paulo nos 82 textos jornalísticos selecionados para a abordagem qualitativa desse estudo e que tiveram chamadas de capa do periódico no período entre 1990 e 2015, hierarquizadas de acordo com a relevância conferida pelo jornal.

O primeiro objetivo foi verificar se as fontes eram identificadas ou anônimas. Se identificadas, se eram genéricas, nomeadas entre aspas ou nomeadas sem aspas. A pesquisa revelou que a maioria dos textos analisados baseou-se em fontes identificadas. Em apenas quatro publicações do tipo editorial (Quadros 7, 12, 27 e 30) não foi possível encontrar a fonte. Por apresentar a opinião do jornal sobre determinado assunto e normalmente referente a notícia publicada anteriormente, pode-se justificar a ausência explícita de fontes.

Em apenas uma situação, a Folha utilizou-se do artifício da fonte anônima, ou seja, não revelada (Quadro 6). No entanto, é importante ressaltar que nesse caso específico o jornal ouviu outras fontes para dar robustez ao fato noticiado. O caso foi encontrado na notícia em que se divulgou o aumento 'alarmante' da mortalidade em regiões atendidas pela Pastoral da Criança: “Chegaram informações ao UNICEF de que, por problemas técnicos e de organização, houve redução na quantidade de crianças vacinadas”.

Já as fontes genéricas, que apesar de não serem imputadas diretamente a um indivíduo, são facilmente identificáveis, apareceram em 21 matérias (Quadros 6, 10, 13.1-13.2, 15-16, 18, 23, 25, 33, 37, 40, 42, 53, 56, 62, 68, 70.2 e 72-73). Sua utilização pode ser observada no editorial (Quadro 25), que cita avanços sociais que contribuíram para a redução da mortalidade infantil no país: “Técnicos do Ministério da Saúde observam que mulheres consideram uma consulta pré-natal o bastante para avaliar a situação da gravidez”. A afirmação, baseada na observação dos técnicos do Ministério da Saúde, não é creditada especificamente a alguém, também não é oriunda de relatório ou pesquisa.

Aspecto que chama a atenção no estudo realizado é o grande número de textos que contam com apenas uma fonte, o que segundo o próprio Manual de Redação da Folha de São Paulo (2011) não é a opção mais adequada:

Toda boa reportagem exige cruzamento de informações. Esse mecanismo jornalístico consiste em, a partir de um fato transmitido por uma determinada fonte, ouvir a versão sobre o mesmo fato de outras fontes independentes. O recurso é útil tanto para comprovar a veracidade de uma notícia quanto para enriquecer a reportagem com aspectos não formulados pela fonte original (Folha de São Paulo, 2011, p.26).

São 20 textos nessa condição (Quadros 3-4, 8, 10-11, 16, 18, 25,31-32, 39, 49, 51, 59, 60-61, 65, 67, 69 e 77), sendo que 11 são editoriais, situação que também merece o atenuante mencionado anteriormente. Destes, três (Quadros 10, 16 e 18) se referem a fontes genéricas. Dos outros nove textos com apenas uma fonte citada, sete (Quadros 8, 10-11, 16, 18, 31 e 39) são notícias e duas são reportagens (Quadros 3 e 39). Uma delas é a reportagem especial (Quadro 39) que apresenta os números de relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelando, ao mesmo tempo, a melhoria nas condições de vida do brasileiro e o aumento da desigualdade na década de 1990. Apesar de se tratar de tema abrangente, que requer ampla discussão e apuração aprofundada, o texto baseia-se apenas em declarações e estudos do IBGE, sem ouvir mais nenhuma fonte.

O jornal também parece seguir os mesmos critérios de seleção de fontes. Nota-se que as preferidas pela Folha de São Paulo são as oficiais e governamentais, em seus diferentes níveis. Essa situação tende a ser “a preferida pela mídia, pois emite informação ao cidadão e trata essencialmente do interesse público, embora possa falsear a realidade, para preservar seus interesses ou do grupo político” (Schmitz, 2011, p. 25).

Considerando que a mesma matéria pode ter várias fontes, as oficiais aparecem 144 vezes nos textos de um total de 255 fontes identificadas durante todo o período analisado. O Governo Federal é o mais citado, aparecendo como referência em 89 situações. O mais acionado é o Ministério da Saúde e seus órgãos subordinados, citados em 41 oportunidades. O IBGE vem a seguir, com 30 menções.

O Governo do Estado de São Paulo foi outra referência de pesquisa importante, com 22 participações. Entre as fontes estatais paulistas, a mais utilizada foi a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE), mencionada em 12 textos. Prefeituras municipais das mais diversas regiões do país aparecem 28 vezes e outros governos estaduais cinco vezes.

Os organismos internacionais também foram bastante referenciados pela Folha, com destaque para a Organização das Nações Unidas (ONU), presente em 26 textos e a Organização Mundial da Saúde (OMS), recorrida em 10 ocasiões. O Banco Mundial foi mencionado em uma reportagem. Em comum, IBGE, SEADE, OMS e ONU têm o fato de serem utilizados como fontes de matérias em virtude da divulgação de dados estatísticos e relatórios sobre a mortalidade infantil, saúde e qualidade de vida, com destaque para o Relatório Situação Mundial da Infância, o Índice de Desenvolvimento

Humano (IDH) da ONU, os Indicadores Sociais sobre Crianças e Adolescentes e a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) do IBGE.

Já as prefeituras e governos estaduais são chamados a se manifestarem em reportagens que revelam a alta taxa da mortalidade infantil em determinadas regiões, bem como a alta ou queda na taxa em determinados momentos. Isso acontece, por exemplo, na reportagem (Quadro 24) que destaca os melhores e os piores estados e municípios brasileiros de acordo com o IDH da ONU: “Há dois meses foi retomado o programa de distribuição de leite, mas só o suficiente para metade dos desnutridos, segundo a secretária de Saúde de São José da Tapera, Nara Albuquerque Alves”.

Organizações não Governamentais (ONG) serviram como fontes de informação em 21 oportunidades. A mais utilizada foi a Pastoral da Criança, informante por 12 vezes, especialmente em momentos em que denuncia o aumento na taxa de mortalidade infantil em áreas atendidas pela entidade. Foi o que aconteceu no editorial (Quadro 32), que repercute a informação divulgada pela Pastoral da Criança, dando conta do aumento de 38% na taxa de mortalidade de crianças até seis anos de idade em regiões do Estado de São Paulo atendidas pela ONG.

As entidades de classe e sindicatos foram contatados para entrevistas em 11 oportunidades, com destaque para a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), seis vezes. Aliás, com raras exceções, a reportagem ouviu a opinião de médicos ou demais profissionais de saúde que não estivessem ligados a órgãos governamentais, o que pode comprometer a visão mais ampla do assunto. O próprio jornal orienta seus profissionais:

Cruzar informações e ouvir o outro lado permite, ainda, que o jornalista não endosse versões interessadas, que visem à manipulação da opinião pública, nem o erro que possa ser cometido por pessoas, instituições, empresas ou grupos. É sempre importante perguntar-se a quem uma notícia vai interessar, a quem ela traz prejuízos e quem dela se beneficia. São perguntas que ajudam a esclarecer o jogo de interesses por detrás dos fatos (Folha de São Paulo, 2011, p.27).

A reportagem (Quadro 54) afirmando que a mortalidade infantil no Brasil é elevada se comparada a países desenvolvidos, até mesmo entre a população 20% mais rica, é exemplo positivo de fonte bem empregada.



Para José Orleans da Costa, do programa de reanimação neonatal e membro do grupo de trabalho de mortalidade infantil da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), as altas taxas (quando comparadas a países desenvolvidos) de mortalidade nas classes mais altas podem ser explicadas pela falta de qualidade no atendimento, mesmo na rede privada (Folha de São Paulo, 12/06/2004, pg. A21).

Outro aspecto que pode ser considerado preocupante é o pequeno número de vezes em que o cidadão comum foi ouvido pelos jornalistas. Apesar de ser o mais atingido pelos problemas que ocasionam a mortalidade infantil, em apenas 12 matérias (Quadros 13.3, 13.4, 15, 23, 35, 44.2, 52-54, 56, 68 e 75) foram publicadas a versão de populares. O Manual de Redação da Folha de São Paulo afirma que o repórter deve se colocar na posição do leitor para que possa atender suas expectativas (Folha de São Paulo, 1996).

Entrevistas com líderes comunitários também foram escassas. Em apenas uma reportagem um líder comunitário foi consultado pelo jornal (Quadro 68). Foi na reportagem que trata de estudo do Ministério da Saúde, que revela que sete em cada dez mortes poderiam ser evitadas com atendimento melhor à mãe e à criança:

“Quando há uma emergência, os moradores precisam ir a um Pronto Socorro distante. A maternidade fica em Interlagos (a 25 km do local). As mães também têm dificuldade para fazer um bom pré-natal. Nem sempre dá para esperar uma consulta”, diz Maria Lúcia Cirillo, presidente da Associação de Moradores de Engenheiro Marsilac e Adjacências (Folha de São Paulo, 01/03/2009, pg. C4).

Contribui, também, para uma visão menos abrangente, a baixa quantidade de fontes que podem ser classificadas como independentes, em especial pesquisadores e especialistas. Entendendo como fontes especialistas independentes aquelas que não mantêm vínculo institucional com órgãos oficiais ou entidades, foram encontrados em apenas 12 textos (Quadros 2, 13.4, 48, 57, 62, 66, 68, 72-74 e 76-77) nessas condições. Exemplo positivo é a reportagem especial (Quadro 48), que apresenta os índices de redução da mortalidade infantil ao longo dos governos Fernando Henrique Cardoso, ouvindo além do próprio presidente, o ministro da Saúde, Barjas Negri e o sanitarista Sérgio Arouca, que afirmou:

[...] a velocidade da queda é lenta [...]. A mortalidade infantil vem caindo no mundo todo, de modo contínuo e permanente. A queda acontece mesmo que não se faça nada. Está ligada a urbanização, ao acesso a informação e às melhores condições da medicina (Quadro 48).

Publicações científicas foram fonte de quatro textos analisados no período: a Revista “The Lancet”, em três vezes (Quadros 66 e 76-77) e a “Plos Medicine”, em uma oportunidade (Quadro 62).

Ressalta-se que, mesmo sendo um dos critérios para a seleção dos textos analisados a menção dos determinantes sociais da mortalidade infantil, essa questão em geral foi tratada de forma superficial. Em nenhum momento, por exemplo, buscou-se a opinião de sociólogos, antropólogos ou mesmo cientistas políticos, que poderiam ajudar na melhor compreensão dos fatos. Pelo contrário, os depoimentos, com raras exceções, se demonstraram convergentes, dando sustentação à abordagem escolhida pelo jornal.

### **6.3. Enquadramento, com Seleção e Exclusão de Temas**

Com relação ao enquadramento, é possível categorizar o presente estudo como episódico (Rothberg, 2014) e interpretativo (Porto, 2002), onde os fatos, com grande repercussão, recebem tratamento superficial e enfoques sensacionalistas. Esse tipo de enquadramento dificulta que o público perceba os contornos das políticas implementadas e identifique seus agentes e as circunstâncias nas quais foram formuladas e executadas.

A pesquisa revelou que, entre as matérias selecionadas, o principal motivo de chamadas de capa na Folha de São Paulo no período analisado foi o anúncio da queda da mortalidade infantil. Foram 18 textos que privilegiaram esse enfoque (Quadros 5, 10-11, 18, 22, 25, 28, 45, 48, 51, 64-66, 70.1-70.2, 72-73 e 75).

Constatou-se, ainda, a preferência do jornal por notícias e reportagens que ressaltaram o desempenho paulista nesta questão. Pelo menos seis textos (Quadros 1, 10, 18, 28, 35 e 51) apresentaram o Estado de São Paulo como exemplo positivo no combate à mortalidade infantil, contra apenas três com enfoque negativos (Quadros 32-33 e 70.1).

No Quadro 1, por exemplo, a reportagem afirma de forma veemente em vários trechos que a expectativa de vida média aumentou no Estado de São Paulo: “A expectativa de vida da população do Estado de São Paulo aumentou” e “A expectativa média de vida no Estado de São Paulo passou de 66,6 anos, em 1980, para 68,2 anos, em 1985”. Apesar de apresentar dados que comprovam o aumento da expectativa de vida no Estado de São Paulo, faltou fazer a comparação com outros Estados, para verificar se essa é uma tendência paulista ou se o fenômeno também aconteceu em outros locais.

Já no Quadro 28, a Folha de São Paulo divulga o que denomina de “recorde de redução de índice de mortalidade infantil” no Estado de São Paulo: “O índice paulista é muito inferior à taxa média de 36,1 mortes por mil nascidos vivos no Brasil em 98”. Apesar dos dados serem da Fundação SEADE e merecerem abordagem mais aprofundada, chama a atenção o fato do único entrevistado pela reportagem ser o então secretário estadual da Saúde, José da Silva Guedes, o que prejudica uma visão mais ampla do assunto, já que, segundo o próprio jornal, ser pluralista é um dos princípios básicos que orientam o trabalho do veículo.

A sociedade é plural; há sempre interesses e pontos de vista em conflito. O melhor serviço que um jornal partidário pode fazer é tornar transparente essa realidade plural, reproduzir da maneira mais exata e na proporção mais equilibrada possível as diferentes vozes da sociedade. A Folha não quer impor suas opções ao leitor: considera que ele é capaz de avaliar os fatos e decidir por conta própria (Pinto, 2012, p. 133)

Pode-se supor, assim, uma possível tendência política de apoio ao governo estadual em todo o período. É salutar mencionar que a Folha, em seu Manual de Redação (2001, p.37), condena esse tipo de conduta e afirma que “[...] não se atrela a grupo, tendência ideológica ou partido político, mas procura adotar posição clara em toda questão controversa”.

Pelo menos 14 textos (Quadros 3, 4, 6-8, 14, 17, 23, 32-34, 47, 54 e 60) têm como foco principal o aumento da taxa de mortalidade em determinados períodos ou da divulgação de relatórios que colocam o Brasil em situação preocupante. É o que pode ser verificado no Quadro 3, em reportagem que destaca os dados do Relatório “Situação

Mundial da Infância do UNICEF”, segundo o qual cerca de mil crianças morrem todos os dias no Brasil, colocando o país na posição 64 do mundo em uma lista de 129 nações em taxa de mortalidade infantil: “Cerca de mil crianças menores de quatro anos morrem diariamente no Brasil [...]. A média diária mundial é de 40 mil crianças mortas ao dia [...] de cada mil crianças nascidas, 85 vivem em condições precárias de saúde [...]”. Apesar do representante do UNICEF no Brasil recomendar mudança no comportamento orçamentário brasileiro, a matéria não apresenta nenhum dado sobre o tema e nem mesmo explica o que é orçamento público ou como funciona sua distribuição.

O mesmo assunto foi tratado pelo jornal em editorial publicado no dia seguinte, intitulado “Calamidade infantil” (Quadro 4). Segundo o posicionamento do jornal, o fato mais grave em relação à morte de bebês é que a maioria poderia ser evitada com a administração mais adequada dos recursos: “A maioria das mortes, afirma o estudo, poderia ser facilmente evitada por meio de vacinas ou tratamentos de custo reduzidos”. O texto comparou ainda a taxa de mortalidade do Brasil com outros países considerados mais pobres, porém não apresentou nenhum número para justificar a comparação.

O Relatório Situação Mundial da Infância do UNICEF foi novamente tema de reportagem do jornal (Quadro 17). O texto lembrou que o Brasil vem reduzindo a taxa de mortalidade infantil, mas ainda é um dos piores países do mundo nesse quesito, ficando na 63ª posição no *ranking* de 150 nações da ONU: “[...] relatório anual do UNICEF divulgado ontem em São Paulo, diz que a taxa de mortalidade de menores de cinco anos no Brasil foi de 60 crianças por mil em 1995”. A matéria também enfatiza o fato de o país estar posicionado atrás de nações como Vietnã e Paraguai, mas excluiu de sua análise os motivos que teriam sido responsáveis pela redução da taxa.

Tema recorrente na Folha é relacionado aos índices de condições de vida dos brasileiros (Quadros 1, 16, 21, 24, 44.1-44.2, 52, 55 e 58). Em reportagem especial “Qualidade de Vida no Brasil” (Quadro 52), o periódico analisa os resultados do IDH da ONU, ressaltando que o Brasil subiu para a posição 65ª no índice, ganhando quatro posições em relação ao último relatório. Segundo o periódico, o Brasil melhorou na equidade entre homens e mulheres, aumentou a expectativa de vida, diminuiu taxa de mortalidade infantil e melhorou o acesso à escola. Além disso, enfatiza que o IDH só não é melhor em virtude da má distribuição de renda no país: “No documento de 2002, com dados de 2000, a renda média do brasileiro havia crescido 0,72%, em ambos os casos abaixo da média dos últimos 26 anos”. A reportagem menciona o posicionamento do Brasil em situação pior do que a da Argentina, Chile e Colômbia, mas não explica e

nem apresenta os motivos ou ações que levam essas nações a terem IDH melhor do que o do Brasil.

Reportagem semelhante (Quadro 64) analisa a redução de 65% ocorrida na taxa de mortalidade infantil entre os anos de 1990 e 2006, fato que fez o país subir 27 posições no *ranking* do Relatório Situação Mundial da Infância de 2008: “A mortalidade de crianças com menos de cinco anos caiu 65% entre 1990 e 2006. A queda, acentuada a partir de 2004, fez o Brasil melhorar 27 posições no *ranking* desse indicador [...]”. O texto também lembrou que a redução foi mais notável em países e regiões mais pobres e, conseqüentemente, mais propensos a altos índices de mortalidade. “A redução é, em regra, maior entre os países em desenvolvimento – nas Maldivas, por exemplo, foi de 73% entre 1990 e 2006”. No entanto, mesmo afirmando que a redução mais acentuada ocorreu a partir de 2004, a Folha não procurou demonstrar quais foram os determinantes ou avanços sociais entre 2004 e 2006 responsáveis pela redução de 41% no período.

Sobre o mesmo assunto, o jornal publica um editorial (Quadro 65) comentando o que chama de “Avanço notável”: “Relatório divulgado nesta semana pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostra que, entre 1990 e 2006, a taxa de óbitos de crianças entre zero e um ano caiu 46,9 por mil nascidos vivos para 24,9 por mil”. O texto afirma que, para continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil, o país precisa combater o óbito neonatal, que abriga 51% do total de mortes: “Não são questões que se resolvam no ‘atacado’, com obras ou investimentos de caráter geral. Ao contrário, para prevenir as mortes neonatais há de se fazer esforços direcionados às gestantes individualmente”. Da mesma forma que na reportagem anterior, o editorial também não descreve quais os determinantes ou avanços sociais que contribuíram para esta redução e não dimensiona a participação das políticas implantadas por cada governante em nível federal nessa redução.

Desnutrição e miséria foram assuntos tratados como foco principal em sete textos (Quadros 2, 19-20, 27, 33, 42 e 56). Neste sentido, reportagem de 1990 (Quadro 2) afirma que 40% da população brasileira vive em situação de pobreza, segundo dados da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO): “No Brasil, cerca de 11 milhões de famílias viviam em 1985 com renda anual entre US\$ 150 e US\$ 300 – mais de 40% da população [...]. Essa renda caracteriza uma situação de fome, afirma Maria Antonia Martins Galiuzzi, consultora da FAO/ONU”. O texto destaca que a pobreza está diretamente ligada à mortalidade infantil: “Cerca de 61% da mortalidade

infantil no país, em 1986, foram causados pela desnutrição”. A situação, segundo fontes técnicas e políticas envolvidas, poderia ser resolvida com a distribuição emergencial de alimentos, ação para qual o governo afirma não ter recursos. Apesar de o jornal tratar a ação como questão de prioridade política, a Folha não questionou o orçamento para a área social e também não analisou outros gastos do governo com pastas que poderiam ser consideradas menos prioritárias.

A publicação foi, também, contundente ao questionar a miséria no Brasil, cobrando das autoridades solução definitiva para o problema. O periódico se posicionou desta forma pelo menos em uma sequência de editoriais analisados no período (Quadros 19-20, 27, 33 e 42). No Quadro 19, em que comenta os números do IBGE, dando conta de que 40,4% dos menores de 14 anos viviam na miséria no Brasil, a publicação coloca o país como campeão em desigualdade social: “Mas, mesmo no Sudeste, a mortalidade infantil ainda é duas ou três vezes maior do que a verificada na Europa ocidental. Em Alagoas ela é 10 vezes maior”. Em editorial de 1997 (Quadro 20), o jornal sugere a criação de um grande plano nacional contra a miséria e volta a cobrar melhor distribuição de renda ao reconhecer uma pequena melhora: “Mas poderia ser bem melhor se a distribuição de renda, grande fator de desigualdade social, fosse outra”. No Quadro 27, o jornal critica os cortes orçamentários anunciados pelo governo que atingem as camadas mais pobres. O texto diz serem necessárias as reformas tributária e social para garantir a recuperação financeira do Estado para fornecer serviços básicos como saúde e educação:

De certo não contribuem para reduzir a ceifa de crianças os cortes orçamentários de um ajuste fiscal feito de afogadilho [...]. Um ajuste fiscal justo e sustentável, no entanto, exigiria uma reforma do Estado muito mais ampla e profunda, no que lamentavelmente o governo federal não se empenhou (Quadro 27).

Já no Quadro 42, o periódico cita o exemplo do município alagoano de São José da Tapera, onde a maioria da população não tem saneamento básico e a taxa de mortalidade infantil é de 66 por mil – já foi de 147 – para afirmar que a situação está “no limite”: “[...] a maioria dos 29 mil habitantes do município não tem água tratada; apenas 5% são atendidos por rede de esgoto e quase 66 crianças, em cada grupo de 1.000, morrem antes de completar o primeiro ano de vida [...]”. A cidade foi escolhida

pelo presidente Fernando Henrique Cardoso para o lançamento do programa Bolsa Alimentação e o texto cobra que a iniciativa seja duradoura: “É necessário que essas medidas se multipliquem pelo Brasil, mas é também preciso lembrar que sem políticas públicas consistentes dificilmente esses pequenos avanços vão se consolidar”. Apesar da forte cobrança por iniciativas duradouras do Estado, em ambos os editoriais, o jornal exclui de sua análise os motivos sociais e políticos que levaram o país a essa condição.

Questões relacionadas à infraestrutura de saúde e saneamento foram exploradas pela Folha como enfoque principal em oito ocasiões (Quadros 9, 15, 36, 37, 63 e 67-69). Em uma dessas matérias (Quadro 9), o então ministro da Saúde, Henrique Santillo, reconheceu que o governo é um dos culpados pelo aumento da mortalidade infantil, já que há falta de recursos na área da saúde: “Segundo Santillo, do orçamento de US\$ 1,56 bilhão previsto para o combate às endemias neste ano, o Ministério recebeu US\$ 220 milhões neste primeiro semestre”. Infelizmente, a notícia não explicou quais os motivos que levaram a área econômica do governo a não liberar os recursos necessários para o combate à mortalidade infantil.

O Quadro 15 apresenta reportagem que condiciona a falta de verbas para o combate à mortalidade infantil a não aprovação da CPMF: “O programa fica comprometido, diz Anna Peliano, do Programa Comunidade Solidária”. O texto também enfatiza o fato dos números da taxa de mortalidade infantil estarem subestimados, já que em muitos municípios do interior do país a pobreza é tão grande que muitos pais nem mesmo registram seus filhos e crianças são enterradas em cemitérios clandestinos: “O maior problema aqui é a fome, e não temos como ter números (mortalidade) porque ninguém registra os filhos, explica Alonso Moreira dos Santos, prefeito de Somolândia (GO)”. Novamente a discussão fica superficial, como se questões relacionadas à desigualdade social e prioridades governamentais fossem menos importantes do que a própria aprovação da CPMF.

Na reportagem apresentada no Quadro 68, o texto publica estudo que aponta falhas no cuidado com bebês e que sete em cada dez mortes poderiam ser evitadas com atendimento melhor à mãe e à criança: “Depois de analisar as declarações de óbito de 48.332 bebês registradas em 2006, o estudo do governo federal concluiu que pelo menos 15.224 (31,5%) poderiam estar vivos se tivessem sido bem atendidos nos primeiros dias de vida”. A reportagem enfatiza a questão de falta de infraestrutura para o atendimento dessas crianças: “O cuidado nas primeiras horas significa dar medicamentos adequados aos prematuros, como o surfactante, usado para expandir o

pulmão, e garantir atendimento especializado aos bebês com problemas de saúde”. O detalhe da reportagem é que, mesmo a saúde sendo organizada em níveis de atenção, o jornal não explica qual a responsabilidade de cada ente da Federação.

No dia seguinte, a Folha de São Paulo voltou a repercutir o assunto com o editorial “Bebês sob risco” (Quadro 69), que comenta pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde também dando conta que a maior parte das mortes de recém nascidos poderia ser evitada:

Sete em cada dez mortes de bebês com até um ano de vida, no Brasil, encaixam-se na categoria de óbitos que poderiam ter sido evitados [...]. Cobertura parcial de serviços básicos, médicos e sanitários, explica índice ainda alto de mortes na infância (Quadro 69).

O texto também afirma que a taxa de mortalidade brasileira é muito alta se comparada com outros países: “[...] o Brasil ainda ostenta um patamar de mortalidade infantil intolerável”. Ao comparar os números com países como Cuba, Argentina e França, o texto acaba reduzindo a importância do feito, já que esses países possuem índices melhores. Porém, não se aprofunda nessa discussão e não apresenta os motivos que fazem esses países terem números melhores do que o do Brasil.

O periódico reforça a importância do tema infraestrutura ao se posicionar sobre o assunto em outros dois editoriais (Quadros 36 e 37). No Quadro 36 comemora a queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo (17 por mil). Afirma que o grande desafio passaria a ser os óbitos neonatais: “E, diferentemente das moléstias referidas anteriormente, exigem cuidadosa supervisão médica, muitos exames e também a adesão da mulher a programas de acompanhamento neonatal”. A ênfase vai para as diferenças regionais no Estado: “Em bolsões de miséria no Estado de São Paulo, a mortalidade infantil ainda atinge índices africanos [...]”. O texto exclui discussão que pudesse explicar essas diferenças regionais, mesmo em um Estado considerado rico como São Paulo.

No editorial referente ao Quadro 67, a Folha questiona o que chama de “o nó do saneamento”, ao comentar dados de pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, que aponta que mais da metade da população ainda não tem acesso ao serviço: “Coordenada pelo economista Marcelo Neri, o estudo aponta um pequeno salto na coleta de esgoto em 2007, apesar do país ainda estar muito distante da universalização”. Ainda segundo o



texto, o saneamento básico tem forte relação com a queda da mortalidade infantil: “Segundo Marcelo Neri, o peso do saneamento nas condições de saúde é superior ao da renda das famílias”. Mesmo reconhecendo o avanço do saneamento básico no governo de Luís Inácio Lula da Silva, o editorial afirma ser ainda pouco e não compara os investimentos desse governo com o de antecessores.

A expectativa de vida do brasileiro foi tema específico de três reportagens do veículo (Quadros 1, 55 e 58). Em uma delas (Quadro 55), o jornal utiliza dados do IBGE para revelar que, se nada for feito para reduzir os índices de mortalidade infantil, o Brasil só atingirá indicadores de expectativa de vida do Japão em 2050:

Se o país nada fizer nas próximas décadas para melhorar os indicadores de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer, o Brasil só atingirá em 2050 o patamar encontrado hoje nos países com melhores índices. É o que mostram as projeções populacionais divulgadas ontem pelo IBGE. O Instituto estima que a expectativa de vida do brasileiro – que era de 70,4 anos há quatro anos – será 81,2 em 2050 (Quadro 55).

Apesar do enfoque negativo, a reportagem revelou que houve aumento da expectativa de vida e queda acentuada da mortalidade infantil, porém não apresenta quais as possíveis políticas públicas que influenciaram esta queda. Ao fazer a comparação com o Japão, não se mencionam dados populacionais, valores do Produto Interno Bruto (PIB), ou quaisquer outras informações relevantes para a comparação.

A mesma abordagem foi feita pelo jornal na reportagem (Quadro 58) que trata do aumento da expectativa de vida no país para 71,7 anos, segundo o IBGE. A Folha volta a fazer a comparação com o Japão e destaca o crescimento na expectativa de vida do brasileiro entre 2003 e 2004, com aumento de quatro meses e 24 dias. A principal causa apontada pela matéria é a queda da mortalidade infantil: “Segundo o IBGE, que ontem divulgou a Tábua de Vida 2004, a proporção de mortes de bebês até um ano foi de 26,6 por mil em 2004. Em 2003, essa taxa era de 27,5 por mil e em 1980, de 69,1”. Entretanto, a publicação ressalta que, de acordo com projeções do IBGE, o Brasil não atingirá a redução proposta nos Objetivos do Milênio: “Pelas projeções do instituto, se nada for feito para acelerar a queda, o país terá em 2015 uma mortalidade infantil (até um ano de idade) de 18,2 por mil. A meta para o Brasil é reduzir para 15,6 por mil”. Ao

se apresentar as disparidades regionais, fatores que levaram a tais diferenças não foram mencionados.

Aliás, os Objetivos do Milênio foram tema recorrente em seis textos (Quadros 29-30, 41, 52 e 57-58) na capa na Folha de São Paulo no período do estudo, com publicação nos anos de 1990 (n=2), 2001 (n=1), 2003 (n=1) e 2005 (n=2). O mais curioso é que em todos eles, a Folha apresenta previsões de que a meta referente à diminuição da mortalidade infantil não deverá ser cumprida pelo Brasil, fato consumado em 2011, quando o país atinge a taxa de 15,3 óbitos por mil nascidos vivos: “Para o Ministério (Saúde), não será possível cumprir a principal meta – reduzir em 33% a mortalidade infantil – porque a situação da zona rural do Nordeste ainda é muito ruim” (Quadro 29); “A taxa de mortalidade materna brasileira é dez vezes maior que a da União Europeia. A taxa de mortalidade infantil supera a de vários países Sul-americanos. Nestes dois casos, o Brasil está longe de atingir a meta do UNICEF” (Quadro 30); “Os índices de mortalidade infantil no país também não foram alcançados. A meta era a redução de um terço em relação a 1990” (Quadro 41); “O Brasil deve alcançar a meta de 20 em cada mil nascidos vivos em 2015” (Quadro 52); “É muito improvável que o país consiga reduzir em dois terços o índice de mortalidade infantil na década de 90 [...]. A tendência de queda não é suficientemente alta, diz o pesquisador Roberto Schwartz” (Quadro 57):

Apesar da tendência de queda dessa mortalidade, os técnicos do IBGE alertam que o ritmo ainda não é suficiente para o cumprimento das Metas do Milênio da ONU [...]. Pelas projeções do Instituto, se nada for feito para acelerar a queda, o país terá em 2015 uma mortalidade de 18,2 por mil (Quadro 58).

De um modo geral é possível chegar à conclusão que a Folha de São Paulo reconhece a importância do tema mortalidade infantil ao colocá-la como chamada de capa em 77 matérias no período. O grau de relevância aumenta ao verificar que 20 destes textos (26%) foram publicados na forma de Editorial.

Entretanto, foram identificadas algumas exclusões importantes no tratamento dado às matérias. As mais frequentes e que poderiam ser abordadas de modo mais abrangente, tendo como base a formação do leitor, são: a) falta de abordagens mais abrangentes e plurais; b) falta de diversificação das fontes, que poderiam oferecer visão

mais ampla; c) comparações que excluíram da análise detalhes sobre as condições econômicas, sociais, de saúde e infraestrutura de estados, regiões, municípios e países que poderiam ser fatores importantes na explicação das diferenças das taxas observadas. Quando a comparação foi entre a taxa de mortalidade infantil brasileira com países considerados mais pobres, não foram apresentados dados adicionais que justificassem a comparação; d) falta de profundidade na discussão da questão da concentração de renda, muitas vezes citada pelo periódico como um dos motivos da alta taxa de mortalidade infantil no Brasil; e) supressão, na maioria dos casos, especialmente na análise de períodos longos, de quais foram as políticas públicas que teriam sido responsáveis pela redução da taxa da mortalidade; f) falta de questionamento do jornal em relação às justificativas das autoridades em diversos textos sobre a suposta falta de recursos para a implementação do que a Folha chamou de “medidas simples” que poderiam reduzir a alta taxa de mortalidade infantil; g) inexistência de informações que poderiam colaborar para o entendimento pelo público leitor sobre orçamento público e h) falta de apresentação das razões históricas, políticas e sociais que levaram o país a apresentar taxas tão elevadas de mortalidade infantil.

A seleção, exclusão e pouco aprofundamento das matérias, faz crer que o jornal levou pouco em consideração outros dois de seus princípios jornalísticos:

Ser didático. O jornal deve partir do pressuposto de que o leitor não está familiarizado com os assuntos. É preciso explicar, esclarecer, detalhar, de maneira concisa e exata, em linguagem direta e acessível [...]. Ser analítico. É função do jornal estabelecer nexos entre os fatos e contextualizá-los. Análise não é opinião ou crítica: objetivo não é manifestar preferências ou visões de mundo, mas aprofundar a compreensão dos vários ângulos de um fato. Devem ser valorizados textos que apresentam as causas e consequências dos acontecimentos, identifiquem conflitos de interesses, mostram como os fatos afetam a vida do leitor (Pinto, 2012, p. 134-135).

#### **6.4. Agenda-Setting**

Quando se observa a quantidade de publicações com chamada de capa no jornal Folha de São Paulo (n=82) no período pesquisado, é possível afirmar, tendo como embasamento a teoria da *agenda-setting*, que o periódico impôs uma percepção de

importância do tema mortalidade infantil ao público leitor, ressaltando que o combate à mortalidade infantil é fator fundamental para o desenvolvimento do país.

Porém, é importante ressaltar que a intensidade com que o assunto foi tratado variou ao longo do tempo. Quando o espaço de tempo pesquisado é dividido em períodos iguais de 13 anos, de 1990 a 2002 e de 2003 a 2015, é possível observar maior quantidade de matérias na primeira fase: 49 vs 28 no segundo período. Porém, é nessa segunda metade do período analisado que surgem programas e políticas públicas importantes que, segundo Relatório de Desenvolvimento dos ODM de 2014, contribuíram para a redução da mortalidade infantil. Na área da saúde destacam-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a Farmácia Popular do Brasil (2004), a Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1 (2009), a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas (2009), o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Legal (2009), a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (2010), a Estratégia Rede Cegonha (2011) e o Programa Mais Médicos (2013). Na área social citam-se os programas Bolsa Família (2003) e Viva Leite (2005), a Política de Segurança Alimentar Nutricional, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2006) e Minha Casa Minha Vida (2009). O único com citação nas matérias pesquisadas é o Bolsa Família (Quadros 59 e 62).

Indo além e analisando o espaço dado ao assunto após o cumprimento da meta dos Objetivos do Milênio, é possível notar um menor interesse do jornal, já que entre de 2011 a 2015 foram publicados apenas seis textos de capa tendo como pauta a mortalidade infantil. Apesar de se tratar de uma informação de interesse jornalístico e social, o cumprimento da meta da redução da mortalidade infantil, não apareceu em nenhuma capa da Folha. Esse posicionamento do jornal parece indicar que os processos de agendamento estão ligados ao sensacionalismo e não ao assunto em si. Em linhas gerais, a Folha não estaria acompanhando a temática com os olhos do interesse público, mas sim com a sensacionalização do tema.

No primeiro período de análise, a agenda focou na importância do Plano Real como um dos principais responsáveis pela queda da mortalidade infantil. A melhora das condições de vida da população, com investimentos realizados em saneamento e saúde também foram bastante mencionados pelo jornal.

A Folha, inclusive, colocou o tema mortalidade infantil no debate político ao fazer avaliação do desempenho do governo Fernando Henrique em reportagem

publicada dias antes do segundo turno das eleições presidenciais (Quadro 48). O tema se espalhou por outros veículos de comunicação e norteou as propostas de governo dos candidatos à presidência. Em dezembro (Quadro 49), após as eleições o tema voltou à pauta com um caderno especial sobre os “Anos FHC”.

Já nos textos publicados durante o governo Lula, a Folha foi mais crítica em suas análises e apresentou uma agenda em que o combate à mortalidade infantil mudava de nível e passava a ter como objetivo a diminuição dos óbitos perinatais (Quadros 51, 54, 65, 69 e 71), cuja ação depende de melhorias na infraestrutura hospitalar (Quadros 54, 58, 66 e 68) e oferecimento de medicamentos adequados (Quadro 68). Apesar de reconhecer a melhora nesse período, o jornal cobra a necessidade de investimentos pesados para que os índices avancem de forma mais rápida (Quadros 51-52, 58 e 66).

O Programa Bolsa Família é visto como um bom programa, porém insuficiente para resolver a questão (Quadro 59). Nas matérias que destacaram a melhoria do IDH brasileiro, a Folha lembrou que os dados escondem as desigualdades do país (Quadro 57). A publicação também insinua a desvalorização dos avanços ao colocar a queda da fecundidade (Quadros 50 e 59) como uma das justificativas principais da redução da mortalidade infantil no Brasil. Quando tratou de questões relativas à demarcação de terras e presença de posseiros, indígenas figuraram na pauta do debate político como agentes abandonados pelo poder público, também no que se refere à assistência médica, sobretudo para crianças (Quadro 56).

É importante registrar que no que se refere à queda da mortalidade infantil, as administrações de FHC e Lula tiveram números parecidos. No governo do presidente Fernando Henrique, a taxa caiu de 35,1 mortes por mil nascimentos para 23,4, o que representa uma redução de 33%. Já a queda no governo Lula foi de: 29%, com a taxa ficando em 16 mortes por mil no último ano de seu governo.

Em todo o período investigado, observa-se a construção de agenda que confere uma ideia de hegemonia paulista. O Estado de São Paulo é apresentado como exemplo a ser seguido pelo restante do país, já que apresenta as melhores condições de vida, as menores taxas de mortalidade infantil e programas de saúde eficientes (Quadros 1, 10, 18, 28, 35 e 51). Por outro lado, o Nordeste é apresentado como a região responsável por influir negativamente nos números gerais do Brasil (Quadros 6, 8, 13.2, 16, 23-24, 29, 31-32, 34, 41, 46, 52, 59, 68 e 76).

Desigualdade e concentração de renda foram, para a Folha de São Paulo, as principais causas da alta taxa de mortalidade infantil, visto que o Brasil apresentava

números “europeus” nas regiões Sul e Sudeste e “africanos” no Nordeste (Quadros 12, 13.2, 19-20, 26, 31, 33, 38-40, 53, 57 e 62). A Folha alertou para a necessidade de políticas públicas voltadas para a população de baixa renda nas áreas de saúde e educação (Quadro 27).

A miséria e a fome, que predominam em algumas regiões, foram retratadas como os principais responsáveis pela alta taxa de mortalidade infantil (Quadros 2, 19, 20, 27, 33, 42 e 56). O jornal pautou as discussões no sentido de que a fome precisava ser combatida pelo Estado com programas mais eficientes, duradouros e em paralelo com ações integradas à saúde. Assim, tornam-se necessários maiores investimentos nas áreas social, de saúde e de saneamento, setores que, segundo o periódico, ainda tinham muito a evoluir (Quadros 13, 15, 25, 32, 34, 51, 58, 63 e 67).

Nesta mesma ótica, a Folha destaca que grande parte dos óbitos de bebês no país poderia ser evitada com ações consideradas simples, como combate a diarreia, por meio de informações básicas de saúde e higiene, ampliação da vacinação e incentivo a amamentação, entre outras (Quadros 4, 54, 60, 68 e 72). A quantidade de crianças que ainda morria por falta dessas ações refletia a ineficiência do Estado no controle de doenças consideradas evitáveis. A situação, inclusive, poderia ser ainda pior do que revelavam os números oficiais, já que as estatísticas da mortalidade infantil eram falhas segundo a Folha (Quadros 14 e 31).

O jornal reconheceu a evolução positiva dos números no período, mas ressaltou que o Brasil ainda estava longe do ideal, pois apresentava taxa de mortalidade infantil superior a de diversos países latino-americanos e da África, considerados economicamente mais pobres (Quadros 3, 17, 26, 30-31, 36, 46, 49, 52, 73 e 77). Para a taxa continuar caindo em ritmo acelerado, o Estado necessitaria de uma ampla reforma para dar conta dos problemas econômicos e sociais do país (Quadro 27).

Em várias situações, a publicação apresentou o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança da Igreja Católica como um modelo eficiente e de baixo custo para o combate à mortalidade infantil, sendo, inclusive, importado para regiões de conflitos e guerras (Quadros 6-8, 11, 32, 35, 43, 45, 58 e 68).

A iniciativa privada também é vista com bons olhos quando o jornal apontou supostos exemplos bem sucedidos (Quadro 12). De forma geral, o Estado foi apresentado como ineficiente para cuidar da saúde, já que geria mal os recursos disponíveis, não tinha criatividade e nem vontade política (Quadros 2, 6, 13.1, 13.2, 13.4 e 60). Apesar disso, a publicação também considerou que o sistema privado

também tinha falhas (Quadro 55) e ressaltou alguns exemplos pontuais no setor público que poderiam ser implantados em todo o país (Quadros 5, 13.1, 22, 52 e 57).

Quando o periódico colocou na agenda a discussão do aumento da licença maternidade, o benefício foi defendido, porém foi feita a ressalva de que as empresas não poderiam ser prejudicadas pela medida (Quadro 61).

### **6.5. Cenário de Representação Política (CR-P)**

Ao analisar os textos com base no Cenário de Representação Política é possível evidenciar de que forma as matérias analisadas favoreceram determinadas perspectivas e acentuaram certos significados sobre os temas enfocados.

Com o objetivo de facilitar o entendimento e compreender melhor a relação entre o período histórico e os cenários que foram construídos pelas abordagens e enfoques mais comuns explorados pelo jornal, a análise do CR-P foi dividida em quatro momentos: governos Fernando Collor de Mello e Itamar Franco (1990-1994), governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), governos Luis Inácio Lula da Silva (2003-2010) e governos Dilma Rousseff (2011-2015).

No entanto, alguns cenários apresentados ao debate público se mantiveram inalterados em todo o período pesquisado. É o caso, por exemplo, da forma como o Estado de São Paulo foi retratado: um estado na liderança e em constante evolução no combate à mortalidade infantil, com boa qualidade e expectativa de vida (Quadros 1, 10, 18, 28, 35 e 51).

Outra representação comum foi o crédito dado aos avanços no combate à mortalidade infantil proporcionados pelo Plano Real e pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (Quadros 11, 38, 48, 49 e 52). As análises feitas pela Folha, mesmo durante os anos do governo de Luis Inácio Lula da Silva remetem à administração de Fernando Henrique ou aos efeitos considerados positivos do Plano Real (Quadro 49).

Apesar da melhora geral na condição de vida observada no período, a Folha nunca deixou de questionar as desigualdades regionais e sociais do país, vistas como entrave para que o Brasil atingisse a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 4 (ODM 4) (Quadros 29-30, 41, 52 e 57-58) e como situações mais difíceis de serem combatidas, mais até do que a fome e a miséria. O jornal afirmou que os índices nacionais acabaram escondendo essa disparidade, que revelou ao mesmo tempo taxas em algumas regiões comparáveis a de países da África e em outras regiões números

semelhantes a países desenvolvidos da Europa (Quadros 3, 17, 26, 30, 31, 36, 46, 49, 52, 73 e 77).

O cenário com relação aos serviços públicos de saúde é semelhante ao que foi imposto na *agenda-setting*, quase sempre tratou o governo federal como ineficiente e incapaz para cuidar da população com qualidade. No entanto, a Folha afirmou em diversos momentos, especialmente por meio de seus editoriais, que o Governo Federal deveria ser protagonista e promover ações concretas que garantam a diminuição das desigualdades, a ampliação do saneamento básico e a redução da miséria (Quadros 19-20, 25, 27 e 30).

Mesmo quando divulgou dados positivos em relação à redução da mortalidade infantil no Brasil, a Folha ressaltou que não havia muito o que comemorar, pois os números ainda eram muito altos se comparados com países considerados mais pobres (Quadros 3, 17, 26, 30-31, 36, 46, 49, 52, 67, 73 e 77). Outro ponto levantado em todo o período é uma mudança no quadro da morte de bebês, que deixavam de estar ligadas diretamente à fome e à miséria. Segundo a Folha, as causas passaram a ser mais complexas e a diminuição da taxa dependia de mais investimento no atendimento à gestante e ao parto (Quadros 25, 28, 33, 35, 51, 53-55, 65, 69 e 71).

**1990-1994** - O início dos anos 1990 é marcado pelo governo do primeiro presidente eleito por voto direto, depois do período da ditadura militar e por turbulências políticas que culminaram com o impedimento de Fernando Collor de Mello e a consequente ascensão de Itamar Franco ao Palácio do Planalto.

Diferentemente do Estado de São Paulo, evidenciado como exemplo, o cenário geral do Brasil em relação à mortalidade infantil era tratado como uma calamidade: 40% da população passava fome, 30% das crianças são desnutridas e mais de 1.000 morrem todos os dias por esses motivos (Quadro 2). Um detalhe estatístico é que a maior parte desses problemas se concentra nas regiões metropolitanas, onde são identificadas muitas desigualdades econômicas e sociais. São apresentadas como as maiores causas de mortalidade infantil as complicações na gestação e pós-parto, doenças respiratórias, anomalias congênitas, infecções parasitárias e desnutrição (Quadro 5).

Em meados de 1994, último ano do governo Itamar Franco, o quadro é definido como “alarmante” (Quadro 6). Contrariando tendência de queda história, a Pastoral da Criança projetou aumento de 17,8% no país e 28,9% no Nordeste na taxa de mortalidade infantil nas crianças acompanhadas pela entidade. O Governo Federal foi



responsabilizado pela regressão dos números, em virtude do aumento de doenças parasitárias, da desnutrição provocada pelo crescimento do desemprego e da crise de atendimento no sistema público de saúde. Segundo a Folha, a situação poderia ser ainda pior, já que os números refletem apenas a situação de crianças que eram atendidas pela Pastoral, teoricamente melhores assistidas.

Apesar da repercussão negativa, em um primeiro momento, o Governo Federal não julga como importantes os números divulgados pela Pastoral. Logo em seguida volta atrás e reconhece situação definida pelo ministro da Saúde, Henrique Santillo, como “genocídio de crianças” (Quadro 8). Admite, ainda, que a maior parte da culpa é do próprio governo, que não conseguiu nem mesmo liberar os recursos previstos no orçamento. A imagem que se apresentou é de um governo que desconhecia o quadro de mortalidade infantil no país e que tinha problemas administrativos que impediam ações adequadas para evitar os óbitos.

**1995-2002** - Com o sucesso do Plano Real, Fernando Henrique Cardoso, que ocupou o cargo de ministro da Fazenda no governo Itamar Franco, vence as eleições em 1994. Em 1995 o cenário desenhado pela Folha sofre algumas alterações. O periódico destacou que os números oficiais referentes à taxa de mortalidade infantil contrariaram o prognóstico da Pastoral da Criança e mantiveram a tendência de queda verificada nos anos anteriores. O Plano Real foi retratado como o grande responsável pela boa notícia (Quadro 11).

Em 1996, ano da implantação da CPMF, o tema mortalidade infantil teve grande destaque no jornal, com seis chamadas de capa, número inferior apenas a 2001, com sete menções de capa. A publicação voltou a ressaltar que a taxa de mortalidade infantil brasileira é muito alta e culpa a situação “agonizante” da saúde (Quadro 12). Nota-se pesada crítica ao sistema público de saúde, refletida pela incapacidade do Estado em tratar da saúde da população com qualidade.

Para comprovar essa tese, a Folha publicou algumas reportagens onde destacou, apesar da “ineficiência pública” (Quadros 2, 6, 13.1-13.2, 13.4 e 60), alguns exemplos localizados de ações de prevenção que apresentam bons resultados e baixos custos ao país (Quadros 5, 13.1, 22, 52 e 57). O serviço público foi descrito como ultrapassado, caro, fraudulento e ineficiente.

Neste mesmo ano, a Folha alerta que os números oficiais de mortalidade infantil poderiam ser irreais, pois vários municípios do interior pesquisados pela reportagem não registravam nascimentos e óbitos (Quadro 14). O principal motivo das

subnotificações era a falta de recursos das famílias para fazer o registro de nascimento, que naquela época ainda era pago.

O periódico apresentou cenário em que o Governo Federal não tinha recursos financeiros para combater a mortalidade infantil e a única forma de manter os programas de saúde seria com a aprovação do chamado imposto do cheque (CPMF). O ministro da Saúde, Adib Jatene, inclusive, condicionou sua permanência no cargo à aprovação desse imposto (Quadro 15).

Apesar dos números revelarem melhora, a questão da pobreza continuava na pauta com o alerta de que mais de um bilhão de pessoas vivia com apenas US\$ 1 ao dia, segundo o Banco Mundial. No Brasil, a pobreza atingia 40% da população do Nordeste, onde 25% das crianças eram desnutridas (Quadro 16). Ainda em 1996, o UNICEF divulgou relatório sobre morte de crianças de até cinco anos, colocando o Brasil em posição pior que a de outros países menos desenvolvidos (Quadro 17).

Entre 1997 e 1999, o jornal cobrou, em cinco editoriais, ações concretas do Governo Federal que garantissem a diminuição das desigualdades e a redução da miséria. Algumas das sugestões foram a reforma tributária e a reforma social que, segundo a publicação, garantiria a recuperação financeira do Estado para fornecer serviços básicos como saúde e educação. Outra ação cobrada foi o investimento em saneamento básico (Quadros 19-20, 25, 27 e 30). Estudo da Escola Nacional de Saúde Pública, divulgado pela Folha em 1998, revelou que há redução média de 21% da mortalidade infantil em locais que passaram a ser dotados de tratamento de água e esgoto. O problema era que o Brasil ainda tinha 3,6 milhões de famílias sem água tratada e 9,1 milhões de casas sem esgoto (Quadro 22). Na região Nordeste, o cenário era pior com a seca em 1998 e é esse o motivo justificado para explicar o aumento “assombroso” da taxa de mortalidade infantil (Quadro 23).

Ao final de 1998, a Folha começou a apontar que a diminuição na taxa de mortalidade infantil passaria a ser mais lenta, pois as causas não estavam mais ligadas diretamente à fome e a diarreia, mas sim a problemas relacionados à qualidade do atendimento às gestantes e ao parto e a infraestrutura hospitalar (Quadro 25).

Em um cenário marcado pelas desigualdades sociais, a Folha divulgou pesquisa do IBGE que apontou taxa de mortalidade infantil entre negros no Brasil maior do que entre os brancos. As diferenças regionais também foram lembradas (Quadro 26).

Apesar dos avanços divulgados, o jornal lembrou, em meados de 1999 - e reforçou em 2001 -, que o Brasil estaria descumprindo a maioria das metas definidas na Cúpula do Milênio, entre elas, a da redução da mortalidade infantil (Quadros 29 e 41).

O cenário paulista continuou recebendo destaque pelas ações de combate à mortalidade infantil. Entre 1997 e 1998, pela primeira vez na história, o Estado de São Paulo registrou taxa inferior a 20 por mil (Quadro 35). Porém, em 2000, a Pastoral da Criança alertou para o aumento de 38% na taxa de mortalidade de crianças até seis anos de idade em regiões pobres do Estado atendidas pela própria Pastoral no mesmo período (Quadro 32). Mais uma vez, o jornal lembrou que as mortes estavam relacionadas à falta de exames no período pré-natal, de qualidade no atendimento na hora do parto e de leitos de UTI neonatal (Quadro 32). Estudo do Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) corroborou com a preocupação da Pastoral e descreveu que a taxa de mortalidade infantil cresceu 21% entre 1997 e 1998 (Quadro 34).

No início dos anos 2000, a Folha divulgou pesquisa do IBGE, destacando que o Estado de São Paulo registrou nova queda na mortalidade infantil. A taxa chegou a 17 casos a cada 1.000 nascimentos e só não era menor, segundo o órgão, pela falta da realização dos exames pré-natais (Quadro 35). A Folha alegou em editorial que o desafio que se seguiria era o de reduzir os óbitos perinatais, cujo combate seria mais complexo, já que exigiria melhoria da infraestrutura e amplo trabalho de educação das mulheres (Quadro 36).

Em 2001, o jornal divulgou pesquisa patrocinada pela ONU e realizada nas 12 maiores capitais do país, que revelou a redução da mortalidade infantil e do analfabetismo. Os resultados, segundo a Folha, eram frutos da implantação do Plano Real, que melhorou a condição de vida do brasileiro. No entanto, a desigualdade ainda era vista como maior problema, mais difícil do que combater a pobreza. Em toda a década de 1990 os números não evoluíram no quesito desigualdade: “os 50% mais pobres da população ficaram com 14% da renda do país enquanto 1% mais rico deteve 13% da riqueza gerada” (Quadro 39).

Outra característica desse período analisado é a apresentação de um cenário segundo o qual a região Nordeste era a mais castigada pela mortalidade infantil. Em 2001, em editorial, o jornal recorreu ao exemplo de São José da Tapera, em Pernambuco, local escolhido pelo presidente Fernando Henrique para fazer o lançamento do Programa Bolsa Escola, para afirmar que a situação estava “no limite” e que o País precisava de políticas consistentes (Quadro 42).

Em 2002, dados do IBGE divulgados pela Folha, evidenciaram que, pela primeira vez na história do país, a taxa de mortalidade infantil havia ficado abaixo de 30 crianças mortas com um ano de idade por mil nascidas vivas. Em 2000, segundo o censo, a taxa foi de 29,5 por mil nascidos vivos. Os números superaram as estimativas anteriores, que previam taxa de 33 a 34 por mil ao final dos anos 1990 (Quadro 45). Em editorial, a Folha afirmou se tratar de ponto positivo do governo Fernando Henrique, mas continuou acentuando que os índices brasileiros ainda estavam muito ruins se comparados com os países desenvolvidos e mesmo com os padrões latino-americanos (Quadro 46). A Folha voltou a apresentar cenário positivo em relação ao combate à mortalidade infantil neste governo em mais duas reportagens especiais (Quadros 48-49). É possível que as eleições presidenciais que se aproximavam tenham elevado o grau de importância da discussão de políticas públicas na área de saúde.

Ainda em 2002, a pedido da Folha, o SEADE divulgou estudo revelando que, mesmo seguindo tendência de queda na média, a morte de bebês havia crescido em 38 dos 96 distritos paulistanos. A reportagem trouxe a questão da redução da mortalidade infantil para o centro do debate político da administração Marta Suplicy, ressaltando a questão da desigualdade na cidade (Quadro 47).

**2003-2012** - Dados tabulados a pedido da Folha pelo IBGE no início de 2003, sugeriram quadro de relação direta entre renda e fecundidade. Segundo o estudo, a taxa de fecundidade das brasileiras mais pobres se assemelhava a níveis africanos, ao passo que a de brasileiras mais ricas era mais baixo do que de alguns países europeus. A Folha conferiu relevância ao assunto ao sugerir a implantação de políticas públicas mais focadas em educação e saúde, sobremaneira em áreas de baixa renda (Quadro 50). Em 2006, publicou Editorial sobre o mesmo assunto, relacionando o aumento da escolaridade à diminuição da fecundidade, bem como a diminuição da mortalidade infantil de crianças com mães com maior escolaridade (Quadro 59).

Também neste período, o Estado de São Paulo seguiu merecendo atenção, pelo fato de ter conseguido reduzir a taxa em 48% em 12 anos, atingindo a marca de 15 óbitos por mil nascidos vivos (Quadro 51). Destaque semelhante é dado em julho de 2009 ao divulgar dados referentes a 1995 e 2008, apresentando queda de 50% na taxa de mortalidade (Quadro 70.1).

O periódico produziu reportagens especiais que destacaram a melhoria da qualidade de vida no Brasil durante o governo Fernando Henrique Cardoso. Em meados de 2003, a Folha divulgou o *ranking* de Desenvolvimento Humano da ONU referente a

2001, sublinhando que o Brasil subiu quatro posições. O país também evoluiu na equidade entre homens e mulheres, no aumento da expectativa de vida, na taxa de mortalidade infantil e no acesso à escola (Quadro 52).

O cenário de desigualdade, tantas vezes mencionado, não mudou e a cidade de São Paulo mantém-se como foco desde o início da administração Marta Suplicy. Em 2004 a Folha usa relatório da própria prefeitura paulista para demonstrar que as diferenças entre pobres e ricos na área da saúde foram ampliadas nos primeiros anos da gestão petista (Quadro 53).

Em nível nacional, o panorama passou a ser o mesmo. Matéria ressaltou que os índices de mortalidade infantil no Brasil são altos mesmo quando divididos por faixa de renda. Enquanto o índice dos mais pobres estava em 34,9 por 1.000, o dos ricos era de 15,8 por 1.000 (Quadro 54). Em outra reportagem, com base em dados do IBGE, a Folha alertou que se as coisas continuassem como estavam a expectativa de vida do brasileiro só atingiria os índices do Japão em 2050 (Quadro 55).

Em 2005, a questão da saúde indígena foi bastante discutida em reportagens que apresentaram um “cenário de caos”. A falta de recursos e a incompetência do Governo Federal para tratar o assunto foram os motivos apresentados para a elevada taxa de mortalidade infantil entre povos indígenas, muito superior à média nacional (Quadro 56).

No mesmo ano, o jornal voltou a destacar a desigualdade social no país com uma reportagem especial que alertou para o fato da taxa média de mortalidade infantil nacional esconder grandes disparidades regionais e sociais, o que, segundo a Folha, levaria o país a não atingir a meta dos Objetivos do Milênio (Quadro 57).

Em 2007, o jornal faz a mesma avaliação, ao divulgar a melhoria nas condições de vida do país reveladas pelo IDH. Segundo especialistas ouvidos pela Folha, a linha que separa países de alto desenvolvimento humano (IDH igual ou superior 0,800) é marca arbitrária que oculta, no caso brasileiro, a desigualdade (Quadro 58). O panorama mundial também não se revela animador. Estudo da ONG *Save the Children*, salientou que dois milhões de crianças de zero a cinco anos morriam todos os anos antes de completar 24 horas de vida. Dizia, ainda, que 70% dessas mortes poderiam ser facilmente evitadas e afirmava que a redução da mortalidade infantil está mais relacionada com vontade política do que com os recursos financeiros disponíveis (Quadro 60).

O saneamento continuou a ser visto como entrave no combate à mortalidade infantil no Brasil. Reportagem de 2007 alertou que se os níveis de investimentos não mudassem, o país só teria saneamento básico para todos em 2122, de acordo com estudo da FGV (Quadro 63). Ao final de 2008, a Folha voltou a ressaltar a importância de investimentos na área ao publicar o editorial “O nó do saneamento”, onde afirmou que menos da metade da população tinha acesso à coleta de esgoto (Quadro 67).

Em 2008, o periódico recorreu novamente aos dados do UNICEF para apresentar queda de 65% na mortalidade de crianças no Brasil desde 1990, o que fez o país melhorar 27 posições em *ranking* do Relatório Situação Mundial da Infância de 2008. Os motivos apresentados pela entidade foram a redução das mortes por sarampo, com aumento da cobertura da vacina e a suplementação rotineira de vitamina A (Quadro 64). Analisando esses dados, a Folha publicou, na sequência, editorial em que reconheceu como “avanço notável” da melhoria do país. Porém, não sem ressaltar que ainda restavam muitos desafios para aperfeiçoar o atendimento pré-natal (Quadro 65).

Em 2009, a publicação lembrou em reportagem que sete em cada 10 mortes poderiam ser evitadas com melhor atendimento à mãe e à criança, sobretudo nas primeiras horas após o nascimento, segundo o Ministério da Saúde (Quadro 68). A Folha reforçou a preocupação com o cenário ao publicar Editorial no dia seguinte à reportagem, apontando falta de equipamentos, medicamentos e de profissionais qualificados no momento do parto como os principais motivos para ocorrência de óbitos evitáveis (Quadro 69).

O tema mortalidade infantil só voltou à capa da Folha em julho de 2010, quando o jornal novamente alertou para a mudança de perfil na mortalidade infantil nas últimas décadas, apontando que o número de bebês que morriam no período neonatal (até 28 dias) aumentou em relação às mortes de crianças de até um ano de vida. Isso aconteceu, segundo a matéria, porque melhoraram as condições de vida da população, embora ainda houvesse problemas sérios relacionados à assistência à gestante e ao parto (Quadro 71).

**2011-2015** – Em 2011 o Brasil atinge a meta de redução da mortalidade infantil prevista nos Objetivos do Milênio. Apesar da relevância, o tema foi ficando cada vez mais raro e o cumprimento da meta não mereceu nenhuma menção de capa na Folha de São Paulo. Na única reportagem de destaque, em abril de 2011 (Quadro 72), o jornal repercutiu artigo da publicação científica Plos Medicine, destacando a importância da

introdução da vacinação contra o rotavírus no país em 2006, fato que resultou na diminuição de 22% dos casos de morte por diarreia em crianças de até cinco anos.

Em 2012, o Jornal divulgou os números do IBGE que mostravam redução pela metade nas mortes de bebês nos 10 anos anteriores à publicação. A justificativa principal dada na reportagem foi a diminuição na taxa de fecundidade do país. O cumprimento da meta dos ODM novamente não foi mencionado. O quadro de comparação também não mudou na visão Folha, colocando o Brasil ainda distante das taxas obtidas por países europeus e de países como Chile, Uruguai, Argentina, México e Porto Rico (Quadro 73). Na mesma linha, segue a matéria publicada em agosto de 2013, que ressaltou que, apesar da melhora, a taxa ainda é pior do que em países como Chile e Argentina. O Nordeste foi a região que teve a maior queda, no entanto, ainda liderava a mortalidade infantil no país (Quadro 75).

A prematuridade e sua importância no contexto da mortalidade infantil foram ressaltados em duas oportunidades nesse período. Reportagem sobre o relatório das Nações Unidas traçou quadro em que 9,2% dos bebês nasciam antes do tempo, sendo esta a segunda causa de óbito. Os motivos dos nascimentos prematuros eram relacionados a grávidas que apresentavam problemas de saúde nos países pobres e gravidez tardia nos países ricos (Quadro 74).

Ao final do primeiro governo de Dilma Rousseff, em 2014, a Folha usou como referência dados de uma pesquisa da revista *The Lancet*, revelando que o motivo principal da mortalidade infantil no Brasil eram as complicações relacionadas ao parto prematuro (Quadro 76). O assunto voltou à cena dias depois, quando a Folha publicou editorial comentando os dados da reportagem e fez o alerta de que a fase “fácil” da redução da mortalidade infantil, causada pelas infecções, já havia sido superada, restando o desafio de diminuir a mortalidade infantil no período neonatal (Quadro 77).

Diante desta análise, que teve como base os enquadramentos e a agenda apresentados pelo jornal, foi possível encontrar, a partir da apreensão das impressões das matérias, um cenário com algumas características principais: a) o Estado de São Paulo e, conseqüentemente, suas políticas, foram referência positiva, situação que não se manteve quando a análise recaiu somente no município de São Paulo, especialmente na administração de Marta Suplicy; b) as desigualdades regionais e sociais do país permaneceram inalteradas em todo o período analisado e influenciaram diretamente nos dados; c) a diminuição da fome e da miséria e a melhoria do saneamento básico foram fundamentais para a manutenção da tendência de queda da redução da mortalidade

infantil; d) a continuidade na queda da mortalidade infantil depende de investimentos no atendimento à gestante e ao parto; e) há sinais que os serviços públicos de saúde são ineficientes e o Estado é incapaz de cuidar da saúde da população com qualidade; f) a Pastoral da Criança é referência no combate à mortalidade infantil; g) quando comparado com outros países considerados economicamente mais pobres, o Brasil ainda tem muito a evoluir; h) os governos de Fernando Collor e Itamar Franco foram ineficientes no combate à morte de bebês; i) o Plano Real e as demais políticas implantadas durante o governo Fernando Henrique Cardoso foram determinantes para a queda da mortalidade infantil no Brasil; j) o jornal se precipitou ao apontar que o Brasil não conseguiria cumprir as metas dos Objetivos do Milênio; k) durante o governo de Luis Inácio Lula da Silva, a redução na taxa de fecundidade foi colocada como uma das causas principais para a queda da mortalidade infantil; l) o mesmo governo também se mostrou pouco eficiente em combater a mortalidade infantil indígena e; m) a questão da mortalidade infantil foi praticamente esquecida no momento e também após o cumprimento da meta dos Objetivos do Milênio.

Diante dessa discussão, pode-se afirmar que a quantificação e organização das matérias jornalísticas, conforme Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística e os referenciais teórico-metodológicos do enquadramento ou *framing*, *agenda-setting* e Cenário de Representação Política (CR-P), permitiu analisar de forma objetiva e abrangente como o jornal Folha de São Paulo abordou a constante redução da mortalidade infantil entre os anos de 1990 até 2015.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo utilizou o Protocolo de Análise de Cobertura Jornalística para organizar e quantificar as matérias publicadas sobre mortalidade infantil pela Folha de São Paulo no período de 1990 a 2015. Com base nessa metodologia, podemos afirmar que a publicação conferiu grande importância ao assunto, já que foram identificadas 267 matérias que trataram do tema sob os aspectos da determinação da saúde, doença e cuidado.

A partir disso, foram analisadas em profundidade as 82 matérias que foram chamadas de capa no período, tendo como referenciais teórico-metodológicos o enquadramento, a *agenda-setting* e o cenário de representação política.



A análise das fontes revelou que a Folha de São Paulo priorizou fontes identificadas, sejam elas genéricas, nomeadas entre aspas ou nomeadas sem aspas. O recurso da fonte anônima foi utilizado em apenas uma oportunidade.

Porém, contrariando as técnicas jornalísticas defendidas pela própria Folha, o jornal embasou aproximadamente um quarto de suas matérias em informações oriundas de uma única fonte e, em quatro oportunidades apenas uma fonte, comprometendo a pluralidade e o contraditório. Espera-se que um assunto com variáveis tão importantes, como os determinantes da mortalidade infantil, poderia ter motivado discussão mais ampla.

É notório que a Folha de São Paulo privilegiou as fontes governamentais, em especial o Governo Federal, o Ministério da Saúde e o IBGE. Organismos internacionais, como o UNICEF, ONU e a OMS também se destacaram.

Foram raras as opiniões proferidas por profissionais de saúde independentes, em especial pesquisadores e especialistas, que além da autonomia, teriam condições de analisar as consequências de determinadas ações ou acontecimentos. O mesmo cabe para o cidadão comum e líderes comunitários, que foram praticamente ignorados. Ou seja, os mais interessados e diretamente atingidos pela mortalidade infantil e suas causas, tiveram pouca relevância nas abordagens do periódico.

Outras ausências fundamentais são sociólogos, antropólogos e cientistas políticos, que poderiam contribuir para uma melhor compreensão dos fatos, levando em consideração que os textos analisados necessariamente tratavam dos determinantes sociais da mortalidade infantil.

Podemos afirmar que a Folha fez uso do enquadramento interpretativo e episódico, os quais priorizam os assuntos de repercussão, tratando-os de forma superficial e sensacionalista.

Apesar dos números mostrarem tendência de queda na taxa de mortalidade infantil em todo o período analisado, a seleção dos temas destacados na capa da Folha incluiu textos de caráter negativo, relacionados ao aumento sazonal da mortalidade infantil, pobreza, fome, qualidade de vida, desigualdades sociais e regionais.

Porém, em todo o período analisado, fica evidenciada a seleção de notícias positivas, privilegiando o desempenho paulista. Isto é claramente percebido pela quantidade de notícias positivas em relação ao Estado de São Paulo, bem superior às de caráter negativo (9 vs 3). Assim, pode-se supor uma visão parcial em relação aos

avanços e uma possível simpatia ao governo estadual. Coincidência ou não, a mesma disposição não é observada quando a análise é da cidade de São Paulo.

Matérias que divulgaram índices relacionados à qualidade de vida, como o IDH, por exemplo, enfatizaram que os números só não eram melhores em virtude da má distribuição de renda no país e das desigualdades sociais e regionais. Outro enfoque comum nesses textos, mesmo naqueles que apresentaram resultados positivos em relação à mortalidade infantil, foi a comparação superficial, tanto com países desenvolvidos quanto com nações latino-americanas e africanas, que se apresentaram em situação melhor que a brasileira.

Quando as matérias tiveram enfoques positivos, a Folha de São Paulo não se aprofundou para evidenciar quais foram as ações e políticas públicas responsáveis pela redução da taxa no período. O jornal também não se preocupou em explicar de maneira clara quais são as responsabilidades em relação à mortalidade infantil de cada ente da Federação, já que muitas das ações de combate estão no âmbito dos governos estaduais e municipais.

Nota-se, ainda, seleção negativa para tratar do cumprimento dos Objetivos do Milênio. Em todos os textos de capa que discorreram sobre o assunto, a Folha sempre apresentou previsão pessimista em relação à diminuição da mortalidade infantil, embora em 2011 o país tenha atingido a taxa de 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, abaixo da meta preconizada.

As comparações, comuns em textos jornalísticos, excluíram da análise detalhes sobre as condições econômicas, sociais, de saúde e infraestrutura, enfim, dos determinantes sociais de saúde. E, mesmo em matérias que tratavam de temas como a concentração de renda e desigualdade sociais e regionais careceram de análises mais amplas, como razões históricas, políticas e sociais, contribuindo para um texto altamente espetacularizado e com pouco conteúdo relevante, insuficientes para a compreensão da conjuntura política.

Ficou evidente que a Folha conferiu importância ao tema mortalidade infantil ao público leitor, ressaltando agenda em que o combate à mortalidade infantil é considerado fator fundamental para o desenvolvimento do país.

No entanto, o jornal tratou o assunto de maneira distinta ao longo do tempo, que se analisada de forma mais rígida pode ser considerada manipuladora (Barros Filho, 1996), segundo a qual os meios de comunicação determinam os fatos, acontecimentos e versões que terão repercussão ou não.

Entre 1990 e 2002, quando o país apresentava taxas muito elevadas, o espaço dado ao assunto se mostrou maior, com 49 publicações. A partir de 2003 até 2015 o interesse por essa agenda foi menor e apenas 28 textos foram publicados. Nessa segunda fase da análise, a indiferença pelo tema se torna notável a partir de 2011, com apenas seis chamadas de capa.

Assim, é possível supor que o cumprimento da meta, tantas vezes apresentado como pouco provável, fez a Folha perder o interesse pelo assunto, o que leva a crer que os processos de agendamento não necessariamente estão ligados ao interesse público. Aliás, destaca-se o fato do cumprimento da meta não ter sido mencionado em nenhuma das capas da Folha.

Em diversos momentos, a Folha destacou, tendo como base declarações de fontes e resultados de estudos que, para continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil, o país precisa combater o óbito neonatal, mais diretamente relacionado à qualidade do atendimento à gestante e ao parto. Falhas na infraestrutura de saúde e saneamento básico foram responsabilizadas pela morte de milhares de crianças que poderiam ser evitadas com um atendimento melhor à mãe e à criança.

A Folha cobrou frequentemente em editoriais, solução definitiva para a fome e a miséria, sugerindo a elaboração de um plano nacional. A publicação destacou que se tratava de situação que, para ser resolvida, dependia principalmente de vontade política e definição de prioridades dos governantes. Apesar disso, não discutiu questões orçamentárias, mesmo quando o motivo alegado era falta de verbas.

A agenda proposta pela Folha afirmava que para a taxa continuar em queda, o Estado, visto como ineficiente para cuidar da saúde da população, necessitaria de ampla reforma, para dar conta dos problemas econômicos e sociais do país. Uma das principais alternativas destacadas pelo periódico é uma maior participação da iniciativa privada na saúde.

Podemos afirmar que os CR-P sofreram alterações no decorrer do período estudado, porém, não evitaram a limitação da discussão do conteúdo.

Algumas situações se mostraram duradouras durante todo o período da pesquisa: a liderança do Estado de São Paulo, os avanços proporcionados pelo Plano Real e pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, a permanência das desigualdades regionais e sociais do país, a incapacidade do poder público em cuidar da população com qualidade e alteração nas causas da mortalidade infantil, que passam a ser mais complexas e dependentes de investimentos no atendimento às gestantes e ao parto.

No início dos anos 1990 a situação do quadro geral da mortalidade infantil no Brasil era trágica, segundo as páginas da Folha. Milhares de crianças morriam todos os dias em virtude da fome e da desnutrição. Problemas na gestação e pós-parto, doenças respiratórias, anomalias congênitas e infecções parasitárias também eram importantes.

A partir de 1995, com o sucesso do Plano Real, o cenário desenhado pela Folha era de melhora, apesar das pesadas críticas ao sistema público de saúde, colocado como ultrapassado, caro, fraudulento e ineficiente. Ao final do governo Fernando Henrique, a Folha publicou reportagem evidenciando que pela primeira vez na história do país, a taxa de mortalidade infantil havia ficado abaixo de 30 mortes por mil nascidos vivos, superando as expectativas mais otimistas.

É possível afirmar que a Folha foi menos rígida na forma de abordar a mortalidade infantil durante o governo Fernando Henrique Cardoso. O Plano Real foi sistematicamente lembrado como responsável por dar as condições necessárias para a tendência constante de queda e, no auge do calor das eleições presidenciais de 2002, a mortalidade infantil esteve no centro dos debates.

Todavia, a partir do governo Lula, a Folha passou a cobrar com mais veemência a responsabilidade do Estado, especialmente no que diz respeito à diminuição dos óbitos perinatais. E, mesmo nas matérias que destacavam a diminuição nos óbitos infantis, o enfoque ainda estava sob os aspectos positivos proporcionados pelo Plano Real.

Em 2005, a questão da saúde indígena entrou na pauta com uma série de reportagens segundo as quais o governo foi apresentado como culpado pela elevada taxa de mortalidade infantil entre povos indígenas, bem superior a média nacional.

Outros fatores que comprovam a hipótese de endurecimento das análises no governo Lula são os questionamentos sobre a efetividade do Programa Bolsa Família no combate à mortalidade infantil, o fato da melhoria do IDH brasileiro estar escondendo desigualdades e a desvalorização dos avanços registrados ao creditar a queda da taxa de fecundidade como uma das causas principais da redução da mortalidade infantil.

Em 2008, o periódico reconhece a contribuição do governo Lula para a redução da taxa, não sem ressaltar os muitos desafios que ainda estariam pela frente. Para tanto, lembrou em reportagem e editorial que sete em cada dez mortes infantis eram evitáveis, em um cenário ainda marcado pela falta de equipamentos, medicamentos e de profissionais qualificados no momento do parto.

Como observado, o CR-P apresentado pela Folha sugere deficiências graves no combate à mortalidade infantil durante os governos Collor, Itamar, Lula e Dilma. Já os

governos de Fernando Henrique Cardoso teriam sido fundamentais e extremamente relevantes para a redução da taxa. O Estado de São Paulo é visto como exemplo na questão do combate da mortalidade infantil e, de uma forma geral, o governo federal é representado pela ineficiência e incapacidade em cuidar da saúde da população com qualidade.

Por fim, pode-se afirmar que a seleção de fontes feita pela Folha de São Paulo pode ter comprometido a pluralidade e uma discussão mais aprofundada do tema. O enquadramento optou pelo tratamento sensacionalista, de pouco conteúdo relevante e insuficiente para a compreensão da conjuntura política e social. O agendamento não privilegiou o interesse público e os CR-P sofreram alterações que sugerem preferência por determinada tendência política.

## 8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. **A produção social do humano e a determinação da saúde e da doença**. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/52140124/A-producao-social-do-humano-e-a-determinacao-da-saude-e-da-doenca>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

ALMEIDA-FILHO, N. Repensando a determinação social da saúde. In: Nogueira, R.P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ANJ, Associação Nacional de Jornais. **Os maiores jornais do Brasil de circulação paga, por ano**. Brasília, Distrito Federal, 2014. Disponível em: <<http://www.anj.org.br/maiores-jornais-do-brasil>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

AZEVEDO, F. A. **A agenda da mídia na campanha presidencial de 1998**. In: 9º Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Comunicação. Porto Alegre, RS, 2000.

AZEVEDO, F. A. Agendamento da política. In: RUBIM, A. A. C. **Comunicação e política: conceitos e abordagens**. São Paulo: Editora Unesp. 2004. p. 41-71.

BARROS-FILHO, C. **Comunicação e Educação**. São Paulo. v. 51, p. 27 a 33, jan/abr 1996.

BATESON, G. A theory of play and fantasy. In: SALEN, K.; ZIMMERMAN, E. (Ed.). **The Game Design Reader: a rules of play anthology**. Cambridge/London: The MIT Press, 2006. p. 1954.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 48 de 12 de janeiro de 2009. **Mantém, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde.** [Internet] Brasília: Ministério Saúde. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0048\\_12\\_01\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0048_12_01_2009.html)>. 2009. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento 2014.** Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/relat%C3%B3rio-ODM.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

ENTMAN, R. M. Framing bias: media in the distribution of power. **Journal of Communication**, Washington D.C., v.57, n.1, p.163-173. 2007.

ENTMAN, R. M. Framing: toward clarification of a fractured paradigm. **Journal of Communication**, Washington D.C., v.43, n.4, p.51-58. 1993.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Manual de Redação:** 17ª Ed. São Paulo: Publifolha, 2011. 46p.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Projeto Editorial, 2017.** Disponível em: <http://temas.folha.uol.com.br/projeto-editorial-da-folha/projeto-editorial-folha-de-s-paulo/sua-excelencia-o-consumidor-de-noticias.shtml>>. Acesso em: 21 de jun. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Oito décadas de história da Folha, do Brasil e do mundo.** Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/80anos/cronologia.shtml>>. Acesso em: 21 de jun. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Limites a Chávez.** Folha de São Paulo, 17 de fevereiro de 2009. Disponível em: <<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2009/02/17/2//5201789>>. Acesso em: 21 de jun. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Autenticidade de ficha de Dilma não é provada.** Folha de São Paulo, 25 de abril 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u556855.shtml>>. Acesso em: 21 de jun. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Da criação do jornal ao futuro digital; veja 9,5 marcos da história da Folha.** Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/asmais/2016/02/1744105-da-criacao-do-jornal-ao-futuro-digital-veja-95-marcos-da-historia-da-folha.shtml>>. Acesso em: 21 de jun. 2017.

FONSECA, F. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília: Universidade de Brasília, n.6 julho-dezembro 2011, p. 41-69.

FRASER, N. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. In: CALHOUN, C. (ed.). **Habermas and the public sphere**. Cambridge, MA: MIT Press, 1992, p. 109-142.

GEIB, L.T.C.; FRÉU, C.M.; BRANDÃO, M.; NUNES, M.L. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciêns Saúde Coletiva**. v. 15, n. 2, p.363-70. 2010.

GOFFMAN, E. **Frame analysis: na essay on the organization of experience**. Cambridge: Harvard University Press, 1974.

HACKETT, R. "Declínio de um paradigma? A parcialidade e a objetividade nos estudos dos media noticiosos". In. TRAQUINA, N. (org). **Jornalismo: Questões, Teorias e "Estórias"**. Lisboa: Vega. 1993. p.101-130.

HOHLFELDT, A. Os estudos sobre a hipótese de agendamento. **Revista FAMECOS**. Porto Alegre: PUCRS. n.7 nov. 1997, p. 42 a 51.

LIMA, V. A. CR-P: Cenários de Representação da Política. In: RUBIM, A. C.(org.) **Comunicação e política: conceitos e abordagens**. Salvador: Edufba, 2004.

LIMA, V. A. de. **Mídia: teoria e política**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2001.

LIMA, V. A. Televisão e poder: a hipótese do cenário de representação da política (CR-P). **Comunicação & Política**. Nova Fase. v. 1, n. 1, agosto-novembro 1994. p. 5-22.

LIMA, V. A. **CR-P: novos aspectos teóricos e implicações para a análise política**. Trabalho apresentado no I Encontro Nacional de Estudos Sobre Comunicação e Política, Salvador/BA, 14 a 16 de dezembro 1994.

MARTINS, E. F.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. 2004. v. 4, n.4, p.405-12.

MATOS, C. **Jornalismo e Política Democrática no Brasil**. Publifolha, 2008.

MCCOMBS, M.; SHAW, D. The *agenda-setting* function of mass media. **Public Opinion Quaterly**, v. 36, n. 2, p. 176-182, Summer 1972.

MIGUEL, L. F. **Mídia e vínculo eleitoral: a literatura internacional e o caso brasileiro**. Campinas, Opinião Pública, vol.X, n.1 Maio, 2004, p.91-111.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Taxa de mortalidade infantil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>>. Acesso em: 31 abr. 2006.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque: Cimeira do Milênio. set. de 2000. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2014**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

NUNOMURA, E. **O mensalão impresso**. Disponível em <<file:///C:/Users/erick/Downloads/EN.pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

PILAGALLO, O. **A História da Imprensa Paulista**. São Paulo: Três Estrelas, 2012.

PILAGALLO, O. **Os 90 anos da Folha em 9 atos**. Folha de São Paulo, 19 de fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha90anos/877777-os-90-anos-da-folha-em-9-atos.shtml>>. Acesso em: 21 de jun. 2017.

PINTO, A. E. S. **Folha pela Folha**. São Paulo: PubliFolha, 2012.

PORTO, M. Enquadramentos da mídia. IN: Rubim, Antonio A.C. (Org.). **Comunicação e política: conceitos e abordagens**. São Paulo: Unesp. 2004.

PORTO, M. Framing controversies: television and the 2002 presidential election in Brazil. **Political Communication**. New York. February, 2007. v. 24, n. 1 p. 1-38.

ROTHBERG, D. Por uma agenda de pesquisa em democracia eletrônica. **Opinião Pública**, Campinas, v.14, n.1, p.149-172. 2008.

ROTHBERG, D. **Política mediada, democracia e elites**. Comunicação e Política. Rio de Janeiro, v.23, nº2, maio-agosto 2005, p. 15-40.

ROTHBERG, D.; BERBEL, D. B. Enquadramentos de transgênicos nos jornais paulistas: informação como potencial subsídio à participação política. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro: Manguinhos. v.17, n.2, abr.-jun. 2010, p.455-470.



ROTHBERT, D. Enquadramentos midiáticos e sua influência sobre a consolidação de direitos de crianças e adolescentes. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 20, nº 3, dezembro, 2014, p. 407-424.

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

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Estado de São Paulo mantém tendência de queda na mortalidade infantil**. SP Demográfico 2013. v. 13, n.3. Disponível em: <[http://produtos.seade.gov.br/produtos/spdemog/ago2013/spdemog\\_ago2013.pzf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spdemog/ago2013/spdemog_ago2013.pzf)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SILVA, G.; MAIA, F. D. Análise de cobertura jornalística: um protocolo metodológico. **Revista Rumores**. 10ed, v.5, jul.-dez. 2011. Disponível em: <[http://www3.usp.br/rumores/pdf/rumores10\\_2\\_gislene\\_flavia.pdf](http://www3.usp.br/rumores/pdf/rumores10_2_gislene_flavia.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2017.

TARGET GROUP INDEX - KANTAR IBOPE. 2015 - **Leitores do jornal Folha de São Paulo - Grande São Paulo**. Disponível em: <[http://www.publicidade.folha.com.br/folha/perfil\\_do\\_leitor.shtml](http://www.publicidade.folha.com.br/folha/perfil_do_leitor.shtml)>. Acesso em: 11 abr. 2017.

TASCHNER, G. **Folhas ao Vento: Análise de um conglomerado jornalístico no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TEIXEIRA, R. **A importância da mídia para a saúde da população**. **Observatório da Imprensa**, 11 de setembro de 2012. Disponível em <[http://observatoriodaimprensa.com.br/jornal-de-debates/\\_ed711\\_a\\_importancia\\_da\\_midia\\_para\\_a\\_saude\\_da\\_populacao/](http://observatoriodaimprensa.com.br/jornal-de-debates/_ed711_a_importancia_da_midia_para_a_saude_da_populacao/)>. Acesso em 15 de agosto de 2017.

UNICEF BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2014**. Disponível em: <[http://www.UNICEF.org/brazil/pt/resources\\_9540.htm](http://www.UNICEF.org/brazil/pt/resources_9540.htm)>. Acesso em 11 abr. 2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Sobrevivência infantil: em que ponto estamos. In: **Situação mundial da infância 2008: sobrevivência infantil - unidos pelas crianças** [Internet]. Brasília: UNICEF; 2008. Cap.1 Disponível em: <<http://www.UNICEF.org/brazil/sowc2008final/index.html>>. Acesso em 11 abr.2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Um mundo melhor para as crianças após 2015. **Uma leitura do relatório do Grupo de Trabalho sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na perspectiva dos direitos da criança**. Disponível em <[https://www.unicef.org/agenda2030/files/Post\\_2015\\_OWG\\_review\\_CR\\_FINAL\\_port.pdf](https://www.unicef.org/agenda2030/files/Post_2015_OWG_review_CR_FINAL_port.pdf)>. Acesso em 11 de abr. 2017.

UNITED NATIONS. **The Millennium development goals report 2015**. New York: United Nations, 2015.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C. MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. 2011. v. 377, n.9780, p.1863-76.

WHO. World Health Organization. Informal meeting on provision of home-based care to mother and child in the first week after birth: follow-up to the Joint WHO/UNICEF statement on home visits for the newborn child. **Meeting Report**. 8–10 February 2012. Geneva: WHO. 2012.

WOLF, M. **Teorias da comunicação**. 5.ed. Lisboa: Presença. 1999. 272p.

**Anexo 1-** Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”



**Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
kleber@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: [smolina@fmb.unesp.br](mailto:smolina@fmb.unesp.br)



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 12 de novembro de 2015

Of. 154/2015-CEP

Ilustríssima Senhora  
Profª Drª Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Departamento de Enfermagem  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Cristina,

Informo que o Projeto de Pesquisa “Análise das publicações jornalísticas sobre a mortalidade infantil no Estado de São Paulo no período de 1.990 a 2.105” de autoria de **Érick Renato Fogar Facioli**, orientada por Vossa Senhoria, *não necessita de parecer ético*, uma vez que se trata de revisão da literatura com análise de publicações jornalísticas de domínio público.

Atenciosamente,

  
Profª Drª Silvana Andréa Molina Lima  
Coordenadora do CEP.

**Apêndice 1** - Análise dos textos que foram chamadas de capa do Jornal Folha de São Paulo, 1990 - 2015

### **Quadro 1**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 08/03/1990

- **Título da matéria:** Paulistas tem esperança de vida maior

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas

1 – “As pessoas que vivem no interior correm menos risco de morrer precocemente”, explica Ferreira. Demógrafo Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira, da Fundação Seade.

d) nomeadas sem aspas

1 – “A expectativa de vida da população do Estado de São Paulo aumentou. Quem nasceu em 1985 tem chances de viver, em média, um ano e meio a mais do que os nascidos em 1980. A expectativa de vida das mulheres nascidas em 1985 é maior: 72,4 anos, em média, contra 64,5 anos dos homens. No interior do Estado a longevidade é maior do que na Grande São Paulo”. Demógrafo Carlos Eugênio de Carvalho Ferreira, da Fundação Seade, na edição 9 da Revista “Conjuntura Demográfica”.

2 – “A queda da mortalidade infantil na primeira metade da década de 80 e a diminuição da taxa da mortalidade feminina são as duas principais causas do crescimento da vida média do paulista, segundo o demógrafo”.

3 – “O conceito de expectativa de vida ao nascer equivale ao total de anos que uma pessoa viveria, submetida às condições de mortalidade vigentes no ano do seu nascimento”, OMS.

- **Descrição**

Pesquisa desenvolvida por demógrafo do SEADE revela que a expectativa de vida do paulista aumentou. Revela, ainda, que a expectativa é maior entre as mulheres e os moradores do interior do Estado. Segundo o pesquisador, os motivos principais são a queda da mortalidade infantil e a diminuição da taxa da mortalidade feminina.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – A reportagem afirma de forma veemente em vários trechos que a expectativa de vida média aumentou no Estado de São Paulo. “A expectativa de vida da população do

Estado de São Paulo aumentou”, “A expectativa média de vida no Estado de São Paulo passou de 66,6 anos, em 1980, para 68,2 anos, em 1985”.

**b) ênfase** – A reportagem enfatiza os motivos responsáveis pelo aumento da expectativa de vida. “A queda da mortalidade infantil na primeira metade da década de 80 e a diminuição da taxa da mortalidade feminina são as duas principais causas do crescimento da vida média do paulista, segundo o demógrafo”.

**c) exclusão** – Apesar de apresentar dados que comprovam o aumento da expectativa de vida no Estado de São Paulo, o jornal poderia ter feito uma comparação com outros Estados para verificar se essa é uma tendência paulista ou se o fenômeno também aconteceu em outros estados.

- **Construção de agenda** – Apresenta-se o Estado de São Paulo como a unidade da Federação que tem mais qualidade de vida e que apresenta queda nas taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna.

## Quadro 2

- **Gênero:** reportagem

- **Data da edição:** 19/10/1990

- **Título da matéria:** 40% dos brasileiros passam fome; desnutrição atinge 30% das crianças

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Essa renda caracteriza uma situação de fome”, Maria Antonia Matins Galiuzzi, consultora da FAO/ONU.

2 – “Em 1974, 130 países se reuniram em Roma, na Itália, e decidiram que iriam erradicar a fome. Lembro que diziam que nenhuma criança iria dormir com fome. Hoje, as crianças não só vão dormir com fome como não acordam mais”, secretário municipal de abastecimento de São Paulo, João Carlos Alves.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “No Brasil, cerca de 11 milhões de famílias viviam em 1985 com renda anual entre US\$ 150 e US\$ 300 – mais de 40% da população”, Maria Antonia Matins Galiuzzi, consultora da FAO/ONU.

2 – “No Brasil, a falta de alimentação atinge 30% das crianças entre 0 e 5 anos, segundo a FAO”.

3 – “O Ministério da Saúde estima uma mortalidade infantil para este ano de aproximadamente 840 mil crianças entre 1 e 4 anos e de 420 mil recém-nascidos”.

4 – “São Paulo e Rio, juntos, têm 45 milhões de pessoas que passam fome regularmente, segundo Galianzi.”

5 – “Segundo Graziano, uma cesta básica de emergência poderia resolver o problema da fome em São Paulo”, José Graziano da Silva, professor da Unicamp.

6 – “O secretário João Carlos Alves considerou a proposta viável [...]. Alves disse que a ideia está em suspensão por falta de verba”.

7 – “Segundo avaliação da FAO, o problema de pobreza na América Latina é um dos mais graves do mundo. Segundo Jacques Chonchol, ex-ministro do Chile [...], 183 milhões de sul-americanos vivem em situação de pobreza, dos quais 88 milhões abaixo do limite da indigência”.

8 – “A assistência alimentar integrada aos serviços de saúde é um fracasso no Brasil. Esses programas não atingiram seu público alvo e foram usados como verba de manipulação política, segundo a consultora da FAO, Ana Maria Peliano”.

9 – “O ministro Alcení Guerra afirmou ontem em Brasília que os programas de alimentação e nutrição do governo federal têm distribuído verbas aleatoriamente [...]. O ministro reconhece que, por não haver uma coordenação central, muitos programas se sobrepõem [...]. Segundo o ministro, está sendo feito um levantamento da atuação desses programas para, a partir do ano que vem, atingir uma melhor eficiência no combate a desnutrição [...]. Segundo Guerra, não há dados sequer para fechar os balanços da mortalidade infantil a partir de 87 [...]. Gestantes e crianças de 0 a 1 ano são o público-alvo dos programas para esse ano”.

- **Descrição** – A reportagem descreve que no Brasil 40% da população vive em situação de pobreza, segundo dados da FAO. As informações foram divulgadas pelo órgão durante um seminário realizado em São Paulo. De acordo com esse documento, somente nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro estão 47,2% das populações pobres do país. Ainda segundo a FAO, 30% das crianças no mundo com idade entre 0 e 5 anos passam fome. Na América Latina a situação não é diferente: 183 milhões de sul-americanos vivem em situação de pobreza, dos quais 88 milhões abaixo do limite da indigência.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A fome é um problema gravíssimo no Brasil, sendo que cerca de 40% da população vive com renda anual entre US\$ 150 e US\$ 300. “Esta renda caracteriza situação de pobreza”, diz Maria Antonia Matins Galiuzzi, consultora da FAO/ONU.

**b) ênfase** – A questão está diretamente ligada à mortalidade infantil. “Em 1986 cerca de 61% da mortalidade infantil no país, foram causados pela desnutrição”.

**c) exclusão** – Já que a Prefeitura paulista afirmou não ter recursos para investir em um programa emergencial de distribuição de cestas básicas, a reportagem poderia ter comparado outros gastos do governo com áreas consideradas menos prioritárias para mostrar que acabar com a fome pode ser uma questão de prioridade política.

- **Construção de agenda** - A fome é um problema grave que atinge não só o Brasil e América Latina, como também o mundo. No caso específico do Brasil, existem programas de combate à desnutrição, porém são ineficientes e sobrepostos. “A assistência alimentar integrada aos serviços de saúde é um fracasso no Brasil. Esses programas não atingiram seu público alvo e foram usados como verba de manipulação política, segundo a consultora da FAO, Ana Maria Peliano”.

### Quadro 3

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 20/12/1990

- **Título da matéria:** Mil crianças morrem ao dia no País, diz UNICEF

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “A educação das mulheres [...] é um dos melhores meios para “proteger a saúde da criança e para o planejamento familiar [...]. Em sociedades pobres, crianças são um bem econômico, custam pouco e fornecem mão de obra. Com o desenvolvimento, elas se tornam um encargo a mais”. Relatório Situação Mundial da Infância da ONU.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Cerca de mil crianças menores de 4 anos morrem diariamente no Brasil [...]. A média diária mundial é de 40 mil crianças mortas ao dia [...] de cada mil crianças nascidas, 85 vivem em condições precárias de saúde [...]”, Relatório Situação Mundial da Infância da ONU.

2 – “O UNICEF calcula que seja necessária a aplicação de US\$ 20 bilhões anuais durante a década de 90 para o cumprimento de metas para a melhoria da criança no mundo”.

3 – “O representante do UNICEF no Brasil, John Donuhue, propôs um pacto social, ação conjunta da sociedade civil, para mudar a situação das crianças no país. Ele também sugere uma mudança no comportamento orçamentário do governo brasileiro. Segundo ele, é preciso uma redistribuição do orçamento, favorecendo os setores de assistência social”.

4 – “Segundo o UNICEF, 60% dessas mortes são causadas pela diarreia, sarampo, tétano, coqueluche e pneumonia”.

5 – “A redução da taxa de natalidade é também uma das metas do UNICEF. A entidade acredita que a queda da mortalidade infantil, principal meta estabelecida até o ano 2000, não acarretará problemas de crescimento populacional. Pelo contrário, o UNICEF acha que a redução de mortes de crianças é essencial para o processo de redução da natalidade”.

6 – “Segundo o UNICEF, a expectativa de perder um filho, leva os pais a reproduzirem mais vezes, tendo mais filhos do que pretendiam [...] as mulheres precisam de educação, casar mais tarde, ter outras atividades, além de ter e cuidar de crianças”.

- **Descrição** – Cerca de mil crianças morrem todos os dias no Brasil e 40 mil no mundo, segundo relatório da ONU. O Brasil aparece como 64º país do mundo em uma lista de 129 países em taxa de mortalidade infantil. O que é preocupante é que o Brasil está atrás de países economicamente mais pobres, como Paraguai, Sri Lanka e Tailândia. Os números de crianças fora da escola, de trabalho infantil e de morte materna também são assustadores.

#### - **Enquadramento**

a) **seleção** – O número de crianças que morrem no Brasil é assustador. “Cerca de mil crianças menores de 4 anos morrem diariamente no Brasil”.

b) **ênfase** – Os números da mortalidade infantil no Brasil são piores do que muitos países considerados mais pobres, como o Paraguai, Sri Lanka e Tailândia. “Esse número coloca o Brasil, entre 129 países, no 64º em índices de mortalidade infantil [...]”.

c) **exclusão** – O representante do UNICEF no Brasil recomenda uma mudança no comportamento orçamentário brasileiro. A matéria, no entanto, não explica, mesmo que de forma superficial, o que é orçamento público e nem como funciona sua distribuição. Também não apresenta quaisquer dados da concentração de renda no Brasil. Em 1990, talvez fosse possível que a análise se detivesse na concentração de renda do país, ampliada durante o regime militar.

- **Construção de agenda** – O número de mortes de crianças é estarrecedor e algo precisa ser feito urgentemente para evitar milhares de mortes evitáveis. “Segundo o UNICEF, 60% dessas mortes são causadas pela diarreia, sarampo, tétano, coqueluche e pneumonia”.



#### Quadro 4

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 21/12/1990

- **Título da matéria:** Calamidade infantil

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas

1 – “Segundo o relatório anual do UNICEF ‘Situação Mundial da Infância’, a taxa anual de mortalidade infantil – 85 mortes por mil nascimentos – é comparável a de países como o Zaire e Haiti; supera até os números verificados no Irã, Paraguai e Sri Lanka”.

2 – “A maioria das mortes, afirma o estudo, poderia ser facilmente evitada por meio de vacinas ou tratamentos de custo reduzidos”.

3 – “É assim que a má administração das limitadas verbas destinadas a esse fim – ressaltada pelo próprio UNICEF – acabou por provocar um decréscimo na taxa de mortalidade nacional entre 1960 e 1989, menor do que se poderia esperar, em face dos grandes avanços técnicos observados no período e no desempenho correspondente de diversas outras nações”.

- **Descrição** – O texto destaca os resultados obtidos pelo Brasil no que diz respeito à mortalidade infantil em relatório divulgado pelo UNICEF e critica o fato do país estar posicionado em situação pior do que países como Haiti, Zaire, Paraguai, Irã, entre outros.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – O Brasil tem uma situação de mortalidade infantil que o distancia ainda mais dos países desenvolvidos. “Segundo o relatório anual do UNICEF ‘Situação Mundial da Infância’, a taxa anual de mortalidade infantil – 85 mortes por mil nascimentos – é comparável a de países como o Zaire e Haiti; supera até os números verificados no Irã, Paraguai e Sri Lanka”.

b) **ênfase** – O pior, segundo o editorial, é que a maioria das mortes poderia ser evitada com uma administração mais adequada dos recursos. “A maioria das mortes, afirma o estudo, poderia ser facilmente evitada por meio de vacinas ou tratamentos de custo reduzidos”.

c) **exclusão** – O texto comparou a taxa de mortalidade do Brasil com outros países considerados mais pobres, mas não apresentou outros dados que pudessem justificar esse tipo de comparação.

- **Construção de agenda** – As autoridades precisam resolver essa situação vergonhosa que nos coloca no mesmo nível de países economicamente bem mais pobres. “Caberia às autoridades romper com urgência com essa perversa tradição e dar a tão gritantes distorções sociais a atenção que elas merecem”.

## Quadro 5

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 06/08/1993

- **Título da matéria:** Cai taxa de mortalidade infantil no município

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

c) **nomeadas entre aspas**

1 – “Nos países desenvolvidos a mortalidade infantil está vinculada a anomalias congênitas e, em menor escala, a complicações na gestação ou no pós-parto”, Antônio Marangone, geógrafo da Fundação SEADE.

d) **nomeadas sem aspas**

1 – “A taxa de mortalidade infantil caiu de 26,03 por mil crianças nascidas vivas no município de São Paulo em 1991 para 25,23 em 1992 [...]. Em 1980, a taxa era de 50,6 por mil e passou, em 85, para 37”, SEADE.

2 – “Segundo os pesquisadores do SEADE, foi utilizada metodologia nova, com informações mais precisas sobre os bairros de origem das crianças mortas”.

3 – “No Relatório Situação Mundial da Infância – 1993, do UNICEF, o Brasil aparece em 65ª lugar entre os países com maiores taxas de mortalidade infantil. O UNICEF considera também o número de óbitos de crianças menores de 5 anos por mil nascidas vivas”.

- **Descrição** – A reportagem comemora a queda da mortalidade infantil na cidade de São Paulo de 26,03 por mil crianças nascidas vivas em 1991 para 25,23 em 1992. Em virtude da nova metodologia empregada, foi possível identificar que o Itaim Paulista (Zona Leste) é o bairro com maior incidência e Indianópolis (Zona Sul) o de menor incidência. Segundo a SEADE, as maiores causas de mortalidade infantil são problemas na gestação e pós-parto, doenças respiratórias, anomalias congênitas, infecções parasitárias e desnutrição.

### - Enquadramento

**a) seleção** – A taxa de mortalidade infantil caiu na cidade de São Paulo. “A taxa de mortalidade infantil caiu de 26,03 por mil crianças nascidas vivas no município de São Paulo em 1991 para 25,23 em 1992.”

**b) ênfase** - Os números mostram a manutenção de uma tendência de queda observada nos últimos anos, apesar das diferenças significativas entre bairros pobres e ricos. “[...] apesar das regiões pobres continuarem a registrar taxas até 56% mais elevadas do que as dos bairros ricos”.

**c) exclusão** – Já que a reportagem apresentou números regionalizados da mortalidade infantil, poderia ter feito uma comparação em relação as condições, especialmente de saúde e saneamento, dessas regiões, o que poderia contribuir para identificação dos fatores determinantes nas diferenças das taxas observadas.

- **Construção de agenda** – A cidade de São Paulo é um bom exemplo de redução da mortalidade infantil. “O número confirma a tendência da diminuição da mortalidade infantil na cidade”. Assim, o município poderia servir de exemplo para outras cidades do Estado e do país, para pautarem suas políticas públicas.

### Quadro 6

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 10/06/1994

- **Título da matéria:** Pastoral registra aumento 'alarmante' na mortalidade

- **Subtítulo:** Taxa do 1º trimestre projeta crescimento de 17,8% no país e 28,9% no NE

- **Fontes**

#### a) genéricas

1 – “Os médicos da Pastoral ainda estão avaliando as causas desse aumento. São citadas como causas prováveis o terceiro ano consecutivo de seca no Nordeste, o cólera, a desnutrição provocada pelo aumento do desemprego e, em especial, a crise de atendimento do sistema público de saúde”.

#### b) anônimas

1 – “Chegaram informações ao UNICEF de que, por problemas técnicos e de organização, houve uma redução da quantidade de crianças vacinadas”.

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A Pastoral da Criança, da Igreja Católica, registrou crescimento de quase 15% na taxa de mortalidade infantil no país no primeiro trimestre deste ano, em relação a igual período do ano passado. No Nordeste, o crescimento se situa entre 25% e 30%.”

2 – “O responsável pelo setor de informações da Pastoral, Nelson Arns Neumann, disse que a pesquisa funciona como sentinela. Ele considera os dados alarmantes por dois motivos: a reversão da tendência de queda da mortalidade [...] e o fato da pesquisa só englobar crianças acompanhadas pela Pastoral, que em geral têm mais assistência que as crianças pobres”.

3 – “Com base nos resultados do primeiro trimestre, a Pastoral prevê que a média nacional vá pular de 28 mortes por mil (93) para 33 por mil este ano (94), um aumento de 17,8%. E no Nordeste, de 38 por mil para 49 por mil (aumento de 28,9%).”

- **Descrição** – A notícia repercute a denúncia feita pela Pastoral da Criança, dando conta que a taxa de mortalidade infantil registrou um crescimento de 15% no primeiro trimestre. O mais preocupante, segundo o texto, é que os dados se referem a apenas as crianças acompanhadas pela Pastoral.

#### - **Enquadramento**

a) **seleção** – A taxa de mortalidade infantil sofreu um aumento alarmante no primeiro trimestre do ano, com destaque para a região Nordeste. “No Nordeste, o crescimento se situa entre 25% e 30%.”

b) **ênfase** – O que chama mais atenção é que os dados referem-se apenas às crianças atendidas pela Pastoral, que contam com melhor assistência. “[...] os dados são alarmantes por dois motivos: a reversão da tendência de queda da mortalidade [...] e o fato da pesquisa só englobar crianças acompanhadas pela Pastoral [...].”

c) **exclusão** – A reportagem utilizou uma fonte anônima para afirmar que problemas técnicos e de organização estariam causando “redução da quantidade de crianças vacinadas”. Talvez fosse importante buscar dados que sustentassem tal afirmação.

- **Construção de agenda** – Em virtude da ineficiência do Governo, a mortalidade infantil voltou a crescer de forma alarmante no Brasil. “São citadas como causas prováveis o terceiro ano consecutivo de seca no Nordeste, o cólera, a desnutrição provocada pelo aumento do desemprego e, em especial, a crise de atendimento do sistema público de saúde”.

#### **Quadro 7**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 11/06/1994

- **Título da matéria:** A morte do futuro

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas (0)

- **Descrição** – O texto faz uma crítica ao fato da taxa de mortalidade infantil ter aumentando de 28 para 33 por mil nascidos vivos em regiões atendidas pela Pastoral da Criança no primeiro trimestre de 1994. Ainda segundo o editorial, a situação pode ser ainda pior no restante do país, já que os números refletem a situação de crianças que contam com algum tipo de atendimento.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – A taxa de mortalidade infantil aumentou em áreas que contam com a assistência da Pastoral da Criança, o que pode esconder uma situação ainda pior no restante do país. “O desassossego transforma-se em inquietação quando se considera que as famílias acompanhadas pela Pastoral da Criança ainda recebem algum tipo de assistência”.

b) **ênfase** – Mais crianças brasileiras estão morrendo e isso revela ser necessário refletir sobre as condições de vida da população.

c) **exclusão** – Mesmo se tratando de um editorial, o texto poderia ter apresentado dados que comprovem a melhora ou piora da qualidade de vida dos brasileiros e que justifiquem ou não o aumento da taxa de mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** – O estudo da Pastoral é um alerta para as autoridades e mostra que o que está acontecendo no Brasil é uma situação grave.

## **Quadro 8**

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 14/06/1994

- **Título da matéria:** Santillo aponta 'genocídio' de crianças

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas

1 – “O Ministério leva muito à sério essa descoberta [...]. É obvio que a seca prolongada, combinada com o cólera e a desnutrição, teve forte influência”, ministro da Saúde, Henrique Santillo.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “O ministro da Saúde, Henrique Santillo, disse ontem à Folha que no Brasil ocorre um genocídio provocado pela crise social. O genocídio, segundo ele, está registrado no aumento da mortalidade infantil no interior do Nordeste e na periferia dos grandes centros [...]”.

2 – “Na sexta-feira [...], o ministro havia dito que não julgava representativa a pesquisa da Pastoral da Criança que apontou crescimento na mortalidade infantil. Ontem o ministro disse que considera importante a pesquisa da Pastoral”.

3 – “Ele (ministro) atribuiu parte da responsabilidade à vergonhosa concentração de renda nacional”

4 – “O Ministério da Saúde vai lançar até o final do mês o Cartão da Criança para ajudar no combate à mortalidade infantil”.

5 – “Ela informou também que o Ministério vai distribuir 50 milhões de pacotes de soro de reidratação oral para combater a diarreia, principal causa da mortalidade infantil”, Zilda Arns, coordenadora materno-infantil do Ministério da Saúde.

- **Descrição** – Depois de afirmar que os dados referentes ao aumento da mortalidade infantil apresentados pela Pastoral da Criança não são significativos, o ministro da Saúde, Henrique Santillo, volta atrás e reconhece que o problema é grave. Ele afirmou que está acontecendo um genocídio de crianças no Brasil. Como medidas para enfrentar o problema, o Ministério promete lançar o Cartão da Criança e distribuir soro de reidratação oral.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Ministro recua de afirmação infeliz e volta atrás. “Ontem o ministro disse que considera importante a pesquisa da Pastoral”.

**b) ênfase** – Além de voltar atrás e dizer que a pesquisa é importante, o ministro classificou a situação como genocídio. “[...] no Brasil ocorre um genocídio provocado pela crise social”.

**c) exclusão** – Inicialmente, o ministro não deu valor aos dados divulgados pela Pastoral da Criança, porém um dia depois o ministro volta atrás. A matéria poderia ter apurado os motivos que levaram o ministro a mudar de versão

- **Construção de agenda** – O trabalho da Pastoral da Criança tem grande valor e não deve ser desprezado. “O Ministério leva muito à sério essa descoberta”.

**Quadro 9**

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 24/06/1994

- **Título da matéria:** Santillo diz a Conselho que faltam recursos

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas

1 – “[...] contribui para a elevação no número de óbitos”, ministro da Saúde, Henrique Santillo.

2 – “Não recebemos os seis doze avos do orçamento a que teríamos direito nesse primeiro semestre”, ministro da Educação, Murilo Hingel.

d) nomeadas sem aspas

1 – “O ministro da Saúde, Henrique Santillo, voltou a admitir ontem que o governo é um dos responsáveis pelo aumento da mortalidade infantil. A causa, segundo ele, é a falta de recursos”.

2 – “Santillo disse que há 15 milhões de indigentes na população infanto-juvenil”.

3 – “Segundo Santillo, do orçamento de US\$ 1,56 bilhão previsto para o combate às endemias neste ano, o Ministério recebeu US\$ 220 milhões neste primeiro semestre”.

4 – “Para o coordenador nacional do Movimento de Meninos e Meninas de Rua, Mário Volpi, que integra o Consea, há uma crise na área social do governo. Ele disse que há pulverização de recursos e que as ações são isoladas”.

- **Descrição** – Em reunião do Consea, o ministro da Saúde reconheceu que o governo é um dos culpados pelo aumento da mortalidade infantil, já que há falta de recursos na área da saúde. O ministério, segundo ele, recebeu apenas US\$ 220 milhões dos US\$ 1,56 bilhão previstos no orçamento para o combate às endemias neste ano. O ministro também apresentou um relatório que revela a existência de uma população infanto-juvenil de 15 milhões de indigentes.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – Faltam recursos para o combate à mortalidade infantil. “Segundo Santillo, o orçamento de US\$ 1,56 bilhão previsto para o combate às endemias neste ano, o Ministério recebeu US\$ 220 milhões neste primeiro semestre”.

b) **ênfase** – Ministro reconhece que governo é culpado pelo aumento da mortalidade infantil. “[...] o governo é um dos responsáveis pelo aumento da mortalidade infantil”.

**c) exclusão** – Faltou explicar quais os motivos que levaram a área econômica do governo a não liberar os recursos necessários para o combate à mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** – Faltam recursos para o combate à mortalidade infantil. “A causa, segundo ele (ministro da Saúde), é a falta de recursos”.

#### **Quadro 10**

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 07/02/1995

- **Título da matéria:** Mortalidade infantil em SP cai para metade em 13 anos

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “Segundo técnicos da Fundação SEADE, esse número indica que havia uma demanda reprimida por vagas nas escolas, que foi atendida, pelo menos em parte, pela rede pública”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Dados do Anuário Estatístico do Estado de São Paulo divulgados pela Fundação SEADE na semana passada indicam que a mortalidade infantil diminuiu no município e no Estado de São Paulo”.

2 – “O Anuário demonstra também que o número de crianças entre 0 e 4 anos infectadas com o vírus da Aids aumentou 600% entre 1985 e 1992”.

3 – “O Anuário revela, ainda, o aumento no número de crianças entre 7 e 14 anos alfabetizadas no Estado de São Paulo.”

4 – “A pesquisa SEADE também levantou números sobre menores infratores da cidade. Entre os infratores com idade entre 12 e 18 anos, 80,36%, são nascidos no Estado de São Paulo. Apenas 11,87% são nordestinos.”

5 – “A pesquisa constatou, também, que a direção sem habilitação é a terceira infração mais cometida pelos jovens. Em primeiro lugar vem o furto e em segundo, o roubo”.

- **Descrição** – A notícia destaca que a mortalidade infantil sofreu uma queda na cidade e no Estado de São Paulo, 50,62 (1980) para 25,67 (1993) por mil nascidos vivos. A informação consta do Anuário Estatístico do Estado de São Paulo da Fundação SEADE, que apresenta outros números relacionados à infecção pelo HIV, alfabetização e segurança.

- **Enquadramento**



**a) seleção** – A mortalidade infantil está em queda na cidade e no Estado de São Paulo, sendo reduzida pela metade em 13 anos. “Em 1980, a mortalidade infantil no município foi de 50,62 [...]. Em 93, o índice caiu para 25,67. No Estado, em 1980, morriam 51,25 [...] em 93 caiu para 26,19.

**b) ênfase** – Os números são inferiores às taxas registradas no país. “A mortalidade infantil no Brasil, em 1991, foi de 58 óbitos em cada 1.000 nascidos”.

**c) exclusão** – Apesar de apresentar dados referentes a educação e violência, a notícia não mencionou as causas ou os motivos que levaram à queda da mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** – O município de São Paulo e o Estado de São Paulo estão à frente do país quando o assunto é queda da mortalidade infantil.

### Quadro 11

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 26/02/1995

- **Título da matéria:** Real faz mortalidade cair, diz Pastoral

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “O aumento do consumo certamente influiu nessa melhora”, Nelson Arns, coordenador nacional adjunto da Pastoral da Criança.

2 – “É impossível, porém, saber qual o peso exato dessas ações na queda da mortalidade. O certo é que houve uma conjugação de fatos, que passam pela redução da seca e os efeitos positivos do real”, Nelson Arns.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Um dos motivos pode ser o aumento do consumo produzido pelo plano real”, Pastoral da Criança.

2 – “Nelson Arns aponta a redução da seca como outro fator para a redução da mortalidade.”

- **Descrição** – Segundo declarações de um dos coordenadores nacionais da Pastoral da Criança, a queda da mortalidade infantil em 1994 se deve ao aumento do consumo provocado pelo Plano Real. Outros motivos seriam o programa emergencial de combate à mortalidade infantil feito pelo governo e a diminuição da seca.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A mortalidade infantil voltou a cair no Brasil e o principal responsável é o Plano Real. “O certo é que houve uma conjugação de fatos, que passam pela redução da seca e os efeitos positivos do real”, diz Nelson Arns.

**b) ênfase** – A reportagem enfatizou os números da redução na região Nordeste. “[...] houve uma redução no Nordeste de 28%”.

**c) exclusão** – Como a maior redução foi no Nordeste, a reportagem poderia ter aprofundado um pouco mais e ter tentado identificar outros fatores, além da diminuição da seca, que contribuíram para a redução da mortalidade infantil de maneira mais significativa nesta região.

- **Construção de agenda** – O governo federal é o principal responsável pela redução da mortalidade infantil no ano de 1994.

## Quadro 12

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 14/05/1996

- **Título da matéria:** Saúde agonizante

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas** (0)

**d) nomeadas sem aspas** (0)

- **Descrição** – O Editorial publicado na capa da Folha revela a importância dada ao tema da saúde. Faz uma crítica geral ao sistema, utilizando como um dos exemplos a questão da mortalidade infantil. Critica as desigualdades no atendimento de saúde no país, a corrupção e incompetência das autoridades em conseguir acabar com doenças de tratamento simples, como a diarreia.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – O Estado tem se mostrado incapaz de tratar da saúde da população com qualidade. “Descuidos, irresponsabilidades, desperdícios marcam de há muito a atuação dos governos no campo da saúde”.

**b) ênfase** – Apesar dos investimentos terem crescido e do país até verificar uma redução na taxa de mortalidade infantil, ainda é preciso avançar. “[...] o Brasil é o segundo país da América Latina no volume de gastos per capita com saúde e está abaixo da média do subcontinente no que tange a índices como o de mortalidade infantil [...]”

**c) exclusão** – O editorial faz forte crítica à gestão pública da saúde e cita o exemplo da Califórnia, que oferece um vale-saúde aos seus cidadãos, para comprovar a ineficiência do Estado em cuidar da Saúde da população. Porém, seria mister contextualizar a realidade daquele Estado norte-americano à brasileira, bem como apresentar dados que comprovassem o sucesso do modelo.

- **Construção de agenda** – O Estado não tem condições de cuidar da saúde da população, gasta mal, desperdiça e não fiscaliza. A saída pode estar no incentivo da saúde privada. “[...] até o modelo implantado na Califórnia, onde foi criado um vale-saúde, facultando ao cidadão a escolha do prestador de serviços, em vez de condená-lo aos cuidados da saúde pública”.

### **Quadro 13.1**

- **Gênero:** reportagem especial “Dívida Social”

- **Data da edição:** 12/05/1996

- **Título da matéria:** Prevenção funciona em cidades do País

- **Subtítulo:** No Brasil da ineficiência pública, exemplos localizados mostram que a saúde pode melhorar com baixos custos

- **Fontes**

#### **a) genéricas**

1 – “Mas, há quem afirme que o setor público precisaria, antes disso, empregar melhor seus recursos”.

#### **b) anônimas (0)**

#### **c) nomeadas entre aspas**

1 – “É barato”, ministro da saúde, Adib Jatene.

2 – “O Brasil gasta uma fortuna e emprega muito mal o dinheiro”, Francisco de Oliveira, pesquisador do IPEA.

3 – “Uma internação em hospital privado sai quatro vezes mais barato que em hospital público”, Arlindo de Almeida, presidente da Abramge.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Jatene quer mais dinheiro na forma de taxa sobre movimentação financeira, uma versão para a saúde do imposto do cheque”.

2 – “Oliveira vai além e acredita que o próprio modelo do SUS está desenganado por favorecer fraudes”.

3 – “É esse também o argumento da Prefeitura de São Paulo, que defende o sistema de pagamento antecipado em seu Plano de Atendimento à Saúde (PAS)”.

4 – “Independentemente da forma de pagamento, a ineficiência de hospitais públicos é um dos pontos críticos do sistema, segundo Dante Mantagnana, do Sindhosp [...]. Mantagnana explica que um leito em hospital público ocupa entre 13 e 14 funcionários. Os hospitais privados de primeira linha ‘oferecem serviço melhor com metade dessa equipe’”.

- **Descrição** – A reportagem destaca que apesar da conhecida ineficiência do sistema de saúde no Brasil, há alguns exemplos de serviços de boa qualidade e baixo custo. O exemplo citado é do município de Olinda, que mantém um sistema de equipes médica e de agentes de saúde que reduziram em 50% a taxa de mortalidade infantil no município. O texto também trás depoimentos que comprovariam que o serviço público gasta mais do que o privado, citando as questões do número de funcionários e custos de internação.

- **Enquadramento**

**a) seleção** - Existem exemplos de boa utilização dos recursos na saúde. “Em Olinda [...], com cerca de R\$ 60 mil ao mês, a Prefeitura paga suas 12 equipes médicas e seus 230 agentes de saúde, responsável por uma queda de 50% da mortalidade infantil das áreas mais miseráveis da cidade”.

**b) ênfase** - O sistema público gasta mais pelos mesmos serviços prestados por hospitais particulares. “[...] um leito em hospital público ocupa entre 13 e 14 funcionários. Os hospitais privados de primeira linha oferecem serviço melhor com metade dessa equipe”.

**c) exclusão** – A matéria apresenta título chamativo, afirmando que há exemplos, no plural, de atendimento de saúde eficiente pelo país. No entanto, o único exemplo citado é o de Olinda. O texto também critica os gastos do SUS e, porém, no exemplo positivo citado, não deixou claro a origem dos recursos utilizados pelo município, se são via SUS ou não.

- **Construção de agenda** – Os serviços privados de saúde são mais eficientes do que os públicos. “Independentemente da forma de pagamento, a ineficiência de hospitais públicos é um dos pontos críticos do sistema, segundo Dante Mantagnana, do Sindhosp [...]”.

**Quadro 13.2**

- **Gênero:** Reportagem especial “Dívida Social”

- **Data da edição:** 12/05/1996

- **Título da matéria:** Contraste regional marca saúde do país

- **Subtítulo:** Doenças infecciosas e parasitárias são mais comuns em estados pobres; infartos crescem em regiões ricas

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “O imposto é controvertido. Há quem considere que o ministério poderia obter ganhos com melhor gestão do que já possui”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “O Brasil é o país das contradições. No primeiro mundo, doença infecciosa e transmissível praticamente não existe”, presidente da Funasa, Edmundo Juarez.

2 – “O Brasil vive uma transição demográfica que implica em transição epidemiológica”, Francisco Oliveira, do IPEA.

3 – “É um programa barato”, ministro da saúde, Adib Jatene.

4 – “A economia que poderíamos fazer, já foi feita: acabamos com os partos em homens, vasectomias em mulheres, grandes queimados que recebiam alta em três dias e pacientes de infecções generalizadas que deixaram o hospital em dois dias”, Adib Jatene, ministro da saúde.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Para Adib Jatene, as causas são as disparidades de renda. Pessoas bem nutridas, diz o ministro da Saúde, resistem mais às doenças infecciosas e/ou do aparelho respiratório, mais presentes no Norte, Nordeste e Centro-Oeste”.

2 – “A história das epidemias de dengue assustam ao ministro da Saúde, Adib Jatene.”

3 – “No ano passado, o ministério registrou 5.601 casos da doença”.

4- “Adib Jatene diz que já reduziu o que pode no número de internações duvidosas do sistema, o que garante atendimento em hospital para 9% da população dos Estados”.

**Descrição** – A reportagem afirma que os contrastes regionais são visíveis no que diz respeito à saúde. Nas áreas mais pobres se concentram as doenças infecciosas e nas mais ricas o infarto. A comparação também serve para países do terceiro mundo e países desenvolvidos. O principal motivo dessa situação é a disparidade de renda. A matéria também explora a diferença de preços dos procedimentos entre as regiões, que pode chegar a cinco vezes.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Regiões mais pobres têm maior número de mortes relacionadas a doenças infecciosas e nas regiões mais ricas o principal motivo é o infarto. “[...] Pessoas bem nutridas, diz o ministro da Saúde, resistem mais as doenças infecciosas e/ou do aparelho respiratório, mais presentes no Norte, Nordeste e Centro-Oeste”.

**b) ênfase** – A matéria também explorou o fato dos custos de internações e tratamentos médicos custarem mais caro em São Paulo do que no Norte/Nordeste do País. “A internação paulista custa quase três vezes mais do que a mais barata, em Roraima [...]”.

**c) exclusão** – A matéria cita o problema da disparidade de renda, mas não explora esse tema mostrando dados referentes a rendimento nos Estados.

- **Construção de agenda** – Os mais pobres morrem de doenças facilmente evitáveis.

### Quadro 13.3

- **Gênero:** Reportagem especial “Dívida Social”

- **Data da edição:** 12/05/1996

- **Título da matéria:** ‘Médico de Família’ dá plantão em favela

- **Subtítulo:** Programa de Olinda (PE) promove ‘caçada’ a todas as crianças que correm risco de vida nos barracos

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Foi verdade, eu me lembro”, Rosangela Alves dos Santos, dona de casa.

2 – “Localizamos uma Olinda semelhante ao Haiti”, Ana Paula Sóter, secretária de Saúde de Olinda (PE).

3 – “Isso mostra como é fundamental o trabalho casa a casa dos agentes”, Cristina Sette, secretária de saúde de Camaragibe (PE).

4 – [...] “ao contrário do modelo tradicional, que privilegia o atendimento hospitalar”, secretário de Quixadá, Odorico Andrade.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Em algumas faixas da periferia, a mortalidade atingia, até 1993, índices ‘africanos’ – 136 mortes por mil nascidos. Hoje, a secretaria de saúde estima uma redução pela metade”.

2 – “Segundo o secretário de Quixadá, Odorico Andrade, a acerola simboliza a esperança de vida”.

3 – “A secretária de saúde de Icapuí, Dilma de Oliveira, diz que o hospital da cidade só utiliza, em média, metade das AIHs que dispõe mensalmente”.

- **Descrição** – A implantação do Programa Saúde da Família em Olinda (PE) e outras cidades do Ceará é responsável pela redução da mortalidade infantil, no caso de Olinda, em 50% em áreas consideradas miseráveis. O projeto custa pouco e apresenta excelentes resultados ao “caçar” crianças em risco de vida.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – O PSF é um programa relativamente barato e que dá resultados. “O resultado nessas camadas tem sido a queda de até 50% no número de mortes de crianças”.

**b) ênfase** – A taxa de mortalidade infantil na periferia de Olinda era semelhante a de países da África antes da implantação do PSF. “Hoje, a secretaria de saúde estima uma redução pela metade”.

**c) exclusão** – É óbvio que o PSF tem seus méritos. No entanto, a reportagem não apresenta algo primordial para um entendimento mais amplo da questão: a redução é drástica também porque os índices eram muito altos. Em taxas de mortalidade infantil menores, tais políticas públicas apresentariam números mais modestos.

- **Construção de agenda** – O PSF pode resolver o problema da mortalidade infantil no país.

#### **Quadro 13.4**

- **Gênero:** Reportagem especial “Dívida Social”

- **Data da edição:** 12/05/1996

- **Título da matéria:** Agente a cavalo derruba mortalidade de crianças

- **Subtítulo:** Programa de baixo custo em município paulista reduz internações

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Notamos que 80% das crianças até 5 anos tinham tido diarreias e infecções respiratórias [...]. Era fácil prevenir”, Juraci Almeida Cesar, epidemiologista.

2 – “Em nenhum país do mundo as crianças são visitadas toda semana”, Juraci Almeida Cesar, epidemiologista.

3 – “[...] os agentes de saúde são uma benção de Deus [...]. Nunca fui tão bem cuidada”, Ester Aparecida Fortes Cavalheiro, mãe.

4 – “Cuba é o único país do Ocidente que manteve a medicina preventiva e investiu no médico de família”, José Emílio Carlos Lisboa, prefeito de Angatuba (SP).

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Segundo o médico, depois que o SUS passou a pagar às Prefeituras R\$ 2,05 por visita feita por um agente, o programa passou a ser auto-sustentável”, Juraci Almeida Cesar, epidemiologista.

2 – “Emílio tem na sala um retrato de Che Guevara e diz que entre seus amigos cubanos está a própria Eleida Guevara, pediatra e filha de Che. Mas, ressalva que o convênio com Cuba é apenas parte do trabalho”.

3 – “Os dados fornecidos pelo município, são corroborados pelo Ministério da Saúde, pela OMS e por universidades nacionais e estrangeiras”.

4 – “Dados divulgados pelo Ministério da Fazenda (sic) em dezembro passado mostraram que a cidade campeã em portadores do HIV é Itajaí (SC) com 487,7 portadores para cada 100 mil habitantes. Santos está em segundo lugar: 432,4 para cada 100 mil.”

5 – “Para o secretário municipal de saúde, Cláudio Maieriovich, os resultados alcançados se devem, entre outros fatores, a um aumento progressivo na verba municipal destinada ao setor”.

- **Descrição** – No pequeno município de Itapirapuã Paulista, divisa com o Paraná, a mortalidade infantil caiu de 83 (1989) para 10 por mil (1996) graças a uma ação simples da prefeitura local, que contratou agentes comunitários de saúde para prevenir a morte de crianças. Entre as curiosidades, está a contratação de uma mulher (agente) e um cavalo para visitar as crianças da zona rural semanalmente, levando informações básicas de saúde e higiene. O projeto custa apenas US\$ 6,45 por criança atendida.

#### - **Enquadramento**

**a) seleção** – Uma cidade pequena, com poucos recursos, com criatividade, conseguiu reduzir a mortalidade infantil de forma considerável em poucos anos. “[...] a mortalidade infantil caiu de 83 por mil em 1989 para uma taxa de 10 por mil, igual a de países europeus”.

**b) ênfase** – Os resultados positivos foram obtidos com a contratação de apenas 13 agentes de saúde, um deles que visita a zona rural com a ajuda de um cavalo alugado. “Notamos que 80% das crianças até 5 anos tinham tido diarreias e infecções respiratórias [...]. Era fácil prevenir”, disse o epidemiologista Juraci Almeida Cesar.

**c) exclusão** – Ao explicar a viabilidade do projeto, o texto afirma que isso aconteceu quando o SUS passou a pagar pelas visitas. Seria importante explicitar um pouco melhor como funciona o modelo e que o mesmo foi incorporado pelo SUS por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde/MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF.

- **Construção de agenda** – Com boa vontade política e criatividade é possível reduzir sensivelmente a mortalidade infantil no Brasil.

#### **Quadro 14**

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 14/05/1996

- **Título da matéria:** Números da mortalidade infantil são irreais

- **Subtítulo:** Falta de registro de óbitos em vários municípios distorce estatísticas oficiais de 40 mortos até um ano de idade por 1.000 nascidos vivos



**- Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Nós fomos ao cartório, à prefeitura e não encontramos registros de nascimentos de crianças”, Ivone Torres de Azevedo, coordenadora estadual do PRMI.

2 – “Nosso principal problema são os registros de nascimentos e morte”, ministro da Saúde, Adib Jatene.

3 – “Esse é o problema que mais interfere no acompanhamento das crianças nos municípios de maior risco”, coordenadora do PRMI, Maria Lúcia Carmellosso.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “O trabalho de um ano do PRMI (Projeto para Redução da Mortalidade na Infância), do Ministério da Saúde, revela comunidades onde, nos últimos oito anos, não havia nenhuma notificação de nascimentos. Nem de mortes”.

2 – “Ivone explica que as famílias não podem pagar R\$ 17,00 por uma certidão.”

3 – “A médica Irani Ribeiro de Moura, do PRMI, em Goiás, informa que nos 15 municípios em situação de risco os dados eram subnotificados”.

4 – “Ele diz que só trabalho dos agentes comunitários de saúde, que percorrem uma média de 150 famílias por mês, pode resgatar informações confiáveis”, ministro da Saúde, Adib Jatene.

**- Descrição** – A reportagem afirma que os números da mortalidade infantil não são reais, pois vários municípios do interior não registram nem nascimentos e muito menos mortes. O texto chama essas crianças de “anjinhos”, normalmente enterrados em cemitérios clandestinos. O motivo para a falta de registros é o valor de R\$ 17,00, que deve ser pago ao cartório.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Os dados referentes à mortalidade infantil não são corretos, segundo o próprio Ministério da Saúde. “O trabalho de um ano do PRMI (Projeto para Redução da Mortalidade na Infância), do Ministério da Saúde, revela comunidades onde, nos últimos oito anos, não havia nenhuma notificação de nascimentos. Nem de mortes”.

**b) ênfase** – O principal motivo das subnotificações é a falta de recursos das famílias. “Ivone explica que as famílias não podem pagar R\$ 17,00 por uma certidão.”

**c) exclusão** – A reportagem cita que resultados do PRMI (Projeto para Redução da Mortalidade na Infância) revelam uma subnotificação de casos de mortalidade infantil em várias regiões do País. Com base nesse levantamento, a reportagem poderia ter solicitado ao

Ministério ou mesmo feito uma projeção para se ter uma ideia do que isso significa na taxa de mortalidade infantil em termos de país.

- **Construção de agenda** – Não dá para confiar nas estatísticas sobre mortalidade infantil divulgadas no Brasil, já que em muitos municípios famílias de crianças pobres não fazem registros de nascimentos e muito menos de mortes. “Nosso principal problema são os registros de nascimentos e morte”, segundo o ministro da Saúde, Adib Jatene.

### **Quadro 15**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 08/06/1996

- **Título da matéria:** Ação contra a mortalidade fica sem verbas

- **Subtítulo:** Programa para reduzir mortes infantis depende quase que exclusivamente da aprovação do imposto do cheque

- **Fontes**

#### **a) genéricas**

1 – “A coordenação política do governo prevê dificuldades na aprovação da CPMF [...]. A avaliação do Palácio do Planalto é que o projeto enfrentará uma votação apertada – bem diferente da contabilidade apresentada pelo ministro Adib Jatene, que já condicionou sua continuidade no cargo a aprovação da taxa”.

2 – “Segundo a assessoria do presidente Fernando Henrique Cardoso, as chances de aprovação dependem da presença de 480 dos 513 deputados no plenário”.

#### **b) anônimas (0)**

#### **c) nomeadas entre aspas**

1 – “Quando não há dinheiro suficiente nem para pagar os hospitais, não há como fazer muita coisa”, ministro da Saúde Adib Jatene.

2 – “O programa fica comprometido”, Anna Peliano, do Programa Comunidade Solidária.

3 – “Temos 50% das famílias em estado de indigência [...]. As crianças morrem e são enterradas por aí. Ninguém pode pagar registro”, Armando de Souza, prefeito de Guarani (MG).

4 – “Não tinha dinheiro nem para o registro de nascimento”, Ana dos Santos, moradora de Guarani (MG).

5 – “[...] não há o menor controle sobre a mortalidade infantil, porque aqui só há registro de criança no tempo das eleições”, Jonas Pinheiros Dias, médico em Guarani (MG).

6 – “O maior problema aqui é a fome, e não temos como ter números (mortalidade) porque ninguém registra os filhos”, Alonso Moreira dos Santos, prefeito de Somolândia (GO).

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, morrem 40 crianças menores de um ano para cada grupo de 1.000 nascidas vivas”.

2 – “De acordo com levantamento feito pela área de saneamento da FNS, R\$ 60,5 milhões do orçamento deste ano seriam aplicados em abastecimento de água, saneamento em pequenas localidades e melhorias sanitárias nos municípios considerados de risco. As ações de saneamento básico e abastecimento de água estão diretamente ligados à redução da mortalidade infantil, segundo informação da coordenadora do PMRI do Ministério da Saúde, Maria Lúcia Carnellosso”.

3 – “Ela informa ainda que, além da vinculação dos recursos ao imposto – ainda não aprovado -, grande parte das verbas do PMRI foi ‘carimbada’ no Congresso, ou seja, foi destinada pelos parlamentares aos municípios que não estavam na lista do Comunidade”, Anna Peliano, do Programa Comunidade Solidária.

4 – “Ontem no Rio, Jatene disse não ver incompatibilidade entre a CPMF, que defende, e a Contribuição sobre Lucro Bruto, proposta pelo ministro do Planejamento, Antonio Kandir [...]”

5 – “O ministro do Planejamento acha que a nova contribuição poderá ter efeito nocivo sobre a economia, gerando despesas em cascata para as empresas”.

6 – “A estimativa do Ministério da Saúde é de que hoje morrem 40 crianças por mil”

7 – “O resultado, segundo a secretária municipal de Saúde, Ildete Gomes, é que a cobertura vacinal em Somolândia atingiu 100% de crianças”.

- **Descrição** – A maior parte dos recursos necessários para investimentos em saneamento dependem da aprovação da CPMF, o chamado imposto do cheque, para serem executados. Alguns gastos previstos já foram cancelados pelo presidente FHC. O ministro da Saúde, Adib Jatene, condicionou sua permanência no cargo à aprovação da taxa. O governo crê em uma votação apertada na Câmara.

#### **- Enquadramento**

**a) seleção** – O governo federal não terá recursos para combater a mortalidade infantil se a CPMF não for aprovada. “O programa fica comprometido”, Anna Peliano, do Programa Comunidade Solidária.

**b) ênfase** – Os números da mortalidade infantil podem ser bem piores dos que os divulgados pelo Ministério da Saúde. Em muitos municípios do interior do país a pobreza é tão grande que muitos pais nem mesmo registram seus filhos e crianças são enterradas em cemitérios clandestinos. – “O maior problema aqui é a fome, e não temos como ter números

(mortalidade) porque ninguém registra os filhos”, Alonso Moreira dos Santos, prefeito de Somolândia (GO).

**c) exclusão** – A discussão é superficial, como se questões relacionadas a desigualdade social e prioridades governamentais fossem menos importantes do que a própria aprovação da CPMF.

- **Construção de agenda** – Se a CPMF não for aprovada, não será possível fazer investimentos na saúde. “Quando não há dinheiro suficiente nem para pagar os hospitais, não há como fazer muita coisa”, ministro da Saúde Adib Jatene.

## Quadro 16

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 24/06/1996

- **Título da matéria:** Mais de 1 bilhão vive só com US\$ 1 ao dia

- **Subtítulo:** Banco Mundial disse que houve melhora nas condições de vida dos miseráveis nos países em desenvolvimento

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Cerca de 1,3 bilhão de pessoas no mundo vivem apenas com US\$ 1 por dia, segundo um estudo sobre pobreza divulgado ontem pelo Banco Mundial, com dados até 1993”.

2 – “O estudo mostra que a situação dos que vivem em extrema miséria no mundo melhorou nos últimos 10 anos, embora tenha aumentado o número dos que vivem com até US\$ 1 por dia. O Banco Mundial especifica que as condições de vida dos pobres ficaram estáveis na América Latina e no Noroeste da África, mas melhoraram no Oriente Médio, Ásia e no restante da África”.

3 – “Essa categoria (índice de pobreza urbana) apareceu nos anos 90, com a queda econômica das nações, segundo estudo divulgado pelo Banco Mundial (Bird)”.

4 – “No Brasil, o índice de pobreza é superior ao índice de renda média nacional. Os maiores afetados são os jovens e o problema atinge 40% da população do Nordeste do país, de acordo com o Estudo”.

5 – “O Bird considera que a luta contra a pobreza no Brasil deve ser dirigida para as crianças, pois elas constituem importante força de trabalho no Nordeste. De acordo com o estudo do Bird, 25% das crianças desnutridas são nordestinas.”

6 – “Segundo o Banco Mundial, nos últimos 25 anos, os países em desenvolvimento progrediram enormemente em suas ações para melhorar a qualidade de vida. De 1970 até agora (1996), segundo o Banco, dobrou a renda média por pessoa nos países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, revela o estudo, isso demorou 40 anos e, no Reino Unido, 60 anos”.

- **Descrição** - Estudo do Banco Mundial revela que mais de 1,3 bilhão de pessoas no mundo vive com menos de US\$ 1 por dia. A maioria dessas pessoas vive em países em desenvolvimento, como o Brasil e China, além de nações da América Central e África. Apesar dessa situação, segundo o Bird, a condição de vida dos miseráveis melhorou.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A situação de pobreza no mundo é lastimável, 1,3 bilhão de pessoas vive com menos de US\$ 1 por dia. “O estudo mostra que a situação dos que vivem em extrema miséria no mundo melhorou nos últimos 10 anos, embora tenha aumentado o número dos que vivem com até US\$ 1 por dia”

**b) ênfase** – No geral, a qualidade de vida das pessoas melhorou nos últimos anos. Para isso, a reportagem enfatiza a queda da mortalidade infantil. “Em 82, essa taxa era de 71 por mil nos países em desenvolvimento e 20 por mil nos desenvolvidos. Em 93, a taxa de mortalidade infantil havia caído para 54 por mil nos países mais pobres e para 7 por mil no caso dos ricos”.

**c) exclusão** – A notícia poderia ter utilizado dados de organismos oficiais para divulgar qual seria o valor ideal de renda para uma pessoa viver com dignidade. Assim ficaria mais fácil para o leitor compreender melhor a situação brasileira.

- **Construção de agenda** – A condição de vida dos miseráveis está melhorando. “O estudo mostra que a situação dos que vivem em extrema miséria no mundo melhorou nos últimos 10 anos, embora tenha aumentado o número dos que vivem com até US\$ 1 por dia”.

**Quadro 17**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 12/12/1996

- **Título da matéria:** Brasil é o 63º pior em morte de crianças

- **Subtítulo:** Relatório do UNICEF sobre morte de crianças de até 5 anos põe país em posição pior que Vietnã e El Salvador

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “Apesar dos índices brasileiros, os representantes do UNICEF e da OIT (Organização Internacional do Trabalho) que apresentaram ontem o relatório, se disseram otimistas em relação às iniciativas em curso no Brasil”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “A alocação de recursos é que é ruim”, Vesna Bosmak, representante adjunta do UNICEF no Brasil.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Situação Mundial da Infância 1997, relatório anual do UNICEF divulgado ontem em São Paulo, diz que a taxa de mortalidade de menores de 5 anos no Brasil foi de 60 crianças por mil em 1995.”

2 – “O Brasil, segundo o informe, emprega 9,3 milhões de crianças. O documento cita várias experiências brasileiras em relação ao trabalho infantil. Relata casos de desrespeito à Convenção sobre os Direitos da Criança, da qual o Brasil é signatário, mas elogia iniciativas consideradas importantes para a erradicação da exploração infantil”.

3 – “O UNICEF relata, entre outros casos, a existência de trabalho insalubre no Mato Grosso do Sul e de escravidão de crianças em minas de carvão de Minas Gerais e Bahia”.

4 – “Oded Grajew, presidente da Fundação, esteve presente à apresentação do relatório e disse que a Abrinq pretende cadastrar, até o final de 97, mil empresas que garantam não empregar crianças em sua linha produtiva”.

5 – “O Estatuto da Criança e do Adolescente também foi elogiado pelo documento, dentro da abordagem de legislação de proteção à criança”.

6 – “Vesna Bosmak, representante adjunta do UNICEF no Brasil, diz que o gasto público brasileiro é bastante para suprir a demanda por saúde e ensino fundamentais e ajudar famílias de baixa renda”.

- **Descrição** – O Brasil vem reduzindo a taxa de mortalidade infantil, mas ainda é um dos piores países do mundo nesse quesito, ficando na 63ª posição no *ranking* de 150 nações da ONU. Os dados são de um relatório anual do UNICEF. O Brasil está atrás de países como Vietnã e Paraguai.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – O Brasil vem reduzindo a taxa de mortalidade infantil, mas manteve a 63ª colocação do mundo. “Situação Mundial da Infância 1997, relatório anual do UNICEF divulgado ontem em São Paulo, diz que a taxa de mortalidade em menores de 5 anos no Brasil foi de 60 crianças por mil em 1995.”

**b) ênfase** – O Brasil tem situação pior que nações menos desenvolvidas. “O Brasil fica atrás de países como Vietnã, El Salvador, Paraguai e Bósnia Herzegovina”.

**c) exclusão** – Apesar de mencionar que o Brasil reduziu sua taxa de mortalidade, a reportagem não mencionou quais seriam os motivos dessa redução.

- **Construção de agenda** – A taxa de mortalidade infantil ainda é alta no Brasil, mas está sendo reduzida.

## **Quadro 18**

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 15/08/1997

- **Título da matéria:** Cai taxa de mortalidade infantil em SP

- **Subtítulo:** Quedas ocorrem no Estado e na capital, onde em 95 a taxa tinha crescido, e foram as maiores desde 1991

- **Fontes**

### **a) genéricas**

1 – “Estudos recentes mostram que a mortalidade infantil é maior para crianças com a mesma renda familiar, mas que moram em casas sem acesso a água encanada e esgoto. Muitas vezes, esse é o caso das cidades do entorno paulistano”.

### **b) anônimas (0)**

### **c) nomeadas entre aspas (0)**

### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Os dados foram obtidos pela Folha na homepage da Fundação SEADE na Internet, a rede mundial de computadores”.

2 – “Os dados do SEADE mostram também que diminuiu o número de bebês nascidos mortos. Na capital, a redução da taxa de natimortalidade caiu 18% no ano passado. No Estado, a queda foi um pouco menor: 16%”.

- **Descrição** – A notícia descreve a redução da taxa de mortalidade infantil na cidade e Estado de São Paulo usando dados da Fundação SEADE. A redução maior foi na cidade de São Paulo, que havia registrado um crescimento da taxa no ano anterior. No Estado de São Paulo, a redução foi um pouco menor, porém a tendência de queda é mais antiga.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A cidade de São Paulo e o Estado de São Paulo tiveram queda na taxa de mortalidade infantil entre 1995 e 1996. “As quedas foram significativas: 7,8% na capital e 7,5% no Estado”.

**b) ênfase** – No Estado, a redução é ainda mais importante. “No Estado, a tendência da redução da mortalidade infantil é mais antiga. Porém, o resultado de 1996 foi o melhor desde a queda de 13,9% ocorrida entre 1990 e 1991”.

**c) exclusão** – O texto cita estudos que comprovariam que a taxa de mortalidade é maior em locais sem saneamento básico, mas não cita e muito menos apresenta esses estudos.

- **Construção de agenda** – A mortalidade infantil está em queda no Estado de São Paulo. “No Estado, a tendência da redução da mortalidade infantil é mais antiga”.

### **Quadro 19**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 19/11/1997

- **Título da matéria:** Miséria Remediável

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “O documento ‘Indicadores Sociais sobre Crianças e Adolescentes’ mostra que 40,4 dos menores de 14 anos vivem em famílias com renda média por pessoa inferior a R\$ 60 mensais. O Estudo também revela – o que é motivo de alento – que entre 90 e 95 houve melhora significativa em indicadores como mortalidade infantil e taxa de escolarização, até nos Estados mais pobres. Mas, mesmo no Sudeste, a mortalidade infantil ainda é duas ou três vezes maior do que a verificada na Europa ocidental. Em Alagoas ela é 10 vezes maior”.

2 – “O Brasil é um dos campeões mundiais de desigualdade e há mais de 60 países onde a qualidade de vida é melhor que a brasileira, segundo a ONU”.

3 – “Mas, os dados do IBGE indicam que, mesmo sem grandes programas nacionais de redução da miséria, ela vem diminuindo com constância”.

4 – “O IBGE já indicou o alvo prioritário desses investimentos: quase vinte milhões de crianças na pobreza, sem futuro, sem condições adequadas de se educar, seja porque não comem, seja porque trabalham [...]”

- **Descrição** – O texto comenta os números da miséria divulgados pelo IBGE, que revelam que 40,4% dos menores de 14 anos vivem nessa condição. Apesar da melhora verificada entre 1990 e 1995, os números apontam que a taxa de mortalidade infantil da Região



Sudeste, a mais desenvolvida do país, ainda é muito alta se comparada com a Europa. O editorial coloca o Brasil como campeão em desigualdade social e atrás de mais de 60 países no mundo. Por fim, sugere um programa de renda mínima para reduzir o problema da miséria.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Os indicadores sociais brasileiros revelam que um dos graves problemas do país é a miséria. “O documento ‘Indicadores Sociais sobre Crianças e Adolescentes’ mostra que 40,4 dos menores de 14 anos vivem em famílias com renda média por pessoa inferior a R\$ 60 mensais”.

**b) ênfase** – Segundo o texto, a miséria deve ser combatida tendo como alvo prioritário as crianças. “O IBGE já indicou o alvo prioritário desses investimentos: quase vinte milhões de crianças na pobreza, sem futuro, sem condições adequadas de se educar, seja porque não comem, seja porque trabalham [...]”

**c) exclusão** – Mesmo apresentando alguns números que comprovam essa desigualdade, o jornal poderia, mesmo de forma superficial, tentar explicar os motivos sociais e políticos que levaram o país a essa condição.

**- Construção de agenda** – Os governos precisam trabalhar para reduzir a miséria e devem desenvolver programas de âmbito nacional para combatê-la. “Um complemento mensal de R\$ 25 para todas as crianças pobres custaria menos que uma CPMF por ano”, diz a matéria.

**Quadro 20**

**- Gênero:** Editorial

**- Data da edição:** 16/12/1997

**- Título da matéria:** Um plano contra a miséria

**- Subtítulo:** Não

**- Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “O Nupens informou que a subnutrição vem diminuindo, como a mortalidade infantil”.

2 – “No entanto, segundo dados do IBGE, ela permanece no mesmo nível dos anos 80”.

**- Descrição** – O editorial sugere a criação de um grande plano nacional contra a miséria. Reconhece avanços, mas que se tratam de ações regionalizadas e não de políticas sistemáticas. A melhora poderia ser muito mais rápida e eficiente se o país tivesse uma

melhor distribuição de renda, que ainda permanece como nos anos 1980. Falta um sentido de urgência para tirar 17 milhões de pessoas da indigência.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – O texto afirma que, mesmo sem uma grande ação sistemática nacional para combater a miséria, o país tem conseguido melhorar alguns indicadores sociais. “A agitada sucessão de governos e planos econômicos não parece ter muita relação com a corrente subterrânea e silenciosa que faz com que, muito aos poucos, a população sofra um pouco menos com a fome, com a falta de educação e saúde”.

**b) ênfase** – O grande problema relacionado à miséria é a desigualdade social. “Mas poderia ser bem melhor se a distribuição de renda, grande fator de desigualdade social, fosse outra”.

**c) exclusão** – Apesar de afirmar que o grande problema é a desigualdade, o jornal não faz nenhuma uma discussão sobre o assunto.

**- Construção de agenda** – O país precisa construir com urgência um plano nacional de combate à miséria. “Falta dar sentido à urgência, considerar com a devida importância o fato de, por exemplo, ainda haver no país 17 milhões de indigentes [...]”.

**Quadro 21**

**- Gênero:** Reportagem

**- Data da edição:** 04/05/1998

**- Título da matéria:** Aids, crime e droga ameaçam *teen* do século 21

**- Subtítulo:** Segundo a OMS, a Aids pode acabar com as conquistas na área da saúde infantil feitas nos últimos 50 anos

**- Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “O relatório oferece uma perspectiva prudentemente otimista para o futuro, até o ano de 2025 [...]. O trágico é que mesmo com o aumento da média mundial da expectativa de vida durante o século 20, nos países menos adiantados, 3 em cada 4 pessoas ainda morrem antes de completar 50 anos”, diretor geral da OMS, Hiroshi Nakagima.

2 – “Não só em forma de apoio direto a parentes de idade avançada, mas também com impostos para financiar serviços sociais”, diz o relatório.

3 – “É um absurdo. O Brasil tem o teste de Aids e tem o AZT, mas muitas mães soropositivas não tomam por não terem condições de fazer o pré-natal. E, quando fazem,

por falta de consciência delas ou do médico, muitas vezes o teste de HIV acaba não sendo feito”, Maristella Della Negra, do Hospital Emílio Ribas.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A adolescência será cada vez mais marcada por rituais de transição potencialmente mortais. A propagação da Aids, a delinquência, as drogas e os acidentes de trânsito ameaçam os jovens na virada do milênio”, relatório OMS.

2 – “Para muitos jovens, especialmente os que crescem em zonas urbanas pobres, os anos de adolescência serão os mais perigosos da vida [...] o uso de drogas entre adolescentes está associado com a violência no lar, com a reduzida oferta de trabalho para jovens e com a desconfiança em relação ao futuro”, relatório OMS.

3 – “Segundo o documento, a doença pode acabar com as conquistas na área de saúde feitas nos últimos 50 anos [...]. Em escala mundial, ainda há uma enorme ignorância entre os jovens sobre o sexo, particularmente entre os homens adolescentes”, relatório OMS.

4 – “A OMS comemora a redução geral nas taxas de mortalidade infantil, classificada como ‘espetacular’. A população mundial tem hoje mais acesso a melhores condições sanitárias e a vacinas preventivas”.

5 – “De acordo com a OMS, em 1995, 27% das crianças do mundo com menos de 5 anos não tinham peso e altura normais por causa de alimentação e condições sanitárias inadequadas”.

6 – “Milhares de pessoas nascidas neste ano viverão todo o século 21 e entrarão no século 22 [...]. Na França, por exemplo, 200 pessoas completaram 100 anos em 1950. A previsão da OMS para 2050 é que esse número crescerá para 150 mil, 750 vezes mais”, relatório OMS.

7 – “A conclusão da OMS é que as pessoas com idade produtiva terão de manter uma população crescente de idosos dependentes”.

8 – “Segundo ela, só os países desenvolvidos estão conseguindo controlar a transmissão materno fetal da Aids”, Maristella Della Negra, do Hospital Emílio Ribas.

9 – “Segundo dados do Ministério da Saúde, de 1989 a novembro de 97 foram registrados 4122 casos de Aids em crianças de 0 a 12 anos. Desses casos, 77,6% são de origem perinatal [...]”.

10 – “Um estudo feito pelo Instituto ProMundo, estimou que havia naquele ano 183 mil crianças filhas de mães contaminadas no Brasil. O Estudo, segundo o pesquisador Sérgio dos Santos, dividiu as crianças em três estágios: primário, secundário e terciário”.

11 – “Os pacientes precisam de mais disciplina e atenção quando se tratam. Por outro lado, os médicos se mostram despreparados na hora de receitar medicamentos. Essa é a conclusão

que se tira a partir dos dados apresentados pelos estudos da OMS. Segundo a entidade, só metade dos pacientes mundiais toma os remédios indicados pelo médico de maneira correta, e cerca de 75% dos antibióticos são receitados de forma não apropriada... Mas, a OMS prevê para o próximo século mudanças na incidência de doenças no mundo”.

- **Descrição** – Relatório da OMS prevê que os jovens serão cada vez mais afetados pela Aids, drogas, delinquência e mortes no trânsito. Por outro lado, o órgão comemora a redução da mortalidade infantil em todo o mundo, graças às melhores condições sanitárias e vacinas preventivas, segundo a entidade. Os avanços revelados na reportagem vão permitir um aumento médio na expectativa de vida.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – Segundo a OMS, os jovens serão cada vez mais afetados pela Aids, drogas, delinquência e mortes no trânsito. “Para muitos jovens, especialmente os que crescem em zonas urbanas pobres, os anos de adolescência serão os mais perigosos da vida [...]”.

**b) ênfase** – A redução da mortalidade infantil é “espetacular” segundo a OMS. “A população mundial tem hoje mais acesso a melhores condições sanitárias e a vacinas preventivas”.

**c) exclusão** – A reportagem não apresentou quais políticas públicas poderiam contribuir para que o HIV não afetasse tantos jovens. Também não se apresentam os dados da contaminação no mundo ou no país, ressaltando quantos casos são de transmissão materna e quantos por contato sexual, importante para a análise.

- **Construção de agenda** – O avanço da ciência propicia um aumento extraordinário da expectativa de vida. “A OMS comemora a redução geral nas taxas de mortalidade infantil, classificada como espetacular. A população mundial tem hoje mais acesso a melhores condições sanitárias e a vacinas preventivas”.

**Quadro 22**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 28/05/1998

- **Título da matéria:** Obras de saneamento reduziram a mortalidade infantil em 21%

- **Subtítulo:** IBGE mostra que Brasil tem 3,6 milhões de famílias sem água tratada e 9,1 milhões de casas sem esgoto.

- **Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Não adianta dizer que, se houver um investimento anual de R\$ 2,5 bilhões até 2010, 80% das casas terão rede de esgoto, e 100% terão água. Não temos esse dinheiro. Então, o melhor é aplicar esse dinheiro nas regiões mais carentes”, Ecotilo Monteiro, chefe do Departamento de Saneamento da ENSP.

2 – “A OMS recomenda que se façam campanhas de prevenção contra doenças, enfocando principalmente o aspecto educacional. Uma campanha educacional bem feita é o melhor ‘remédio’ contra doenças”, Elói Garcia, presidente da Fiocruz.

3 – “Tivemos casos de cólera, mas a incidência foi bem menor do que se esperava na época”, Elói Garcia, presidente da Fiocruz.

4 – “Bastou lembrar à população que é importante lavar as mãos após ir ao banheiro e lavar bem os alimentos antes do consumo”, Elói Garcia, presidente da Fiocruz.

5 – “A comunidade científica alertou o governo federal sobre a volta do Aeds, mas nada foi feito. Naquela época, com um investimento baixo na compra de inseticidas, teríamos erradicado o mosquito”, Elói Garcia, presidente da Fiocruz.

6 – “Isso vai se acumulando e, ao final de cinco anos, há uma população de suscetíveis suficiente para a ocorrência de um surto”, Jarbas Barbosa, do Centro Nacional de Epidemiologia.

7 – “Não adianta esperar o dia nacional da campanha para dar essas vacinas nas crianças. Elas têm que ser ministradas de acordo com o calendário básico de vacinação ou não surtem o efeito esperado”, Jarbas Barbosa, do Centro Nacional de Epidemiologia.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Estudos do Departamento de Saneamento da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) indicam que, quando é feita uma intervenção sanitária (instalação de esgoto sanitário ou de rede de água) em uma região, há uma redução em média de 21% nos índices de mortalidade infantil”.

2 – “O Brasil tem, pelos dados do senso de 95 do IBGE, 3,6 milhões de famílias sem água tratada (2%) e 9,1 milhões de moradias sem esgoto sanitário [...] desse total de casas sem esgoto, a maioria absoluta (91,2%) concentra-se na faixa de municípios com até 50 mil habitantes [...]”.

3 – “A meta do governo FHC é chegar no final deste ano com déficit zero no abastecimento de água potável [...] A Secretaria de Política Urbana calcula que o investimento de R\$ 1,8 bilhão programado para este ano será suficiente para zerar o déficit de abastecimento de água e reduzir a cerca de 9% o déficit de esgoto, em 93, esse déficit era de 29%”.

4 – “O presidente da Fiocruz menciona a campanha educacional contra o cólera realizada em 90 como um exemplo bem-sucedido”.

5 – “Campanhas de baixo custo, de acordo com Elói Garcia, também poderiam ter evitado as epidemias de dengue que, desde o final dos anos 80, atingem ciclicamente o país”, Elói Garcia, presidente da Fiocruz.

- **Descrição** – Estudo da Escola Nacional de Saúde Pública revela que há uma redução média de 21% na mortalidade infantil em locais em que passam a ser dotados de tratamento de água e esgoto. O Brasil tem 3,6 milhões de famílias sem água tratada e 9,1 milhões de casas sem esgoto, sendo que a maioria está localizada em municípios com até 50 mil habitantes.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – Obras de saneamento reduzem a mortalidade infantil em 21%. “Estudos do Departamento de Saneamento da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) indicam que, quando é feita uma intervenção sanitária (instalação de esgoto sanitário ou de rede de água) em uma região, há uma redução em média de 21% nos índices de mortalidade infantil”.

b) **ênfase** – O Brasil tem ainda uma grande população que não conta com serviços de água tratada e esgoto. “IBGE mostra que o Brasil tem 3,6 milhões de famílias sem água tratada e 9,1 milhões de casas sem esgoto”.

c) **exclusão** – A reportagem poderia ter apresentado pelo menos um exemplo concreto de onde investimentos em saneamento tenha apresentado resultados positivos em relação a mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** – Saneamento básico garante diminuição da mortalidade infantil e o governo federal está fazendo a sua parte. “A meta do governo FHC é chegar no final deste ano com déficit zero no abastecimento de água potável [...]. A Secretaria de Política Urbana calcula que o investimento de R\$ 1,8 bilhão programado para este ano será suficiente para zerar o déficit de abastecimento de água e reduzir a cerca de 9% o déficit de esgoto, em 93, esse déficit era de 29%”.

**Quadro 23**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 24/08/1998

- **Título da matéria:** Seca faz mortalidade infantil crescer 180%

- **Subtítulo:** Em Monsenhor Tabosa, no sertão cearense, mortes de crianças sobem de 53,6 para 150 por mil nascidos vivos

- **Fontes**

a) **genéricas**

1 – “A mortalidade infantil em regiões da seca no Nordeste está crescendo neste ano em relação ao ano passado em proporções que chegam a 180%. Esse índice foi registrado na cidade de Monsenhor Tabosa (CE), no sertão dos Inhamuns, onde a mortalidade infantil subiu de 53,6 por mil nascidos vivos no primeiro semestre de 1997 para 150 por mil no mesmo período deste ano”.

2 – “Os médicos acham que Graciele até que está reagindo bem à hospitalização. Antes, ela nem tinha energia de chorar”.

3 – “Há estudos que dizem que apenas dois anos de escolaridade reduz a mortalidade a índices que variam de 38% a 60%”.

#### **b) anônimas (0)**

##### **c) nomeadas entre aspas**

1 – “[...] estão associadas à pobreza, à fome e a baixa qualidade de assistência médica. Foram 46% por diarreia e desnutrição, 26% por infecção respiratória aguda e 14% por prematuridade”, secretária municipal de Saúde de Crato, Marinila Macedo.

2 – “[...] não porque morreram mais crianças, mas porque melhoraram os sistemas de informação”, secretária municipal de Saúde de Crato, Marinila Macedo.

3 – “Sempre tive fé de que ela fosse viver. Tenho o medo maior do mundo dela morrer”, Francisca da Silva, mãe.

4 – “[...] porque não tinha força”, Antônia da Silva Moreira, mãe.

5 – “Tudo o que o ministério deposita é inteiramente transferido ao hospital, na hora”, ex-prefeito de Catarina (CE), Frutuoso Rodrigues.

##### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “No primeiro semestre do ano passado, os 12 municípios da área registraram 56 por 1.000. Taxa do Japão está em torno de 4, nos EUA, 7, e em Cuba, 9, segundo estimativa da ONU”.

2 – “A secretária municipal de Saúde de Crato, Marinila Macedo, considerou que o aumento do número de mortes é reflexo direto da situação de seca que atinge o Nordeste”.

3 – “O auge da mortalidade infantil do município, localizado na região de Cariri, considerada privilegiada em termos de precipitação de chuvas e de fontes de água, ocorreu em fevereiro, quando a taxa chegou a 121 por mil nascidos vivos, equivalente a expectativas projetadas pela ONU para países como Ruanda e Moçambique”.

4 – “De acordo com Marinila Macedo, chega a 40% o número de bebês que morrem em casa ou a caminho do hospital”.

5 – “Segundo Simões, os números com que o governo trabalha são sujeitos a acertos estatísticos e, em geral, muito antigos [...]. Simões afirma que a grande maioria dos

municípios nordestinos não registra informações confiáveis sobre mortes de crianças”. Celso Simões, demógrafo do IBGE.

6 – “O secretário de Saúde do Ceará, Anastácio Souza, acredita que a queda da renda nas áreas rurais mais pobres, provocada pela seca e consequente falta de colheita, é que tenha provocado o aumento de óbitos em pontos do Estado”.

7 – “De acordo com o secretário estadual, na média, a taxa de mortalidade infantil cearense passou a declinar desde fevereiro, estando agora em 44,6 por 1.000 nascidos vivos, contra 47,2 por mil em igual período do ano passado”, secretário de Saúde do Ceará, Anastácio Souza.

8 – “A mãe diz que nunca faltou leite para Graciele, mesmo depois das interrupções havidas no programa de distribuição de leite no Ceará”, Francisca da Silva, mãe.

- **Descrição** – Segundo a reportagem, a seca é responsável pelo aumento assombroso da mortalidade infantil em regiões de seca no Nordeste. O pior índice registrado é em Monsenhor Tabosa (CE), onde cresceu 180%, atingindo 150 mortes por mil nascimentos.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – A seca é a principal responsável pelo aumento da mortalidade infantil em uma região de 12 municípios do Ceará. “A mortalidade infantil em regiões da seca no Nordeste está crescendo neste ano em relação ao ano passado em proporções que chegam a 180%.

b) **ênfase** – A cidade de Monsenhor Tabosa teve o maior crescimento na taxa de mortalidade. “Esse índice foi registrado na cidade de Monsenhor Tabosa (CE), no sertão dos Inhamuns, onde a mortalidade infantil subiu de 53,6 por mil nascidos vivos no primeiro semestre de 1997 para 150 por mil no mesmo período deste ano”.

c) **exclusão** – Faltou explicar de fato qual é o tamanho da seca, há quanto tempo não chove, qual é a quantidade normal de chuva na região e quanto choveu em 1998. Esses dados são importantes para considerar que a seca é realmente a responsável pelo aumento da mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** – A seca é a responsável pelo aumento da mortalidade infantil no Nordeste. “A secretária municipal de Saúde de Crato, Marinila Macedo, considerou que o aumento do número de mortes é reflexo direto da situação de seca que atinge o Nordeste”.

**Quadro 24**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 09/09/1998

- **Título da matéria:** RS é o melhor Estado, e PI, o pior

- **Subtítulo:** SP fica em 2º



**- Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “A evasão, explica Michelis, baseia-se nas longas distâncias e na pouca utilidade econômica da alfabetização”, secretário estadual de Alagoas, Humberto Michiles.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Outro indicador do bom desempenho dos gaúchos, segundo o *ranking*, é que o desenvolvimento humano é bem distribuído por todas as regiões do Estado”.

2 – “Além disso, das 50 cidades mais bem colocadas no *ranking* de IDH dos municípios brasileiros, 19 são gaúchas”

3 – “Há dois meses foi retomado o programa de distribuição de leite, mas só o suficiente para metade dos desnutridos, segundo a secretária de Saúde, Nara Albuquerque Alves”.

4 – “A pesquisa do Índice do Desenvolvimento Humano revela que Tarrafas é a cidade com menor índice renda per capita familiar do país”.

5 – “O prefeito Tertuliano Cândido de Araújo (PPS) diz que financia uma média mensal de 50 passagens”. Prefeito de Tarrafas (PE).

6 – “Em Itamarati (AM), cidade com pior índice de desenvolvimento urbano, sobram salas de aula, segundo o secretário estadual do Amazonas, Humberto Michiles”.

**- Descrição** – De acordo com os dados do IDH divulgados pela ONU, o Rio Grande do Sul é o Estado com melhor qualidade de vida no país. O Estado também tem se destacado por estar melhorando os seus índices numa velocidade maior do que os demais. A reportagem também destaca que o Estado de Alagoas tem o município com pior índice do país, São José da Tapera.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Rio Grande do Sul é o Estado com melhor IDH do país. O Piauí é o pior. “Além disso, das 50 cidades mais bem colocadas no *ranking* de IDH dos municípios brasileiros, 19 são gaúchas”

**b) ênfase** – A briga política e o coronelismo são responsáveis pela situação de miséria em municípios como São José da Tapera. “A cidade viveu por quatro décadas sob a batuta política do ex-deputado Elísio Maia, um dos últimos coronéis vivos do Nordeste”.

**c) exclusão** – Quando o jornal apresenta os melhores e os piores estados em IDH, seria importante levantar quais os motivos que fazem do Rio Grande do Sul o Estado de melhor IDH do Brasil e o do Piauí o pior, até para que os exemplos positivos sirvam de modelo.

- **Construção de agenda** – O ensino no Brasil é muito elitista. Investe-se muito no ensino superior e pouco no fundamental e médio. “O favorecimento do ensino superior em detrimento do ensino básico explica porque o Brasil tem um desempenho tão medíocre nos indicadores de educação do Relatório das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Humano”.

#### Quadro 25

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 14/10/1998

- **Título da matéria:** Mortalidade Infantil

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

##### a) genéricas

1 – “Técnicos do Ministério da Saúde observam que mulheres consideram uma consulta pré-natal o bastante para avaliar a situação da gravidez”.

##### b) anônimas (0)

##### c) nomeadas entre aspas (0)

##### d) nomeadas sem aspas (0)

- **Descrição** – O editorial cita avanços sociais que contribuíram para a redução da mortalidade infantil no país. Porém, ressalta que a queda na taxa agora será mais lenta, já que os problemas não são mais a fome e diarreia e sim a problemas relacionados ao parto.

##### - Enquadramento

**a) seleção** – A queda na taxa de mortalidade infantil entrou em uma fase mais difícil, que não depende apenas de cuidados de higiene ou de incentivo ao aleitamento materno. É necessário investimentos no atendimento à gestante e ao parto. “Entre crianças mortas com menos de um ano, os recém-nascidos são cerca de 45%. O combate à mortalidade infantil tornou-se mais difícil e caro. Trata-se agora de oferecer exames pré-natais e maternidades de qualidade – ao menos limpas”.

**b) ênfase** – O país tem que enfrentar o desafio de combater a mortalidade infantil, mesmo em um ano em que a economia não vai bem para não correr o risco de regredir nos avanços conquistados nos últimos anos. “Na hora dos cortes de despesa, é preciso cuidado para não desperdiçar o avanço verificado nos últimos anos em relação à saúde infantil”.

**c) exclusão** – O texto coloca a questão do corte de despesas como um obstáculo para redução da mortalidade infantil. Assim, poderia ter discutido um pouco mais a questão da prioridade no orçamento público: onde estão ocorrendo os cortes e onde não estão.

- **Construção de agenda** – O país tem o grande desafio de continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil. Para isso, o governo precisa melhorar a qualidade do atendimento à gestante e ao parto e, não deixar que os ajustes econômicos estraguem o que já foi conquistado. “O país se defronta, pois, com grande desafio para baixar a mortalidade a taxas civilizadas, um terço da atual taxa brasileira”.

## **Quadro 26**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 16/11/1998

- **Título da matéria:** Mortalidade entre negros no país supera a da África

- **Subtítulo:** Mesmo entre crianças brancas, risco de morrer é maior do que no Paraguai

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

c) **nomeadas entre aspas**

1 – “A pobreza perpassa as questões raciais e sociais, mas mesmo entre os pobres, os negros têm uma taxa de mortalidade maior. É que eles acumulam o peso de duas segregações, a da cor e a da renda”, demógrafo do IBGE, Celso Simões.

2 – “A queda (taxa) é lenta porque há uma resistência estrutural”, demógrafo do IBGE, Celso Simões.

d) **nomeadas sem aspas**

1 – “A taxa de mortalidade entre essa população no Brasil, de 76 por mil nascidos vivos, é maior, por exemplo, que os índices da África do Sul (67 por mil) e do Zimbábue (74 por mil), segundo a ONU, Organização das Nações Unidas”.

2 – “Para o autor dessa parte do estudo do IBGE, o demógrafo Celso Simões, as diferenças regionais se explicam pelos diferentes graus de acesso das populações dos Estados a saneamento básico, vacinação e cuidados básicos”.

- **Descrição** – A taxa de mortalidade infantil entre negros no Brasil é maior do que entre os brancos. Porém, isso não significa que a situação das crianças brancas é muito melhor, pelo contrário, uma criança branca no Brasil tem mais chance de morrer do que no Paraguai. Os motivos dessa disparidade é a segregação socioeconômica.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – Ser criança negra ou parda no Brasil eleva muito a chance de morrer. A situação é pior do que muitos países da África. “A taxa de mortalidade entre essa população no Brasil, de 76 por mil nascidos vivos, é maior, por exemplo, que os índices da África do

Sul (67 por mil) e do Zimbábue (74 por mil), segundo a ONU, Organização das Nações Unidas”.

**b) ênfase** – O cenário de maior mortalidade infantil entre crianças negras não significa que a situação das crianças brancas no Brasil é boa, já que a taxa brasileira é superior a de muitos países.

**c) exclusão** – Os números não mentem: existe segregação racial no país. Seria importante uma discussão política e história para entender porque em pleno século 20 isso ainda ocorre.

- **Construção de agenda** – A segregação racial é muito forte no Brasil. Ser negro no Brasil é ainda mais difícil do que ser branco. “A pobreza perpassa as questões raciais e sociais, mas mesmo entre os pobres, os negros têm uma taxa de mortalidade maior. É que eles acumulam o peso de duas segregações, a da cor e a da renda”, demógrafo do IBGE, Celso Simões.

### Quadro 27

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 19/04/1999

- **Título da matéria:** Miséria e reforma do Estado

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas (0)

- **Descrição** – O texto alerta para o fato dos indicadores sociais não apontarem para o cumprimento da meta de redução da taxa de mortalidade infantil proposta pelo governo. A situação também não vai melhorar com os cortes orçamentários que estão sendo anunciados. O editorial diz que os ajustes são necessários, mas não da maneira atabalhoada que estão sendo feitos, sem se preocuparem se vão afetar as camadas mais pobres. Ainda segundo o texto, são necessárias reforma tributária e uma reforma social que garanta a recuperação financeira do Estado para fornecer serviços básicos como saúde e educação.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – O ajuste fiscal da forma proposta pelo governo vai atingir as camadas mais pobres e vai afetar a capacidade do país em reduzir de maneira mais rápida a taxa de mortalidade infantil. “De certo não contribuem para reduzir a ceifa de crianças os cortes orçamentários de um ajuste fiscal feito de afogadilho”.

**b) ênfase** – Para se fazer um ajuste fiscal mais justo é necessária uma ampla reforma do Estado, que não envolva apenas cortes de despesas, mas reformas tributária e social. “Um ajuste fiscal justo e sustentável, no entanto, exigiria uma reforma do Estado muito mais ampla e profunda, no que lamentavelmente o governo federal não se empenhou”.

**c) exclusão** – O texto fala em reformas tributária e social, porém não explica o que é, e nem porque tais ações poderiam melhorar a situação do país.

- **Construção de agenda** – O Brasil necessita de uma reforma ampla do Estado, que não consegue mais dar conta dos problemas econômicos e sociais. “Tal atraso contribuiu para uma grande crise econômica e para retardar mais uma vez a redução de um dos maiores e mais antigos déficits brasileiros – o enorme déficit de justiça social”.

## Quadro 28

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 08/07/1999

- **Título da matéria:** SP bate recorde de redução de índice de mortalidade infantil

- **Subtítulo:** Taxa fica abaixo de 20 mortes por mil nascidos vivos em 1998

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “O atendimento de pré-natal, fundamental para a diminuição de mortes infantis é feito principalmente pelos municípios. Isto significa que estamos no caminho certo para o acerto da política de municipalização das ações básicas de saúde pelo SUS”, secretário estadual da Saúde, José da Silva Guedes.

2 – “Com a estruturação da assistência médica estamos mudando esse quadro”, secretário estadual da Saúde, José da Silva Guedes.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Segundo a pesquisa, feita pela Fundação SEADE, em 98, a taxa foi de 18,67 para cada 1.000 nascidos vivos, contra 21,7 em 97”.

2 – “Segundo a Secretaria de Estado de São Paulo (Saúde), a principal queda se concentrou no período de 0 a 6 dias de idade, representando 60% da redução de óbitos”.

3 – “Para o secretário estadual da Saúde, José da Silva Guedes, os resultados da pesquisa indicam uma melhora do atendimento à gestante e da tecnologia médica”.

4 – “De acordo com a pesquisa, 58,6% das mulheres que deram a luz em 98 no Estado fizeram mais de 6 consultas de pré-natal durante a gravidez [...]”

5 – “O secretário aponta o projeto de melhoria de qualidade de assistência ao parto, que teve início em 96, como importante contribuição para a queda da taxa de mortalidade [...]. Segundo Guedes, cem maternidades receberam do Estado entre 20 e 50% mais pelo valor da tabela determinado pelo SUS aos partos”.

- **Descrição** – A notícia destaca o fato de pela primeira vez na história o Estado de São Paulo ter registrado uma taxa de mortalidade infantil inferior a 20 por mil, caindo 13,5% entre 1997 e 1998. Segundo os dados da Fundação SEADE, a taxa foi de 18,67, em 1998 contra 21,6 e 1997.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – A taxa de mortalidade infantil em São Paulo é muito inferior a do resto do Brasil. “O índice paulista é muito inferior à taxa média de 36,1 mortos por mil nascidos vivos no Brasil em 98”.

b) **ênfase** – A redução representa uma melhora na qualidade dos serviços prestados em São Paulo. “O secretário aponta o projeto de melhoria de qualidade de assistência ao parto, que teve início em 96, como importante contribuição para a queda da taxa de mortalidade [...]. Segundo Guedes, cem maternidades receberam do Estado entre 20 a 50% mais pelo valor da tabela determinado pelo SUS aos partos”.

c) **exclusão** – A reportagem ouve apenas o maior interessado na divulgação dos números e mesmo afirmando que a taxa paulista ainda é inferior a de diversos países, não faz a discussão aprofundada dessa informação.

- **Construção de agenda** – São Paulo tem a menor mortalidade infantil no Brasil graças às ações que estão sendo desenvolvidas pelo governo paulista. “O atendimento de pré-natal, fundamental para a diminuição de mortes infantis é feito principalmente pelos municípios. Isto significa que estamos no caminho certo para o acerto da política de municipalização das ações básicas de saúde pelo SUS”, secretário estadual da Saúde, José da Silva Guedes.

**Quadro 29**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 20/07/1999

- **Título da matéria:** Brasil descumpre 10 metas do UNICEF

- **Subtítulo:** País não conseguirá atingir, entre outros, o objetivo de reduzir em um terço a mortalidade infantil até o ano 2000

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Para diminuir a incidência de mortes em decorrência da gestação e do parto será preciso melhorar a assistência que é dada às gestantes, além da qualidade das UTIs neonatais. E fazer isso é muito mais complicado do que ensinar as mães a fazer soro caseiro para combater diarreias”, Ana Goretti Maranhão, coordenadora da Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

2 – “Para reduzir a mortalidade perinatal (em decorrência de problemas na gestação e no parto) não basta cuidar da saúde do bebê. A intervenção tem que vir antes, ainda durante a gestação”, Ana Goretti Maranhão, coordenadora da Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

3 – “Não imaginávamos que existissem estados em que mais de 90% das crianças de 1 ano fossem anêmicas, já que as pesquisas locais indicavam uma incidência de, no máximo 80%”, Ana Goretti Maranhão, coordenadora da Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

4 – “A anemia não leva à morte. Mas deixa o organismo da criança muito debilitado, facilitando o surgimento de doenças e aumentando os índices de mortalidade infantil”, Ana Goretti Maranhão, coordenadora da Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Das 19 metas estabelecidas em 1990 durante a cúpula mundial em favor da infância, em Nova York, o Brasil irá descumprir 10, segundo relatório do UNICEF”.

2 – “Para o Ministério (Saúde), não será possível cumprir a principal meta – reduzir em 33% a mortalidade infantil – porque a situação da zona rural do Nordeste ainda é muito ruim”.

3 – “Para reverter esse quadro, o governo federal afirma que está promovendo ações para melhorar as condições de saúde das mulheres, como o incentivo à realização do pré-natal e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos hoje”.

4 – “A primeira pesquisa em âmbito regional feita pelo governo federal para descobrir a incidência de anemia ferropriva na população infantil, obtida com exclusividade pela Folha, mostrou que 82,7% das crianças nordestinas de um 1 ano de idade sofrem de carência de ferro no sangue”.

- **Descrição** – Segundo a reportagem, o Brasil não conseguirá cumprir 10 das 19 metas que se comprometeu a cumprir na Cúpula do Milênio, de 1990. Uma delas é a redução de 33% da mortalidade infantil. Segundo o Ministério da Saúde a taxa caiu 24,5 até 1998 e não vai atingir o índice preconizado.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – O Brasil não vai atingir a meta definida pela Cúpula das Nações em 1990. “Para o Ministério, não será possível cumprir a principal meta – reduzir em 33% a mortalidade infantil – porque a situação da zona rural do Nordeste ainda é muito ruim”.

**b) ênfase** – O Brasil não vai cumprir a meta porque não conseguiu reduzir a mortalidade infantil no período perinatal (gestação e parto). “Para diminuir a incidência de mortes em decorrência da gestação e do parto será preciso melhorar a assistência que é dada às gestantes, além da qualidade das UTIs neonatais. E fazer isso é muito mais complicado do que ensinar as mães a fazerem soro caseiro para combater diarreias”, Ana Goretti Maranhão, coordenadora da Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

**c) exclusão** – Mesmo não atingindo a meta, a taxa de mortalidade infantil caiu. A reportagem não explica quais foram os motivos que fizeram a mortalidade infantil cair no período de 1990 e 1998.

- **Construção de agenda** – O Brasil não consegue atingir as metas de redução de mortalidade infantil em virtude dos números ruins do Nordeste. “A primeira pesquisa em âmbito regional feita pelo governo federal para descobrir a incidência de anemia ferropriva na população infantil, obtida com exclusividade pela Folha, mostrou que 82,7% das crianças nordestinas de um 1 ano de idade sofrem de carência de ferro no sangue”.

### Quadro 30

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 21/07/1999

- **Título da matéria:** Décadas de mortes

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas (0)**

- **Descrição** – O texto alerta que mesmo o Brasil tendo cumprido 10 das 19 metas do UNICEF, o país ainda tem iniquidades sociais “que não se verificam mesmo em países mais pobres”. Como exemplo, cita os casos da mortalidade materna e mortalidade infantil, cujas taxas ainda estão longe de serem cumpridas e acima de outros países Sul-americanos. Problemas como desnutrição e falta de exames pré-natais indicam a falta de atenção do governo federal para lidar com problemas semelhantes aos que acontecem na África.

- **Enquadramento**



**a) seleção** – Segundo o editorial, não dá para aceitar as lentas melhoras nas condições de vida da população de um país com o nível econômico do Brasil. “Mas não se pode transigir com realidades sociais inaceitáveis, tendo em vista o nível de desenvolvimento econômico brasileiro”.

**b) ênfase** – O Brasil ainda está longe de atingir as metas de redução nas taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil. “Entre as principais causas da mortalidade materno-infantil estão a desnutrição e o fato de que a gravidez é ainda tristemente desassistida”.

**c) exclusão** – O texto diz que o Brasil cumpriu 10 das 19 metas da ONU para diminuir as iniquidades sociais e faz uma crítica sobre algumas das metas cumpridas, como, por exemplo, a mortalidade infantil. Porém, não diz quais são as metas que não foram cumpridas, o que poderia dar uma visão mais ampla dos caminhos que o Brasil ainda precisa trilhar.

- **Construção de agenda** – Segundo o texto, falta urgência do Governo Federal e falta prioridade em querer diminuir as iniquidades sociais. “[...] não basta crescer doravante sem concentrar renda [...]. Esse é apenas o primeiro passo para evitar que o país ainda veja durante décadas a apenas lenta, se tanto, redução do número de mortes cruéis”.

### Quadro 31

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 08/08/1999

- **Título da matéria:** País tem África e Canadá da mortalidade

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas** (0)

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “O levantamento mostra que um brasileiro da região de Arapiraca tem 16 vezes mais chances de morrer antes de completar um ano do que se tivesse nascido em Catanduva ou Tubarão [...]. O levantamento indica que o fosso que separa a qualidade de vida de alagoanos e paulistas só fez crescer na última década”, estudo do Ministério da Saúde.

- **Descrição** – A notícia revela que as diferenças regionais são responsáveis pelos índices de mortalidade infantil no país. A mortalidade infantil em Arapiraca (AL) é comparável a Botsuana, na África. Por outro lado, Catanduva (SP) tem taxa semelhante a do Canadá.

### - Enquadramento

**a) seleção** – O Brasil tem taxas de mortalidade infantil díspares, que revelam as diferenças sociais do país. Quem nasce no Nordeste tem muito mais chances de morrer antes de completar um ano de vida do que quem nasce no Sul ou Sudeste. “O levantamento mostra que um brasileiro da região de Arapiraca tem 16 vezes mais chance de morrer antes de completar um ano do que se tivesse nascido em Catanduva ou Tubarão”.

**b) ênfase** – Os números podem não mostrar o verdadeiro tamanho do abismo, já que os dados não são confiáveis. “Como a maioria das crianças que morre nos nove municípios não chega a ser registrada, não é expedida a certidão de óbito”.

**c) exclusão** – Como a notícia comparou os números entre o Brasil e Botsuana, seria oportuno exemplificar isso com outras informações sobre outros indicadores de qualidade de vida nesses países.

- **Construção de agenda** – A taxa de mortalidade infantil no Nordeste brasileiro é semelhante a de países da África. Porém, em algumas cidades do Sul e no Sudeste a taxa é parecida com países desenvolvidos.

### Quadro 32

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 20/04/2000

- **Título da matéria:** É básico

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Números da Pastoral da Criança registram aumento de 38% na morte de jovens pobres de até 6 anos de idade no Estado de São Paulo entre 1998 e 1999. Paralelamente, os dados relativos à desnutrição no Norte e Nordeste apresentam altas de até mais de 100% em certos municípios no período de 1997 a 1999”.

- **Descrição** – O editorial repercute a informação divulgada pela Pastoral da Criança dando conta de um aumento de 38% na taxa de mortalidade de crianças até 6 anos de idade em regiões do Estado de São Paulo atendidas pela entidade, bem como o alto índice de desnutrição no Norte e Nordeste. O texto ressalta que os dados refletem apenas as regiões atendidas pela Pastoral e que podem não significar uma reversão histórica na redução da

taxa de mortalidade que vem sendo verificada nas últimas décadas. Porém, alerta para a diminuição no ritmo da redução, inferior a outros países do continente. Afirma ainda que o saneamento é um dos investimentos que mais interferem na redução da taxa de mortalidade infantil.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Apesar dos dados que revelam aumento na taxa de mortalidade nas regiões atendidas pela Pastoral da Criança, a tendência histórica de queda não deve reverter. O problema é que o ritmo dessa redução tem diminuído nos últimos dois anos. “Esse ritmo de redução, de 13,6 e 6,2, respectivamente, é bem menor do que o desejável”.

**b) ênfase** – Os números da Pastoral revelam que os avanços na saúde pública podem não estar chegando a uma parcela importante da população e que os investimentos em saneamento básico são fundamentais para a redução da taxa de mortalidade infantil. “[...] uma vez que as enfermidades diarreicas respondem por parte significativa dos óbitos”.

**c) exclusão** – Apesar de apresentar o saneamento básico como principal redutor da mortalidade infantil, o texto não comprova isso com dados.

**- Construção de agenda** – Para que a taxa de mortalidade infantil caia em ritmo mais satisfatório, o governo deve investir, principalmente, em saneamento básico. “Trata-se de uma chance de sobrevivência a crianças que estão morrendo porque não têm água limpa para beber”.

**Quadro 33**

**- Gênero:** Reportagem especial “Retratos do Brasil”

**- Data da edição:** 30/04/2000

**- Título da matéria:** Crianças pobres morrem mais em SP

**- Subtítulo:** Motivo é a falta de exames no período pré-natal, de assistência na hora do parto e de leitos em UTIs

**- Fontes**

**a) genéricas**

1 – “Segundo especialistas, esse tipo de óbito tem três causas básicas: falta de exames no período pré-natal, da qualidade de atendimento na hora do parto e leitos de UTI neonatal”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “A atuação da Pastoral avançou, mas não estamos vencendo tanta miséria [...]. Na maioria das famílias, há dois ou três adultos desempregados, e as condições sanitárias são péssimas”, irmã Carmem Rodrigues, Pastoral da Criança.

2 – “As mães deixam os bebês com os irmãos mais novos para poder ir trabalhar”, Conceição Garanito, coordenadora em Guarulhos da Pastoral.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Pesquisa inédita feita pela Fundação SEADE confirma a tendência verificada pela Pastoral: a mortalidade infantil neonatal aumentou em alguns bolsões de pobreza da região metropolitana e do interior”.

2 – “Dados do IBGE, divulgados anteontem, mostram que, em 1998, 52,8% dos óbitos de bebês no país também ocorreram na primeira semana de vida da criança”.

3 – “Os dados da Pastoral retratam a situação de uma pequena parcela da população do Estado (no caso da mortalidade, são 28.304 crianças de até 1 ano). Por isso, não podem servir de parâmetro para analisar a ocorrência (decrecente) de mortes em todo o Estado”.

4 – “Conceição Garanito, coordenadora em Guarulhos, onde há 83 comunidades atendidas, diz que, quando a Pastoral passa a atuar em um novo grupo, encontra pelo menos 50% das crianças com algum nível de desnutrição [...] alguns meses após o início do atendimento à comunidade, as gestantes começam a fazer pré-natal e os recém-nascidos são monitorados”.

5 – “Mortalidade infantil é um indicador importante de qualidade de vida, lembra Ruy de Castro, coordenador do Programa de Saúde da Criança do Governo do Estado de São Paulo. Segundo ele, embora seja injusto, é quase esperado que bebês pobres morram mais em época de crise econômica aguda”.

6 – “A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio de 1998 mostra que o crescimento do desemprego foi mais acentuado no Sudeste”.

7 – “A Assessoria de Imprensa da Pastoral da Criança ressalta que, como algumas comunidades são muito pequenas, qualquer morte pode provocar um impacto estatístico grande”.

8 – “Maria Lígia Placona, coordenadora da diocese de Santo Amaro, conta que um dos bebês atendidos pela Pastoral morreu asfixiado. A mulher, alcoólatra, foi dar mamadeira para o bebê quando estava embriagada. Dormiu enquanto ele mamava”.

- **Descrição** – Apesar dos índices decrescentes da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, segundo a Pastoral da Criança houve um aumento de 100% na taxa em favelas atendidas pela entidade entre 97 e 98. Em comunidades pobres do interior, como em Bragança Paulista (253%) e Caraguatatuba (540%) o crescimento foi ainda maior. As mortes estão relacionadas à falta de exames no período pré-natal, de qualidade no atendimento na hora do parto e de leitos de UTI neonatal.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A mortalidade infantil em regiões pobres atendidas pela Pastoral da Criança aumentou mais de 100% na região metropolitana de São Paulo e mais ainda em comunidades do interior de São Paulo. “Pesquisa inédita feita pela Fundação SEADE confirma a tendência verificada pela Pastoral: a mortalidade infantil neonatal aumentou em alguns bolsões de pobreza da região metropolitana e do interior”.

**b) ênfase** – Os motivos estão relacionados ao agravamento da crise econômica provocada pelo Plano Real. “Mortalidade infantil é um indicador importante de qualidade de vida, lembra Ruy de Castro, coordenador do Programa de Saúde da Criança do Governo do Estado de São Paulo. Segundo ele, embora seja injusto, é quase esperado que bebês pobres morram mais em época de crise econômica aguda”.

**c) exclusão** – A reportagem afirma que o aumento da pobreza é a principal responsável pela alta da taxa de mortalidade infantil em regiões atendidas pela Pastoral da Criança. No entanto, não explicou quais os motivos e não apresentou dados que comprovassem o aumento da pobreza no país.

- **Construção de agenda** – As comunidades pobres são as mais afetadas pela crise econômica, podendo ser isso verificado no aumento da taxa de mortalidade infantil. “Pesquisa inédita feita pela Fundação SEADE confirma a tendência verificada pela Pastoral: a mortalidade infantil neonatal aumentou em alguns bolsões de pobreza da região metropolitana e do interior”.

#### **Quadro 34**

- **Gênero:** *Box* de reportagem

- **Data da edição:** 16/07/2000

- **Título da matéria:** Crescem as mortes de crianças

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas** (0)

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Estudo do BNDES mostra que, entre 1989 e 1991, quando o país investia 0,28% do PIB em saneamento, a rede de serviços de água cresceu 5,9% ao ano e a de esgoto, 4,8%”.

2 – “De acordo com o IBGE, apenas 14,2% dos domicílios do Norte contam com serviços de água, esgoto e coleta de lixo. Isso, na zona urbana, a mais desenvolvida”.

3 – “Um estudo da Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento mostra que a renda familiar em 80% dos domicílios urbanos sem saneamento é de dois salários mínimos”.

4 – “O último relatório de indicadores sociais divulgado pelo IBGE quantifica uma realidade conhecida: as famílias mais pobres são as que mais sofrem com falta de saneamento”.

- **Descrição** – Com a queda dos investimentos em saneamento na década de 90, a taxa de mortalidade infantil cresceu 21% entre 1997 e 1998. Os investimentos em saneamento foram maiores no Norte e no Nordeste em relação ao resto do país, no entanto, o déficit nessas regiões é muito grande. No Norte, apenas 14,2% dos domicílios urbanos têm água, esgoto e coleta de lixo.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – A redução nos investimentos em saneamento provocou um aumento no número de mortes em crianças no país de 21%. As regiões Norte e Nordeste são as que mais sofrem com falta de saneamento. “De acordo com o IBGE, apenas 14,2% dos domicílios do norte contam com serviços de água, esgoto e coleta de lixo”.

b) **ênfase** - As famílias mais pobres são as que mais sofrem por falta de saneamento. “Um estudo da Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento mostra que a renda familiar em 80% dos domicílios urbanos sem saneamento é de dois salários mínimos”.

c) **exclusão** – O texto poderia ter mencionado quais as doenças e os motivos das mortes das crianças.

- **Construção de agenda** – O governo federal investe menos em saneamento e com isso mais crianças morrem no país. “Uma das consequências disso é o aumento de 21% nas mortes de crianças até 4 anos, registrado entre 1997 a 1998”.

**Quadro 35**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 16/08/2000

- **Título da matéria:** Diminui a mortalidade de bebês em SP

- **Subtítulo:** Taxa está em 17 casos a cada 1.000 nascimentos; para demógrafo, falta de pré-natal impede que redução seja melhor

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

c) **nomeadas entre aspas**

1 – “As doenças causadas por falta de saneamento ou desnutrição são mais fáceis de serem combatidas no Estado e já diminuíram bastante nas últimas décadas. Hoje, elas são mais comuns no Nordeste e em outras regiões muito pobres do país. O desafio agora é melhorar o atendimento pré-natal e logo após o parto”, demógrafo Antônio Marangone, do SEADE.

2 – “Eu sabia que tinha que fazer o exame antes, mas não podia deixar meus outros quatro filhos em casa sem ninguém para cuidar”, Fernanda Marques Domingues, mãe.

3 – “Sabia que deveria ter continuado com os exames, mas não deu”, Roseli Pereira Pinto, mãe.

4 – “Minha gravidez era de alto risco. Se eu não tivesse feito o pré-natal poderia ter acontecido o pior”, Valéria Torrente, mãe.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “A taxa de mortalidade infantil caiu no Estado de São Paulo e chegou a 17 mortes por 1.000 nascidos vivos nos três primeiros meses do ano. No ano passado, o mesmo índice ficou em 17,5”, Fundação SEADE.

2 - “Segundo o demógrafo Antônio Marangone, do SEADE, a tendência é que a queda na taxa seja cada vez menor daqui para frente; já que a maioria das mortes de 0 a 1 ano é causada por problemas perinatais [...]”.

3 – “Segundo o Guia da Filantropia da consultoria Kanitz e Associados, a Pastoral beneficia diretamente 1,431 milhão de brasileiros”.

- **Descrição** – A reportagem diz que a mortalidade infantil caiu para 17 por mil nascidos vivos no primeiro trimestre de 2000. A matéria diz ainda que a tendência é que a redução seja cada vez menor, já que as causas da maioria das mortes registradas é perinatal.

#### **- Enquadramento**

**a) seleção** – A taxa de mortalidade infantil caiu no Estado de São Paulo. “A taxa de mortalidade infantil caiu no Estado de São Paulo e chegou a 17 mortos por 1.000 nascidos vivos nos três primeiros meses do ano. No ano passado, o mesmo índice ficou em 17,5”.

**b) ênfase** – A redução será menor a partir de agora, pois as mortes estão relacionadas a causas perinatais. “Segundo o demógrafo Antônio Marangone, do SEADE, a tendência é que a queda na taxa seja cada vez menor daqui para frente, já que a maioria das mortes de 0 a 1 ano é causada por problemas perinatais [...]”.

**c) exclusão** – A partir de dados lidos em outras matérias (Quadros 31 e 33), de anos anteriores, é possível constatar que havia grande desigualdade regional no Estado de São Paulo, assim como na capital. A reportagem não apresentou este índice regional, que seria importante para entender que, tanto estado, como capital, ainda apresentam desigualdades regionais que prejudicam a melhoria como um todo.

- **Construção de agenda** – Como o Estado de São Paulo tem as melhores condições de vida do país, a taxa da mortalidade infantil continua caindo. “As doenças causadas por falta de saneamento ou desnutrição são mais fáceis de serem combatidas no Estado e já diminuíram bastante nas últimas décadas. Hoje, elas são mais comuns no Nordeste e em outras regiões muito pobres do país. O desafio agora é melhorar o atendimento pré-natal e logo após o parto”, demógrafo Antônio Marangone, do SEADE.

### Quadro 36

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 17/08/2000

- **Título da matéria:** Foco na Mulher

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas

1 – “Em 1980, esse índice, calculado pela Fundação SEADE, era de 51,2 por mil”.

2 – “Em bolsões de miséria no Estado de São Paulo, a mortalidade infantil ainda atinge índices africanos, como atestam estudos da Pastoral do Menor”.

- **Descrição** – O texto comemora a queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo que atinge a marca de 17 por mil nascidos vivos. Porém, ressalta que a maior parte da queda se refere ao combate a doenças infecciosas e parasitárias, resultado da melhoria do saneamento básico e a diminuição da desnutrição. Segundo o editorial, o desafio que se segue é reduzir os óbitos perinatais, cujo combate é mais complexo, já que exigem melhoria da infraestrutura e amplo trabalho de educação das mulheres.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – O grande desafio no combate à mortalidade infantil passa a ser os óbitos perinatais. “Esses problemas respondiam por 36% das mortes em 80; hoje já representam 59% delas”. A diminuição de mortes perinatais é mais complexa, já que exige investimento em infraestrutura e educação à mulher. “E, diferentemente das moléstias referidas anteriormente, exigem cuidadosa supervisão médica, muitos exames e também a adesão da mulher a programas de acompanhamento neonatal”.

b) **ênfase** – Apesar da redução média na taxa de mortalidade infantil, o Estado de São Paulo ainda conta com diferenças regionais que atingem índices semelhantes ao da África. “Em



bolsões de miséria no Estado de São Paulo, a mortalidade infantil ainda atinge índices africanos [...]”.

**c) exclusão** – O texto exclui uma discussão que pudesse explicar essas diferenças regionais, mesmo em um Estado considerado rico como São Paulo.

- **Construção de agenda** – O grande desafio é reduzir os óbitos perinatais, caso se pretenda atingir índices semelhantes aos de países desenvolvidos.

### **Quadro 37**

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 16/02/2001

- **Título da matéria:** Água contaminada leva 10 bebês à morte

- **Subtítulo:** 516 pessoas de Teotônio Vilela foram internadas desde o início do ano devido à contaminação de poços por fezes

- **Fontes**

#### **a) genéricas**

1 – “Os dados sanitários do município são alarmantes. A metade da população toma água de poço, e apenas 11,47% dos moradores consomem água tratada”.

#### **b) anônimas (0)**

#### **c) nomeadas entre aspas**

1 – “Estamos pensando até em responsabilizar judicialmente a equipe do prefeito anterior pelas mortes”, secretária de Saúde do município de Teotônio Vilela, Isabel Borges.

2 – “Não sabemos como esses recursos foram aplicados. Sabemos só que foi prometido que o município seria o primeiro do país a ter 100% de coleta de esgoto”, secretária de Saúde do município, Isabel Borges.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “A confirmação de que as mortes foram provocadas pela contaminação da água foi divulgada anteontem pelo Laboratório Central de Alagoas”.

2 – “Há fossas construídas a menos de dois metros dos poços, quando o recomendável é uma distância mínima de 15 metros, segundo a secretária de Saúde do município, Isabel Borges”.

3 – “Ainda segundo a secretária, o principal problema foi o fato dos 59 agentes de saúde do município não terem trabalhado durante o último semestre do ano passado. Assim, de acordo com Isabel, não houve nenhum tipo de controle nem a distribuição de hipoclorito de sódio para eliminar as bactérias de água”.

- **Descrição** – Poços de água contaminados com fezes foram responsáveis pela morte de 10 bebês em Teotônio Vilela (AL). As crianças subnutridas não resistiram a diarreia. Outras 516 pessoas foram internadas no hospital da cidade pelo mesmo motivo.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – A água contaminada foi responsável pela morte de 10 bebês. “A confirmação de que as mortes foram provocadas pela contaminação da água foi divulgada anteontem pelo Laboratório Central de Alagoas”.

b) **ênfase** – A falta de informação foi responsável por essas mortes, já que poços foram construídos ao lado de fossas. “Há fossas construídas a menos de dois metros dos poços, quando o recomendável é uma distância mínima de 15 metros, segundo a secretária de Saúde do município, Isabel Borges”.

c) **exclusão** – Seria importante explicar quais os motivos para os agentes de saúde não terem trabalhado nos últimos seis meses do governo anterior.

- **Construção de agenda** – A falta de informação e de gestão adequada na área de saúde pode provocar aumento da mortalidade infantil.

**Quadro 38**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 24/03/2001

- **Título da matéria:** Social melhora, mas desigualdade cresce

- **Subtítulo:** Pesquisa patrocinada pela ONU nas 12 maiores capitais do país revela a redução da mortalidade infantil e do analfabetismo e aumento do desemprego

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

c) **nomeadas entre aspas**

1 – “É difícil afirmar que essa piora em renda e no acesso ao trabalho ocorreu em razão do Real, porque a gente não trabalhou os números de 1991 a 1994”, economista Maurício Blanco.

d) **nomeadas sem aspas**

1 – “Uma pesquisa patrocinada pela ONU revelou que, no Brasil do Real, os indicadores sociais melhoraram nas 12 maiores capitais do país em relação à primeira metade dos anos 80, considerada a década perdida. Mas houve aumento no desemprego e na desigualdade de renda. E o acesso ao trabalho piorou”.

2 – “Foi uma experiência pioneira, segundo José Carlos Libâneo, assessor para o Desenvolvimento Sustentável do PNUD-Brasil”.

3 – “O economista Maurício Blanco, que participou da pesquisa pelo Ipea, explica que os itens que compõem o ICV-Renda e o ICV-Trabalho são formados por indicadores de curto prazo. Porém, Blanco salienta que, como o estudo analisou os indicadores de dois períodos, deixando um hiato de fora, restringiu a possibilidade de algumas avaliações”.

4 – “Blanco diz que suas alterações, para melhor ou para pior, não podem ser creditadas só a políticas desenvolvidas pelo governo do período avaliado”.

5 – “Segundo o estudo, usando o ICV, foi a esperança de vida, a taxa de mortalidade infantil, a longevidade, a taxa de analfabetismo, o número médio de anos de estudo, o acesso a educação, o abastecimento de água, o acesso adequado a esgotamento sanitário, as condições de habitação e o percentual de crianças e adolescentes na escola”.

- **Descrição** – Uma pesquisa patrocinada pela ONU apontou que os indicadores sociais nas 12 maiores capitais brasileiras melhoraram com a implantação do Plano Real. Por outro lado, o desemprego e a desigualdade de renda aumentaram no mesmo período pesquisado.

#### - **Enquadramento**

**a) seleção** – “Uma pesquisa patrocinada pela ONU revelou que, no Brasil do Real, os indicadores sociais melhoraram nas 12 maiores capitais do país em relação à primeira metade dos anos 80, considerada a década perdida”.

**b) ênfase** – O aumento do desemprego e da desigualdade não são necessariamente resultados do Plano Real. “É difícil afirmar que essa piora em renda e no acesso ao trabalho ocorreu em razão do Real porque a gente não trabalhou os números de 1991 a 1994”, economista Maurício Blanco.

**c) exclusão** – A reportagem citou os fatores que contribuíram para a melhora da qualidade de vida da população, mas não detalhou os fatores negativos do desemprego e da desigualdade de renda, que aumentaram no mesmo período pesquisado.

- **Construção de agenda** – A qualidade de vida aumentou com o Plano Real mesmo com o aumento do desemprego e da desigualdade social.

### **Quadro 39**

- **Gênero:** Reportagem especial “Retratos do Brasil”

- **Data da edição:** 05/04/2001

- **Título da matéria:** Desigualdade permanece no país nos anos 90

- **Subtítulo:** Balanço do IBGE da última década divulgado ontem mostra que a condição de vida do brasileiro melhorou

**- Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “A marca maior da nossa sociedade é a desigualdade e a agenda da vida brasileira deve se concentrar sobre mecanismos de distribuição, não apenas de renda, mas na correção da desigualdade regional, entre homens e mulheres e entre brancos e negros”, Sérgio Besserman, presidente do IBGE.

2 – “É menos difícil combater a pobreza do que a desigualdade social [...]. Para poder enfrentar a desigualdade é indispensável uma economia estável e em crescimento. São condições necessárias, mas não suficientes”, Sérgio Besserman, presidente do IBGE.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Por outro lado, os estudos do IBGE mostram que, nos anos 90, as condições de vida dos brasileiros melhoraram. A expectativa de vida subiu 2,1 anos, o número de domicílios com saneamento aumentou 18,1%, a renda média mensal cresceu 29,8% e a mortalidade infantil caiu 22,1%”.

2 – “Segundo Luiz Antônio Pinto de Oliveira, diretor do Departamento de População e Indicadores Sociais do IBGE, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina aparecem melhor nos resultados da síntese. Na outra extremidade estão Alagoas, Piauí e Maranhão”.

3 – “Segundo Besserman, a melhoria dos indicadores sociais é uma tendência internacional. No entanto, ele acha que os resultados melhoram quando se soma uma demanda consciente e mobilizada da sociedade, com políticas públicas focadas”.

4 – “O presidente do IBGE salientou o aumento de causas externas (homicídios, acidentes de trânsito e suicídios) na morte de jovens entre 15 e 19 anos como um dos aspectos negativos da sociedade brasileira dos anos 90”.

**- Descrição** – Seguindo tendência internacional, a reportagem cita dados do IBGE para revelar que as condições de vida, em geral, do brasileiro melhorou na década de 1990. O principal problema, no entanto, continua sendo a desigualdade social.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – As condições de vida do brasileiro melhoraram nos anos 90. “O brasileiro chegou ao final do século 20 vivendo mais e em melhores condições do que no início da década de 90”.

**b) ênfase** – A desigualdade social ainda é o maior problema do país. “Em 1999, como em 1992, os 50% mais pobres da população ficaram com 14% da renda do país enquanto 1% mais rico deteve 13% da riqueza gerada”.

**c) exclusão** – A reportagem afirma que indicadores como mortalidade infantil e alfabetização melhoram independentemente da situação econômica. Faltou dizer qual era situação econômica do país no momento anterior.

- **Construção de agenda** – As condições de vida melhoraram, mas o principal problema a ser enfrentado agora é desigualdade social. “É menos difícil combater a pobreza do que a desigualdade social [...]. Para poder enfrentar a desigualdade é indispensável uma economia estável e em crescimento. São condições necessárias, mas não suficientes”, Sérgio Besserman, presidente do IBGE. Assim, é enfatizada a necessidade de políticas públicas de combate à desigualdade, como os programas de transferência de renda, por exemplo.

#### **Quadro 40**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 22/06/2001

- **Título da matéria:** Florianópolis é a capital com menor índice

- **Subtítulo:** Para órgãos da área, projetos garantem bom resultado

- **Fontes**

##### **a) genéricas**

1 – “O resultado, segundo os órgãos de saúde, é fruto da prioridade dos programas de atendimento à gestante e ao recém-nascido”.

##### **b) anônimas (0)**

##### **c) nomeadas entre aspas**

1 – “É sem dúvida um resultado fantástico, ocasionado por um trabalho em equipe e atenção total à gestante e ao bebê”, Ana Gorette Kalume Maranhão, coordenadora do programa de Saúde da Criança em Florianópolis.

2 – “Com o trabalho dos comitês podemos avaliar onde pode estar havendo falhas no sistema de atenção à gestante e ao bebê e, assim, planejar ações específicas”, Kristhyna Régis de Mello, diretora do Departamento de Atenção à Saúde de Florianópolis.

##### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “De 1996 a 2001, a mortalidade de crianças de até 1 ano de idade na capital catarinense caiu de 21,6 em mil nascidos vivos para 8,8 por mil, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde” (Florianópolis).

2 – “Maceió é a capital que registra o pior índice de mortalidade em crianças de até um ano – 47,2 mortes por mil nascidos vivos”, Ministério da Saúde.

- **Descrição** – A notícia afirma que Florianópolis é a primeira capital do país a atingir taxa de mortalidade infantil de um dígito, chegando a 8,8 por mil. Um projeto da Prefeitura da

cidade que foca no atendimento à gestante e ao bebê é apresentado como o responsável pela redução. Ainda, segundo a matéria, Maceió é a capital com a mais alta taxa de mortalidade, 47,2 por mil.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Florianópolis é a capital com menor taxa de mortalidade infantil no País. “Florianópolis é a primeira e única capital brasileira a conseguir baixar a apenas um dígito a taxa de mortalidade infantil, igualando o índice aos apontados por países do Primeiro Mundo”.

**b) ênfase** – Programas de atenção à gestante e ao bebê garantem a baixa mortalidade entre bebês. “O resultado, segundo os órgãos de saúde, é fruto da prioridade dos programas de atendimento à gestante e ao recém-nascido”.

**c) exclusão** – A notícia poderia dar informações sobre os custos do programa que é indicado como o responsável pela redução da mortalidade, bem como sobre o orçamento da saúde na cidade.

**- Construção de agenda** – A Prefeitura de Florianópolis realiza um eficiente programa de combate a mortalidade infantil e isso é comprovado com resultados. “O resultado, segundo os órgãos de saúde, é fruto da prioridade dos programas de atendimento à gestante e ao recém-nascido”.

**Quadro 41**

**- Gênero:** Reportagem

**- Data da edição:** 16/08/2001

**- Título da matéria:** Brasil descumpre metas para crianças

**- Subtítulo:** Compromisso assumido com o UNICEF, mortalidade infantil deveria cair 33% nos anos 90; queda foi de 27,6%

**- Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Existem várias metas em que a melhora foi substancial. Quando comparamos a performance do Brasil com os demais países, verifica-se que o país registrou um dos maiores avanços”, Gilberto Sabóia, secretário nacional dos Direitos Humanos.

2 – “As estatísticas de mortalidade materna são polêmicas no Brasil, variando muito até mesmo entre órgãos oficiais [...]. Apenas metade das gestantes tem acesso a pelo menos 6 consultas pré-natais. Além disso, das mulheres em idade fértil que usam algum método

anticoncepcional, 52,2% foram esterilizadas em 1996”, oficial de monitoramento do UNICEF, Haleem Lone.

3 – “Existe Estado no Nordeste onde a taxa de mortalidade infantil chega a ser duas a três vezes maior do que a de outros Estados ou com relação à média nacional”, oficial de monitoramento do UNICEF, Haleem Lone.

4 – “Se você desdobrar em estatísticas regionais, com certeza, haverá muita disparidade, mas há questões nacionais, como a vacinação e a redução de mortes por sarampo, onde a situação foi satisfatória em todas as regiões”, Gilberto Sabóia, secretário nacional dos Direitos Humanos.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Relatório do governo federal preparado para a Assembléia Geral das Nações Unidas mostra que o Brasil melhorou em todas as áreas relativas à infância na década de 90, mas não conseguiu cumprir plenamente 15 de um total de 23 metas assumidas com o UNICEF”.

2 – “O relatório preparado pelo governo brasileiro aponta que somente quatro metas foram alcançadas por quase todos os países. É o caso da erradicação da poliomielite: de acordo com o documento, houve progresso extraordinário em mais de 175 países livres da doença. A erradicação pode ocorrer em 2005”.

3 – “O secretário aponta como um dos pontos em que o Brasil mais precisa avançar é com a diminuição da mortalidade materna”.

- **Descrição** – Segundo a reportagem, o Brasil não cumprirá a maioria das metas acertadas com a ONU durante a Cúpula da Criança. Por outro lado, o relatório revela que o país melhorou em todas as áreas relativas à infância. O principal problema apontado é relativo a mortes maternas.

#### **- Enquadramento**

**a) seleção** – O Brasil não conseguiu cumprir as metas acertadas na Cúpula da Criança com a ONU. Entre elas estão as taxas de desnutrição e mortalidade infantil. “Relatório do governo federal preparado para a Assembléia Geral das Nações Unidas mostra que o Brasil melhorou em todas as áreas relativas à infância na década de 90, mas não conseguiu cumprir plenamente 15 de um total de 23 metas assumidas com o UNICEF”.

**b) ênfase** – O principal problema a ser resolvido pelo Brasil, segundo ênfase dada pelo jornal, é a questão da mortalidade materna. “As estatísticas de mortalidade materna são polêmicas no Brasil, variando muito até mesmo entre órgãos oficiais [...]”, explica a oficial do UNICEF, Haleem Lone.

**c) exclusão** – A reportagem não explorou a fundo quais os motivos que fizeram o Brasil não cumprir as metas.

- **Construção de agenda** – Apesar de não cumprir as metas, o Brasil melhorou em todas as áreas relativas à infância. “Existem várias metas em que a melhora foi substancial. Quando comparamos a performance do Brasil com os demais países, verificamos que o país registrou um dos maiores avanços”, Gilberto Sabóia, secretário nacional dos Direitos Humanos.

#### **Quadro 42**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 18/09/2001

- **Título da matéria:** No limite

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

##### **a) genéricas**

1 – “Afinal, as autoridades do município, dizem que estão vivendo ‘no limite’, dependendo de algumas iniciativas do governo federal e principalmente da ajuda da ONG Visão Mundial”.

##### **b) anônimas (0)**

##### **c) nomeadas entre aspas (0)**

##### **d) nomeadas sem aspas (0)**

- **Descrição** – O texto afirma que apesar da pequena melhora no IDH do município alagoano de São José da Tapera, as autoridades garantem que a situação está “no limite”. A maioria da população não tem saneamento básico e a taxa de mortalidade infantil é de 66 por mil, porém já foi de 147 por mil. A redução foi obtida com iniciativas relativamente simples, como a distribuição de alimentos. A cidade foi escolhida pelo presidente FHC para o lançamento do programa Bolsa Alimentação. O editorial cobra que a iniciativa seja duradoura.

##### **- Enquadramento**

**a) seleção** – São José da Tapera, símbolo da miséria no Brasil, conseguiu reduzir sensivelmente a mortalidade infantil com medidas consideradas simples. Porém, a cidade ainda vive “no limite”, segundo as autoridades. “[...] a maioria dos 29 mil habitantes do município não tem água tratada; apenas 5% são atendidos por rede de esgoto; e quase 66 crianças, em cada grupo de 1.000, morrem antes de completar o primeiro ano de vida [...]”.

**b) ênfase** – Ao citar o lançamento do programa Bolsa Alimentação, o editorial ressalta que tais medidas precisam ser consistentes e devem se multiplicar pelo país. “É necessário que



essas medidas se multipliquem pelo Brasil, mas é também preciso lembrar que sem políticas públicas consistentes dificilmente esses pequenos avanços vão se consolidar”.

**c) exclusão** – O texto citou o lançamento da Bolsa Alimentação e apesar de cobrar uma ação ampla e duradoura, não revelou quantas pessoas serão atendidas inicialmente pelo programa.

- **Construção de agenda** – O governo precisa parar de tomar somente medidas esporádicas ou de emergência para combater a mortalidade infantil, passando a combater com veemência os óbitos de bebês. “Espera-se que não seja mais uma daquelas iniciativas sazonais, tão frequentes quanto a seca nordestina, mas que pelo menos indique uma vontade mais concreta de arrancar essa região dos paradigmas africanos da miséria”.

### Quadro 43

- **Gênero:** Notícia

- **Data da edição:** 22/10/2001

- **Título da matéria:** Guerra incentiva 'exportação' de pastoral

- **Subtítulo:** Zilda Arns, líder da Pastoral da Criança, prevê ampliação da miséria no mundo e diz que experiência do Brasil será referência

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “A Pastoral da Criança já está trabalhando com 13 países da América Latina e África [...]. Com a guerra que amplia a miséria, cada vez mais países precisarão de um trabalho como esse [...]. A guerra e a miséria só podem ser vencidos pela cultura da paz”, Zilda Arns, coordenadora da Pastoral da Criança.

2 – “Todos os anos salvamos mais de 5000 crianças da morte [...]. Esse é o nosso prêmio”, Zilda Arns.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “O vereador Gilberto Natalini (PSDB), autor do projeto que deu a cidadania paulistana para Zilda Arns, disse que a indicação do seu nome para o Nobel da Paz visava levar a outros países o exemplo da Pastoral”.

- **Descrição** – Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança, recebeu o título de cidadã paulistana. Na ocasião, ela disse que o maior prêmio que recebe é salvar a vida de 5000 crianças por ano. Ela também revelou que a miséria deve crescer no mundo em

virtude da guerra e que as ações da Pastoral estão sendo expandidas para 13 países da América Latina e África.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – A expansão da guerra e, conseqüentemente da miséria, fará com que o Brasil seja chamado para ensinar o seu modelo de combate à pobreza e mortalidade infantil. “[...] o Brasil será cada vez mais chamado a ensinar a outros países o seu modelo de combate à pobreza e a mortalidade infantil”.

**b) ênfase** – A Pastoral faz um trabalho reconhecido que já é exportando para vários países do mundo. “A Pastoral da Criança já está trabalhando com 13 países da América Latina e África [...]. Com a guerra que amplia a miséria, cada vez mais países precisarão de um trabalho como esse [...]”, Zilda Arns, coordenadora da Pastoral da Criança.

**c) exclusão** – Apesar do foco da matéria ser outro, ao apontar o modelo da Pastoral da Criança e o fato dele estar sendo exportado, poderia destacar que, que apesar do sucesso, o mesmo não é adotado como política pública no país.

**- Construção de agenda** – O modelo da Pastoral da Criança de combate à mortalidade infantil é eficiente e custa muito pouco. “O programa consome menos de R\$ 1 por criança por ano”.

**Quadro 44.1**

**- Gênero:** Reportagem especial “Raio X Maranhão”

**- Data da edição:** 17/02/2002

**- Título da matéria:** Filha supera o pai em áreas que dependem da ação do estado

**- Subtítulo:** Roseana foi melhor que Sarney e seus sucessores em 4 de 6 indicadores

**- Fontes** (apesar de não serem citadas no texto, a reportagem tem como base os dados dos gráficos e tabelas, que são do IBGE e Secretaria do Tesouro Nacional).

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas (0)**

**- Descrição** – A reportagem faz um comparativo entre os governos de Roseana Sarney, José Sarney e seus antecessores. Segundo os dados apresentados, o Maranhão, sob a batuta de Roseana, tem desempenho pior que os demais estados do Nordeste, mas mais eficiente se comparado com seus antecessores. A governadora teve desempenho melhor em questões como mortalidade infantil e analfabetismo.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – Roseana Sarney foi mais eficiente do que seus antecessores no Maranhão, inclusive do que seu pai, José Sarney. “Em quatro de seis indicadores para os quais a ação do Estado é vital, Roseana apresenta melhores resultados do que os do período em que o Maranhão foi governado por seu pai e uma longa linhagem de sucessores sarneyzistas”.

**b) ênfase** – A governadora se destaca na questão da mortalidade infantil, apesar dos números serem semelhantes aos do resto do Nordeste. “O dado mais vistoso de Roseana é a redução da mortalidade infantil. Mesmo assim, o Maranhão apenas voltou a ter uma média igual à do Nordeste”.

**c) exclusão** – Falta uma análise mais aprofundada dos dados, a explicação dos motivos que fizeram as condições gerais melhorarem. Tanto o texto quanto os gráficos e tabelas não deixam claro as fontes dos dados.

- **Construção de agenda** – Roseana Sarney é melhor governadora do que seus antecessores no Maranhão. “Roseana foi melhor que Sarney e seus sucessores em 4 de 6 indicadores”.

#### **Quadro 44.2**

- **Gênero:** Reportagem especial “Raio X Maranhão”

- **Data da edição:** 17/02/2002

- **Título da matéria:** Maranhão vai pior que a Bahia de ACM e o Ceará de Tasso e Ciro

- **Subtítulo:** Roseana recebeu o Estado em piores condições do que as duas dinastias vizinhas

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Não há hora certa para comer por aqui. O almoço só sai quando as crianças começam a chorar de fome”, Udacir Fonseca Maia, morador da comunidade Carlos Augusto.

2 – “Comemos pouco, mas conseguimos sobreviver”, Manuel Diniz Aguiar, morador da comunidade Carlos Augusto.

**d) nomeadas sem aspas (0)**

- **Descrição** – A reportagem compara os dados do governo de Roseana Sarney, no Maranhão, com os de outros dois Estados nordestinos, no mesmo período: Bahia e Ceará. Os governos da dinastia ACM e de Tasso e Ciro apresentam números melhores do que de Roseana. Porém, a governadora recebeu de seus antecessores um Estado em piores condições do que Bahia e Ceará.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – Mesmo melhorando em alguns índices, o governo de Roseana Sarney ainda apresenta situação pior do que da média nordestina. “Ou seja, em seus mandatos ou períodos de influência, ACM e Tasso apresentam desempenho superiores aos de Roseana [...]”.

**b) ênfase** – Roseana recebeu o Estado de seus antecessores em piores condições do que os governos da Bahia e Ceará. “De 15 indicadores selecionados pela Folha, o Maranhão era pior do que o Nordeste em todos quando Roseana assumiu, em 1995”.

**c) exclusão** – Falta uma análise mais aprofundada dos dados, a explicação dos motivos que fizeram as condições gerais melhorarem.

- **Construção de agenda** – Roseana Sarney melhorou as condições de seu Estado quando foi governadora, mas ainda continua com números abaixo da Bahia e Ceará. “Ambos apresentam melhores resultados do que os conquistados pela governadora maranhense, Roseana Sarney (PFL)”.

#### **Quadro 45**

- **Gênero:** *Box* de reportagem especial “Censo 2000”

- **Data da edição:** 09/05/2002

- **Título da matéria:** Pesquisa aponta redução da mortalidade infantil

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Já desconfiávamos que as projeções em torno de 33 e 34 por mil nascidos vivos estavam superestimadas [...]. A taxa ainda é preocupante, porque existe uma mortalidade por causas plenamente evitáveis, como a diarreia”, Nelson Neumann, da Pastoral da Criança.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Os dados da tabulação avançada do IBGE mostram que, pela primeira vez na história do país, a taxa de mortalidade infantil ficou abaixo de 30 crianças mortas com um ano de idade por mil nascidas vivas. Em 2000, segundo o censo, a taxa foi de 29,5”.

2 – “O resultado supera as estimativas feitas com bases nas PNADs, que indicavam taxa de 33 a 34 no final da década de 90. Com a revisão feita pelo IBGE, o país conseguiu cumprir a meta estabelecida pela ONU, na Sessão Especial sobre a Criança, em 1990, de reduzir em um terço a taxa de mortalidade infantil”.

3 – “O pesquisador Celso Simões explica que a revisão foi feita porque o censo é uma pesquisa mais ampla do que as PNADs, que trabalham com uma pequena amostragem de domicílios. Os dados do censo ainda são preliminares, mas segundo Simões, não devem apresentar variação significativa quando forem computados definitivamente”.

4 – “Segundo Suzana Cavenaghi, pesquisadora da Abep (Associação Brasileira de Estudos Populacionais) e da Unicamp, a revisão de estatísticas após o censo é uma prática normal”.

5 – “Para Nelson Neumann, da Pastoral da Criança, ONG que tem atuação forte na redução da mortalidade infantil, a revisão da taxa para baixo já era esperada [...]. Ele, no entanto, destaca que há ainda muitas desigualdades regionais. No Nordeste, a taxa é de 44,2 por mil; contra 29,2 na região Norte; 21,2 na região Centro-Oeste; 20,6 no Sudeste e 19,7 no Sul”.

- **Descrição** – Dados do IBGE mostram que pela primeira vez na história a taxa de mortalidade infantil ficou abaixo de 30 por mil nascimentos. O resultado, inclusive, supera os dados da PNAD, que indicavam uma taxa de 33 a 34 por mil. Assim, o Brasil conseguiu cumprir a meta da ONU de redução de 33% da mortalidade infantil acordada em 1990.

#### - **Enquadramento**

a) **seleção** – Pela primeira vez na história, o Brasil tem uma taxa de mortalidade inferior a 30 por mil nascimentos. “Os dados da tabulação avançada do IBGE mostram que, pela primeira vez na história do país, a taxa de mortalidade infantil ficou abaixo de 30 crianças mortas com um ano de idade por mil nascidas vivas. Em 2000, segundo o censo, a taxa foi de 29,5”.

b) **ênfase** – Os números são melhores do que a PNAD, que indicava uma taxa de 33 a 34 por mil nascimentos. “O resultado supera as estimativas feitas com bases nas PNADs, que indicavam uma taxa de 33 a 34 no final da década de 90. Com a revisão feita pelo IBGE, o país conseguiu cumprir a meta estabelecida pela ONU, na Sessão Especial sobre a Criança, em 1990, de reduzir em um terço a taxa de mortalidade infantil”.

c) **exclusão** – Apesar de citar as desigualdades regionais, a reportagem poderia se aprofundar na questão e apresentar dados sobre os determinantes dessas diferenças.

- **Construção de agenda** – A mortalidade infantil continua em queda no Brasil, apesar dos números ainda serem preocupantes. “A taxa ainda é preocupante, porque existe mortalidade por causas plenamente evitáveis, como a diarreia”, Nelson Neumann, da Pastoral da Criança.

#### **Quadro 46**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 13/05/2002

- **Título da matéria:** Mortalidade Infantil

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas

1 – “A taxa de 29,6 aferida pelo Censo 2000 supera a expectativa do próprio IBGE, que esperava chegar ao final da década de 90 com cifra de 33 ou 34 por mil”.

2 – “A OMS considera aceitáveis taxas de 20 por mil”.

- **Descrição** – O texto reconhece que a queda da taxa de mortalidade infantil no Brasil é um ponto positivo do governo FHC, mas ressalta que os índices brasileiros ainda são muito ruins se comparados com os países desenvolvidos e mesmo com os padrões latino-americanos. Diz, ainda, que os caminhos para atingir taxas melhores já são conhecidos e que, portanto, o Brasil precisa aprofundar seus esforços.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – A redução histórica da taxa de mortalidade deve ser comemorada, porém, os índices brasileiros ainda são muito ruins. “No mundo real, contudo, o índice de 29,6 ainda é uma enormidade. Trata-se, afinal, da morte de algumas dezenas de milhares de crianças a cada ano”.

b) **ênfase** – O caminho para combater a mortalidade infantil já é conhecido, necessitando de um esforço mais amplo. “[...] é necessário ampliar os serviços de acompanhamento de mulheres grávidas para reduzir os óbitos neonatais [...] deve-se atuar sobre as mortes pós-neonatais [...] destaca-se aqui o combate às diarreias e as infecções respiratórias”.

c) **exclusão** – O texto não menciona as diferenças regionais e a necessidade de se combater essas desigualdades.

- **Construção de agenda** – A mortalidade infantil teve redução histórica importante. O governo já sabe o que deve ser feito para aumentar o ritmo dessa redução, porém as ações precisam ser urgentes e efetivas.

#### Quadro 47

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 28/5/2002

- **Título da matéria:** Morte de bebês cresce em 38 distritos de SP

- **Subtítulo:** Áreas críticas são, principalmente, periferias das zonas leste e sul; na média da cidade, mortalidade caiu entre 2000 e 2001

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas

1 – “Marcos Drumond Júnior, 42, assistente técnico da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Prefeitura de São Paulo, explica que a persistência dos altos índices de mortalidade nos bairros mais pobres mostra a desigualdade existente entre os distritos da cidade e seus moradores”.

2 – “Segundo Antônio Marangone, demógrafo do SEADE, onde a quantidade de óbitos é muito pequena, caso dos bairros mais ricos, o impacto percentual, em caso de redução ou aumento da taxa de um ano para o outro, é grande”.

- **Descrição:** Retrata o aumento da mortalidade infantil nas periferias da cidade de São Paulo. Também busca demonstrar que os dados podem ser relativos, já que em regiões ricas, o aumento do número percentual de mortes pode ser alto, porém em termos de quantidade de mortes, aparenta um crescimento pequeno. Um aumento de 25% quando se tem uma taxa de mortalidade de 4 por mil nascidos vivos, representa uma morte a mais. Por outro lado, em regiões mais pobres, como Anhanguera, o aumento percentual pode parecer baixo, porém o número de mortes subiu de 4 para 18.

- **Enquadramento**

a) **seleção** - Destaca-se o aumento da mortalidade infantil nas periferias da cidade de São Paulo, apesar da redução na média da cidade. “A mortalidade infantil aumentou em 38 dos 96 distritos administrativos da cidade de São Paulo (40%) entre os anos de 2000 e 2001. Entre 1997 e 1998, a mortalidade cresceu em 20 deles. O estudo é da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados) e foi feito a pedido da Folha”.

b) **ênfase** - A ênfase da reportagem é a desigualdade da cidade, que apresenta índices europeus em regiões como o Jardim Paulista, e mortalidade superior à de países pobres nas periferias. “As crianças que mais morrem são as do chamado “fundão” da cidade – bairros da extrema periferia das zonas sul e leste. Mas foi em Anhanguera, bem ao norte de São Paulo, que, entre 2000 e 2001, houve o maior aumento da taxa de óbitos entre crianças até um ano de vida— 315,5%”.

**c) exclusão** - Não se demonstram políticas públicas em execução para a redução dos índices, tampouco se enfatiza a redução em geral no município, que inclui, inclusive, redução em algumas poucas áreas mais pobres.

- **Construção de agenda** - Trás, mais uma vez, a questão da redução da mortalidade infantil para o centro do debate político. Destaca-se que se faz necessário a criação de políticas públicas mais consistentes para que a redução possa ser mais efetiva.

#### **Quadro 48**

- **Gênero:** Reportagem (caderno especial)

- **Data da edição:** 23/10/2002

- **Título da matéria:** Mortalidade infantil cai, mas melhora é mais lenta sob FHC

- **Subtítulo:** Ministério diz que a mortalidade cai relativamente menos na medida em que se reduz; programas de saúde da família, agentes comunitários, vacinação e aleitamento materno criados ou ampliados sob FHC, ajudam a melhorar situação

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Matematicamente, observa-se redução menor do que nos períodos anteriores porque os níveis atingiram patamar ‘relativamente baixo’, tornando as reduções mais lentas [...]. É um fenômeno natural da melhora progressiva dos índices”, ministro da Saúde, Barjas Negri.

2 – “não aconteceu por acaso. Aconteceu porque temos políticas públicas que levam a isso [...]. Estamos, sim, combatendo com muita força a desigualdade e a pobreza”, Fernando Henrique Cardoso.

3 – “a velocidade da queda é lenta [...]. A mortalidade infantil vem caindo no mundo todo, de modo contínuo e permanente. A queda acontece mesmo que não se faça nada. Está ligada à urbanização, ao acesso à informação e às melhores condições da medicina”, sanitarista Sérgio Arouca.

4 – “O dado da mortalidade é decisivo para o julgamento da qualidade de vida”, Fernando Henrique Cardoso.

5 – “As razões são históricas e têm a ver com o processo de desenvolvimento econômico que beneficiou as regiões do Centro-Sul em detrimento, principalmente, do Nordeste. Esse processo provocou grandes desigualdades regionais, afetando os grupos mais vulneráveis, como as crianças”, ministro da Saúde, Barjas Negri.



6 - “A população nordestina teoricamente teve muito menos acesso a educação, saneamento básico, mercado de trabalho e renda. Obviamente todos estes fatores têm ligação direta com a mortalidade infantil”, ministro da Saúde, Barjas Negri.

**d) nomeadas sem aspas**

1 - “Porém, o ex-ministro da Saúde José Serra (março de 1998 a fevereiro de 2000), candidato de FHC a presidente da República, prometeu em seu programa de governo fazer mais em quatro anos no combate à mortalidade infantil do que o seu mais ilustre apoiador fez num tempo maior”.

2 - “Para o demógrafo Celso Simões, a chance de abater a mortalidade infantil para 20 por mil exige um esforço concentrado no Nordeste – é a mesma visão de alvo principal do ministro da Saúde, Barjas Negri”.

- **Descrição** - Matéria apresenta os índices da redução da mortalidade infantil ao longo dos governos FHC, demonstrando uma questão complexa: ao mesmo tempo em que este governo apresenta os melhores índices históricos da mortalidade, apresenta a redução mais lenta desde a década de 1970.

**- Enquadramento**

**a) seleção** - Destaca-se o alcance histórico e a lentidão apresentada na redução. “Foi no ano 2000, já no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso na Presidência, que o Brasil alcançou a menor taxa de mortalidade infantil da sua história: 29,6 crianças, de cada 1.000 nascidas vivas, morreram antes de completar um ano de idade. Foi também o ano 2000 que marcou a mais lenta velocidade de queda da mortalidade infantil em períodos de cinco anos desde 1975-80”.

**b) ênfase** - Matéria enfatiza as políticas públicas responsáveis por esta redução. “Celso Simões, maior especialista do IBGE em mortalidade infantil e autor do estudo para a Opas, aponta alguns fatores que contribuíram para a trajetória: os programas de saúde da família, agentes comunitários de saúde, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e controle de deficiências de vitamina A – todos criados ou ampliados na era FHC”.

**c) exclusão** - Em gráfico que acompanha a matéria se destaca a redução dos gastos com saúde em relação ao PIB, entre 1995 e 1996, onde a queda foi de 2,30 para 1,85%. No entanto, não se explora esta queda, nem se demonstrou se houve aumento considerável do PIB, ou se a queda se explica por outros fatores. Fator, talvez, essencial para a compreensão da redução mais lenta no governo FHC.

- **Construção de agenda** - Em caderno especial para as eleições de 2002, a redução da mortalidade infantil é tratada como assunto de grande destaque para as políticas públicas dos candidatos ao cargo majoritário no país.

**Quadro 49**

- **Gênero:** Reportagem Especial “Anos de FHC”

- **Data da edição:** 19/12/2002

- **Título:** Redução da mortalidade infantil é mais lenta; luta contra a Aids é sucesso

- **Subtítulo:** Recursos para o setor aumentam nos mandados de FHC, mas crescimento se concentra no primeiro ano da gestão; empenho pelo corte no preço dos remédios e incentivo aos genéricos viram bandeira e ajudam pacientes com HIV

- **Fontes:**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas

1 – “Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: o Caso do Ministério da Saúde”, de Carlos Octávio Ocké Reis, José Aparecido Carlos Ribeiro e Sérgio Francisco Piola, técnicos do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

- **Descrição** - Em caderno especial sobre os anos FHC, analisam-se os investimentos em saúde deste governo, comparando-o com o governo Itamar, e seus dados com dados históricos.

- **Enquadramento**

a) **seleção** - Destaca o tema, sobretudo, a partir da questão financeira, apontando que os investimentos em saúde, embora tenham crescido, apresentam grande aumento no período inicial de seu governo. “Em 1994, último ano de Itamar Franco na Presidência, o gasto total do Ministério da Saúde havia sido de R\$ 18,9 bilhões (valores atualizados para dezembro de 2001). Em 1995, pulou para R\$ 27 bilhões, um aumento de 43%. Em 2001, sétimo ano da era FHC, o gasto total chegou a R\$ 27,4 bilhões – 45% a mais que em 1994 e 1% a mais que em 1995.”

b) **ênfase** - Destaca-se a questão da mortalidade infantil e do combate e controle do HIV, uma das bandeiras mais fortes do governo FHC. Em relação à mortalidade infantil, houve redução, mas não de forma incisiva. “Em 1930, de cada mil bebês nascidos vivos, 162,4 morriam antes de completar um ano. Desde então a mortalidade infantil caiu. No período 1975-80, a queda foi de 17,2% (de 100 para 82,8). Em 1980-85, 24% (82,8 para 62,9). Em 1985-90, 23,7% (62,9 para 48,0). Em 1990-95, 24% (48,0 para 36,5). No primeiro quinquênio integral de governos FHC, 1995-2000, o ritmo de queda caiu para 18,9% (36,5 para 29,6). A nova taxa (29,6) é a menor da história do Brasil, porém acima da de países

latino-americanos como Cuba, Argentina, Venezuela, Porto Rico e Paraguai”. Destaca-se, também, que a certeza sobre os dados atuais ainda estariam distantes, visto que não seria possível analisar os índices de 2001 e 2002 com exatidão.

**c) exclusão** – A reportagem não especifica quais investimentos foram feitos no governo FHC que resultaram na queda da mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** – Na alvorada do primeiro governo Lula, o caderno especial faz um balanço interessante de todos os aspectos positivos e negativos do governo FHC, demonstrando quais pontos deveriam tornar-se os de maior ênfase no governo Lula. Assim, todo o caderno especial, pode ser visto como parte integrante da construção de uma agenda política.

### **Quadro 50**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 07/03/2003

- **Título da matéria:** Pobres têm taxa de fecundidade ‘Africana’

- **Subtítulo:** Número médio de filhos chega a 5,3 quando a mãe é de família com renda per capita de até R\$ 50,00

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “Segundo especialistas ouvidos pela Folha, taxas muito altas de fecundidade têm efeitos preocupantes, como a tendência de aumento da mortalidade infantil e de piora nas condições de vida de famílias com poucos recursos para sustentar tantos filhos”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspás**

1 – “O rendimento familiar per capita, sem dúvida, atua no sentido de estabelecer grandes diferenças. Mas é com o aumento da escolaridade feminina que são observados os maiores declínios relativos nas taxas”, Juarez Castro Oliveira, técnico do IBGE.

2 – “O Brasil tem um dos melhores programas de planejamento familiar e de saúde da mulher do mundo, mas existem falhas na sua aplicação. A informação não chega da maneira como deveria à população mais carente”, Ignez Helena Oliva Perpétuo, professora de demografia da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais).

3 – “A última pesquisa de planejamento familiar feita pela Abep (Associação Brasileira de Estudos Educacionais), em 2000, mostrou que 88,4% das pessoas que ganhavam até um salário mínimo não queriam ter mais filhos e que, se pudessem voltar atrás, teriam tido no

máximo dois filhos”, Iñez Helena Oliva Perpétuo, professora de demografia da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais).

4 – “Alguns governos europeus estão gastando fortunas em campanhas pró-natalistas porque estão com a reposição populacional ameaçada”, Ana Amélia Camarano, pesquisadora do Ipea.

5 – “A taxa de fecundidade alta ou baixa não é boa nem ruim. Isso depende de como a sociedade lida com isso. Uma taxa muito alta pode pressionar os recursos públicos, mas uma fecundidade muito baixa compromete a reprodução da sociedade. O meio-termo depende de cada sociedade”, Ana Amélia Camarano, pesquisadora do Ipea.

6 – “Não é possível saber se isso acontecerá porque é preciso levar em conta a mobilidade social, mas, se não houver essa mobilidade, a tendência é a renda ficar cada vez mais concentrada”, Juarez Castro de Oliveira, do IBGE.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Para Oliveira, tanto nos estratos de rendimento mais elevados quanto nas categorias mais altas de anos de estudo, as taxas de fecundidade já se encontram em patamares muito baixos, seguindo o padrão europeu, ou seja, abaixo do nível de reposição das gerações. Esse nível é de 2,1 filhos por mulher, número que já leva em conta os efeitos da mortalidade na população”.

2 – “Apesar da necessidade de dar mais informação para a população mais pobre fazer seu planejamento familiar, Ana Amélia Camarano, coordenadora da área de População e Família do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), diz ter dúvidas se, no caso brasileiro, ainda se deve falar em campanhas para reduzir a fecundidade média da população”.

- **Descrição** - A matéria apresenta a relação direta entre renda e fecundidade, demonstrando que a taxa de fecundidade de brasileiras mais pobres se assemelhava à níveis africanos, ao passo que a de brasileiras mais ricas era mais baixo do que de alguns países europeus.

#### **- Enquadramento**

**a) seleção** - Matéria aponta a desigualdade na fecundidade a partir da renda. “A taxa de fecundidade das brasileiras que vivem em famílias com rendimento *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo (R\$ 50) é 3,8 vezes maior do que a das mulheres de famílias com rendimento superior a cinco salários mínimos *per capita* (R\$ 1.000).”

**b) ênfase** - Além da desigualdade nas taxas por renda, também se apresentam as diferenças significativas por níveis de escolaridade. “A diferença entre os extremos da sociedade brasileira é encontrada também quando se analisa a taxa de fecundidade de acordo com os anos de estudo da mulher. As brasileiras sem instrução ou que não

completaram nem sequer a primeira série do ensino fundamental têm, em média, 4,12 filhos. Entre as que completaram pelo menos o ensino médio, essa taxa cai para 1,48.”

Também se destacam impressões de pesquisadores que não acreditam que os números altos são necessariamente ruins.

**c) exclusão** – A reportagem afirma que a taxa de fecundidade pode influir no aumento da taxa da mortalidade infantil, mas não apresenta argumentos, a não ser o simples fato de nascerem mais crianças.

- **Construção de agenda** - Os números médios do crescimento demográfico brasileiro se apresentavam como satisfatórios. No entanto, a extrema desigualdade demonstrada poderia servir como alerta para políticas públicas mais focadas em educação e saúde, sobretudo em áreas de baixa renda. Outro fator que chama a atenção é o fato de que, mesmo mulheres com baixa renda e grande número de filhos ouvidos pela reportagem terem acesso à informação e a métodos contraceptivos. Ou seja, não faltava informação.

#### **Quadro 51**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 18/06/2003

- **Título da matéria:** Boa Notícia

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A Organização Mundial de Saúde (OMS) admite um índice de até 20 por mil bebês nascidos vivos em países em desenvolvimento e de até 10 por mil em nações do Primeiro Mundo”.

- **Descrição** – O editorial ressalta o fato do Estado de São Paulo ter conseguido reduzir a mortalidade infantil em 48% em 12 anos, atingindo a taxa de 15 por mil nascidos vivos. Porém, afirma que o Estado conseguiu vencer apenas a batalha mais fácil da luta contra a mortalidade infantil. Segundo o texto, a queda verificada até agora se refere a ações relacionadas à melhoria do saneamento básico, condições de moradia e na rede hospitalar, que resultaram na redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias. A batalha mais difícil são os óbitos de causas perinatais, que “exigem esforços direcionados às mães individualmente”.

### - Enquadramento

**a) seleção** – Em tempos de notícias ruins há bom dado para comemorar: a redução da taxa de mortalidade infantil no Estado de São Paulo. “[...] a taxa despencou de 31 para 15 óbitos por mil bebês nascidos vivos, o que representa uma redução de 48%”.

**b) ênfase** – A redução verificada nos últimos anos refere-se basicamente às melhorias de saneamento básico e condições de moradia. A partir de agora, se quiser reduzir ainda mais a taxa, serão necessários investimentos para diminuir as mortes por causas perinatais. “Não são questões que se resolvam no atacado, com obras ou com investimentos de caráter mais geral”.

**c) exclusão** – O texto afirma que a diminuição da taxa de mortalidade se deve ao combate a doenças infecciosas e parasitárias, porém não as cita para que o público geral possa entender com mais clareza as formas de combate a esses males.

- **Construção de agenda** – O próximo passo do governo, caso queira continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil, está ligado à prevenção das mortes perinatais. “[...] há que se fazer esforços direcionados às mães individualmente. É preciso que elas tenham acesso a um bom atendimento pré-natal e que acompanhem as consultas”.

### Quadro 52

- **Gênero:** Reportagem especial “Qualidade de Vida no Brasil”

- **Data da edição:** 8/07/2003

- **Título da matéria:** Brasil sobe para 65º no índice da ONU

- **Subtítulo:** País ganhou 4 posições em relação ao último relatório; dados analisados são de 2001.

#### - Fontes

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

#### **c) nomeadas entre aspas**

1 – “Nos últimos anos, a educação tem elevado a posição do Brasil, mas a renda ainda joga o país para baixo”, Roberto Martins, ex-presidente do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

2 – “O progresso nesses países foi excelente. Mas algumas áreas e grupos não foram beneficiados o suficiente enquanto seguimentos abastados da população continuam a se fortalecer”, relatório IDH.

- 3 – “O incentivo ao cumprimento das metas pode ocorrer também em plataformas políticas, como na campanha de combate à fome do presidente Luiz Inácio Lula da Silva”, relatório IDH.
- 4 – “Em Porto Alegre, o monitoramento público do orçamento local trouxe grandes melhorias para os serviços”, relatório IDH.
- 5 – “Em alguns Estados, o imposto parece ter aumentado o número de áreas protegidas. No Paraná, as áreas de conservação aumentaram 165%, entre 1991 e 2000. Em Minas Gerais, entre 1995 e 2000, aumentaram 62%”, relatório IDH.
- 6 – “A mortalidade infantil, por exemplo, caiu de 40 para 26 crianças mortas em cada mil, entre 1997 e 2001”, relatório IDH.
- 7 – “Segundo relatório deste ano, a reforma agrária no Estado ajudou a diminuir a pobreza e a desigualdade de renda na região, além de ter aumentado a quantidade de terra plantada”, relatório IDH.
- 8 – “Temos percebido nos últimos anos que as mulheres dão mais valor à educação”, Taísa Santos do Rosário, vice-diretora de escola.
- 9 – “Os homens só querem saber de namorar e bagunçar [...]. Somos mais compenetradas e queremos estudar realmente. A única coisa ruim é conseguir arrumar um namorado”, Camila Santos Bispo, aluna.
- 10 – “As mulheres são muito mais obedientes”, Taísa Santos do Rosário, vice-diretora de escola.
- 11 – “Apesar da pobreza ter começado a cair no começo dos anos 90, isso ocorreu de modo desigual e não tão rápido para o Brasil atingir a primeira meta do milênio, afirma o relatório [...]”

#### **d) nomeadas sem aspas**

- 1 – “O estudo Pnud revela que, numa faixa de 0 a 1, o IDH do Brasil passou de 0,772 para 0,777. Quando mais próximo do 1, melhor o desenvolvimento humano do país”.
- 2 – “No relatório de 2003, com dados de 2001, ainda sob o governo Fernando Henrique Cardoso, a renda média do brasileiro cresceu 0,71%, passando a US\$ 7.349 para US\$7.360 [...]”.
- 3 – “No documento de 2002, com dados de 2000, a renda média do brasileiro havia crescido 0,72, em ambos os casos abaixo da média dos últimos 26 anos”.
- 4 – “O relatório diz que, assim como o México, a China e a Índia, o Brasil apresenta áreas de desenvolvimento econômico com enormes bolsões de imensa miséria”.

5 – “De acordo com o relatório, em 1989, menos da metade da população do município tinha acesso à água potável. Atualmente, esse serviço está à disposição de quase toda a população, diz o texto”.

6 – “A secretária municipal de Educação, Dirlene Mendonça, reconhece que, nos últimos anos, o número de matrículas de mulheres cresceu em Salvador. No entanto, a diferença em relação aos homens é quase inexistente na rede municipal. De acordo com a secretária, dos 146.455 alunos que estão frequentando as escolas municipais em Salvador, 73.350 (50,08%) são mulheres e 73.105 (49,92%) são homens.

7 – “O relatório afirma que entre o final da década de 1990 e 2001, 9,9% dos brasileiros viviam com o equivalente a menos de US\$ 1 por dia – valor que é medido pela paridade do valor de compra. Para que o país consiga atingir a meta, seria necessário que esse percentual caísse para 4,95% da população até 2015, o que o texto diz ser difícil com o ritmo da queda atual”.

8 – “De acordo com os dados, o percentual de desnutridos no Brasil caiu de 13% para 10%, entre 1990 e 2001, tornando possível a meta de 7% até 2015”.

9 – “Segundo o relatório de 2003, o Brasil alterna performances acima da média em alguns indicadores e desempenho bastante preocupante em outros, igualando-se a países da África que precisam dar alta prioridade a alguns indicadores para atingir a média”.

10 – “No Brasil, dados mostram que há uma proporção maior de mulheres matriculadas do que de homens, atingindo a relação 1,03 menina para cada menino. Dados de 2003 sobre assentos ocupados por mulheres no Legislativo mostram que o Brasil (9,1% de ocupação feminina), está atrás da Argentina (31,3%), do Paquistão (20,6%) e Uganda (24,7%)”.

11 – “A região Norte do Brasil é a única em que a pobreza cresceu entre 1990 e 2001, segundo Relatório de Desenvolvimento Humano 2003 [...] as Nações Unidas compilam dados que mostram que, em 1990, a pobreza atingia 36% da população da região, percentual que saltou para 44% da população em 2001 [...]. Ao destacar que o Norte do país está esquecido, o relatório afirma ainda que, além da pobreza, o Índice de Desenvolvimento Humano da região não tem evoluído o suficiente, o contrário do que tem ocorrido no Nordeste e no Sudeste. O Relatório propõe que sejam enviados mais recursos ao Norte, devido à incidência negativa do IDH, e ao Nordeste, em razão do índice baixo”.

12 – “Segundo dados do novo Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil, divulgados no ano passado, das 100 localidades com IDH mais alto do País, apenas quatro não estavam na região Sul e Sudeste. O Sul, de acordo com relatório deste ano, é a única região que conseguirá diminuir a pobreza, de modo significativo, até 2015. Nos últimos 10 anos, diz o



Relatório, aumentou a diferença na taxa de analfabetismo entre os Estados mais ricos os mais pobres”.

**Descrição** – A reportagem destaca que o Brasil subiu quatro posições no Índice de Desenvolvimento Humano e só não teve um desempenho melhor porque o crescimento da renda média da população foi muito pequeno nesse período. O Brasil melhorou na equidade entre homens e mulheres, ocorreu aumento da expectativa de vida, melhoras na taxa de mortalidade infantil e acesso à escola. A matéria cita bons exemplos do Brasil como o programa Fome Zero e o Orçamento Participativo, porém ressalta que a pobreza aumentou na região Norte.

#### - Enquadramento

**a) seleção** - Destaca a ascensão do país em *ranking* da ONU. “Graças a avanços no acesso à escola, na equidade de oportunidades a homens e mulheres e no aumento da expectativa de vida, o Brasil passou da 69ª para a 65ª posição no *ranking* do IDH, que mede a longevidade, a educação e a renda da população de 175 países”

**b) ênfase** - Enfatiza dois aspectos: 1º, a ascensão do país no IDH, ressaltando que poderia ser melhor caso houvesse maior distribuição de renda: “O Brasil subiu quatro posições no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), mas o pequeno crescimento da renda média da população impediu melhoria ainda maior do país no *ranking* anual das Nações Unidas”. Em *box*, apresenta ideias que podem ter contribuído com a melhoria e que podem continuar a melhorar os índices, dentre elas o Programa Fome Zero, o orçamento participativo – iniciado em Porto Alegre e copiado por diversas cidades, boas utilizações de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) e a redução da mortalidade infantil em estados do Nordeste, como Ceará.

**c) exclusão** – O texto compara o Brasil com países sul-americanos que estão em situação melhor no que diz respeito a taxa de mortalidade infantil, como Argentina, Chile e Colômbia, mas não explica e nem apresenta os motivos ou ações que levam essas nações a terem um IDH melhor do que o do Brasil.

- **Construção de agenda** - Necessidade de manutenção dos investimentos para que o país continuasse a melhorar seus indicadores sociais. Ademais, apresenta diversas medidas locais de sucesso que podem servir para a melhoria dos indicadores nacionais.

#### Quadro 53

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 16/2/2004

- **Título da matéria:** Em São Paulo, desigualdade cresce na saúde

- **Subtítulo:** A região da cidade que tinha o melhor índice só melhorou, enquanto a que estava ruim teve piora

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “As lideranças locais calculam em mais de 300 mil”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Achamos os 14,4 (da meta assumida pelo município) excessivamente otimista. Não tínhamos controle para reduzir nesse grau”, Marcos Drumond Júnior, assistente-técnico da coordenação de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde, responsável pela avaliação desde a gestão anterior.

2 – “Nesta cidade, já é um ganho conseguir reduzir”, Marcos Drumond Júnior.

3 – “Essa característica do indicador amplia a capacidade de avaliar os serviços (de saúde) e marca sua relação com a qualidade do pré-natal e do parto, além da assistência das crianças no pós-parto”, diz o documento.

4 – “O resultado tem tudo a ver (com a assistência). Do pré-natal até o número de consultas”, Ana Maria Bara, coordenadora do Programa de Saúde da Criança do município.

5 – “O índice demora para cair. E é preciso lembrar que estamos longe, no final do município”, diz Judith Frank, assistente-técnica da coordenadoria de saúde de Campo Limpo.

6 – “No IML disseram que era hemorragia pulmonar. A médica disse que isso não quer dizer nada, que ninguém sabe o que aconteceu, e que ela sentia muito”, Alexandrina Oliveira da Silva, mãe.

7 – “Só Deus sabe por que a menina morreu”, Vilma Oliveira da Silva, avó.

8 – “A região teve um crescimento explosivo. Em 1980, tinha 8.603 moradores. Hoje tem 236873 [...]. Com um crescimento tão rápido, não há política pública em condições de atender a população [...]. Eu precisava de 50 equipes do Programa de Saúde da Família, só tenho 23. Precisava de dez Unidades Básicas de Saúde, só temos 4. Cidade Tiradentes é 100% SUS dependente”, Francisco Alberto Melo, coordenador de Saúde da Subprefeitura de Cidade Tiradentes.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A desigualdade da saúde de pobres e ricos foi ampliada nos primeiros anos da gestão de Marta Suplicy (PT) em São Paulo. É o que mostra o principal indicador da área feito pela própria Prefeitura”.

2 – “A Prefeitura destaca em seu relatório, que a mortalidade infantil depende da ação dos serviços de saúde, mas também das condições de vida gerais da população, como educação e trabalho. Segundo o documento, no entanto, 70% dos óbitos infantis no município se concentram no período neonatal (dos 0 aos 28 dias de vida)”.

3 - “Os rankings de 2001 e 2002 mostram o imobilismo nos seus extremos. Pinheiros sempre no topo, Campo Limpo, periferia da zona sul, na base”.

4 – “No Relatório da gestão de 2002, a Prefeitura apontava que os principais problemas na atenção ao recém-nascido são a falta de assistência ao nascimento, falhas no atendimento do berçário e no alojamento conjunto, prematuridade e baixo peso, infecção neonatal, insuficiência de leitos para atendimento ao recém-nascido e falhas na identificação daqueles que precisam de melhor acompanhamento”.

- **Descrição** A matéria busca demonstrar que houve aumento da desigualdade no acesso à saúde na cidade de São Paulo, entre 2001 e 2002. Para isso, se vale da interpretação de relatório gerado pela própria Prefeitura, além de entrevistas com profissionais da saúde.

- **Enquadramento**

**a) seleção** - Destaca-se a suposta ampliação da desigualdade na capital do Estado. “A desigualdade da saúde de pobres e ricos foi ampliada nos primeiros anos da gestão de Marta Suplicy (PT) em São Paulo. É o que mostra o principal indicador da área feito pela própria Prefeitura”.

**b) ênfase** – Comparado com índices anteriores, os dados revelam que as regiões que tinham melhores condições melhoraram ainda mais e as com pior condição pioraram também. “A diferença entre o melhor e o pior coeficiente de mortalidade infantil, que estima o risco de um nascido vivo morrer em seu primeiro ano de vida, passou de 10,6 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2001 para 15,5/1.000 em 2002”.

**c) exclusão** - A tabela apresentada não condiz com a interpretação da reportagem. Ao afirmar, diversas vezes, que a região que tinha o pior índice só piorou, a reportagem omite dados apresentados na tabela que acompanha o texto. Nela, pode-se notar que, em 2001, o pior índice era de Perus, com 20,1/1.000 (mortes por nascidos vivos). Em 2002, Perus apresenta 15/1.000, com melhora significativa. O mesmo se aplica a outras subprefeituras que estavam com índices mais alarmantes (Tremembé/Jaçanã 18,9 para 13,8; Socorro, de 18,7 para 15,8, dentre outros). Algumas realmente pioraram, mas, mesmo assim, a situação não condiz com o afirmado: “Quatro subprefeituras subiram no *ranking* (Santo Amaro, Perus, Aricanduva e Sé/Santa Cecília) entre 2001 e 2002. Caíram três: Itaim Paulista, Ipiranga e Ermelino Matarazzo. Pinheiros, Vila Mariana, Lapa, Mooca, Vila Prudente e Campo Limpo se mantiveram na mesma posição”.

- **Construção de agenda** - Destaca-se a necessidade de o poder público paulista investir em saúde pública, sobretudo no atendimento às gestantes e recém-nascidos.

#### **Quadro 54**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 12/6/2004

- **Título da matéria:** Mortalidade infantil é elevada até na elite

- **Subtítulo:** entre os 20% mais ricos, taxa chega a 15,8 por 1.000 nascidos vivos, o triplo da registrada em países desenvolvidos.

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas

1 – “Desde que nos casamos, já tínhamos planos para ter um bebê e queríamos muito uma menina. Tomamos todos os cuidados antes e depois do parto. Perdi a conta de quanto gastei para que ela sobrevivesse. Só num hospital, a conta chegou a R\$ 39 mil. Não me arrependo de nada. Pena que, apesar de gastar tudo, ela não está nos nossos braços”, lamenta o comerciante Marcos Lima Salles Teixeira.

2 – “A pobreza é, sem dúvida, um componente fundamental para explicar a mortalidade infantil no Brasil. Mas, mesmo no quinto estado mais rico, a taxa ainda é alta. Há muitos fatores ligados ao sistema de saúde que ainda influenciam essa taxa no país. O parto e os primeiros dias após o nascimento do bebê são momentos de risco. Muitos hospitais brasileiros, públicos e particulares, têm problemas de infra-estrutura que provocam, mesmo entre as classes mais ricas, mortes que poderiam ser evitadas”, José Orleans da Costa, do programa de reanimação neonatal.

3 – “No Brasil, mesmo no setor privado, temos excesso de cesarianas quando comparamos esse número com qualquer outro país. Há famílias e médicos que marcam o dia da cirurgia de acordo com a sua conveniência, porque preferem fazer o parto num fim de semana, por exemplo. Algumas dessas cirurgias podem resultar no nascimento de crianças com o sistema pulmonar ainda não maduro. O número de cesarianas tem caído no SUS, mas permanece estável na rede privada”, Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

4 – “O fato de o serviço ser privado não significa, necessariamente, que ele cumpra as normas de vigilância sanitária. É por isso que é preciso ter fiscalização permanente”, Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

5 – “É evidente que há serviços de excelência na rede privada. Mas, na parte de pré-natal, há hospitais públicos e universitários que são muito melhores do que alguns privados [...]. O brasileiro tem pouca informação sobre os serviços hospitalares. Muitas vezes, o hospital está arrumadinho, as UTIs parecem bem equipadas, mas serviços essenciais, como o de enfermagem, deixam a desejar”, Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Um cruzamento feito pelo demógrafo Celso Simões, do IBGE, a partir dos dados do Censo 2000 mostra que, mesmo entre a população de maior renda, as taxas de mortalidade infantil no Brasil são tão altas quando comparadas à média de países desenvolvidos ou à de outros países em desenvolvimento”.

2 – “Simões alerta que os 20% mais ricos do Brasil são um grupo ainda heterogêneo”.

3 – “Segundo o Censo 2000 do IBGE, a renda média domiciliar dessa parcela da população é de R\$ 3.784,00”.

4- “Para José Orleans da Costa, do programa de reanimação neonatal e membro do grupo de trabalho de mortalidade infantil da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), as altas taxas (quando comparadas a países desenvolvidos) de mortalidade nas classes mais altas podem ser explicadas pela falta de qualidade no atendimento, mesmo na rede privada.”

5 – “Ele diz, no entanto, que apesar da taxa de 15,8 mortes por 1.000 nascidos vivos ser alta se comparada com países desenvolvidos, essa população que está entre os 20% mais ricos tem padrões de mortalidade infantil muito mais próximos dos países europeus do que dos países mais pobres”, Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

6 – “O atendimento em maternidades ou hospitais privados não é, necessariamente, melhor do que o prestado na rede pública. Para José Orleans da Costa, da SBP, e Jarbas Barbosa, do Ministério da Saúde, a população, muitas vezes, procura a rede particular sem saber que seria mais bem atendida, em alguns casos, pelo SUS”.

7 – “Costa – que também é chefe da UTI pediátrica do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte – critica a falta de avaliações que deem parâmetros para a população escolher o melhor serviço”.

- **Descrição** - A matéria apresenta que os índices de mortalidade infantil no Brasil eram altos e, mesmo quando divididos por faixa de renda, continuavam a assustar, embora existissem desigualdades latentes. Enquanto o índice dos mais pobres estava em 34,9 por 1.000, o dos ricos era de 15,8 por 1.000. Assim, evidencia-se que, além da miséria e da

desigualdade, outra das causas da alta mortalidade infantil do país era, naquele momento, as falhas do sistema de saúde.

**- Enquadramento**

**a) seleção** - Busca demonstrar que os índices de mortalidade infantil são altos no Brasil, mesmo entre os mais ricos. “Um cruzamento feito pelo demógrafo Celso Simões, do IBGE, a partir de dados do Censo 2000 mostra que, mesmo entre a população de maior renda, as taxas de mortalidade infantil no Brasil são altas quando comparadas à média de países desenvolvidos ou a de outros países em desenvolvimento”.

**b) ênfase** - As falhas no sistema privado de saúde são apresentadas em destaque. “O atendimento em maternidades ou hospitais privados não é, necessariamente, melhor do que o prestado na rede pública”, afirma o texto.

**c) exclusão** - Não se demonstra se há algum controle sobre a qualidade dos hospitais da rede privada de saúde, por parte do governo federal. E, se há, não se explica o motivo de tantas falhas.

**- Construção de agenda** - Ao apresentar as falhas do sistema privado de saúde, indiretamente, o texto aponta pontos positivos da rede pública, fato que poderia ser aproveitado pelo poder público brasileiro. “Para José Orleans da Costa, da SBP, e Jarbas Barbosa, do Ministério da Saúde, a população, muitas vezes, procura a rede particular sem saber que seria mais bem atendida, em alguns casos, pelo SUS”.

**Quadro 55**

**- Gênero:** Reportagem

**- Data da edição:** 31/08/2004

**- Título da matéria:** País terá em 2050 indicador do Japão atual

**- Subtítulo:** Segundo IBGE, se nada for feito, expectativa de vida do brasileiro será de 81,2 anos somente daqui a 46 anos.

**- Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Essa projeção populacional indica uma tendência demográfica, mas um indicador como o de mortalidade infantil está sujeito à intervenção de políticas públicas que podem acelerar ou não sua queda”, explica Luiz Antônio Oliveira, chefe do Departamento de População e Indicadores Sociais do IBGE.

**d) nomeadas sem aspas**

- 1 – “Se o país nada fizer nas próximas décadas para melhorar os indicadores de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer, o Brasil só atingirá em 2050 o patamar encontrado hoje nos países com melhores índices. É o que mostram as projeções populacionais divulgadas ontem pelo IBGE. O Instituto estima que a expectativa de vida do brasileiro – que era de 70,4 anos há quatro anos – será 81,2 em 2050”.
- 2 – “Hoje, o país com maior esperança de vida é o Japão, com 81,6 anos, segundo a ONU”.
- 3 – “Pelos estimativas do IBGE, mantidas as tendências demográficas, a mortalidade infantil brasileira, que em 2000 era de 30,1 mortos com menos de um ano de idade por grupo de 1.000 nascidos vivos, cairá para 6,4 em 2050”.
- 4 – “A taxa projetada de mais de 6 pontos na mortalidade infantil em 2050 é o dobro na encontrada hoje nos países com os melhores índices, como Cingapura (2,9) e Japão (3,2 [...])”, segundo a ONU.
- 5 – “A expectativa de vida japonesa para 2050 é estimada em 88 anos, enquanto a taxa de mortalidade infantil deverá ser de 2,6, de acordo com a ONU”.
- 6 - “O gerente de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica do IBGE, Juarez Oliveira, explica que isso acontece porque o Japão e outros países com índices altíssimos de desenvolvimento humano estão próximos do limite de melhoria em alguns indicadores”.
- 7 – “De 2000 até 2004, segundo projeção do IBGE, o país teve um aumento de mais de 10 milhões de habitantes, chegando hoje ao total de 181,6 milhões de pessoas. O IBGE estima que a taxa de fecundidade, que vem caindo de forma acelerada desde 1960, deve chegar em 2050 ao nível de 1,85 filho por mulher. Em 2000, essa taxa era de 2,4 filhos. De acordo com a projeção, a partir de 2023 o país terá uma taxa menor do que 2,01, que indica o nível de reposição da população. Porém, os efeitos da queda da taxa de fecundidade da mulher brasileira só deverão fazer o país diminuir sua população a partir de 2062, segundo a projeção do IBGE. O instituto prevê também a aceleração de outras duas tendências: o aumento no número de mulheres na população e a maior concentração de grávidas entre as mulheres mais jovens”.
- 8 – “Segundo as projeções do IBGE, se nada for feito para evitar as mortes por causas externas – como homicídios e acidentes de trânsito – de jovens de sexo masculino, as chances de um homem com menos de 24 anos morrer continuarão aumentando em comparação à probabilidade de morte de uma mulher com menos de 24 anos. O IBGE projeta para mulheres jovens, no entanto, uma tendência que precisa ser monitorada pelo sistema de saúde”.

9 – “A estimativa da população de cidades feita pelo IBGE mostra que, de 2003 para 2004, 27,2% dos 5.560 municípios brasileiros viram diminuir sua população, enquanto 72,6 tiveram aumento”.

10 – “Essa estimativa determina quanto cada cidade receberá, de acordo com parâmetros estabelecidos pelo TCU, do Fundo de Participação dos Municípios [...]. A projeção do IBGE é que 93% dos municípios continuarão com o mesmo coeficiente no fundo de participação, enquanto 6,2% terão aumento de verbas e 0,8% vão receber menos”.

11 – “Em 2000, a idade mediana subiu para 25,3 e, deve chegar de acordo com projeções do IBGE, a 40 anos em 2050”.

- **Descrição** - A matéria destaca, no texto e em gráficos, uma estimativa de crescimento populacional do país, feita a partir de dados do IBGE, destacando a questão da esperança de vida ao nascer, então ainda distante da média japonesa. O Brasil só atingirá os indicadores do Japão em 2050.

- **Enquadramento**

**a) seleção** - Apresenta um comparativo com países mais desenvolvidos, com destaque para o Japão, valendo-se de projeções. “O instituto estima que a expectativa de vida do brasileiro – que era de 70,4 anos há quatro anos – será de 81,2 anos em 2050. Hoje, o país com maior esperança de vida é o Japão, com 81,6 anos, segundo a ONU (Organização das Nações Unidas).

**b) ênfase** - Destaca-se a questão da mortalidade infantil e sua relação com a expectativa de vida. “Se o país nada fizer nas próximas décadas para melhorar os indicadores de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer, só atingirá em 2050 o patamar encontrado hoje nos países com os melhores índices”.

**c) exclusão** – Apesar de destacar o aumento da expectativa de vida e a queda acentuada da mortalidade infantil, não demonstra quais as possíveis políticas públicas que influenciaram nesta queda. Ao efetuar comparações, não se demonstram os dados populacionais, PIB, ou quaisquer outros dados relevantes para a comparação.

- **Construção de agenda** - Há a necessidade de se ampliar os investimentos para que os índices mudem de forma mais rápida. “Se o país nada fizer nas próximas décadas para melhorar os indicadores de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer, o Brasil só atingirá em 2050 o patamar encontrado hoje nos países com melhores índices”. Ademais, se destaca a questão previdenciária como um futuro problema em uma população que muda sua pirâmide etária, como ocorria e continua a ocorrer com o Brasil.

**Quadro 56**



- **Gênero:** Reportagem
- **Data da edição:** 01/03/2005
- **Título da matéria:** Desnutrição também mata cinco crianças indígenas
- **Subtítulo:** não
- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “As cestas de alimentos, com 32 kg, que o governo Estadual entrega por mês às famílias indígenas acabam em seis dias, enquanto às sementes do Fome Zero Indígena chegam às aldeias fora da época de plantio, afirmam índios ouvidos pela Folha em Amanbari”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Aqui a gente não tem ajuda. Faltam remédios. Tem paciente internado no chão. Não tem carro [ambulância] para buscar o doente. Não está tendo comida para as crianças”, índio xavante João Jorge Tserenhoto.

2 – “[...] a proposta de homologação descontínua ‘é a defesa da dignidade da população de Roraima, já que o governo federal, até o momento, vem se mostrando insensível a essa causa”, Severino Cavalcanti, presidente da Câmara.

3 – “A nossa luta tem mais de 30 anos. Não são 30 dias. As declarações mostram total desconhecimento sobre o assunto”, Marinaldo Trajano, presidente do Conselho Indígena de Roraima.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A Funasa (Fundação Nacional de Saúde) informou ontem que a desnutrição matou cinco crianças índias, menores de cinco anos, da etnia xavante, em Campinápolis (565 km de Cuiabá), Mato Grosso, de janeiro a fevereiro deste ano.”

2 – “O chefe do DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena), Paulo Félix, afirmou que provavelmente mais uma morte ocorreu, porém a Funasa não foi notificada.”

3 – “A Funasa diz que a morte de Robson Garcia Fernandes, de dois anos e quatro meses, foi causada, provavelmente, por insuficiência renal. O capitão (líder máximo) da aldeia Bororó, o índio guarani Luciano Arévalo, 50, afirmou que o menino estava desnutrido”.

4 – “Edson Silva Beiriz, administrador regional da Funai (Fundação Nacional do Índio), relata que os índios não conseguem plantar nas aldeias por falta de apoio à agricultura indígena. Segundo ele, a Funai entrega sementes e adubos, mas em quantidade insuficiente [...]”.

5 – “O coordenador regional da Funasa, Jossy Soares Santos da Silva, afirma que as plantações de soja ‘cercaram as aldeias’ e os xavantes não contam mais com as florestas

para caçar e pescar. Silva diz que a Funasa tem programas de combate à desnutrição nas aldeias, mas esbarra na resistência dos índios. Desde 2001, segundo o coordenador, os xavantes tomaram e não devolveram sete carros de serviço da Funasa, sendo quatro ambulâncias”.

6 – “A Funasa nega a falta de medicamentos e aponta os seguintes problemas: 1) alcoolismo entre os índios, 2) insistência no tratamento de saúde tradicional do pajé, o que agrava o estado das crianças, 3) mudança no hábito alimentar e abandono de roças comunitárias, 4) troca do leite materno por mamadeiras levando a diarreia e 5) o preconceito contra os índios na rede do SUS”.

7 – “Segundo ele, as famílias da aldeia são numerosas e os alimentos distribuídos, insuficientes”, Joenson Sarmoio, índio agente da Funasa.

- **Descrição** - Reportagem apresenta uma situação de desamparo dos indígenas de diversas etnias, que passam a conviver com problemas de mortalidade infantil. A desnutrição, considerada o maior problema, matou mais 5 crianças indígenas xavantes menores de 5 anos de idade.

- **Enquadramento**

**a) seleção** - Aponta para o crescente número de mortes entre indígenas “Em dourados (218 km de Campo Grande), Mato Grosso do Sul, também (outras) cinco crianças, das etnias guarani e caiuíá, morreram por causa da desnutrição, quatro delas em fevereiro”.

**b) ênfase** - Destacam-se falhas do poder público no atendimento aos indígenas em questão: “As cestas de alimentos, com 32 kg, que o governo estadual entrega por mês a famílias indígenas acabam em seis dias, enquanto as sementes do Fome Zero Indígena chegam às aldeias fora da época do plantio”, afirmaram indígenas.

**c) exclusão** - Não há espaço para o ponto de vista de agentes políticos, somente os representantes da Funasa e os indígenas foram ouvidos. Destacam-se onze mortes de crianças indígenas por desnutrição, embora o título da reportagem cite cinco mortes. No entanto, não se explica se houve aumento ou diminuição dos casos de morte infantil na região ou aldeia citados.

- **Construção de agenda** - Além das questões relativas à demarcação de terras e presença de posseiros, indígenas figuram na pauta do debate político como agentes abandonados pelo poder público, também no que se refere à assistência à saúde, sobremaneira para crianças. “A Funasa nega a falta de medicamentos e aponta os seguintes problemas: 1) alcoolismo entre os índios, 2) insistência no tratamento de saúde tradicional do pajé, o que agrava o estado das crianças, 3) mudança no hábito alimentar e abandono de roças comunitárias, 4)

troca do leite materno por mamadeiras, levando a diarreia e 5) o preconceito contra os índios na rede do SUS”.

### **Quadro 57**

- **Gênero:** Reportagem especial “Metas Sociais”

- **Data da edição:** 31/03/2005

- **Título da matéria:** Média nacional esconde grandes disparidades

- **Subtítulo:** Óbitos de recém-nascidos são raros em áreas ricas, mas desigualdade leva país a não atingir meta

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “O Brasil está na média da América Latina, mas países como Peru e Colômbia têm taxas menores”, Marrie-Pierre Poirier, representante do UNICEF no Brasil.

2 – “É possível atingir a meta [...]. Mas ainda estaremos distantes de países desenvolvidos, que têm índice de um dígito”, Dioclécio Campos Jr, presidente da Associação Brasileira de Pediatria (ABP).

3 – “É muito improvável que o país consiga reduzir em dois terços o índice de mortalidade infantil na década de 90 [...]. A tendência de queda não é suficientemente alta”, Roberto Schwartz, pesquisador.

4 – “O retorno que temos é a simpatia da comunidade”, Maurício Vasconcellos, presidente da Concessionária Rodonorte.

5 – “Atendemos 20% das pessoas pobres do país e 83 mil gestantes”, Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança.

6 – “Não diria que a Pastoral substitui o Estado, mas que se complementa às iniciativas governamentais”, Humberto Costa, ministro da Saúde.

7 – “A diminuição do espaço limitou a condição de subsistência dos índios”, Maria Serafim, coordenadora da Área de Saúde da Criança Indígena da SBP

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Otimista, diz ser possível atingir menos de 10 mortes por 1.000 até 2015”, Humberto Costa, ministro da Saúde.

2 – “O diretor do Departamento de Saúde Indígena da Funasa, Alexandre Padilha, afirma que o órgão conduz ações para reduzir a mortalidade infantil desses povos de 47 para 23 crianças por mil”.

- **Descrição** – A reportagem cita os índices de mortalidade infantil entre Haiti e Noruega para fazer um paralelo com a situação do país, que tem boa média nacional, mas ainda muitas disparidades regionais. A matéria também cita bons exemplos regionais na diminuição da taxa e discute a possibilidade do Brasil bater ou não a meta de redução estabelecida pela ONU.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – O Brasil tem uma média nacional de mortalidade infantil de 33,7 por 1.000, muito semelhante a dos países da América Latina, porém esconde desigualdades regionais gigantescas. “Em distritos paulistanos o índice não supera 4 por 1.000, como na Noruega. No distrito sanitário indígena de Alto Rio Juruá, no Acre, chega a 115, quase um Haiti”.

**b) ênfase** – O problema maior da mortalidade infantil está no semiárido. “95% das localidades têm índices superiores à nacional”.

**c) exclusão** – A reportagem não discute quais foram os determinantes para a redução da mortalidade infantil no Brasil.

- **Construção de agenda** – O Brasil deve conseguir atingir a meta de redução da mortalidade infantil preconizada pela ONU, porém, os números escondem grande disparidade regional, que precisa ser combatida pelas autoridades. “É possível atingir a meta [...]. Mas ainda estaremos distantes de países desenvolvidos, que têm índice de um dígito”, Dioclécio Campos Jr, presidente da Associação Brasileira de Pediatria (ABP).

**Quadro 58**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 2/12/2005

- **Título da matéria:** Expectativa de vida no país atinge 71,7 anos

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “[...] a maior parte das mortes de crianças com menos de um ano acontece entre o segundo e o 12º mês de vida. Isso indica que as principais causas estão relacionadas a fatores externos, como falta de acesso à água e condições impróprias de saneamento”, Juarez de Castro Oliveira, do IBGE.

2 – “Em 1980, Japão e Islândia tinham uma taxa de mortalidade infantil de 6,4 ou 6,5. Mesmo de um patamar tão baixo, conseguiram, com tecnologia, reduzi-la pela metade. Nos

Estados mais desenvolvidos, parte da mortalidade ainda é relacionada a fatores externos, mas outra depende de melhores hospitais”, Juarez de Castro Oliveira, do IBGE.

**3** – “O Brasil convive com dupla agenda. A do passado, nos bolsões de miséria, onde crianças ainda morrem de desnutrição, e a nova, que exige investimentos mais qualificados nos hospitais. Se não atacarmos essa segunda causa, a curva da mortalidade seguirá caindo por gravidade”, Dioclécio Campos Júnior, Presidente da sociedade brasileira de pediatria.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Segundo o IBGE, que ontem divulgou a Tábua de Vida 2004, a proporção de mortes de bebê até um ano foi de 26,6 por mil em 2004. Em 2003 essa taxa era de 27,5 por mil – em 1980, de 69,1. Apesar da tendência de queda dessa mortalidade, os técnicos do IBGE alertam que o ritmo ainda não é suficiente para o cumprimento das Metas do Milênio, da ONU [...]. Pelas projeções do instituto, se nada for feito para acelerar a queda, o país terá em 2015 uma mortalidade de 18,2 por mil”.

2 – “Pelas projeções do IBGE, somente em 2050 o Brasil atingirá a atual expectativa de vida do Japão, o 1º no *ranking* – 81,9 anos”.

- **Descrição** - A matéria destaca o pequeno crescimento na expectativa de vida do brasileiro entre 2003 e 2004, com aumento de 4 meses e 24 dias, segundo o IBGE. A principal causa apontada pela matéria é a queda da mortalidade infantil.

#### **- Enquadramento**

**a) seleção** - Apresenta o crescimento da expectativa de vida, comparando com países mais desenvolvidos. “Índice cresceu 4 meses e 24 dias, mas ainda está longe de países desenvolvidos; no Japão, taxa chega a 81,9”.

**b) ênfase** - Ênfase na queda da mortalidade infantil. “Segundo o IBGE, que ontem divulgou a Tábua de Vida 2004, a proporção de mortes de bebês até um ano foi de 26,6 por mil em 2004. Em 2003, essa taxa era de 27,5 por mil e em 1980, de 69,1”. Há também preocupações do instituto com comparações e projeções futuras: “Pelas projeções do instituto, se nada for feito para acelerar a queda, o país terá em 2015, mortalidade infantil (até um ano de idade) de 18,2 por mil. A meta para o Brasil é reduzir para 15,6 por mil. No caso da mortalidade na infância (até cinco anos), a projeção indica taxa de 21,6 por mil em 2015 e a meta é de 19,9”.

**c) exclusão** - Ao se apresentar as disparidades regionais, fatores que levaram a tais diferenças poderiam ter sido, ao menos, apresentados.

- **Construção de agenda** - A mortalidade infantil é apresentada como fator de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento do país. Também se destacam as disparidades regionais, que levariam a diferentes tipos de investimentos. “O Brasil convive

com uma dupla agenda. A do passado, nos bolsões de miséria, onde crianças ainda morrem de desnutrição, e a nova, que exige investimentos mais qualificados nos hospitais”.

### **Quadro 59**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 15/04/2006

- **Título da matéria:** Ensino e fecundidade

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

c) **nomeadas entre aspas** (0)

d) **nomeadas sem aspas**

1 – “O aumento da escolaridade é o modo mais eficaz de controlar a fecundidade e a mortalidade infantil”, Síntese de Indicadores Sociais 2005 (IBGE).

2 – “Como mostram os números do IBGE, a tendência é que passem espontaneamente a ter menos filhos tão logo sejam apresentadas melhores condições de informação – ou, em outros termos, tão logo possam, de fato, exercer o livre arbítrio”.

- **Descrição** – O texto faz uma comparação entre escolaridade e mortalidade infantil. Para isso, apresenta dados do IBGE que revelam que o aumento da escolaridade diminui a fecundidade. O mesmo acontece com a mortalidade infantil, que diminui entre mães com maior escolaridade. Assim, o editorial propõe a ampliação do acesso das mulheres à educação.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – Taxa de fecundidade está relacionada com nível de educação das mães. Mães com maior grau de instrução têm menos filhos. “Em 2004, a probabilidade de uma mulher com oito anos ou mais de estudo optar por um terceiro filho era de pouco mais de 50%. Já para uma mulher com até três anos de estudo, essa probabilidade subia para 90%”.

b) **ênfase** – Situação semelhante acontece com a taxa de mortalidade infantil. Filhos de mães com maior instrução morrem menos. “[...] a taxa de mortalidade com crianças de até um ano de idade cujas mães tinham oito anos ou mais de estudo era, nas regiões Sudeste e Sul, de 14 para cada mil nascidos vivos. Entre as crianças com mães que estudaram até três anos, no Nordeste, a taxa supera 53”.

c) **exclusão** – O texto não faz comparação da situação apresentada com de anos anteriores, a fim de revelar se ocorreram avanços nos últimos anos.

- **Construção de agenda** – Para reduzir a taxa de mortalidade infantil não bastam apenas programas sociais como o Bolsa Família. É necessário investimento maciço na universalização do ensino. “Mas o melhor caminho continua a ser a universalização efetiva do ensino público”.

#### **Quadro 60**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 13/05/2006

- **Título da matéria:** Um dia de vida

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas (0)

d) nomeadas sem aspas

1 – “De acordo com o estudo, das 10 milhões de crianças de 0 a 5 anos que morrem todo ano, 20% perecem antes de completar 24 horas de vida. Mais um milhão morrem até o sétimo dia”, 7º Relatório Anual “Estado do Mundo – Mães”, organizado pela ONG Save the Children.

2 – “O relatório ressalta que, embora tenha havido progresso na redução da mortalidade infantil entre 0 e 5 anos no planeta, pouco se avançou na diminuição de óbitos de bebês até o primeiro mês de vida, que hoje respondem por 40% do total de mortes de crianças”.

3 – “O estudo da ONG mostra que o empenho de governos em melhorar a situação é mais relevante do que os recursos financeiros de que dispõem”.

- **Descrição** – O editorial cita relatório de uma ONG internacional, para revelar que 2 milhões de crianças morrem sem ao menos completar um dia de vida. Diz ainda que 70% dessas mortes poderiam ser facilmente evitadas e que embora tivesse ocorrido redução nos casos de crianças de 0 a 5 anos, o mesmo não foi observado no que se refere a óbitos no primeiro dia de vida. O texto também afirma que a redução da mortalidade infantil está mais relacionada com vontade política e prioridade do que com recursos financeiros disponíveis. Para exemplificar, cita os casos do Vietnã e Angola.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – Cerca de 2 milhões de bebês morrem antes de completar o primeiro dia de vida no mundo, mesmo sabendo-se que 70% desses óbitos poderiam ser evitados com medidas simples. “[...] 70% desses óbitos seriam evitados se medidas simples e baratas como

imunizar as mulheres grávidas contra tétano e assisti-las no parto estivessem disponíveis a todas”.

**b) ênfase** – A redução das mortes de crianças depende mais da vontade política do que dos recursos disponíveis. O texto exemplifica com os casos do Vietnã e de Angola, que mesmo sendo países pobres e com renda *per capita* semelhantes, têm taxas diferentes de mortalidade infantil. “[...] enquanto o primeiro apresenta uma taxa de mortalidade infantil relativamente baixa, o segundo ostenta uma marca mais de quatro vezes maior, chegando a 50 mortes a cada mil nascimentos”.

**c) exclusão** – Poderiam ter sido apresentados dados concretos sobre os investimentos em saúde que os dois países utilizados na comparação fazem para terem números tão diferentes na taxa de mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** – A maior parte das mortes de bebês poderia ser evitada se houvesse empenho dos governos. “O estudo da ONG mostra que o empenho de governos em melhorar a situação é mais relevante do que os recursos financeiros de que dispõem”.

## Quadro 61

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 20/10/2007

- **Título da matéria:** Licença civilizada

- **Subtítulo:** Senado aprova extensão opcional de afastamento de mães para aleitar por 6 meses, de acordo com recomendação da OMS

- **Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas** (0)

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que essa seja a fonte exclusiva de alimento do recém-nascido nos primeiros 180 dias de vida, não só porque o leite materno contém todos os nutrientes necessários como também porque protege de doenças infecciosas e crônicas – o que ajuda a reduzir a mortalidade infantil. Além disso, o vínculo íntimo com a mãe promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo do bebê”.



- **Descrição** – O texto comemora a aprovação no Senado brasileiro do projeto que amplia a licença maternidade de 4 para 6 meses e conclama a Câmara dos Deputados a fazer o mesmo, se embasando em recomendação da OMS. O editorial também apresenta argumentos contra a possível limitação de contratação de mulheres pelas empresas. Faz isso ao elogiar o fato da medida não ser obrigatória e de possibilitar que a empresa que adere ao programa ter o valor referente aos 80 dias descontado de seu imposto de renda. Lembra ainda que o valor da renúncia fiscal também é pequeno.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A decisão do Senado em aprovar a ampliação da licença maternidade é importante para que as crianças possam ser amamentadas por pelo menos 6 meses, o que, segundo a OMS, traz enormes benefícios, um deles a queda da mortalidade infantil. “A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que essa seja a fonte exclusiva de alimento do recém-nascido nos primeiros 180 dias de vida, não só porque o leite materno contém todos os nutrientes necessários, como também porque o protege de doenças infecciosas e crônicas – o que ajuda a reduzir a mortalidade infantil. Além disso, o vínculo íntimo com a mãe promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo do bebê”.

**b) ênfase** – Não tornar a decisão obrigatória é vista como um ponto positivo, já que não reduz a possibilidade de contratação de mulheres pelas empresas. “O projeto de lei se antecipa a esse efeito indesejável por meio de dois dispositivos: torna voluntária a medida e desonera o empregador de pagar os salários nos dois meses adicionais”.

**c) exclusão** – Vários países do mundo têm leis que garantem licença maternidade maior que a brasileira. O editorial poderia verificar alguns exemplos de como outros países tratam essa questão.

- **Construção de agenda** – As mulheres têm direito ao aumento da licença maternidade, porém, as empresas não podem ser prejudicadas. “As empresas poderão ou não aderir ao programa Empresa Cidadã; caso o façam, credenciam-se a deduzir, no cálculo do imposto de renda, o valor da remuneração integral da trabalhadora nos 60 dias de prorrogação”.

## **Quadro 62**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 28/11/2007

- **Título da matéria:** IDH alto esconde desigualdade, dizem especialistas.

- **Subtítulo:** Dados indicam evolução gradativa, mas desempenho é visto como oportunidade para acelerar melhorias dos indicadores sociais.

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “Para especialistas consultados pela Folha, a linha que separa países de alto desenvolvimento humano (IDH igual ou superior a 0,800) é uma marca arbitrária que oculta, no caso brasileiro, a desigualdade”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Vão dizer que 'nunca antes na história deste país' o IDH esteve tão alto e que, finalmente, entramos para os países de 'alto desenvolvimento', como se fosse mais um trunfo do governo Lula. Na verdade, a linha divisória entre o alto e o médio desenvolvimento é arbitrária e o Brasil, último da lista, tem à frente vários países latino-americanos. É um resultado medíocre, mas que será comemorado com grande fanfarra”, ex-presidente do IBGE no governo FHC, Simon Schwartzman.

2 – “São países que deram mais prioridade à dimensão social. O Brasil já está fazendo o mesmo, mas é preciso acelerar”, Flávio Comin, assessor do Pnud.

3 – “A mortalidade entre os mais pobres ainda segue um padrão africano. Nesse e em outros indicadores, ainda estamos muito distantes dos países de maior desenvolvimento humano, mas o fato de estarmos agora simbolicamente nesse grupo faz com que tenhamos obrigação de acelerar nosso progresso social”, Flávio Comin, assessor do Pnud.

4 - “O país está se movendo na direção certa, mas ainda há um longo caminho a percorrer”, Kevin Watkins, diretor de desenvolvimento do Pnud.

**d) nomeadas sem aspas (3)**

1 – “Kevin Watkins, diretor de desenvolvimento do Pnud, diz que a tendência de melhoria do Brasil é contínua ao longo do tempo, mas lembra que há países com PIB *per capita* menor que o brasileiro e que possuem resultados melhores em educação e saúde. Como exemplo, ele cita o Vietnã, país cujo PIB *per capita* é bem menor do que o brasileiro (3071 dólares frente a 8.402). O país asiático, no entanto, tem expectativa de vida de 73,7 anos (a do Brasil é de 71,7) e 90,3% de sua população adulta está alfabetizada (enquanto no Brasil são 88,6%).”

2 – “Flávio Comin, assessor do Pnud, lembra também que o IDH permite a comparação de *rankings* de desenvolvimento humano e do PIB *per capita*.”

3 – “Comin identificou no relatório cinco áreas em que o Brasil está muito defasado em relação aos demais países de alto desenvolvimento e que, por isso, podem apressar, no futuro, a melhoria do IDH: saneamento básico, pobreza, mortalidade infantil, mortalidade materna e desigualdade. Ele cita como exemplo o fato de, entre os 20% mais pobres, a mortalidade da infância ser de até 83 mortes por mil nascidos vivos. Entre os 20% mais ricos, a relação é de 29 para cada mil”.

4 – “Na avaliação de Wanda Engel, ex-chefe da divisão de Desenvolvimento Social do Banco Interamericano de Desenvolvimento e ex-secretária de Assistência Social do governo FHC, é preciso continuar investindo em políticas destinadas prioritariamente aos municípios com menor IDH e à população mais pobre.”

5 – “Na avaliação de Kevin Watkins, diretor do escritório do Relatório de Desenvolvimento Humano do Pnud, a tendência de queda da desigualdade brasileira é robusta e isso tem tido impacto também na redução da pobreza.”

- **Descrição** - Matéria trata da chegada do país ao grupo dos países com mais alto IDH, destacando que este feito pode esconder desigualdades.

- **Enquadramento**

**a) seleção** - Pode existir falhas na interpretação da chegada do país no grupo de países com alto IDH. “Para especialistas consultados pela Folha, a linha que separa países de alto desenvolvimento humano (IDH igual ou superior 0,800) é uma marca arbitrária que oculta, no caso brasileiro, a desigualdade”.

**b) ênfase** - Dois trechos do relatório de Desenvolvimento Humano da ONU são citados em destaque, ambos abordando programas de transferência de renda. “O Bolsa Família é responsável por quase um quarto da recente queda abrupta na desigualdade no Brasil e por 16% de seu declínio na pobreza extrema. Uma das razões pelas quais funcionou no Brasil é porque foi implementado a partir de um sistema político descentralizado, mas com forte apoio federal em termos de definição de regras”.

**c) exclusão** - A chegada do país em tal bloco é apresentada como possível forma de engodo, mas não se demonstram os aspectos positivos do feito. Tampouco se demonstram claramente os caminhos percorridos politicamente para que o país mudasse seu IDH. Por fim, se abre espaço para ex-membros de governo anterior (FHC), mas não ao então atual governo (Lula).

- **Construção de agenda** - A melhoria apresentada poderia servir como oportunidade para acelerar ainda mais o crescimento. A entrada do país em um grupo com países mais desenvolvidos poderia indicar desafios mais amplos.

**Quadro 63**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 28/11/2007

- **Título da matéria:** Saneamento para todos só em 2122, diz FGV

- **Subtítulo:** Estimativa foi feita com base na taxa de crescimento do nível de coleta de esgoto do país, que atualmente está em 1,59% por ano.

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Com o atual nível de investimento em saneamento básico, só em 2122, daqui a 115 anos, a totalidade da população brasileira terá acesso à rede de coleta de esgoto, revela pesquisa da FGV divulgada ontem”.

2 – “A FGV calculou que, em 2006, somente 46,77% da população brasileira era beneficiada por rede de recolhimento de dejetos domésticos”.

3 – “Coordenador da pesquisa, o economista Marcelo Néri estimou que, a se manter o nível de crescimento das redes coletoras em todo o país observado a partir de 1992, somente daqui a, no mínimo 56 anos, metade da população terá acesso a esgoto encanado.”

4 – “Ainda de acordo com a pesquisa, a mortalidade infantil na faixa de um a seis anos de idade é maior nas regiões do país onde o esgoto não é coletado”.

5 – “Ao analisar os dados da Pnad, Neri concluiu que a falta de saneamento básico tem responsabilidade direta na mortalidade registrada nessa faixa etária. A incidência de morte entre um ano e seis meses decorre do contato direto de crianças com as aglomerações de esgoto, afirma o pesquisador”.

6 – “Segundo Marcelo Néri, depois disso, os meninos, mais do que as meninas, passam a ficar mais soltos, pois começam a andar e a brincar fora de casa. Muitas vezes descalços e nus, circulam em meio à imundície acumulada em poças e valões”.

7 – “Conforme divulgou o Instituto Trata Brasil, sete crianças brasileiras morrem por dia em consequência da falta de saneamento básico no local onde vivem. O instituto considera ideal investir em saneamento o equivalente a 0,63% do PIB”.

8 – “A pesquisa mostra ainda que, apesar da gravidade da situação constatada nos índices oficiais do governo federal, a velocidade da expansão do saneamento básico é inferior à oferta de outros serviços públicos, como rede de distribuição de água, coleta de lixo e eletricidade. O levantamento da FGV indica também que São Paulo é o Estado brasileiro com maior cobertura em saneamento básico – 84,24% da população paulista é atendida por rede de esgoto. O Amapá vive com situação oposta. É o pior Estado brasileiro em termos de recolhimento de esgoto. Só 1,42% dos habitantes tem o benefício”.

- **Descrição** - A matéria analisa material publicado pela FGV que previa que o saneamento básico total no país demoraria mais de um século. A matéria também relaciona os casos de mortalidade infantil com a inexistência de saneamento básico em grande parte do país, destacando que, de acordo com o Instituto Trata Brasil, sete crianças morriam por dia em decorrência de doenças relacionadas à falta de saneamento básico.

#### - **Enquadramento**

a) **seleção** – Se os investimentos em saneamento básico se mantiverem no mesmo patamar, o Brasil levará 115 anos para atender sua população com o benefício. “Com o atual nível de investimento em saneamento básico, só em 2122, daqui a 115 anos, a totalidade da população brasileira terá acesso à rede de coleta de esgoto, revela pesquisa da FGV (Fundação Getúlio Vargas) divulgada ontem”.

b) **ênfase** - Destaca-se a intrínseca relação entre a falta de coleta de esgoto e a mortalidade infantil, sobremaneira a partir de um ano de vida. “Ainda de acordo com a pesquisa, a mortalidade infantil na faixa de um a seis anos de idade é maior nas regiões do país onde não há esgoto coletado”.

c) **exclusão** – A reportagem afirma que a mortalidade infantil é maior nos locais onde não há esgoto coletado, mas não apresenta dados concretos.

- **Construção de agenda** - Falta de saneamento básico é, ainda, problema grave na sociedade brasileira. A matéria em questão demonstra que há um longo caminho a se percorrer, e que os investimentos públicos na área ainda são escassos.

#### **Quadro 64**

**Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 23/01/2008

- **Título da matéria:** Mortalidade de crianças no Brasil caiu 65% desde 1990

- **Subtítulo:** Segundo dados do UNICEF, país melhorou 27 posições em *ranking* deste indicador

- **Fontes**

a) genéricas (0)

b) anônimas (0)

c) nomeadas entre aspas

1 – “A redução tem que ser para todos; não podemos celebrar só os 80% mais fáceis”, Marie-Pierre Poirier, representante do UNICEF no Brasil.

d) nomeadas sem aspas

1 – “A mortalidade de crianças com menos de cinco anos caiu 65% entre 1990 e 2006. A queda, acentuada a partir de 2004, fez o Brasil melhorar 27 posições no *ranking* desse indicador [...]”. Relatório Situação Mundial da Infância 2008.

2 – “Para Marie-Pierre Poirier, representante do UNICEF no Brasil, um dos principais fatores foi a redução das mortes por sarampo, com aumento da cobertura da vacina e suplementação de vitamina A”.

3 – “A explicação da ampliação da cobertura do sarampo não se aplica para explicar o caso brasileiro, na opinião de Paulo Nader, presidente do departamento de neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, já que o país já controlou a doença há anos. Para ele, o avanço na queda da mortalidade na infância concentrado entre 2004 e 2006 reflete mudanças ocorridas nos anos anteriores, desde o maior acesso a saneamento básico até os indicadores de educação”.

4 – “Segundo o UNICEF, caiu pela metade o número de crianças mortas no primeiro ano de vida a cada mil nascidas vivas. Dessas, porém, 56% morreram na primeira semana e 66%, no primeiro mês [...] o percentual de mulheres que fazem o mínimo ideal de consultas pré-natais (seis) diminuiu seis pontos percentuais no Norte brasileiro entre 1998 e 2005, contrariando o aumento no país todo, de 9 pontos”.

5 – “O relatório do UNICEF mostra que, se o país comemorou em 2007 a entrada do país no grupo de países de alto desenvolvimento humano, no ‘IDH da criança’ – o índice de desenvolvimento infantil – ainda está no grupo de médio desenvolvimento”.

6 – “De acordo com a lista divulgada pelo ‘caderno Brasil’ do relatório do UNICEF, o melhor Estado para a criança é São Paulo, seguido por Santa Catarina e Rio de Janeiro. Nas últimas colocações vêm Piauí, Alagoas e, por fim, o Acre”.

- **Descrição** - A partir de dados do UNICEF, a reportagem revela que a mortalidade infantil no Brasil foi reduzida, entre 1990 e 2006, em 65%. A queda fez o país subir 27 posições no *ranking* do Relatório Situação Mundial da Infância 2008.

- **Enquadramento**

a) **seleção** - Destaca-se a redução recente nos dados do Brasil referentes à mortalidade infantil. “Entre 2004 e 2006, o declínio no Brasil foi de 41% – morriam em 2004 34 crianças a cada mil nascidos vivos, contra 20 em 2006”.

b) **ênfase** - Se deu ênfase na melhoria dos índices de países e regiões mais pobres e, conseqüentemente, mais propensos a altos índices de mortalidade. “A redução é, em regra, maior entre os países em desenvolvimento – nas ilhas Maldivas, por exemplo, foi de 73% entre 1990 e 2006”.

c) **exclusão** - A reportagem não procura demonstrar quais foram os avanços sociais entre 2004 e 2006 que podem ter propiciado a queda mais acentuada da taxa de mortalidade infantil neste período (41%).

- **Construção de agenda** - Demonstra-se a redução da mortalidade infantil como resultado de diversas políticas públicas em conjunto, ao longo dos anos. Ademais, salienta que ainda haviam desafios a serem vencidos. “O relatório do UNICEF mostra que, se o país comemorou em 2007 a entrada no grupo de países de alto desenvolvimento humano, no ‘IDH da criança’ – o índice de desenvolvimento infantil – ainda está no grupo de médio desenvolvimento”.

**Quadro 65**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 24/01/2008

- **Título da matéria:** Avanço notável

- **Subtítulo:** Redução da mortalidade infantil significativa, mas ainda restam muitos desafios para aperfeiçoar o atendimento pré-natal.

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

c) **nomeadas entre aspas** (0)

d) **nomeadas sem aspas**

1 – “Relatório divulgado nesta semana pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostra que, entre 1990 e 2006, a taxa de óbitos de crianças entre 0 e 1 ano caiu 46,9 por mil nascidos vivos para 24,9 por mil”.

- **Descrição** – O texto comemora a redução de 46,9% da taxa de mortalidade infantil nos últimos 16 anos, “superior à média mundial”. Porém, ressalta que ainda existem obstáculos a serem transpostos, como, por exemplo, as diferenças regionais, econômicas e étnicas. O editorial afirma que a queda da mortalidade infantil passa a ser muito complicada, já que a redução verificada até então, considerada mais fácil de combater, foi referente a doenças infecciosas e parasitárias, resultado do investimento em saneamento básico, cobertura vacinal e aumento sensível da escolaridade das mães. Os dados revelam que 51% dos óbitos registrados são referentes ao período neonatal precoce. As causas são mais difíceis de serem combatidas e estão relacionadas ao parto e ao atendimento à gestante.

- **Enquadramento**

a) **seleção** – O Brasil conseguiu reduzir a mortalidade infantil em 46,9% em um prazo de 16 anos. “Relatório divulgado nesta semana pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostra que, entre 1990 e 2006, a taxa de óbitos de crianças entre 0 e 1 ano caiu 46,9 por mil nascidos vivos para 24,9 por mil”.

b) **ênfase** – Para continuar reduzindo a taxa de mortalidade infantil o país precisa combater o óbito neonatal, que abriga 51% do total de mortes. “Não são questões que se resolvam no ‘atacado’, com obras ou investimentos de caráter geral. Ao contrário, para prevenir as mortes neonatais há de se fazer esforços direcionados às gestantes individualmente”.

c) **exclusão** – não verificada.

- **Construção de agenda** – Trata-se de um avanço fantástico, porém ainda existem enormes diferenças regionais e entre grupos sociais que precisam ser superadas. “É um avanço digno de nota. O ritmo da melhora supera a média mundial [...]. São ainda muito grandes as disparidades entre as diversas regiões do país e entre grupos sociais”.

## Quadro 66

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 12/04/2008

- **Título da matéria:** Mortes de crianças no país caem 65%



- **Subtítulo:** De 1990 a 2006, caiu de 57 para 20 o número de crianças que morriam a cada 100 mil nascidas vivas

- **Fontes**

a) **genéricas** (0)

b) **anônimas** (0)

c) **nomeadas entre aspas**

1 – “As mortes de crianças são evitáveis e, por isso, uma agressão aos direitos humanos [...]. É óbvio que ainda temos muito que conquistar, mas essa redução é uma grande vitória para o Brasil”, Adson França, diretor do Departamento de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde.

d) **nomeadas sem aspas**

1 – “O Brasil foi o segundo país do mundo que com mais força reduziu as mortes de crianças com menos de 5 anos de idade [...]. O dado saiu numa edição especial da revista científica ‘The Lancet’, publicada nesta semana”.

2 – “O Ministério da Saúde do Brasil atribui o sucesso na redução da morte de crianças ao programa nacional de vacinação, que faz parte do sistema público de saúde e tem um calendário específico para as crianças. O país já erradicou, por exemplo, a paralisia infantil e está em vias de eliminar o sarampo”.

3 – “O governo brasileiro destaca o fato de a rede de saneamento básico ter aumentado nos últimos anos, o que evita mortes por diarreia, por exemplo. E cita ainda o avanço do Programa Saúde da Família, com equipes médicas responsáveis por visitar famílias de regiões carentes. Esse programa atingia 50% dos municípios seis anos atrás. Hoje atinge 91,8% dos municípios”.

- **Descrição:** A matéria apresenta a grande redução da mortalidade infantil no Brasil, menor apenas que a do Peru, no mesmo período. Também apresenta as impressões do governo federal, que atribui a redução a investimentos em infraestrutura e vacinação.

- **Enquadramento**

a) **seleção** - Apresenta de forma objetiva a redução da mortalidade infantil no país. “Segundo dados publicados pela revista científica ‘The Lancet’, o Brasil foi o 2º país do mundo em redução do índice de mortes de crianças”.

b) **ênfase** - Destacam-se as ações governamentais, como vacinação e saneamento, além de atendimento às mulheres. “Houve também um aumento no número de mulheres que realizam os exames pré-natais. Em 2002, 42% das gestantes iam às consultas necessárias. No ano passado, o índice de mulheres que foram ao médico era de 66%”.

**c) exclusão** – não verificada

- **Construção de agenda** – O Brasil está conseguindo reduzir a mortalidade infantil desde 1990, graças a investimentos especialmente em saneamento básico e implantação do Programa Saúde da Família. “O governo brasileiro destaca o fato de a rede de saneamento básico ter aumentado nos últimos anos, o que evita mortes por diarreia, por exemplo. E cita ainda o avanço do Programa Saúde da Família, com equipes médicas responsáveis por visitar famílias de regiões carentes. Esse programa atingia 50% dos municípios seis anos atrás. Hoje atinge 91,8% dos municípios”.

### **Quadro 67**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 07/11/2008

- **Título da matéria:** O nó do saneamento

- **Subtítulo:** Alta na coleta de esgoto refletiu em ganhos na saúde, mas metade da população ainda não tem acesso ao serviço

- **Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas** (0)

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Coordenada pelo economista Marcelo Neri, o estudo aponta um pequeno salto na coleta de esgoto em 2007, apesar do país ainda estar muito distante da universalização”.

2 – “Pelos dados, no entanto, a coleta de esgoto chegou em 2007 a apenas 49,44% das casas”.

3 – “Segundo Marcelo Neri, o peso do saneamento nas condições de saúde é superior ao da renda das famílias”.

- **Descrição** – Apesar do aumento nos investimentos no saneamento básico nos últimos anos, de acordo com pesquisa da FGV, o saneamento ainda é um “nó” para o país, já que menos da metade da população tem acesso à coleta de esgoto. Ainda segundo o texto, o saneamento básico tem um efeito importante na redução da taxa de mortalidade infantil, maior do que o próprio aumento da renda.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – O editorial apresenta com ressalvas os resultados da FGV, dando conta da ampliação da coleta de esgoto no país. Segundo o texto é “difícil comemorar” quando

ainda se tem mais da metade da população sem acesso ao serviço. “Coordenada pelo economista Marcelo Neri, o estudo aponta um pequeno salto na coleta de esgoto em 2007, apesar do país ainda estar muito distante da universalização”.

**b) ênfase** – A ampliação do saneamento básico tem forte relação com a queda da mortalidade infantil, até maior do que o aumento da renda. “Segundo Marcelo Neri, o peso do saneamento nas condições de saúde é superior ao da renda das famílias”.

**c) exclusão** – O texto reconhece o avanço do saneamento básico no governo Lula, porém afirma que ainda é muito pouco. Apesar disso, não compara os investimentos do governo Lula com seus antecessores.

- **Construção de agenda** – O aumento do serviço de coleta de esgoto apresentado pelo estudo da FGV revela avanço, porém muito inferior ao do que o país precisa. “[...] a taxa de expansão do saneamento tem sido historicamente inferior à de outros serviços, como eletricidade e coleta de lixo”.

## **Quadro 68**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 01/03/2009

- **Título da matéria:** Estudo aponta falhas no cuidado com bebês

- **Subtítulo:** Sete em cada dez mortes poderiam ser evitadas com atendimento melhor à mãe e à criança, segundo o Ministério da Saúde

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “Para moradores, a desnutrição infantil e a pobreza contribuem para isso”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Óbitos evitáveis podem ser devido a um sistema mal organizado e à falta de comprometimento de alguns profissionais [...]. Um sistema de saúde que não proporciona atendimento adequado e acesso para gestantes fazerem pré-natal também tem uma parcela de culpa”, Antônio Prates Caldeira, autor de pesquisa sobre causas evitáveis da mortalidade infantil na região de Belo Horizonte.

2 – “Quando há emergência, os moradores precisam ir a um Pronto Socorro distante. A maternidade fica em Interlagos (a cerca de 25 km do local). As mães também têm dificuldade para fazer um bom pré-natal. Nem sempre dá para esperar a consulta”,

presidente da Associação de Moradores de Engenheiro Marsilac e Adjacências, Maria Lúcia Cirillo.

3 – “Conscientizamos sobre a prevenção, a importância de a mãe dar de mamar e de dar depois alimentos saudáveis aos filhos. Alguns pais são um pouco acomodados. Eles aprendem, mas é difícil”, Domingas Santos Gomes, coordenadora da Pastoral da Criança.

4 – “Temos relatos de maternidades equipadas, com alta tecnologia, mas sem profissional de saúde para tocar”, coordenadora da área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno no Ministério da Saúde, Elsa Giugliani.

5 – “Em alguns lugares, o acesso ao serviço é o mais complicado, como na Amazônia. Em outros, a questão do desenvolvimento humano e a questão social são extremamente importantes. Em outros, o saneamento, como nas grandes metrópoles [...]. Temos uma dívida histórica com a saúde, redução gravíssima de financiamento. Você espera o quê? Os serviços estão melhorando, mas não na velocidade necessária”, Marcos Franco, assessor do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “Sete de cada dez mortes de bebês no Brasil poderiam ter sido evitadas por um atendimento melhor à mãe e à criança, segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde”.

2 – “[...] o estudo do governo federal concluiu que, pelo menos 15.225 bebês (31,5%) poderiam estar vivos se tivessem sido bem atendidos nos primeiros sete dias de vida”.

3 – “O cuidado nas primeiras horas significa dar medicamentos adequados aos prematuros, como o surfactante, usado para expandir o pulmão, e garantir atendimento especializado aos bebês com problemas de saúde (10%), aponta a área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno no Ministério da Saúde”.

4 – “A coordenadora Elsa Giugliani reconhece, porém, que em diversas maternidades brasileiras há uma deficiência de leitos de UTI neonatal e que em outras o equipamento é bom, mas não há especialistas”.

5 – “Um diagnóstico precoce de infecção urinária na mãe, por exemplo, pode impedir o nascimento prematuro”, Jucille Meneses, da Sociedade Brasileira de Pediatria.

6 – “A representante do Ministério da Saúde reconhece que, em muitos locais, faltam profissionais capacitados e/ou a estrutura é precária, resultando em maternidades superlotadas. Ela afirma que não se pode atribuir a responsabilidade pelas mortes evitáveis apenas ao sistema de saúde. Segundo ela, o serviço de saúde pode até deixar

de salvar um bebê que nasce com baixo peso, mas ele talvez não tivesse esse problema se a mãe fosse bem nutrida”.

7 – “O Distrito de Marsilac é o campeão em mortalidade infantil na cidade de SP. Em 2007, a taxa por mil nascidos no primeiro ano de vida foi de 39,6, índice que supera o do Nordeste – 35,6. A média da cidade é 12,5”, IBGE e SEADE.

8 – “Para a mãe, Camila da Silva, 19, o trabalho da Pastoral da Criança dá mais segurança no crescimento do filho”.

9 – “Segundo a prefeitura, o distrito de Marsilac tem dois postos de saúde e postos avançados do PSF”.

10 – “Segundo Francisco Frederico Neto, médico do Laboratório de Pediatria Social do Hospital Sírio Libanês, isso permite verificar a icterícia, um quadro de pele amarela comum em recém-nascidos pelo excesso de uma substância no sangue gerada pela ação das hemoglobinas”.

11 – “Segundo Elsa Giugliani, [...] é preciso investir mais em infraestrutura e aumentar o número de leitos de cuidados intermediários e de UTI neonatal, hoje insuficientes”.

- **Descrição** - Matéria apresenta que ainda existia um alto número de óbitos injustificados, ou seja, que poderiam ser evitados com simples ações como diagnóstico e tratamento correto, além de imunização e alimentação de qualidade. Também destaca o caso do distrito paulistano de Marsilac, que apresenta as maiores taxas de mortalidade infantil da cidade.

#### - **Enquadramento**

**a) seleção** - Matéria apresenta estudo do Ministério da Saúde, segundo o qual sete em cada dez mortes de bebês poderiam ser evitadas. “Depois de analisar as declarações de óbito de 48.332 bebês registradas em 2006, o estudo do governo federal concluiu que pelo menos 15.224 (31,5%) poderiam estar vivos se tivessem sido bem atendidos nos primeiros dias de vida”.

**b) ênfase** - Destaca-se a questão estrutural do país, assim como os cuidados básicos necessários para se evitar o número que, apesar de decrescente, ainda é alto. “O cuidado nas primeiras horas significa dar medicamentos adequados aos prematuros, como o surfactante, usado para expandir o pulmão, e garantir atendimento especializado aos bebês com problemas de saúde. A representante do Ministério da Saúde reconhece que, em muitos locais, faltam profissionais capacitados e/ou a estrutura é precária, resultando em maternidades superlotadas”.

**c) exclusão** - Ao apresentar o distrito de Marsilac, na grande SP, como o local com maior incidência de mortalidade infantil na cidade, não se apresentam justificativas do poder público estadual. Mesmo a saúde estando organizada em níveis, a reportagem não apresenta quais as responsabilidades do Governo do Estado em relação ao problema.

- **Construção de agenda** - Demonstra que a diminuição da mortalidade infantil é verificável nos últimos vinte anos, mas os dados poderiam ser melhores se cuidados básicos fossem tomados. Desigualdades regionais continuam a ser a pauta de discussão do poder público.

### **Quadro 69**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 02/03/2009

- **Título da matéria:** Bebês sob risco

- **Subtítulo:** Cobertura parcial de serviços básicos, médicos e sanitários, explica índice ainda alto de mortes na infância

- **Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas** (0)

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Sete em cada dez mortes de bebês com até um ano de vida, no Brasil, encaixam-se na categoria de óbitos que poderiam ter sido evitados, aponta pesquisa do Ministério da Saúde”.

- **Descrição** – O editorial comenta pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde que aponta que sete em cada 10 mortes de recém-nascidos poderiam ser evitadas. Diz ainda que apesar da redução considerável nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil no Brasil ainda é muito alta se comparada com outros países. O texto aponta falta de equipamentos, medicamentos e de profissionais qualificados no momento do parto, como os principais motivos. Outro motivo citado é a falta de saneamento básico para 50% da população.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – Apesar da forte queda da mortalidade infantil nas últimas décadas, a taxa ainda é muito alta no Brasil e sete em cada dez mortes poderiam ser evitadas.

“Cobertura parcial de serviços básicos, médicos e sanitários, explica índice ainda alto de mortes na infância”.

**b) ênfase** – A taxa de mortalidade infantil brasileira é muito alta se comparada com outros países. “[...] o Brasil ainda ostenta um patamar de mortalidade infantil intolerável”.

**c) exclusão** – O editorial minimiza a redução da mortalidade infantil no Brasil ao comparar os dados com países como Cuba, Argentina e França. Porém, não se aprofunda nessa discussão e não apresenta os motivos que fazem esses países terem números melhores que o do Brasil.

- **Construção de agenda** – Apesar da redução da taxa de mortalidade infantil verificada no Brasil nos últimos anos, a situação ainda é muito grave. O Brasil obteve êxito na redução mais fácil, causada especialmente por infecções. Agora terá de investir em equipamentos, medicamentos e profissionais se quiser diminuir as mortes no período neonatal, que passam a representar a maioria dos casos de óbito.

## **Quadro 70.1**

**Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 16/7/2009

- **Título da matéria:** Mortalidade infantil cai pela metade em SP em 13 anos

- **Subtítulo:** Apesar da queda, taxa de mortes (12,5) ainda é alta se comparada à de países desenvolvidos.

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “O governador José Serra, que participou do evento de divulgação dos dados, disse que o avanço é ‘extraordinário’ e consequência de políticas de ampliação do acesso ao pré-natal e a rede de saneamento básico”.

2 – “mas que ainda há uma série de mortes evitáveis, por diarreia, desnutrição”, aponta Ruth Guinsburg, professora da Unifesp e membro do departamento científico de neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A mortalidade infantil caiu pela metade no Estado de São Paulo nos últimos 13 anos (1995-2008), segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde”.

2 – “Segundo o secretário da Saúde, Luiz Barradas Barata, com a redução, houve 5.208 óbitos a menos em dez anos no Estado”.

3 - “Quando o esgoto não é tratado e aflora, contamina crianças, causa infecções”, governador José Serra.

4 – “A professora destaca que em comparação com o Brasil São Paulo vai bem”, Ruth Guinsburg, professora da Unifesp e membro do departamento científico de neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.

- **Descrição** - A matéria apresenta os dados de redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo entre 1995 e 2008, demonstrando que houve queda de 24,5 mortes para cada mil nascidos vivos, para 12,5. Também aponta que, apesar da melhora, os índices ainda são piores dos que os de Cuba, Chile, Costa Rica, Japão, Itália, França e Canadá.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – Houve queda na mortalidade infantil no Estado de São Paulo. “A mortalidade infantil caiu pela metade no Estado de São Paulo nos últimos 13 anos (1995-2008), segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde, divulgadas ontem”.

**b) ênfase** - Apesar da queda, ainda haviam índices preocupantes no Estado de SP. “A queda é expressiva e segue tendência nacional, mas o índice ainda é alto se comparado com o de países desenvolvidos [...] e mesmo na América Latina há dados melhores”.

**c) exclusão** – Há necessidade de uma análise estatística mais robusta.

- **Construção de agenda** – São Paulo tem a melhor situação do país quando o assunto é mortalidade infantil. “[...] A professora destaca que em comparação com o Brasil São Paulo vai bem”, Ruth Guinsburg, professora da Unifesp.

**Quadro 70.2**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 16/7/2009

- **Título da matéria:** Baixada Santista tem pior taxa do Estado

- **Subtítulo:** De cada mil crianças que nascem na região, 16 morrem antes de completar um ano; melhor índice é o de Barretos (9,8)

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “Mas as organizações não governamentais reclamam que o problema ainda persiste”.



**b) anônimas (0)****c) nomeadas entre aspas**

1 – “[...] índice não é muito bom [...]. Está acima dos índices de desenvolvimento da região, precisamente por causa dos problemas da rede de esgoto, que estão sendo resolvidos agora”, governador José Serra.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “A região da Baixada Santista tem um índice de coleta e tratamento de esgoto de 54%, segundo dados de abril da Sabesp. A empresa vem divulgando seguidamente que a situação está melhorando e que pretende ampliar a rede para 95% até 2011”.

2 – “Segundo o governador, essas regiões são mais ricas e apresentam boa rede de saúde, o que ajuda a manter os índices”.

- **Descrição** - Reportagem apresenta os índices de mortalidade infantil do Estado de SP, destacando o quadro ruim em que se encontra a Baixada Santista, assim como a evolução no Vale do Ribeira e outras regiões.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – A matéria aponta, principalmente, para a situação ruim da baixada santista. “A Baixada Santista tem o pior índice de mortalidade infantil do Estado, de acordo com os dados divulgados ontem. De cada mil bebês que nascem, 16 morrem antes de completar um ano”.

**b) ênfase** – A ênfase é dada nos fatores que podem causar este quadro de mortalidade, assim como na comparação com demais regiões do Estado. “A região da Baixada Santista tem um índice de coleta e tratamento de esgoto de 54%, segundo dados de abril da Sabesp. A empresa vem divulgando seguidamente que a situação está melhorando e que pretende ampliar a rede para 95% [...]”. A região do Estado que apresenta o menor índice de morte de crianças de até um ano é Barretos (9,8). Em seguida aparecem Ribeirão Preto e Franca”.

**c) exclusão** – A matéria credita as cidades com melhores taxas de mortalidade infantil o fato de se tratarem de regiões ricas, mas não apresentam os números que comprovem isso, nem o que essas cidades têm feito para combater a mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** - Cidades consideradas ricas têm os melhores números de mortalidade infantil. “Segundo o governador, essas regiões são mais ricas e apresentam boa rede de saúde, o que ajuda a manter os índices”.

**Quadro 71**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 30/07/2010

- **Título da matéria:** Redução de mortes de bebês de até um mês é mais lenta

- **Subtítulo:** Em 18 anos, queda é de 36% no país, frente a 54% do total de bebês com até um ano

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Se você tem uma mãe hipertensa, diabética, ela deve ser bem controlada. Se não tiver bom pré-natal, entra em trabalho de parto prematuro e aí começam os problemas”, Maria Fernanda de Almeida, coordenadora do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Segundo o próprio Ministério da Saúde, 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis”.

2 – “Uma recente pesquisa do Ministério da Saúde e das Universidades de Brasília (UnB) e São Paulo (USP) concluiu que as falhas na atenção à gestante contribuíram para aumento no risco de 28% da mortalidade fetal ou neonatal – em razão de fatores como a hipertensão”.

3 – “Em Natal (RN), por exemplo, a UTI neonatal da maternidade Januário Cicco tem capacidade para dez crianças, mas abriga 18, segundo o diretor Kleber Morais”.

4 – “Em São Paulo, inquérito do Ministério Público apura pelo menos 30 mortes de crianças desde 2007 em razão de falta de leitos ou superlotação nas UTIs”.

- **Descrição** – Mudou o perfil da mortalidade infantil nas últimas décadas. O número de bebês que morrem no período neonatal (até 28 dias) tem aumentando em relação às mortes de crianças de até um ano de vida. Isso acontece porque melhoraram as condições de vida da população, mas ainda há problemas sérios relacionados à assistência à gestante e ao parto.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A taxa de mortalidade infantil sofreu mudanças em seu perfil, atingindo mais as crianças com até 28 dias. “A mortalidade infantil, em queda nas últimas décadas, mudou de perfil no país. Cada vez mais, as mortes de recém-nascidos (com até

28 dias de vida) são maioria nas estatísticas de óbitos entre crianças de até um ano, já que só caíram 36%, frente 54% de redução nas mortes dos bebês em geral”.

**b) ênfase** - Apesar das melhorias em áreas como saneamento básico e vacinação, ainda há grandes falhas nos cuidados com recém-nascidos. “Segundo o próprio Ministério da Saúde, 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis”.

**c) exclusão:** Poderiam ser incluídos dados de outros países com economia semelhante para fins de comparação. Ainda que menor do que a redução da mortalidade infantil em geral (54%), a redução do número de óbitos de recém-nascidos é considerável (36%), e este dado não se apresenta como relevante na reportagem.

- **Construção de agenda** – O poder público é o principal responsável pelas mortes de bebês, já que ainda existem problemas sérios relacionados à assistência à gestante e ao parto. “Em São Paulo, inquérito do Ministério Público apura pelo menos 30 mortes de crianças desde 2007 em razão de falta de leitos ou superlotação nas UTIs”.

## Quadro 72

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 20/04/2011

- **Título da matéria:** Vacinação contra rotavírus diminui mortalidade infantil

- **Subtítulo:** Mortes por diarreia caíram 22% no Brasil desde que a vacina entrou no calendário nacional de imunização

- **Fontes**

**a) genéricas**

1 – “De acordo com os especialistas, a incidência de infecções causadas pelo vírus é semelhante em todas as regiões. O que muda são as consequências da doença”.

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “A vacina favoreceu mais essa área, porque é onde o acesso ao tratamento é mais limitado [...]. A vacina tem alcance maior do que o tratamento. As pessoas podem ter dificuldade em encontrar um médico que atenda em determinadas regiões, mas a cobertura da vacina é boa”, Lily Weckx, infectologista da Unifesp.

2 – “O vírus é democrático na transmissão, mas mata mais os mais pobres”, Lily Weckx, infectologista da Unifesp.

3 – “É mais útil onde faltam condições adequadas de higiene e tratamento hospitalar”, Evandro Baldacci, do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas.

4 – “Nós já tivemos tempo de criar imunidade, porque já fomos expostos ao vírus”, diz o neonatologista Renato Kfoury, presidente da Sociedade Brasileira de Imunização.

5 – “A medida fundamental é a hidratação já no primeiro sintoma”, explica o pediatra Evandro Baldacci.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “A vacinação contra o rotavírus reduziu o número de mortes e internações de crianças por diarreia no Brasil”, revista Plos Medicine.

2 – “Segundo a pesquisa, a campanha nacional de vacinação contra o vírus, implantada pelo Ministério da Saúde em 2006, reduziu em 22% as mortes por diarreia em crianças de até 5 anos”.

3 – “No período, segundo o estudo, 1500 mortes e 130 mil internações foram evitadas”.

- **Descrição** - Analisando publicação científica, a reportagem demonstra que, desde 2006, com a introdução da vacinação contra o rotavírus, houve diminuição de 22% nos casos de morte por diarreia em crianças de até cinco anos. Também salienta as disparidades regionais do país, com maior diminuição na região Norte, onde o acesso a médicos é menor e a vacinação se faz mais importante. Destaca também que a diarreia ainda é a segunda causa de mortes infantis no mundo, que um terço dos casos de diarreia é causado pelo rotavírus e que o vírus é democrático na transmissão, mas mata mais os mais pobres.

#### **- Enquadramento**

**a) seleção** - A reportagem apresenta a relação direta entre a queda da mortalidade infantil decorrente de diarreia e o início da vacinação contra o rotavírus, em 2006. “A vacinação contra o rotavírus reduziu o número de mortes e internações de crianças por diarreia no Brasil”.

**b) ênfase** - Destaca que o vírus é democrático no contágio, mas mata mais em regiões mais pobres. Daí a necessidade de vacinação nestas regiões ser maior do que nas regiões mais ricas. “O vírus é democrático na transmissão, mas mata mais os mais pobres”, Lily Weckx, infectologista da Unifesp.

**c) exclusão** - O infográfico apresentado junto à matéria demonstra que, em percentual, a redução de mortes infantis por diarreia foi maior na região Norte (38%), seguida pela região Sul (26%). Da mesma maneira, percentualmente, a menor redução foi na Região Nordeste (17%). Não há qualquer menção aos dados da região Sul, tampouco a explicação da menor redução ser a do Nordeste.

- **Construção de agenda** - Destaca-se a importância da inclusão desta vacina no calendário de vacinação, sobretudo para as regiões mais pobres. “A vacina favoreceu mais essa área, porque é onde o acesso ao tratamento é mais limitado [...]. A vacina tem um alcance maior do que o tratamento. As pessoas podem ter dificuldade em encontrar um médico que atenda em determinadas regiões, mas a cobertura da vacina é boa”, Lily Weckx, infectologista da Unifesp.

### **Quadro 73**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 28/04/2012

- **Título da matéria:** Mortalidade infantil cai pela metade em 10 anos, diz IBGE

- **Subtítulo:** Pesquisadores dizem que redução da taxa de fecundidade no país contribuiu

- **Fontes**

#### **a) genéricas**

1 – “Segundo os pesquisadores, os fatores que mais contribuíram para a queda foram a redução da taxa de fecundidade (de 2,38 filhos para 1,9 filho por mulher) e os aumentos da escolaridade e da renda real média no período”.

#### **b) anônimas (0)**

#### **c) nomeadas entre aspas**

1 – “A queda na taxa foi maior nos grupos etários mais jovens”, pesquisador Luiz Antônio Oliveira.

2 – “Ela está se emancipando no mercado de trabalho”, presidente do IBGE, Wasmália Bivar.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 – “A pesquisa [...] revelou ainda que o Brasil está atrás de países como Chile, Uruguai, Argentina, México e Porto Rico”.

2 – “Segundo o coordenador da pesquisa, Luiz Antônio de Oliveira, o resultado puxou a redução no Brasil”.

3 – “Para o demógrafo Wilson Fusco, da Fundação Joaquim Nabuco, em Pernambuco, esse dado é reflexo dos investimentos sociais, como saneamento e saúde”.

- **Descrição** - Matéria destaca a queda da mortalidade infantil pela metade no Brasil em 10 anos, mas ressaltando que apesar do ganho, o Brasil ainda está distante das taxas

obtidas por países europeus e, de países como Chile, Uruguai, Argentina, México e Porto Rico.

**- Enquadramento**

**a) seleção** – O Brasil teve queda sensível na mortalidade infantil na última década. “A mortalidade infantil no Brasil caiu quase pela metade na última década. De cada mil crianças nascidas vivas (até um ano de idade), 15,6 morriam em 2010. Em 2000, essa proporção era de 29,7, redução de 47,5%”.

**b) ênfase** - A queda na taxa de fecundidade e os aumentos da escolaridade e renda foram os principais motivos da redução da mortalidade infantil. “Segundo os pesquisadores, os fatores que mais contribuíram para a queda foram a redução da taxa de fecundidade (de 2,38 filhos para 1,9 filho por mulher) e os aumentos da escolaridade e da renda real média no período”.

**c) exclusão:** Cita-se a melhoria dos indicadores sociais em questão, mas a reportagem não faz menção que esta redução está atrelada a programas sociais recentes, introduzidos justamente na janela temporal da análise, após 2002. Destaca-se mais a queda da fecundidade do que as melhorias sociais que contribuíram para a queda da mortalidade infantil.

**- Construção de agenda** – A mortalidade infantil caiu sensivelmente na última década graças especialmente a diminuição da taxa de fecundidade.

**Quadro 74**

**- Gênero:** Reportagem

**- Data da edição:** 3/5/2012

**- Título da matéria:** Prematuridade é a 2ª causa de morte infantil

**- Subtítulo:** Relatório das Nações Unidas traçou quadro mundial do problema; no Brasil, 9,2% dos bebês nascem antes do tempo

**- Fontes**

**a) genéricas** (0)

**b) anônimas** (0)

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Em números relativos, o Brasil tem 9,2 prematuros para cada cem nascimentos. É uma taxa intermediária, mas é um sinal de atenção”, José Belizan, cientista do IECS (Instituto de Políticas de Saúde e Efetividade Clínica), da Argentina.

2 – “Nossos números são altos, mas nos dados do ministério não são tão grandes quanto os do levantamento”, Dário Pasche, diretor do Ministério da Saúde.

3 – “Em países pobres, mais de 90% dos prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestação) morrem nos primeiros dias de vida, enquanto menos de 10% deles morrem nos países mais ricos”, Christopher Howson, co-editor do relatório.

4 – “Crianças sobreviveriam com ações simples e efetivas, como injeções de corticoides nas grávidas (para ‘amadurecer’ a capacidade pulmonar dos bebês)”, Belizan, cientista do IECS.

#### **d) nomeadas sem aspas**

1 - “As complicações decorrentes de partos prematuros são a segunda maior causa de mortalidade entre crianças com menos de cinco anos no mundo, atrás só da pneumonia”, relatório da OMS (Organização Mundial da Saúde).

2 - “Para o relatório, nos países mais pobres, os prematuros, em geral, nascem de grávidas com problemas de saúde como hipertensão, diabetes e HIV, além de fatores de risco como tabagismo, alcoolismo e consumo de outras drogas”.

3 – “Na opinião de Dário Pasche, diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, a alta quantidade de cesarianas marcadas com antecedência no Brasil é um fator que impulsiona a quantidade de prematuros”.

- **Descrição** – Demonstra que a segunda maior causa de mortalidade infantil no mundo está relacionada ao nascimento de prematuros. Busca explicar as principais causas do nascimento de prematuros, demonstrando que a incidência em países ricos e pobres é diferente e causada por motivos também diferentes.

#### **- Enquadramento**

**a) seleção** – Os motivos dos nascimentos prematuros são relacionados a grávidas com problemas de saúde nos países pobres e gravidez tardia nos países ricos. “[...] nos países mais pobres, os prematuros, em geral, nascem de grávidas com problemas de saúde [...] já nos países desenvolvidos, o problema parece tender mais para questões como a gravidez tardia e o maior acesso à fertilização *in vitro*”.

**b) ênfase** - Relação entre aspectos financeiros e saúde, tanto no que tange ao número de nascimentos prematuros quanto em relação às mortes: “Em países pobres, mais de 90% dos prematuros extremos (menos de 28 semanas de gestação) morrem nos primeiros dias de vida, enquanto menos de 10% deles morrem nos países mais ricos”

**c) exclusão** - Há uma divergência entre os dados do Ministério da Saúde e os do relatório da OMS, que não foi explicada ou mesmo discutida.

- **Construção de agenda** – A prematuridade e as complicações provocadas no parto são as principais causas de morte de crianças no mundo. “As complicações decorrentes de partos prematuros são a segunda maior causa de mortalidade entre crianças com menos de cinco anos no mundo, atrás só de pneumonia”, relatório da OMS (Organização Mundial da Saúde).

## **Quadro 75**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 03/08/2013

- **Título da matéria:** Brasil reduz mortalidade, mas fica atrás de vizinhos

- **Subtítulo:** Taxa de morte de crianças é pior que países como Chile e Argentina

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 - “Apesar da queda forte, o Nordeste continua liderando a mortalidade infantil”, gerente do projeto de dinâmica demográfica do IBGE, Fernando Albuquerque.

2 - “As diferenças regionais hoje são bem menores do que há 30 anos, mas ainda são uma marca do país”, gerente do projeto de dinâmica demográfica do IBGE, Fernando Albuquerque.

3 - “São programas de vacinação, saneamento básico, acompanhamento à gestante, maior acesso à alimentação com o aumento de renda, acesso a médicos, remédios”, gerente do projeto de dinâmica demográfica do IBGE, Fernando Albuquerque.

4 - “Esse diferencial poderia ter sido menor se não fossem os óbitos violentos que acontecem mais entre os homens”, gerente do projeto de dinâmica demográfica do IBGE, Fernando Albuquerque.

5 - “Nunca me recuperei. Tento me manter lúcida”, Maria José da Silva, mãe.

**d) nomeadas sem aspas**

1 - “De acordo com pesquisa divulgada ontem pelo IBGE [...], a chance de um recém-nascido não completar o primeiro ano de vida caiu de 69,1 para 16,7 por mil nascidos vivos entre 1980 e 2010”.

2 - “De acordo com dados da ONU, o Brasil ocupa a 97ª posição no *ranking* da mortalidade infantil com 16,74 mortes em cada mil nascimentos, e é superado por países como Chile (6,54) e Argentina (12,42).”



3 – “Dois Estados que foram representados por presidentes da República na história recente do país – Maranhão, José Sarney e Alagoas, Fernando Collor – patinam nos indicadores de expectativa de vida, segundo IBGE”.

4 – “Segundo o governo alagoano, 93% das vítimas de homicídio em 2012 eram homens e, 60% tinham até 29 anos”.

- **Descrição** – Destaca-se a redução da mortalidade infantil em 75,8% no Brasil nos últimos 30 anos. Porém, os números ainda estão longe dos melhores resultados mundiais. O Nordeste foi a região que teve a maior queda, no entanto, ainda lidera a mortalidade infantil no país.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – Destaca-se que em 30 anos, o índice de mortalidade infantil caiu de 69,1 para 16,7 para mil nascidos vivos; a expectativa de vida aumentou 11,3 anos. “De acordo com pesquisa divulgada ontem pelo IBGE [...], a chance de um recém-nascido não completar o primeiro ano de vida caiu de 69,1 para 16,7 por mil nascidos vivos entre 1980 e 2010”.

**b) ênfase** – O Nordeste ainda lidera a mortalidade infantil no Brasil. “Apesar da queda forte, o Nordeste continua liderando a mortalidade infantil”, gerente do projeto de dinâmica demográfica do IBGE, Fernando Albuquerque.

**c) exclusão** – A maioria das reportagens sobre mortalidade infantil afirma que a taxa caiu, mas os números ainda são altos se comparados com outros países. Porém, nenhuma delas apresenta o que esses países que são usados para comparação fazem para combater a mortalidade infantil.

- **Construção de agenda** - Apesar da melhoria dos índices de mortalidade infantil e da expectativa de vida, os indicadores do país ainda estão longe do ideal. “De acordo com dados da ONU, o Brasil ocupa a 97ª posição no *ranking* na mortalidade infantil com 16,74 mortes em cada mil nascimentos, e é superado por países como Chile (6,54) e Argentina (12,42).”

**Quadro 76**

- **Gênero:** Reportagem

- **Data da edição:** 22/11/2014

- **Título da matéria:** Do que morremos

- **Subtítulo:** não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas**

1 – “Quando uma criança morre, fora a tragédia, perdemos até 80 anos na conta da expectativa de vida; quando um idoso morre, perdem-se apenas alguns”, Alexandre Chiavegatto, da Faculdade de Saúde Pública da USP.

2 – “Doença cardiovascular é doença de país rico”, Roberto Kalil Filho, cardiologista.

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Segundo um novo artigo na revista científica ‘Lancet’, em primeiro lugar como causa de morte infantil no Brasil estão agora as complicações relacionadas ao parto prematuro”.

2 – “A oncologista Maria del Pilar Diz, coordenadora do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, cita ainda que o aumento de casos se deve também a causas como obesidade, que aumenta o risco de alguns tipos de câncer, e exposição a fatores cancerígenos, por exemplo, na poluição”.

3 – “Segundo José Eluf, professor da Faculdade de Medicina da USP e diretor da Fundação Oncocentro, se descontarmos justamente o envelhecimento da população, a mortalidade devida ao câncer, na verdade, está diminuindo”.

4 – “Del Pilar explica que, a partir das décadas de 1980 e 1990, os fatores que causam câncer, como hábitos de vida e fatores genéticos, passaram a ser melhor estudados”.

- **Descrição** – Tendo como base um artigo da revista “Lancet”, a reportagem apresenta as causas de mortalidade no Brasil, tanto entre os recém-nascidos quanto entre adultos. Em geral, revela a queda do número de mortes por doenças infecciosas e o aumento de casos de câncer e doenças circulatórias. Entre recém-nascidos, aponta as complicações relacionadas ao parto prematuro como as principais causas.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – Em geral, diminuição das mortes por doenças infecciosas e aumento do número de mortes por câncer e doenças cardiovasculares, destacando a queda na mortalidade infantil. “Pela primeira vez, a principal causa de morte de recém-nascidos no mundo não são as doenças contagiosas, como tuberculose, pneumonia e diarreia”.

**b) ênfase** – Relaciona a diminuição da mortalidade infantil com o aumento da expectativa de vida do brasileiro. “Quando uma criança morre, fora a tragédia, perdemos até 80 anos na conta da expectativa de vida; quando um idoso morre, perdem-se apenas alguns”, Alexandre Chiavegatto, da Faculdade de Saúde Pública da USP.

**c) exclusão** - Ao citar que a principal causa da mortalidade infantil são as complicações relacionadas aos partos prematuros, não demonstra se houve aumento destes no país. Tampouco se debatem políticas públicas que contribuam com a diminuição.

- **Construção de agenda** – As doenças infecciosas deixaram de ser o principal motivo de morte no país, dando lugar às doenças cardiovasculares. “Não é difícil entender: fatores como má alimentação, estresse e falta de atividade física são suas principais causas”. Entre os recém-nascidos, merecem destaque as complicações relacionadas à prematuridade.

### **Quadro 77**

- **Gênero:** Editorial

- **Data da edição:** 01/12/2014

- **Título da matéria:** Vitória sobre infecções

- **Subtítulo:** Não

- **Fontes**

**a) genéricas (0)**

**b) anônimas (0)**

**c) nomeadas entre aspas (0)**

**d) nomeadas sem aspas**

1 – “Um estudo recente que modelou dados de 194 países mostra que, dos 6,3 milhões de crianças com até cinco anos de idade que morreram em 2013, 52% faleceram devido a moléstias infecciosas. Três anos antes, era 64%”, periódico científico The Lancet.

2 – “Segundo os autores da pesquisa, publicada no periódico médico britânico ‘The Lancet’ no mês passado, as 3,6 milhões de mortes a menos registrada em 2013 em relação a 2000 podem ser atribuídas a ganhos no controle da pneumonia, diarreia e sarampo”.

- **Descrição** – O editorial comemora o que chama de “vitória sobre infecções”. Para tanto, cita uma pesquisa que revela a redução dos casos de mortes infantis por moléstias infecciosas. O desafio agora é ainda maior, já que as chamadas ações fáceis, como “oferecer água tratada e esgoto, fazer campanhas de vacinação e pelo aleitamento materno” já cumpriram o seu papel. As mortes agora estão concentradas no período neonatal e sofrem menos influência do ambiente. O texto também destaca as diferenças regionais no planeta como um grande desafio.

- **Enquadramento**

**a) seleção** – A fase fácil da redução da mortalidade infantil, causada pelas infecções, já foi superada. O desafio agora é diminuir a mortalidade infantil no período neonatal. “A medida que se registram reduções nas mortes por infecções, os óbitos neonatais (até o 28º dia de vida), tendem a ganhar preponderância – e as iniciativas para enfrentá-los se tornam cada vez mais individualizadas e caras”.

**b) ênfase** – O texto chama atenção para as desigualdades regionais em relação à mortalidade infantil, comparando países da África Subsaariana e países desenvolvidos. “Enquanto Estados desenvolvidos já baixaram há vários anos a mortalidade infantil para faixas inferiores a 10 óbitos por mil nascimentos com vida e nações emergentes estão chegando lá, países da África subsaariana continuam mal”.

**c) exclusão** – O texto diz que o desafio a partir de agora é vencer os óbitos neonatais, porém não apresenta as causas de mortes nesse período de vida da criança.

- **Construção de agenda** – O combate à mortalidade infantil é cada vez mais difícil e depende de ações individualizadas e caras. “À medida que se registram reduções nas mortes por infecções, os óbitos neonatais (até o 28º dia de vida), tendem a ganhar preponderância – e as iniciativas para enfrentá-los se tornam cada vez mais individualizadas e caras”.

**Apêndice 2 – Datas, manchetes e links de matérias que foram chamadas de capa do Jornal Folha de São Paulo, 1990 – 2015**

<b>Data</b>	<b>Título</b>	<b>Local</b>	<b>link</b>
08/03/1990	* Paulistas tem esperança de vida maior	pg 1	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/1990/03/08/339//721375">http://acervo.folha.com.br/fsp/1990/03/08/339//721375</a>
19/10/1990	* 40% dos brasileiros passam fome; desnutrição atinge 30% das crianças	pg 1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1990/10/19/339/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1990/10/19/339/</a>
20/12/1990	* Mil crianças morrem ao dia no País, diz Unicef	pg 3	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1990/12/20/339/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1990/12/20/339/</a>
21/12/1990	* Calamidade infantil	pg 2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1990/12/21/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1990/12/21/2/</a>
06/08/1993	* Cai taxa de mortalidade infantil no município	pg 08	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1993/08/06/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1993/08/06/264/</a>
10/06/1994	* Pastoral registra aumento 'alarmante' na mortalidade	pg 04	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/10/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/10/2/</a>
11/06/1994	* A morte do futuro	pg 02	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/11/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/11/2/</a>
14/06/1994	* Santillo aponta 'genocídio' de crianças	pg 11	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/14/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/14/2/</a>
24/06/1994	* Santillo diz a Conselho que faltam recursos	pg 08	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/24/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1994/06/24/2/</a>
07/02/1995	* Mortalidade infantil em SP cai para metade em 13 anos	pg 02	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1995/02/07/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1995/02/07/264/</a>
26/02/1995	* Real faz mortalidade cair, diz Pastoral	pg 14	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1995/02/26/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1995/02/26/2/</a>
12/05/1996	* Prevenção funciona em cidades do País	Pg 8,-11 e 14	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/05/12/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/05/12/2/</a>
14/05/1996	* Saúde agonizante	Pg 1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/05/14/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/05/14/2/</a>
14/05/1996	* Números da mortalidade infantil são irreais	Pg 7	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/05/14/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/05/14/2/</a>
08/06/1996	* Ação contra a mortalidade fica sem verbas	Pg 8	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/06/08/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/06/08/2/</a>
24/06/1996	* Mais de 1 bilhão vive só com US\$ 1 ao dia	Pg 4	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/06/24/263/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/06/24/263/</a>
12/12/1996	* Brasil é o 63º pior em morte de crianças	Pg 6	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/12/12/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1996/12/12/264/</a>
15/08/1997	* Cai taxa de mortalidade infantil em SP	pg 8	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1997/08/15/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1997/08/15/264/</a>
19/11/1997	* Miséria Remediável	Pg 2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1997/11/19/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1997/11/19/2/</a>
16/12/1997	* Um plano contra a miséria	Pg 2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1997/12/16/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1997/12/16/2/</a>
04/05/1998	* Aids, crime e droga ameaçam teen do século 21	pg 6	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/05/12/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/05/12/264/</a>
28/05/1998	* Obras de saneamento reduziram a mortalidade infantil em 21%	pg 12	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/05/28/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/05/28/264/</a>
24/08/1998	* Seca faz mortalidade infantil crescer 180%	pg 5	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/08/24/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/08/24/2/</a>

09/09/1998	* RS é o melhor Estado, e PI, o pior	pg 13	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/09/09/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/09/09/2/</a>
14/10/1998	* Mortalidade Infantil	pg 2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/10/14/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/10/14/2/</a>
16/11/1998	* Mortalidade entre negros no país supera a da África	pg 2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/11/16/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/11/16/264/</a>
19/04/1999	* Miséria e reforma do Estado	pg 2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/04/19/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/04/19/2/</a>
08/07/1999	* SP bate recorde de redução de índice de mortalidade infantil	pg 10	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/07/08/264/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/07/08/264/</a>
20/07/1999	* Brasil descumpre 10 metas da Unicef	pg 5	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/07/20/73/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/07/20/73/</a>
21/07/1999	* Décadas de mortes	pg 2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/07/21/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/07/21/2/</a>
08/08/1999	* País tem Africa e Canadá da mortalidade	pg 8	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/08/08/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1999/08/08/2/</a>
20/04/2000	* É básico	pg 02	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2000/04/20/2/">http://acervo.folha.com.br/fsp/2000/04/20/2/</a>
30/04/2000	* Especial Retrato do Brasil: Crianças pobres morrem mais em SP	pg 01	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2000/04/30/262/">http://acervo.folha.com.br/fsp/2000/04/30/262/</a>
16/07/2000	* Crescem as mortes de crianças	pg C01	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2000/07/16/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2000/07/16/15/</a>
30/07/2010	* Redução das mortes de bebês de até 1 mês é mais lenta	pg C1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2010/07/30/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2010/07/30/15/</a>
16/08/2000	* Diminui a mortalidade de bebês em SP	pg C01	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2000/08/16/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2000/08/16/15/</a>
17/08/2000	* Foco na Mulher	pg A02	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2000/08/17/2/">http://acervo.folha.com.br/fsp/2000/08/17/2/</a>
16/02/2001	* Água contaminada leva 10 bebês á morte	pg C11	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2001/02/16/43/">http://acervo.folha.com.br/fsp/2001/02/16/43/</a>
24/03/2001	* Social melhora, mas desigualdade cresce	pgs C08	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/03/24/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/03/24/15/</a>
05/04/2001	* Desigualdade permanece no país nos anos 90	pgs C01,3,5-06	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2001/04/05/15/">http://acervo.folha.com.br/fsp/2001/04/05/15/</a>
22/06/2001	* Florianópolis é a capital com menor índice de mortalidade infantil	pg C08	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/06/22/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/06/22/15/</a>
16/08/2001	* Brasil descumpre metas para crianças	pg C07	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2001/08/16/15/">http://acervo.folha.com.br/fsp/2001/08/16/15/</a>
18/09/2001	* No limite	pg A02	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/09/18/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/09/18/2/</a>
22/10/2001	* Guerra incentiva 'exportação' de pastoral	pg C03	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/10/22/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2001/10/22/15/</a>
17/02/2002	* Filha supera o pai em áreas que dependem da ação do estado	pgs A11 e 12	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/02/17/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/02/17/2/</a>
09/05/2002	* Pesquisa aponta redução da mortalidade infantil	pg A5	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/05/09/202/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/05/09/202/</a>
13/05/2002	* Mortalidade Infantil	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/05/13/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/05/13/2/</a>

28/05/2002	* Morte de bebês cresce em 38 distritos de SP	pg C1 e C3	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/05/28/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/05/28/15/</a>
23/10/2002	* Mortalidade infantil cai, mas melhora é mais lenta sob FHC	pg 11	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/10/23/125/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/10/23/125/</a>
19/12/2002	* Redução da MI é mais lenta; luta contra a Aids é sucesso	pg 14	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/12/19/210/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2002/12/19/210/</a>
07/03/2003	* Pobres têm taxa de fecundidade 'africana'	pg C4	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2003/03/07/15/#">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2003/03/07/15/#</a>
18/06/2003	* Boa Notícia	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2003/06/18/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2003/06/18/2/</a>
08/07/2003	* Brasil sobre para 65º índice da ONU	pg A9	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2003/07/08/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2003/07/08/2/</a>
16/02/2004	* Em São Paulo, desigualdade cresce na saúde	pg C1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2004/02/16/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2004/02/16/15/</a>
12/06/2004	* Mortalidade infantil é elevada até na elite	pg C1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2004/06/12/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2004/06/12/15/</a>
31/08/2004	* País terá em 2050 indicador Japão atual	pg C1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2004/08/31/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2004/08/31/15/</a>
01/03/2005	* Desnutrição também mata 5 crianças xavantes	pg A9	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2005/03/01/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2005/03/01/2/</a>
31/03/2005	* Objetivos do Milênio - Média Nacional esconde grandes disparidades	pg 5	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2005/03/31/665/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2005/03/31/665/</a>
02/12/2005	* Expectativa de vida no país atinge 71,7 anos	C4	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2005/12/02/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2005/12/02/15/</a>
15/04/2006	* Ensino e fecundidade	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/04/15/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/04/15/2/</a>
13/05/2006	* Um dia de vida	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/05/13/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/05/13/2/</a>
20/10/2007	* Licença civilizada	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2007/10/20/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2007/10/20/2/</a>
28/11/2007	* IDH alto esconde desigualdades	pg A18	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2007/11/28/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2007/11/28/2/</a>
28/11/2007	* Saneamento para todos só em 2122, diz FGV	pg C4	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2007/11/28/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2007/11/28/15/</a>
23/01/2008	* Mortalidade de crianças no Brasil caiu 65% desde 1990	pg C1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/01/23/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/01/23/15/</a>
24/01/2008	* Avanço notável	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/01/24/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/01/24/2/</a>
12/04/2008	* Mortes de crianças no País caem 65%	pg C7	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/04/12/52/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/04/12/52/</a>
07/11/2008	* O nó do saneamento	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/11/07/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2008/11/07/2/</a>
01/03/2009	* Estudo aponta falhas no cuidado com bebês	pg C4	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2009/03/01/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2009/03/01/15/</a>
02/03/2009	* Bebês sob risco	pg A2	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2009/03/02/2/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2009/03/02/2/</a>
16/07/2009	* Mortalidade Infantil cai pela metade em SP em 13 anos	pgs C1 e C3	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2009/06/20/73/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2009/06/20/73/</a>
30/07/2010	* Redução das mortes de bebês de até 1 mês é mais lenta	pg C1	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2010/07/30/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2010/07/30/15/</a>
20/04/2011	* Vacinação contra rotavirus diminuiu mortalidade infantil	pg C14	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2011/04/20/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2011/04/20/15/</a>

28/04/2012	* Mortalidade infantil cai pela metade em 10 anos, diz IBGE	pg C6	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2012/04/28/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2012/04/28/15/</a>
03/05/2012	* Prematuridade é a 2ª causa de morte infantil	pg C10	<a href="http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2012/05/03/15/">http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2012/05/03/15/</a>
03/08/2013	* Brasil reduz mortalidade, mas fica atrás de vizinhos	pg C8	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2013/08/03/15//5886741">http://acervo.folha.com.br/fsp/2013/08/03/15//5886741</a>
22/11/2014	* Do que morremos	pg C7	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2014/11/22/15//5970957">http://acervo.folha.com.br/fsp/2014/11/22/15//5970957</a>
01/12/2014	* Vitória sobre infecções	pg A2	<a href="http://acervo.folha.com.br/fsp/2014/12/01/2//5972558">http://acervo.folha.com.br/fsp/2014/12/01/2//5972558</a>