

# ANÁLISE DOS DISCURSOS MÉDICOS NA IMPRENSA SOBRE A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS BRASIL

*Renato da Silva* (UNIGRANRIO)  
[redslv@unigranio.edu.br](mailto:redslv@unigranio.edu.br)

## RESUMO

Em 2002 tivemos os primeiros casos de uma doença SARS-CoV (Síndrome Respiratória Aguda Grave) causada pelo coronavírus no mundo. Apesar de quadros clínicos semelhantes no início da doença o coronavírus é diferente do vírus da influenza. A disseminação foi rápida atingindo mais de doze países em quatro continentes. O SARS-Cov apresenta em 2012 uma nova versão que incidiu principalmente no Oriente Médio. Os surtos de MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio) tinham até maio de 2014 confirmados laboratorialmente 681 casos destes 204 óbitos relatados pela OMS. No início de 2020, o coronavírus chega ao Brasil Neste sentido, considero fundamental a análise histórica das duas primeiras décadas século XXI. A história do tempo presente se faz urgente no contexto atual. A metodologia de pesquisa principal será análise histórica através de uma profunda revisão bibliográfica exploratória descritiva, de fontes primárias e secundárias com objetivo a interpretação do tema proposto. Conclui-se inicialmente a importância do estudo que procura compreender o funcionamento das políticas de saúde pública relacionadas às experiências do passado. A construção dessa memória pode representar mais que uma síntese importante da nossa história social e política, ela pode redirecionar ações e corrigir equívocos da conjuntura que vivenciamos.

## Palavras-chave:

Coronavírus. Imprensa. Discursos médicos.

## ABSTRACT

In 2002 we had the first cases of a SARS-CoV disease (Severe Acute Respiratory Syndrome) caused by the coronavirus in the world. Despite similar clinical conditions at the beginning of the disease, the corona virus is different from the influenza virus. The spread was rapid, reaching more than twelve countries on four continents. SARS-Cov presents in 2012 a new version that focused mainly on the Middle East. Outbreaks of MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome) had until May 2014 laboratory confirmed 681 cases of these 204 deaths reported by WHO. At the beginning of 2020, the coronavirus arrives in Brazil. In this sense, I consider the historical analysis of the first two decades of the 21<sup>st</sup> century to be fundamental. The history of the present time insurgent in the current context. The main research methodology will be historical analysis through a profound descriptive exploratory bibliographic review, from primary and secondary sources in order to interpret the proposed theme. The importance of the study that seeks to understand the functioning of public health policies related to past experiences is initially concluded. The construction of this memory can

**represent more than an important synthesis of our social and political history, it can redirect actions and correct mistakes in the situation we are experiencing.**

**Keywords:**

**Coronavirus. Press. Medical speeches.**

## **1. Introdução**

Diferentes coronavírus causam diversas doenças em animais desde a peritonite infecciosa felina, a primeira das doenças causadas por coronavírus a ser registrado em 1912. Em 1937 o primeiro coronavírus foi isolado em galinhas. Os coronavírus (CoV) foram descobertos em meados da década de 1960 como uma doença também humana (SILVA, 2003, p. 273). São compostos por uma grande família de vírus. A denominação do nome do vírus está associado à sua aparência em forma de coroa. Podem causar desde um resfriado comum até síndromes respiratórias graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS, do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS, do inglês Middle East Respiratory Syndrome). Os vírus foram denominados SARS-CoV e MERS-CoV, respectivamente.

The first two coronaviruses demonstrated to cause respiratory infections in humans, the coronaviruses 229E and OC43, were identified in the 1960s. They were held responsible for respiratory infections of moderate severity in humans. Despite these viruses being identified in several reports as causing lower respiratory tract infections, it was generally accepted that coronaviruses were of low pathogenicity until the emergence of SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus) in 2002, a virus with a fatality rate estimated at 10%. The SARS outbreak that resulted in more than 8400 cases was finally contained two years later, in 2004, and the virus has not been detected again since [4]. There was renewed interest in coronavirus research following the SARS epidemic, and two novel endemic human coronaviruses were identified, NL63 and HKU1 respectively in 2004 and 2005, but could not be replicated in cell culture. Both of these new viruses were responsible for respiratory infections of moderate seriousness like the coronaviruses 229E and OC43. Great effort has been made to identify coronaviruses in animal populations, both before and after the SARS outbreak, in order to better understand and control the risk of animal-to-human transmission. This resulted in the discovery of coronaviruses in numerous animal species, with a few exceptions such as sheep and goats, fish and non-human primates (BLEIBTREU *et al.*, 2019, p. 2)

No final do ano 2002, um surto de uma doença respiratória ocorreu em Guangdong, província chinesa situada no sudoeste do país. A princípio interpretada como um surto de pneumonia atípica, foi isolada a

*Chlamydia pneumoniae* de quatro pacientes. Os governantes chineses não deram atenção aos casos. Três meses depois em fevereiro de 2003 novos casos foram notificados em Hong Kong, região vizinha, e em Hanói, no Vietnã, não muito distante de Guangdong. Nesses dois locais, e logo depois em Cingapura e em Toronto, Canadá, ficou evidente a elevada transmissibilidade da síndrome no ambiente hospitalar, onde houve a ocorrência de casos secundários e óbitos entre pessoal hospitalar, o que levou interdição do de hospitais em Cingapura, Toronto e Hong Kong (SILVA, 2003).

O que assustou a epidemia de SARS (2002-2003) não foi o número de casos ou da sua letalidade. E sim sua capacidade de disseminação numa velocidade rápida. Em cinco meses a SARS foi registrada em vinte cinco países; em seis, identificada a transmissão autóctone. Na China, Hong Kong e Canadá, houve continuidade do tipo de transmissão local (SILVA, 2003, p. 274). Em julho de 2003, a OMS declarou o fim da epidemia com 8.026 casos e 774 óbitos (PAULES *et al.*, 2020).

A síndrome respiratória do Oriente Médio, ou MERS, é uma doença provocada por outra variante dos coronavírus, o MERS-CoV. Essa nova cepa, é muito contagiosa, foi isolada pela primeira vez em humanos em 2012, num paciente da Arábia Saudita que, além dos sintomas respiratórios, apresentava uma forma grave de pneumonia e complicações renais. Posteriormente, novos casos foram diagnosticados não só na Arábia Saudita e em alguns países asiáticos, mas também na Europa, na África e nos Estados Unidos. Em todos eles, foi constatado que o paciente estivera, recentemente, num país do Oriente Médio, ou entrado em contato próximo com pessoas que já chegaram doentes dessa região.

## **2. História da pandemia de coronavírus no mundo e no Brasil**

A pandemia de coronavírus, também conhecida como pandemia de COVID-19, é uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). A patologia foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China, em 1 de dezembro de 2019, mas o primeiro caso foi reportado apenas no dia 31 de dezembro. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto de coronavírus, que havia chegado a todos os continentes, era uma pandemia. A doença foi denominada COVID 19 e o novo coronavírus SARS-Cov -2.

Os primeiros casos de Covid-19 na Europa foram notificados na França em 24 de janeiro de 2020, nas cidades de Bordeaux e Paris. Os três primeiros pacientes tinham retornado de viagem à China. A França foi então o décimo país no mundo a confirmar casos da doença. A Itália registrou seus primeiros casos em 31 de janeiro e desde então o país entrou em estado de emergência. No dia 13 março a OMS comunicou que a Europa seria o epicentro da pandemia. Castigando países como Itália e Espanha e se propagando rapidamente e apresentando números maiores que a Ásia, o Velho Continente é assombrado mais uma vez por uma nova pandemia. Na metade do mês de abril, quatro meses depois do início da epidemia na China, já havia registros de mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo por COVID-19 (WERNECK; CARVALHO, 2020).

No início de maio a pandemia do novo coronavírus já havia causado a morte de mais de 140.000 pessoas na Europa, o que representava aproximadamente 63% das vítimas fatais no mundo. Com mais de 1.2 milhões de casos confirmados, a Europa era até então o continente mais afetado pela COVID-19. Dos dez países com mais casos sete era europeus: EUA, Espanha, Itália, Reino Unido, França, Alemanha, Turquia, Rússia, Brasil e Irã. No mesmo mês de maio o Reino Unido ultrapassou a Espanha e a França em número de mortes (28,1 mil; 25,1 mil e 24,8 mil, respectivamente).

Itália continuava sendo o país europeu mais afetado (CENTRO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS EM SAÚDE, p. 11).

Nos meses posteriores a maio, a Europa ainda continuaria sofrendo, no entanto, o epicentro da pandemia seria deslocado para as Américas. Primeiro EUA, que no final de maio se torna o primeiro país do mundo com a mais de 100.000 mortos. No início de julho, a soma de casos de COVID-19 dos estados norte americanos ultrapassam mais de 3 milhões, marca que supera qualquer outro país no mundo, no período. O EUA já havia registrado ainda na segunda quinzena de abril a triste marca de 4.591 óbitos em 24 horas (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL).

O Brasil o segundo país em número de mortes (153.730 – 17/10/2020) do mundo, só ficando atrás dos EUA (219.173 – 17/10/2020). Os dois países apresentam a triste marca de 1/3 de óbitos do mundo. (EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL). O primeiro caso registrado no Brasil de coronavírus ocor-

reu no dia 26 de fevereiro, e a primeira morte no dia 12 de março. A politização da pandemia no Brasil dificultou a implantação de medidas e ações mais eficazes no enfrentamento do COVID 19. No início os estados e municípios assumem o protagonismo no combate ao coronavírus em parte pela negação e a omissão governo federal. As informações desencontradas e equivocadas em relação as diretrizes da OMS foi a marca no país nos meses iniciais de tratamento do coronavírus. Por ironia, o primeiro ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta cai justamente quando o Ministério teve o discurso afinado com a OMS. O Brasil logo se torna epicentro da pandemia de COVID 19 no mundo. Em agosto, depois da demissão de dois ministros da saúde, casos de corrupção nas esferas municipais e estaduais, e sem dados precisos sobre a pandemia, o país atinge a triste marca de 100.000 óbitos. A imprensa, mesmo acusada de alarmismo pelo governo federal assumiu um papel fundamental e pedagógico que permitiu a difusão de informações e conhecimento a respeito do novo coronavírus.

### **3. *O discurso médico sobre a pandemia de coronavírus na imprensa: a guerra entre os homens e o vírus***

Os discursos médicos produzidos na imprensa sobre pandemia de coronavírus sinalizam o estado de grave que se encontra a população mundial. Os vírus são os “inimigos” dos homens há muito tempo. No entanto, os homens são inimigos da natureza a mais tempo, e os vírus fazem parte da natureza. A civilização está sobre ameaça da maior crise sanitária do século XXI. Uma crise interdependente, ambiental e social.

Na pandemia de COVID 19, a imprensa é o principal veículo de informações das populações. Em países que governos negam a pandemia ou se omitem de responsabilidade, o papel dos jornais, seja televisivo, impreso ou no ciberespaço, fica evidente como transmissor pedagógico fundamental para a sociedade.

**BBC Brasil**

26 janeiro 2020

**Com casos confirmados em 13 países, coronavírus é transmissível antes dos sintomas aparecerem.**

*[...] Em humanos, o período de incubação — no qual a pessoa tem a doença, mas nenhum sintoma — varia entre um e 14 dias, segundo as autoridades.*

*Sem os sintomas, a pessoa pode não saber que tem a infecção, mas já estar espalhando a doença...*

*Nomeado oficialmente de 2019-nCoV, o novo coronavírus é similar a outros dois identificados nas últimas décadas.*

*Um deles foi responsável por causar a Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars, na sigla em inglês), e matou 774 das 8.098 infectadas em uma epidemia que começou na China em 2002.*

*Outro esteve por trás da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (Mers, na sigla em inglês), que matou 858 dos 2.494 pacientes identificados com a infecção desde 2012 nesta região do mundo.*

*Até o momento, entre os quase 4 mil casos notificados do 2019-nCoV, houve 106 mortes — todas na China.*

*O novo vírus causa infecção respiratória aguda.*

*Sintomas começam com uma febre, seguida de tosse seca e, depois de uma semana, leva a falta de ar. Ainda não há cura nem vacina.*

*No momento, nenhum caso do 2019-nCoV foi confirmado no Brasil — e, segundo o governo federal e epidemiologistas ouvidos pela BBC News Brasil, mesmo que isso ocorra, o risco é baixo de que haja um surto por aqui.*

*O infectologista Benedito Antonio Lopes da Fonseca, professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, avalia que não há motivos para a população brasileira ter receios no momento sobre o surto do 2019-nCoV ao Brasil.*

*O infectologista Marcos Boulos, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, explica que o novo coronavírus é preocupante por ser desconhecido, mas que sua disseminação, na China e internacionalmente, é aparentemente mais "suave" do que as do Sars e do Mers. (Disponível: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51258799>. Acessado no dia 20 de julho de 2020.)*

## **FOLHA DE SÃO PAULO**

28.Jan.2020

**Coronavírus: veja o que já checamos sobre a pandemia que atinge o mundo.**

*O novo coronavírus pode causar febre, tosse, falta de ar, problemas gástricos e diarreia. O vírus é da mesma família que os micro-organismos causadores da SARS (sigla em inglês para Severe Acute Respiratory Syndrome), epidemia também iniciada na China e que matou 774 pessoas entre novembro de 2002 e julho de 2003. Também é dessa família o vírus*

*responsável pela MERS (sigla em inglês para Middle East Respiratory Syndrome), doença respiratória identificada em 2012, na Arábia Saudita, cuja taxa de mortalidade é de cerca de 38%. (https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/01/28/coronavirus-o-que-quecamos/. Acessado no dia 20 de julho de 2020.)*

Nesses dois pequenos trechos publicados nos jornais no início do período da pandemia, as informações precoces se apoia na legitimidade dos profissionais da área da medicina e das ciências da saúde com intuito de dar respostas a demandas sociais. Apresentando um discurso mais técnico logo veremos a tradução dessa linguagem para alcançar a sociedade. A transformação de uma pequena ameaça para uma crise grave exige um discurso simplificado, no entanto, científico. No Brasil, em particular o conhecimento da doença, baseado numa agenda epidemiológica ganhou uma concorrência verborrágica das chamadas redes de relações virtuais que assumem um pseudopapel pedagógico de enfiamento da doença. Uma parte da imprensa televisiva, virtual e impressa tomam um espaço deixado principalmente pelo governo federal, e passa a exercer o papel educador sobre a pandemia.

#### **4. Considerações finais**

A civilização está sobre ameaça da maior crise sanitária do século XXI. Uma crise interdependente, ambiental e social. Na pandemia de COVID 19, a imprensa é o principal veículo de informações das populações. Em países que governos negam a pandemia ou se omitem de responsabilidade, o papel dos jornais, seja televisivo, impresso ou no ciberespaço, fica evidente como transmissor pedagógico fundamental para a sociedade. A imprensa, mesmo acusada de alarmismo pelo governo federal assumiu um papel importante e salutar que permitiu a difusão de informações e conhecimento a respeito do novo coronavírus.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BELLEI, Nancy; MELCHIOR, Taís Boim. H1N1: pandemia e perspectiva atual. *J BrasPatoMedLab* v. 47, n. 6, p. 611-617 dezembro 2011.

BENCHIMOL, Jaime Larry. O combate ao *Anophelesgambiae*. In: \_\_\_\_\_. (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 168-73

BLEIBTREUA, A.; BERTINEB, M.; BERTINA, C.; HOUHOU-FIDOUHB, N.; VISSEAU, B. Focus on Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). *Médecine et maladies infectieuses*. V. Xxx, 2019.

BOUDELAIS, Patrice. *Epidemics laid low: A history of what happened in rich countries*. JHU Press, 2006.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 16, n. 2, p. 113-18, 2007.

CUETO, Marcos. *Cold War, deadly fevers: malaria eradication in México, 1955-1975*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

\_\_\_\_\_. Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud latinoamericana, 1918-1940. In: CUETO, M. *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 198.

DINIZ, Debora. *Zika: do Sertão nordestino à ameaça global*. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DONALISIOI, Maria Rita; FREITAS, André Ricardo Ribas. *Chikungunya no Brasil: um desafio emergente*. II REV BRAS EPIDEMIOL JAN-MAR 2015; 18(1): 283-5

FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho; GOMES, Isaltina Maria de Azevedo Mello. A construção discursiva sobre a dengue na mídia. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 63-74, Mar. 2012.

HOCHMAN, Gilberto. From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-61. *CBMH/BCHM*, v. 25, n. 1, 2008. p. 169.

\_\_\_\_\_; MELLO, Maria Tereza Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Mangueinhos*, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 9, p. 249, 2002. Suplemento.

MCNEIL, Donald. *Zika: a epidemia emergente*. 1. ed. – São Paulo: Planeta, 2016.



PACKARD, Randall M. Malaria dreams: postwar visions of world. *Medical Anthropology*, v. 17, p. 279-96, 1997.

PAULES, Catharine I.; MARSTON, Hilary D.; FAUCI, Anthony S. *Coronavirus infections*. More than just the common cold. Downloaded From: <https://jamanetwork.com/> by a CDC – Center For Disease Control User on 01/24/2020.

POWERS A. M.; LOGUE C. H. Changing patterns of chikungunya virus: re-emergence of a zoonotic arbovirus. *Journal of General Virology*, 2007; 88(9), p. 2363-77.

SILVA, Renato da. *A guerra entre os homens e os mosquitos*. V. 1: a história das ações de combate e controle da malária no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2019. 266 p.

\_\_\_\_\_. Do Anophelesgambiae ao Aedes aegypti: a história das campanhas de controle e de erradicação da malária e suas lições para o combate às epidemias de dengue, zika e chikungunya no Brasil. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (Orgs). *Uma História Brasileira das Doenças*. V. 9. Belo Horizonte: Fino Traço, 2019. p. 7-20(c)

#### Outras fontes

World Health Organization, 2010, agosto 10. <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>. Acessado em 11 de agosto de 2020.

World Health Organization, 2018, abril. [https://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/maps-epicurves/en/](https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/maps-epicurves/en/) Acessado em 14 de agosto de 2020.