

CHARLES FURTADO VILELA

**A pandemia de COVID-19 na imprensa escrita brasileira:
representações das iniquidades em saúde e do papel do SUS**

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Santa Casa de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em
Saúde Coletiva.

São Paulo
2025

CHARLES FURTADO VILELA

A pandemia de COVID-19 na imprensa escrita brasileira: representações das iniquidades em saúde e do papel do SUS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra.
Rita de Cássia Barradas Barata

São Paulo
2025

Vilela, Charles Furtado

A pandemia de COVID-19 na imprensa escrita brasileira:
representações das iniquidades em saúde e do papel do SUS./
Charles Furtado Vilela. São Paulo, 2025.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Rita de Cássia Barradas Barata

1. Pandemia de COVID-19
2. Iniquidades em saúde
3. Determinantes sociais da saúde
4. Sistema Único de Saúde (SUS)
5. Imprensa

BC-FCMSCSP/50-25

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação intitulada “A pandemia de COVID-19 na imprensa escrita brasileira: representações das iniquidades em saúde e do papel do SUS”, de autoria de CHARLES FURTADO VILELA, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, foi avaliada e aprovada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Presidente da banca: Profa. Dra. Rita de Cássia Barradas Barata – FCMSCSP (orientadora)

Membro titular 1: _____

Membro titular 2: _____

Membro titular 3: _____

Suplente: _____

São Paulo, ____ de _____ de 2025.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

Agenda-setting (Teoria do Agendamento) [Comunicação]: Teoria que explica como a mídia define os temas prioritários da esfera pública ao selecionar o que deve receber atenção, influenciando a pauta do debate. (41).

Análise de Conteúdo [Metodologia]: Método de investigação sistemática de textos (o *corpus*) para identificar, categorizar e interpretar os significados e temas manifestos ou latentes (42).

Análise Temática [Metodologia]: Técnica da Análise de Conteúdo utilizada na dissertação para organizar os dados do *corpus* em categorias temáticas, permitindo a interpretação dos padrões narrativos (42).

Atenção Primária à Saúde (APS) [Saúde Coletiva]: Primeiro nível de atenção do SUS, porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, focada na prevenção e promoção da saúde no território. (Ministério da Saúde, PNAB).

Cobertura vacinal [Saúde Coletiva]: Indicador epidemiológico que mede a proporção da população-alvo que foi vacinada em determinado período, essencial para o controle de pandemias. (Ministério da Saúde, PNI).

Colapso sanitário [Saúde Coletiva]: Situação de incapacidade do sistema de saúde em atender à demanda da população, marcada pela escassez crítica de leitos, oxigênio e outros recursos essenciais.

Comorbidades [Saúde Coletiva]: Presença simultânea de duas ou mais doenças crônicas (ex: diabetes, hipertensão) em um mesmo indivíduo, fator que agrava o risco de desfechos clínicos adversos da COVID-19.

Comunicação de risco [Comunicação/Saúde]: Estratégia de comunicação clara e baseada em evidências, adotada por autoridades sanitárias para orientar a população durante emergências, como pandemias. (OMS).

Comunicação em saúde [Comunicação/Saúde]: Campo interdisciplinar que articula práticas comunicacionais e processos de saúde coletiva, investigando a produção e

circulação de informações sobre o processo saúde-doença. (Araújo & Cardoso, 2007).

CONITEC [Saúde Coletiva]: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Órgão que avalia o custo-efetividade para recomendar (ou não) a compra pública de novos medicamentos e tecnologias.

Consórcio de Imprensa [Comunicação]: Acordo firmado por veículos da imprensa profissional para coletar e divulgar dados da pandemia, em resposta direta à omissão e falta de transparência dos dados oficiais do governo.

Controle social (SUS) [Saúde Coletiva]: Princípio organizacional do SUS que garante a participação da sociedade (através dos conselhos e conferências de saúde) na gestão e fiscalização das políticas públicas de saúde. (Lei 8.142/1990).

Corpus (documental/jornalístico) [Metodologia]: O conjunto de textos (neste caso, as matérias jornalísticas) selecionados de forma sistemática para constituir a fonte primária da Análise de Conteúdo. (Bardin, 2011).

COVID-19 (SARS-CoV-2) [Saúde Coletiva]: Doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), declarada como pandemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020.

Descentralização (SUS) [Saúde Coletiva]: Princípio organizacional do SUS que distribui responsabilidades de gestão e execução entre os três entes federados (União, estados e municípios), com comando único em cada esfera. (CF/88).

Desigualdades regionais [Saúde Coletiva]: Disparidades estruturais (sociais, econômicas, de infraestrutura) entre as regiões do país, que afetam diretamente o acesso, o financiamento e a qualidade dos serviços de saúde.

Desinformação em saúde [Comunicação]: Termo técnico para conteúdo falso, impreciso ou manipulado que circula em escala e tem potencial de causar danos reais à saúde pública, sendo considerado um agravo. (UNESCO, 2019; Fiocruz, 2021).

Determinantes Sociais da Saúde (DSS) [Saúde Coletiva]: Condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (incluindo moradia, renda, escolaridade) que influenciam diretamente sua situação de saúde, explicando as iniquidades. (WHO, 2008).

Direito à Saúde [Saúde Coletiva]: Garantia constitucional de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", base filosófica e legal que fundamenta a existência do SUS. (CF/88, Art. 196; Lei 8.080/1990).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) [Saúde Coletiva]: Doenças de longa duração, como diabetes e hipertensão, cuja alta prevalência no Brasil interagiu com o vírus, potencializando os desfechos adversos da sindemia. (OMS).

Efeito backfire [Comunicação]: Fenômeno cognitivo em que desmentidos (*fact-checking*) acabam, paradoxalmente, reforçando crenças falsas previamente existentes em determinados públicos.

Enquadramento (*Framing*) [Comunicação]: Teoria e método que analisa como a mídia seleciona, organiza e dá ênfase a certos aspectos da realidade, construindo um sentido particular e uma interpretação específica para um acontecimento. (Goffman, 1974).

Entes federados [Saúde Coletiva]: Termo jurídico-político para os níveis de governo (União, estados e municípios) que compartilham a responsabilidade constitucional pela gestão e financiamento do SUS.

Epidemiologia Crítica [Saúde Coletiva]: Abordagem teórica, com forte base latino-americana, que analisa o processo saúde-doença a partir da determinação social e das estruturas de classe, questionando a neutralidade da epidemiologia tradicional.

Epidemiologia Social [Saúde Coletiva]: Campo da epidemiologia que estuda como a posição social e as desigualdades estruturais (como classe e raça) afetam a distribuição da saúde e da doença nas populações.

Equidade (SUS) [Saúde Coletiva]: Princípio doutrinário do SUS que visa reduzir injustiças tratando desigualmente os desiguais; ou seja, alocando mais recursos e esforços onde há maior necessidade social e de saúde.

Esfera pública [Comunicação]: Espaço (ideal ou real) de debate crítico e racional onde a opinião pública é formada. A imprensa é historicamente um ator central na articulação dessa esfera. (Habermas, 1984).

Excesso de mortalidade [Saúde Coletiva]: Indicador epidemiológico que mede a diferença (em excesso) entre o número de óbitos observados e o número de óbitos esperados para um período, com base em séries históricas. (OMS).

Fact-checking [Comunicação]: Prática jornalística de verificação da precisão de fatos, dados e discursos públicos, usada extensivamente pela imprensa na pandemia para confrontar a desinformação.

Fake news [Comunicação]: Termo popular para informações falsas. Na dissertação, é problematizado e substituído pelo conceito técnico de "desinformação", por este ser mais preciso. (UNESCO, 2019).

Gradiente socioeconômico [Saúde Coletiva]: Padrão epidemiológico que descreve como os indicadores de saúde (ex: mortalidade) pioram progressivamente à medida que se desce na escala social (classe, renda, escolaridade).

Hard news [Comunicação]: Formato jornalístico focado no relato factual, imediato e objetivo de acontecimentos recentes, cuja lógica produtiva difere da reportagem investigativa de fôlego. (Traquina, 2005).

Hierarquização (SUS) [Saúde Coletiva]: Princípio organizacional do SUS que estrutura os serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade (Atenção Primária, Média e Alta Complexidade), articulados em rede.

Imprensa escrita profissional [Comunicação]: Objeto de estudo da dissertação. Refere-se a veículos organizados como empresas jornalísticas, com estrutura editorial, normas éticas e responsabilidade legal pelo conteúdo publicado. (Vilela, 2025).

INAMPS [Saúde Coletiva]: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Sistema de saúde pré-SUS, de caráter contributivo (previdenciário), que atendia apenas trabalhadores com carteira assinada, excluindo a maioria da população.

Incidência [Saúde Coletiva]: Indicador epidemiológico que mede o número de *novos* casos de uma doença em uma população e período definidos. (OMS).

Incorporação tecnológica [Saúde Coletiva]: Processo técnico-político de decisão sobre a inclusão de novos medicamentos, equipamentos ou procedimentos no SUS, analisado pela Conitec quanto ao custo-efetividade.

Infodemia [Comunicação/Saúde]: Conceito que descreve o excesso de informações (verdadeiras, falsas ou imprecisas) durante uma crise de saúde, o que dificulta o acesso da população a fontes confiáveis. (OMS).

Iniquidade espacial / Segregação territorial [Saúde Coletiva]: Desigualdade estrutural no acesso à saúde e no risco de morte determinada pela localização geográfica (CEP), resultante do abandono estatal de periferias e áreas remotas.

Iniquidades em saúde [Saúde Coletiva]: Conceito central da dissertação. Refere-se a desigualdades de saúde que são sistemáticas, moralmente injustas e evitáveis, sendo produto direto dos Determinantes Sociais da Saúde. (Barata, 2009).

Integralidade (SUS) [Saúde Coletiva]: Princípio doutrinário do SUS que prevê uma atenção completa ao indivíduo, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma articulada nos diferentes níveis de complexidade.

Leito de UTI [Saúde Coletiva]: Leito de Unidade de Terapia Intensiva. Recurso assistencial de alta complexidade, dotado de monitoramento intensivo e suporte avançado à vida (ex: ventilação mecânica), cuja escassez marcou o colapso.

Linha editorial [Comunicação]: Orientação política, ideológica e de valores que guia as decisões, os enquadramentos e o discurso de um veículo de comunicação. (Champagne, 2011).

Literacia em saúde [Comunicação/Saúde]: Capacidade que a população possui de receber, analisar, compreender e utilizar informações básicas de saúde para tomar decisões assertivas sobre seu cuidado. (OMS).

Mainstream media [Comunicação]: Termo que designa os grandes veículos de comunicação hegemônicos (mídia tradicional), de maior alcance e influência na esfera pública.

Marcadores Sociais da Diferença [Saúde Coletiva]: Eixos estruturais como raça, classe, gênero e território que operam socialmente para produzir e estratificar vulnerabilidades e privilégios, determinando as iniquidades. (Barata, 2009).

Modelo biomédico [Saúde Coletiva]: Abordagem tradicional da saúde, criticada pela Saúde Coletiva por ser focada na doença como fenômeno puramente biológico e individual, priorizando o diagnóstico e o tratamento curativo.

Modelo biopsicossocial [Saúde Coletiva]: Abordagem que supera o reducionismo biomédico ao integrar fatores biológicos, psicológicos e sociais na compreensão do processo saúde-doença. (Engel, 1977).

Mortalidade hospitalar [Saúde Coletiva]: Indicador de desfecho que mede a proporção de pacientes internados que evoluem para óbito dentro do hospital, usado na dissertação para comparar as redes pública e privada.

Mortalidade materna [Saúde Coletiva]: Indicador de saúde que mede a morte de mulheres durante a gestação, parto ou puerpério, usado na contextualização como um exemplo clássico de iniquidade em saúde.

Necropolítica [Saúde Coletiva/Teoria]: Conceito que descreve o exercício do poder de decidir quem pode viver e quem deve morrer. Usado na análise para caracterizar a gestão estatal que, por omissão ou ação, produz mortes evitáveis. (Mbembe, 2011).

Ocupação de UTI [Saúde Coletiva]: Indicador de pressão sobre o sistema de saúde, expresso pelo percentual de leitos de UTI em uso em determinado momento. Taxas acima de 90% indicam colapso iminente.

Operadores booleanos [Metodologia]: Comandos lógicos (como AND, OR) usados na construção de *strings* para refinar buscas em bases de dados, garantindo a precisão metodológica na coleta do *corpus*.

Pacto Federativo [Saúde Coletiva]: Princípio constitucional de distribuição de competências e responsabilidades entre os entes federados, cuja violação (pela omissão federal e falta de coordenação) foi notada na pandemia.

Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) [Saúde Coletiva]: Política do SUS que busca atuar sobre os Determinantes Sociais da Saúde, extrapolando o foco na doença e propondo ações intersetoriais para melhorar as condições de vida. (Ministério da Saúde).

Processo saúde-doença [Saúde Coletiva]: Conceito basilar da Saúde Coletiva que entende a saúde não como mera ausência de doença, mas como um processo dinâmico, social e historicamente determinado. (Almeida Filho, 2000).

Racismo estrutural [Saúde Coletiva/Teoria]: Organização da sociedade que produz, de forma sistemática e institucional, desvantagens e vulnerabilidades para grupos raciais não-brancos, refletido nas iniquidades em saúde. (Werneck, 2016).

Reforma Sanitária [Saúde Coletiva]: Movimento social, político e intelectual brasileiro (décadas de 1970-80) que lutou pela redemocratização e defendeu a saúde como direito de cidadania, resultando na criação do SUS. (Paim et al., 2011).

Regionalização (SUS) [Saúde Coletiva]: Princípio organizacional do SUS que visa organizar os serviços de saúde em redes regionais (Regiões de Saúde), garantindo acesso próximo e resolutivo à população.

Regulação de leitos [Saúde Coletiva]: Gerenciamento público das vagas (clínicas e de UTI) em hospitais, visando garantir o acesso equitativo conforme a gravidade e a necessidade do paciente, e não sua capacidade de pagamento. (Ministério da Saúde).

SAMU [Saúde Coletiva]: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (192). Componente da rede de urgência do SUS, mencionado na dissertação por sua ausência emblemática em territórios periféricos.

Saturação de amostra [Metodologia]: Critério de análise qualitativa em que a coleta de novos dados (matérias) é interrompida, pois eles deixam de apresentar informações, temas ou enquadramentos novos.

Sindemia [Saúde Coletiva]: Conceito central na análise da dissertação. Refere-se à interação sinérgica entre duas ou mais epidemias (ex: COVID-19 e DCNTs) e vulnerabilidades sociais (iniquidades), potencializando os desfechos adversos. (Singer, 1996).

String de busca [Metodologia]: Conjunto de palavras-chave e operadores booleanos usado de forma sistemática para realizar buscas e selecionar o *corpus* documental nos arquivos dos jornais.

Subfinanciamento [Saúde Coletiva]: Insuficiência crônica e estrutural de recursos orçamentários para o SUS, um desafio histórico mencionado como pano de fundo da resposta à pandemia. (Paim et al., 2011).

Subnotificação [Saúde Coletiva]: Diferença entre o número real de casos ou óbitos e o número oficialmente registrado pelos sistemas de vigilância, causada por baixa testagem, falhas no registro ou apagamento deliberado de dados.

SUS (Sistema Único de Saúde) [Saúde Coletiva]: Sistema público de saúde brasileiro, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/1990, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Taxa de letalidade [Saúde Coletiva]: Indicador epidemiológico que mede a proporção de óbitos entre o total de casos *confirmados* de uma doença. (OMS).

Taxa de mortalidade [Saúde Coletiva]: Indicador epidemiológico que mede o número de óbitos por uma causa específica em relação a uma *população* (ex: por 100 mil habitantes) em dado período. (OMS).

Teoria da Cultivação [Comunicação]: Teoria que postula que o consumo frequente e de longo prazo da mídia (especialmente TV) afeta a forma como os espectadores compreendem a realidade social. (Gerbner, 1976).

Teoria Hipodérmica (Bala Mágica) [Comunicação]: Teoria inicial da comunicação (décadas de 1920-30) que supõe efeitos diretos, imediatos e uniformes da mídia sobre uma audiência passiva e homogênea. (Wolf, 2009).

Testagem [Saúde Coletiva]: Capacidade de diagnóstico laboratorial (ex: RT-PCR) de uma doença. A baixa capacidade de testagem no Brasil foi um fator determinante para a alta subnotificação de casos.

Universalidade (SUS) [Saúde Coletiva]: Princípio doutrinário do SUS que estabelece a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros, garantindo acesso universal às ações e serviços, independentemente de contribuição. (CF/88).

UPA (Unidade de Pronto Atendimento) [Saúde Coletiva]: Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária (entre a Atenção Primária e os hospitais), focado em urgências e emergências, funcionando 24h. (Ministério da Saúde).

Ventilação mecânica [Saúde Coletiva]: Suporte tecnológico à respiração (invasivo ou não), essencial em leitos de UTI para pacientes com insuficiência respiratória grave por COVID-19. Seu acesso foi um marcador de iniquidade.

Vigilância epidemiológica [Saúde Coletiva]: Função essencial da saúde pública que realiza o monitoramento contínuo de casos e óbitos para produzir informação e orientar ações de controle de doenças. (Ministério da Saúde).

Vulnerabilidade social [Saúde Coletiva]: Condição de maior risco a desfechos adversos (adoecimento, morte) decorrente de fatores socioeconômicos, como baixa renda, moradia precária e informalidade, que potencializam os riscos biológicos. (Barata, 2009).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. COVID-19: uma pandemia de singularidades históricas.....	1
1.2. Entre os países do G20, Brasil é o segundo mais desigual.....	4
1.3. Os Determinantes Sociais da Saúde.....	6
1.4. Da Reforma Sanitária à Democratização: A criação do Sistema Único de Saúde.....	9
1.5. As epidemias no Brasil: crises de iniquidade, saúde e informação.....	11
1.6. Informação e Cidadania: O Papel Central do Jornalismo na Saúde.....	14
2. OBJETIVOS.....	26
2.1. Objetivo geral.....	26
2.2. Objetivos específicos.....	26
2.2.1. Objetivo específico 1:.....	26
2.2.2. Objetivo específico 2:.....	26
3. HIPÓTESES.....	26
3.1. Hipótese 1:.....	26
3.2. Hipótese 2:.....	26
4. MÉTODO.....	27
4.1. Análise de Conteúdo Documental.....	27
4.2. Análise de Conteúdo por meio da Análise Temática.....	27
4.3. Definição do objeto de estudo e das fontes.....	28
4.4. Critérios para constituição do corpus de Análise Documental.....	29
4.5. Principais categorias para análise.....	30
4.5.1. Iniquidades em Saúde.....	30
4.5.2. Papel do SUS.....	30
4.6. Sistematização e Categorias de Análise.....	30
4.7. Seleção de veículos por região.....	31
4.7.1. Região Sudeste (3 veículos selecionados).....	31
4.7.2. Região Nordeste (1 veículo).....	31
4.7.3. Região Sul (1 veículo).....	31
4.7.4. Região Centro-Oeste (1 veículo).....	31
4.7.5. Região Norte (1 veículo).....	31
4.9. Protocolos para seleção do corpus de pesquisa e etapas de classificação.....	32
4.9.1. Problematização do contexto para definição de estratégia.....	32
4.9.2. Adequação de termos técnicos à linguagem jornalística.....	33
4.9.3. Testes de adequação e aderência dos termos às buscas.....	34
4.9.4. Opção por string unificada por período de análise.....	34
4.10. Elaboração da amostra inicial de conteúdos Jornalísticos (1ª etapa de seleção)...	36
4.11. Seleção por ordenamento apontado em busca (2ª etapa).....	37
4.12. Aplicação da 'Regra dos Dois Conceitos' (3ª etapa).....	37
4.13. Matriz de Priorização: aderência, centralidade e profundidade (4ª etapa).....	38
4.14. Seleção por saturação de amostra (5ª etapa).....	39
5.1. O Enquadramento das Iniquidades em Saúde (Objetivo 1).....	40

5.1.1. A confirmação de H1: enquadramento descritivo e a naturalização.....	40
5.1.2. A matização de H1: o enquadramento politizado da responsabilidade.....	41
5.1.3. A Contradição da Representação Racial: Apagamento Sistêmico e Hipervisibilidade Simbólica.....	41
5.2. A Representação do papel do SUS (Objetivo 2).....	42
5.3. O Enquadramento da crise de informação.....	43
5.4. Enquadramento regional e a diversidade da sindemia.....	45
6. CONCLUSÃO.....	48
6.1. RECOMENDAÇÕES.....	50
7. ANEXOS.....	53
7.1. Corpus selecionado para análise.....	53
7.2. Parecer da Comissão Científica do PPG de Saúde Coletiva.....	55
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

1. INTRODUÇÃO

1.1. COVID-19: uma pandemia de singularidades históricas

A pandemia de COVID-19 alcançou um impacto global sem precedentes, afetando radicalmente o mundo contemporâneo. Causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi a mais recente e uma das mais severas, caracterizada por uma elevada mortalidade em curto espaço de tempo. De forma inédita, encontrou um mundo globalizado e hiperconectado gerando simultaneamente singularidades e comparações com a história. Nunca antes uma pandemia se espalhou tão rapidamente pelo globo: em meses o vírus estava em todos os continentes. Dezenas de países aderiram ao *lockdown* simultâneo, forçando a paralisação sincronizada da economia mundial. Fronteiras foram fechadas e cadeias de suprimentos interrompidas; até mesmo no fornecimento e estoques de alimentos. O padrão precedente de tensão entre a ciência e a política nas pandemias e crises sanitárias mais uma vez se confirmou.

Ao minimizarem a gravidade da doença, líderes políticos de diversos países e de diferentes contextos expuseram a correlação íntima entre política, saúde e comunicação. Com consequências diretas para a saúde pública, a primeira pandemia da era digital e das redes sociais foi definida como uma "infodemia", com a desinformação em saúde sendo produzida, divulgada e acessada em escala global. Por conta de desigualdades sociais pregressas, o apelo de algumas gestões governamentais, e em especial da mídia, para que as pessoas 'ficassem em casa' durante a fase aguda da pandemia, foi inviável de ser seguido pela maior parte da população, que precisou continuar trabalhando para ganhar seu sustento. Embora o vírus tivesse um potencial de infecção generalizado, seus desfechos mais graves, como hospitalização e morte, concentraram-se desproporcionalmente em certos grupos sociais. Houve disputa por vacinas, com países mais ricos tendo acesso prioritário aos imunizantes.

Até meados de agosto de 2025, foram confirmados 7.098.527 óbitos no mundo (1) —embora estudos científicos sobre mortalidade por excesso indiquem que o impacto real da pandemia foi várias vezes superior (2). Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou aproximadamente 14,9 milhões de mortes por excesso entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021 (3), uma análise

sistemática publicada na revista *The Lancet* sugeriu que o número de óbitos foi de pelo menos 18,2 milhões no mesmo período (4). Adicionalmente, estudos que realizaram estimativas para períodos mais extensos sugerem que a contagem poderia alcançar 20 milhões de mortes (5).

Enquanto mais de um terço dos casos mundiais concentraram-se no Brasil, na Índia e nos Estados Unidos, e países como o Peru registraram as maiores taxas de mortalidade per capita (6), no Brasil a situação se revelou particularmente trágica: com mais de 716 mil óbitos registrados —representando cerca de 10,2% do total global, o Brasil vivenciou nesse período sua maior tragédia sanitária. Essas taxas de mortalidade fizeram com que o país alcançasse a segunda posição mundial em óbitos acumulados, ficando atrás apenas dos Estados Unidos —condição mantida até o presente (6). Essa performance colocou o Brasil no epicentro global da pandemia. Nas duas primeiras semanas de março de 2021, houve o colapso sanitário nacional, com mortes em filas de espera e desabastecimento de oxigênio (7). Em 30 de março, 17 estados e o Distrito Federal (DF) apresentaram taxas de ocupação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) superiores a 90% (7). A gravidade da situação, na oportunidade, foi tamanha que levou o epidemiologista Bruce Aylward, da OMS, a classificar o esgotamento da capacidade hospitalar no Brasil como um 'inferno furioso' (8).

Em contraste com esse cenário adverso, a resposta científica foi sem precedentes. Por meio de um esforço de pesquisa e desenvolvimento coordenado internacionalmente, o imunizante da Pfizer/BioNTech foi desenvolvido, testado e autorizado para uso emergencial em menos de 10 meses após a identificação do vírus. Esse tempo recorde representou um marco expressivo se comparado ao curso tradicional de produção, que usualmente demoraria de 10 a 15 anos (9). O recorde anterior, de quatro anos, ocorreu na produção da vacina contra a caxumba.

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou seu mais severo teste de estresse, demonstrando resiliência, e teve papel central na expansão do acesso aos cuidados assistenciais, no fornecimento de suprimentos e na estrutura de atendimento com abertura de leitos e UTIs (6). Essa performance ocorreu apesar de desafios históricos, como o subfinanciamento crônico e as profundas desigualdades regionais, destacando a importância de seus princípios doutrinários —Universalidade, Equidade e Integralidade— e organizacionais —Regionalização, Hierarquização, Descentralização com Comando Único, Controle Social (7).

Paralelamente à resposta do sistema de saúde, a imprensa profissional do Brasil teve um papel ativo, de grande relevância e de utilidade pública durante todo o período pandêmico. Sua intensa cobertura, por meio dos mais variados veículos como jornais, TVs, rádios ou portais de notícias, permitiu que o tema fosse amplamente discutido pela sociedade e considerado uma prioridade. Ademais, a divulgação e a produção de conteúdo focados em ciência contribuíram para a qualificação do debate público, enquanto a disseminação de informações essenciais —sobre formas de contágio, prevenção, acesso a serviços, prazos e descobertas científicas— foi fundamental para que a população adotasse medidas protetivas e soubesse como se posicionar, mesmo diante do quadro limitado de conhecimento nos momentos iniciais da crise.

Além da robusta cobertura sobre o tema, o principal expoente a materializar a importância deste trabalho foi a formação do Consórcio de Imprensa (10). Criado no início de junho de 2020 por seis dos maiores veículos de comunicação do país, agregou os jornais O Estado de S. Paulo, Folha de S. Paulo, O Globo e Extra, além dos portais de conteúdo G1, pertencente ao Grupo Globo, e Universo Online (UOL), do Grupo Folha. Devido à indisponibilidade de dados por parte do governo federal sobre a evolução da pandemia, o grupo passou a coletar as informações diretamente nas Secretarias Estaduais de Saúde, sem a intermediação do Ministério da Saúde, que atrasava a divulgação dos boletins epidemiológicos, suspendendo a transparência ativa e contrariando princípios do SUS e do Pacto Federativo. A mobilização da sociedade civil, exemplificada pela atuação do Consórcio de Imprensa em resposta à estratégia estatal de ocultação dos dados da pandemia, ilustra um fenômeno mais amplo.

A atuação do já mencionado Consórcio de Imprensa alcançou diferentes camadas sociais e também auxiliou governos municipais e estaduais na tomada de decisão. O grupo passou a buscar, processar e divulgar dados atualizados diariamente, contribuindo de maneira decisiva no combate à desinformação e tornando-se uma fonte relevante para a população. A mídia corporativa brasileira manifestou convergência editorial com paradigmas científicos hegemônicos, configurando-se como instância supletiva de transparência informacional em face das limitações na comunicação epidemiológica governamental (37).

Em um contexto em que o mundo passa por profundas mudanças sociais, culturais e econômicas, um evento atípico da magnitude da pandemia de COVID-19 traz à tona questões que, embora preexistentes e estruturais, eram historicamente invisibilizadas. Uma das que se tornou mais evidente foi a necessidade de governos realizarem ações intersetoriais para mitigar os efeitos das injustiças sociais. Diante desta complexidade, a relação entre as iniquidades e a saúde é central para a compreensão das estratificações socioeconômicas, tanto na exposição a riscos quanto no acesso aos serviços assistenciais (11). A OMS, por meio da resolução WHA74.16, de 2021, solicita aos Estados Membros que integrem os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nas políticas públicas, estabeleçam sistemas de monitoramento das iniquidades e considerem essas questões na recuperação pós-pandemia de COVID-19 (12).

1.2. Entre os países do G20, Brasil é o segundo mais desigual

O Brasil se destaca no cenário internacional como o segundo país mais desigual entre os membros do Grupo dos 20 (G20). Essa realidade é produto de Determinantes Sociais em Saúde que, embora gerem iniquidades profundas na assistência, muitas vezes têm suas manifestações mais evidentes limitadas à percepção sobre o acesso aos cuidados médicos formais. Desde a sua colonização, o Brasil adota um modelo de concentrador de riquezas e culturalmente excludente (13). A escravidão e a marginalização das populações negras e indígenas estabeleceram as bases das injustiças sociais que perduram até hoje (14). A partir do século XX, com o crescimento urbano desordenado, as desigualdades regionais e as periferias ampliaram-se, sem que melhoria das condições de infraestrutura acompanhasse esse processo, deixando os grupos sociais que viviam e ainda vivem nestes territórios em extrema vulnerabilidade (15).

Além das deficiências geralmente comuns à população como um todo, Marcadores Sociais da Diferença como o racismo estrutural e de gênero agravam as injustiças sociais evitáveis, demonstradas desde sempre quando os indicadores de saúde são analisados (16). A população negra apresenta taxas mais elevadas de doenças crônicas e de mortalidade materna. Já as mulheres, embora acessem os serviços de saúde com mais frequência do que os homens, enfrentam desafios específicos, como a alta mortalidade materna em populações vulneráveis e dificuldades em terem assegurados os direitos reprodutivos (17).

O Relatório do Laboratório das Desigualdades Mundiais de 2021 (18) tem como fonte o banco de dados do World Inequality Lab —instituição vinculada à Escola de Economia de Paris que produz séries históricas de desigualdade desde 1990— e, em sua análise, abordou os 20 membros do G20 —19 países e a União Europeia. Considerado um dos documentos mais importantes da atualidade, o relatório serve de base para a discussão mundial de temas como distribuição de renda, impostos e justiça social, sendo utilizado por pesquisadores, jornalistas e líderes governamentais na formulação de políticas públicas. Um dos autores do relatório é o economista francês Thomas Piketty, um dos principais teóricos contemporâneos das desigualdades, defendendo que a concentração extrema de renda e riqueza compromete a democracia e exige políticas redistributivas progressivas baseadas em justiça fiscal.

Essa vulnerabilidade social, que se traduz em piores indicadores de saúde para grupos específicos, está diretamente ancorada em um panorama de extrema desigualdade econômica. De acordo com dados do World Inequality Report 2022, divulgados pela BBC News Brasil (19), no Brasil os 10% mais ricos ficam com 59% da renda total bruta —apurada antes de impostos, incluindo salários, lucros, aposentadorias e rendimentos de capital recebidos pela população em um ano—, enquanto, inversamente, os 50% mais pobres recebem apenas 10% deste valor global, o que representa uma diferença de 29 vezes entre os ganhos obtidos pelos mais ricos e os mais pobres (18).

A desigualdade não se restringe à renda. No que tange à riqueza, entre 2019 e 2021 a faixa do 1% mais rico da população possuía 48,9% da riqueza nacional, fazendo com que o país ocupasse o segundo lugar no ranking de nações com maiores desigualdades no G20, sendo superado apenas pela África do Sul. O percentual era significativamente superior ao registrado em países como os Estados Unidos, onde o grupo do 1% mais rico possuía 35% do patrimônio privado líquido acumulado. No Brasil, os 50% mais pobres possuem menos de 10% da riqueza privada —soma do patrimônio líquido de todos os indivíduos residentes no país (18).

Em um contraponto a esse cenário desigualdade social, embora tímido, nesse período, foi registrada uma redução parcial nas diferenças salariais. Isso ocorreu mais fortemente a partir do ano de 2000, por meio da implantação do primeiro programa nacional de transferência de renda, o Bolsa Escola, criado em 2001 durante o governo Fernando Henrique Cardoso —embrião do que seria a política

social de transferência de renda do Bolsa Família. Ainda naquele ano, o governo federal implantou o Bolsa Alimentação, destinado a gestantes, nutrízes e famílias com crianças até seis anos de idade. Um ano depois, em 2002, FHC lançou o Auxílio Gás, um subsídio para a compra do gás de cozinha. Já Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, criou o Cartão Alimentação e, no mesmo ano, unificou todos os demais programas no Bolsa Família.

Outro fator que influenciou a melhora foi a mudança na sistemática de aumento do salário-mínimo, que a partir de 2004 passou a ter ganho real, superando o índice da inflação. Sob Lula, o governo federal passou a reajustá-lo com índices acima da inflação, no entanto, sem uma política formal. Em 2007, por meio de medida provisória, o reajuste foi oficializado com uma fórmula de cálculo definida. Já em 2011, o governo da presidente Dilma Rousseff transformou a medida em lei, estabelecendo que o reajuste anual seria calculado com base na inflação do ano anterior, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor, somado à variação do Produto Interno Bruto verificada nos dois últimos anos. Mesmo assim, o Bolsa Família e a nova sistemática de reajustes do mínimo, não foram capazes de se contraporem de modo mais efetivo em termos de resultado à inexistência de uma reforma tributária aprofundada (20). Principalmente por esse motivo, as diferenças de renda no Brasil permaneceram praticamente inalteradas, mantendo-se em patamares elevados.

1.3. Os Determinantes Sociais da Saúde

A problematização das iniquidades sociais é basilar na definição das políticas públicas. Isso porque, ao impactarem o acesso aos serviços e a qualidade do atendimento, essas injustiças evitáveis aprofundam os desequilíbrios de compartilhamento de poder e distribuição de recursos entre os diferentes grupos sociais. A OMS difunde os DSS desde 2005, a partir da criação de comissão específica que orientou a formulação de estruturas nacionais, servindo de base para iniciativas como no Brasil, por meio da Política Nacional de Promoção de Saúde (21). Esta abordagem sistêmica nas intervenções sanitárias, potencializa estratégias intersetoriais, impactando diretamente o desenho de políticas sociais integradas. O referencial dos DSS, adotado nesta pesquisa, é fundamental para ir além da simples constatação das iniquidades em saúde, problematizando-as e contextualizando-as,

pois permite distinguir desigualdade (diferença mensurável) do foco principal desta análise: as iniquidades.

As iniquidades em saúde resultam em violações do direito à saúde para as populações mais vulneráveis. A posição socioeconômica de um indivíduo, tais como sua classe, escolaridade e condições de vida, estabelece de forma direta sua situação de saúde (16), fazendo com que pessoas de classes sociais mais baixas enfrentem um maior risco de morbidade e mortalidade, além de terem mais dificuldades no acesso a cuidados médicos e de saúde de um modo geral. Isso salienta a importância da busca pela equidade na distribuição de recursos visando garantir uma assistência adequada às necessidades de cada um. “As evidências empíricas produzidas pelas investigações das relações entre desigualdades sociais e saúde sugerem que a situação de saúde é afetada pela posição social dos indivíduos e também pelas diferenças socioeconômicas da estratificação social” (11).

A compreensão dessa dinâmica foi historicamente limitada pela abordagem dominante na saúde. Consolidado no início do século XX, o modelo biomédico, baseado na hegemonia do saber médico e das ciências biológicas, mostrou-se incapaz de contemplar a complexidade inerente à determinação do processo saúde-doença (16). Ao considerar a doença um fenômeno individual, orgânico e de origem biológica, explicado por causas mensuráveis e localizáveis no corpo, prioriza o diagnóstico e o tratamento curativo, tendo como eixos estruturantes a tecnologia e a intervenção clínica.

O modelo biopsicossocial, proposto por Engel em artigo seminal de 1977, apresentou uma crítica fundamental ao reducionismo biomédico (22). “Os desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações. Portanto, nenhuma resposta médica resolverá o problema, nem intervenções que enfatizem o estilo de vida concebido como fruto de escolhas individuais” (16).

A influência do paradigma biomédico pode ser observada na própria trajetória da Epidemiologia. Após seu reconhecimento como campo científico em meados do século XIX, a disciplina passou por profunda inflexão: impulsionada pela revolução bacteriológica das últimas décadas daquele século, seu foco deslocou-se da análise socioambiental para a busca por um agente causador único, modelo que se tornaria hegemônico e perduraria até meados do século XX. Assim, a Epidemiologia tradicional estruturou-se sob a influência do modelo biomédico moldando seus

métodos e análise a partir de pressupostos como causalidade linear, racionalidade positivista e busca por regularidades na mensuração do adoecimento.

A insuficiência desse paradigma para explicar a ascensão de doenças crônicas, fenômeno observado especialmente no pós-Segunda Guerra Mundial, impulsionou o desenvolvimento da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde. Nesse contexto, a partir da década de 1970, emergiram as formulações da Epidemiologia Social e da Epidemiologia crítica-latinoamericana, oferecendo críticas teóricas e políticas a essa abordagem recolocando a questão social no centro da análise.

Desde então, e com maior ênfase nas últimas três décadas, essas abordagens têm se dedicado a estudar tanto a saúde quanto a doença, incorporando a necessidade da elaboração de políticas públicas que busquem a equidade (23), atuando na promoção da saúde no sentido mais amplo e na melhoria das condições de vida. Nessa dinâmica de renovação, foram incorporados referenciais mais abrangentes, como os modelos de multicausalidade, a ecoepidemiologia e a teoria da determinação social do processo saúde-doença, abordagem que se tornou um pilar central da Epidemiologia Crítica latino-americana.

Esses aportes contribuíram para a consolidação de maior autonomia científica e ampliaram o potencial de elucidação da disciplina, com o olhar sobre a necessidade da análise das desigualdades e iniquidades em saúde em sua dimensão estrutural ganhando força. Com isso, a indagação central da Epidemiologia Crítica passou a ser não apenas “qual o agente causador da doença nesta população?”, mas também “por que certos grupos populacionais adoecem mais do que outros e como a estrutura social produz essa desigualdade?”

Essa mudança de perspectiva exigiu, conforme argumenta o pesquisador Naomar de Almeida Filho, repensar o próprio objeto da Epidemiologia, uma vez que as categorias tradicionais de análise empregada até por volta da década de 1970 mostraram-se insuficientes para apreender a saúde em sua dimensão coletiva. “Podemos declarar (com algum esforço retórico) que um certo indivíduo é sadio porque nele não encontramos sinais de doença ou que um dado tipo de comportamento é saudável, na medida em que não se constitui em fator de risco para alguma enfermidade. Mas o que seria uma família sadia ou uma cidade saudável? Certamente que, ao indicar exemplares de uma ou outra condição, não

estaremos falando de um grupo familiar formado por indivíduos livres de enfermidade ou de uma comunidade em que ninguém morre ou adoecer” (24).

Nesse sentido, a Epidemiologia deve atuar por meio de uma perspectiva analítica transdisciplinar interagindo com outras áreas do conhecimento, como as ciências sociais e a economia da saúde, pois essa integração firma-se como essencial para aprimorar a compreensão da saúde, introduzindo novas perspectivas e métodos capazes de abarcar dimensões frequentemente negligenciadas no cuidado convencional.

1.4. Da Reforma Sanitária à Democratização: A criação do Sistema Único de Saúde

A comunidade internacional reconhece a saúde como um direito humano fundamental, e o acesso equitativo aos serviços assistenciais é essencial para o bem-estar da população. Nessa mesma direção, a OMS sugere que os países devem promover a assistência por meio de cobertura universal como objetivo central das políticas públicas globais (25). Segundo a entidade, sistemas de saúde eficientes e abrangentes não apenas melhoram a qualidade de vida, mas também contribuem para o crescimento econômico, a estabilidade social e a redução das desigualdades. Sob essa perspectiva, a adoção da cobertura universal tem se tornado uma demanda cada vez mais relevante, impulsionada por questões contemporâneas como o envelhecimento populacional, as doenças crônicas não transmissíveis e as emergências sanitárias (26).

Embora sua implementação represente um desafio permanente, especialmente em países com limitações econômicas, políticas e sociais como o Brasil, trata-se de condição estratégica para reduzir desigualdades injustas e evitáveis e ampliar o acesso aos serviços de saúde. A análise do tema sob uma perspectiva ampliada, que englobe múltiplos fatores, permite aprofundar a compreensão da questão. Essa perspectiva evidencia como as iniquidades se expressam nos indicadores de saúde, como a prevalência de doenças, a redução da expectativa de vida e o acesso limitado aos serviços assistenciais básicos.

Em um cenário de concentração de poder político, desigualdades estruturais e negação histórica de direitos sociais —elementos que marcaram o Brasil durante grande parte do século XX e se acentuaram sob a ditadura militar— o governo

ditatorial entrou nos anos 1980 pressionado por mobilizações sociais que denunciaram o caráter excludente do modelo assistencial então vigente. À época, somente os trabalhadores formalmente registrados tinham direito à seguridade social oferecida por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977 e extinto em 1993 (27). O seguro social oferecia assistência médico-hospitalar essencialmente curativa, incluindo consultas, internações e procedimentos realizados em rede própria ou em serviços privados contratados.

A maior parte da população não tinha acesso ao INAMPS. Trabalhadores informais, autônomos, desempregados e populações rurais que não eram contribuintes dependiam de serviços filantrópicos ou de postos de saúde municipais ou estaduais, geralmente em número reduzido e mal equipados. As transformações estruturais propostas e impulsionadas pelo movimento da Reforma Sanitária pressionaram a reorganização do modelo assistencial brasileiro, integrando ações preventivas e curativas, ampliando a responsabilidade do Estado e descentralizando a gestão dos serviços. Esse processo possibilitou a construção de um sistema orientado pelos princípios da integralidade e da equidade, que culminaria mais tarde na criação do SUS.

Nesse processo, o Brasil inspirou-se em países que haviam implantado modelos universais de saúde, como o Reino Unido — por meio do National Health Service (NHS), que ainda é uma referência mundial—, além de experiências de países como França, Canadá, Itália e de outros da América Latina para a formulação de seu sistema de saúde (26). Embora concebido sob diversas influências internacionais relevantes, que inspiraram a adoção de princípios como a universalidade e a integralidade, o sistema brasileiro é singular por ter sido concebido por meio de um expressivo movimento social e político da Reforma Sanitária, que ocorreu simultaneamente ao movimento das Diretas Já (27).

A Reforma Sanitária foi um movimento social, político e intelectual que emergiu na década de 1970, liderado por profissionais de saúde pública, pesquisadores e setores organizados da sociedade civil. Defendia a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, ganhando força na redemocratização, alcançando seu auge com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Mais que uma reforma administrativa, foi um projeto civilizatório que propôs um novo modo de compreender a relação entre

Estado, sociedade e proteção social, denunciando as desigualdades e o modelo excludente vigente à época (27).

Como ápice do processo de redemocratização e das transformações propostas pelo movimento, a Constituição Federal de 1988 —a primeira após a reabertura política de 1985, que encerrou 21 anos de ditadura militar— criou o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de oferecer saúde pública universal, gratuita e acessível a todos os cidadãos. A base legal e filosófica dessa estrutura está consolidada no artigo 196, que estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” A regulamentação do SUS ocorreu posteriormente, em 19 de setembro de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), que definiu sua organização e funcionamento no território nacional.

Sessenta e oito anos antes, ainda no mesmo século, consolidou-se o que se poderia considerar o embrião de um programa estrutural de saúde centralizada e de alcance nacional. O Departamento Nacional de Saúde Pública foi criado em 1920 como resposta institucional à crise sanitária instaurada pela Gripe Espanhola, em um contexto de estruturas estatais, frágeis, descentralizadas e sem coordenação nacional, que entraram rapidamente em colapso devido à doença. Faltavam médicos, leitos hospitalares e até mesmo coveiros para enterrar os corpos, que se acumulavam nas ruas (27).

A catástrofe evidenciou a necessidade de reformar o sistema sanitário nacional, demonstrando que ele não poderia ser tratado apenas como uma questão local ou individual. Figuras como o cientista Carlos Chagas assumiram a liderança no Rio de Janeiro —então capital do Brasil— e viabilizaram o atendimento à população por meio da improvisação de hospitais de campanha e da organização do combate à doença, o que evidenciou a necessidade de uma autoridade sanitária centralizada.

1.5. As epidemias no Brasil: crises de iniquidade, saúde e informação

A história das epidemias no Brasil evidencia que condições como moradia, saneamento e trabalho —elementos centrais dos Determinantes Sociais da Saúde— historicamente pesam mais do que variáveis estritamente biológicas na

determinação do risco de adoecimento e morte. Assim como a COVID-19, a Gripe Espanhola não afetou a população de forma homogênea; sua dimensão foi marcada por recortes de classe e raça, expondo e aprofundando as iniquidades sociais no Brasil. As taxas de mortalidade foram mais elevadas entre a população pobre, negra e operária, que vivia em moradias insalubres, como os cortiços. Sem saneamento básico, acesso a atendimento médico ou possibilidade de isolamento —pois precisavam trabalhar para sobreviver— esses grupos eram os mais vulnerabilizados. Conforme aponta Bertolli (1986), embora toda a população tenha sido afetada, "as maiores taxas de incidência foram observadas nos bairros periféricos e nas áreas centrais onde predominavam os cortiços e a aglomeração humana facilitava o contágio" (28). O impacto social foi imediato: o cotidiano das cidades foi paralisado com o fechamento de comércios, teatros e repartições públicas. O presidente Rodrigues Alves, eleito para um segundo mandato em novembro daquele ano, adoeceu antes de tomar posse, prevista para março de 1919.

Se o SARS-CoV-2 chegou ao Brasil por via aérea, o agente infeccioso da Gripe Espanhola entrou no país a bordo de um navio inglês que realizou paradas em portos como Recife, Salvador e Rio de Janeiro. A partir daí, disseminou-se rapidamente pela malha ferroviária, alcançando diferentes regiões do território nacional e surpreendendo autoridades e população. Inicialmente, a resposta governamental caracterizou-se pela ausência de coordenação e pela postura negacionista. Em meio ao pânico e à desinformação, a população recorria a remédios populares e práticas terapêuticas não comprovadas, sendo a mais difundida a mistura de cachaça com limão e mel, que se tornou um símbolo cultural do período.

Este caso histórico coloca uma questão central para esta pesquisa: qual foi o papel da imprensa da época na representação —ou na invisibilização— dessa iniquidade? Análises da cobertura jornalística de 1918 indicam um foco predominante nos impactos gerais da doença, com pouca problematização das razões pelas quais populações pobres e negras morriam em maior proporção. Durante essa crise, a imprensa escrita exerceu papéis ambivalentes: em alguns momentos atuou como veículo de orientação pública, enquanto em outros contribuiu para a difusão de pânico e desinformação. Tal dinâmica ocorreu em um cenário de ausência de regulação comunicacional e de limitações estruturais da cobertura jornalística, que favoreceram disputas narrativas sobre a pandemia (28).

A Gripe Espanhola infectou aproximadamente um terço da população global —que à época somava menos de 2 bilhões de habitantes— causando entre 50 e 100 milhões de óbitos. Assim como ela, a COVID-19 apresentou rápida disseminação pelo mundo, sendo marcada também por elevada mortalidade concentrada em curto intervalo de tempo e forte impacto social, econômico e político. Sob a perspectiva da rápida disseminação global e de seus profundos impactos sociais, a COVID-19 figura entre as pandemias de maior magnitude da história, ainda que outras tenham registrado números absolutos de mortes superiores. Embora a Gripe Espanhola seja identificada como o evento histórico mais evocado, discutido e lembrado durante a pandemia de COVID-19 (29), outras enfermidades como Cólera, Febre Amarela, H1N1, Varíola e HIV/Aids tiveram grande impacto no Brasil. O século XIX, por exemplo, foi marcado por sucessivas pandemias de Cólera em múltiplos continentes, resultando em milhões de mortes. O avanço científico, impulsionado por figuras como Louis Pasteur e Robert Koch, permitiu a identificação de agentes etiológicos e a compreensão de mecanismos de transmissão, possibilitando a implementação de medidas sanitárias que mitigaram surtos futuros.

A Varíola destacou-se como uma das epidemias de maior duração e alcance no Brasil, com surtos recorrentes ao longo de cerca de quatro séculos, do século XVI até 1973. Em 1904, uma campanha de imunização inserida em um projeto de modernização urbana culminou com a Revolta da Vacina. Pesquisadores interpretam esse episódio como uma ruptura nos processos de comunicação em saúde, configurando um caso exemplar de tensão entre o poder público e os cidadãos (29).

Mais do que uma simples oposição popular à imunização compulsória, o movimento é interpretado como resultado de uma estratégia de comunicação verticalizada, conduzida sem diálogo, esclarecimentos ou esforços para construir confiança pública. Essa condução gerou pânico, disseminou a desinformação e criou um terreno propício para a resistência. Pouco mais de uma década depois, em um contexto ainda marcado pela fragilidade das estratégias de comunicação e da confiança pública, a Gripe Espanhola evidenciou a necessidade de sistemas de saúde bem estruturados e de planejamento eficaz para emergências.

A epidemia de HIV/Aids, que teve os primeiros casos em 1981, por sua vez, representou um ponto de inflexão na comunicação em saúde, ao exigir respostas públicas capazes de enfrentar o estigma, incorporar estratégias educativas

contínuas e dialogar com diferentes grupos sociais. A articulação entre jornalismo, políticas sanitárias e cidadania configura-se como elemento central para a defesa de direitos e a mitigação das desigualdades injustas. Em um cenário de constantes transformações, a saúde se consolida como arena central de disputa por reconhecimento e acesso a direitos e por participação social, nos quais a comunicação e o jornalismo desempenham papel estratégico.

No que diz respeito à ativação de sistemas globais de vigilância epidemiológica, a pandemia de COVID-19 apresenta paralelos com a de H1N1, ocorrida entre 2009 e 2010, quando a OMS declarou emergência internacional sob o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (12). Ambas mobilizaram a comunidade científica e estimularam uma resposta coordenada em escala internacional, ainda que os avanços biomédicos tenham sido mais significativos no caso da COVID-19, especialmente com o desenvolvimento acelerado de novas vacinas (30). Em termos de impacto científico e mobilização da pesquisa biomédica, a COVID-19 pode ser comparada também à pandemia de HIV/Aids (36).

A pandemia de COVID-19 insere-se em um histórico contínuo de crises sanitárias que testaram a sociedade brasileira e suas infraestruturas de informação. Um exame aprofundado desses eventos demonstra que, para além das dimensões biológicas, a condução da comunicação constitui fator crucial na resposta social às crises sanitárias. Ao longo da história, as iniquidades permanecem como um roteiro oculto nas epidemias, as quais têm sido catalisadoras de profundas mudanças sociais. Esse aspecto torna relevante analisá-las também sob a perspectiva de seus condicionamentos culturais e comportamentais.

Casos como a Revolta da Vacina e a Gripe Espanhola são exemplos de que tais eventos não são apenas crises de saúde, mas também de informação, tendo na imprensa uma variável crucial recorrente nos eventos. O escrutínio desse manejo pelo ecossistema da comunicação auxilia na elucidação não apenas das consequências das doenças, mas também das estratégias de resposta adotadas em cada período. Essa análise oferece aprendizados essenciais para compreender os desafios da imprensa contemporânea no enfrentamento de tais eventos.

1.6. Informação e Cidadania: O Papel Central do Jornalismo na Saúde

Do cotidiano às situações mais complexas, o rigor na apuração, a clareza na produção e a acessibilidade da informação disponibilizada à sociedade são

igualmente importantes. Esses elementos oferecem subsídios essenciais que orientam a população ao constituir uma base informativa que permite a compreensão e a formação de consciência crítica diante dos fatos. Independentemente do nível de criticidade ou de engajamento, esse conjunto de elementos contribui de modo decisivo para o fortalecimento da cidadania.

Seja para saber se será necessário levar o guarda-chuva naquela manhã de tempo indefinido; se a grande avenida utilizada como caminho na ida e volta do trabalho está com fluxo normal; se é necessário confirmar o horário da campanha de vacinação do final de semana; ou assistir ao último debate da campanha eleitoral para prefeito, que deverá ser importante na definição dos votos dos eleitores que deixaram para fazer sua escolha na última hora, a informação cumpre papel orientador no cotidiano social.

Autores consagrados da Comunicação como Manuel Castells (31) destacam a importância da informação para a organização do viver na sociedade contemporânea, constituindo-se como “o novo eixo da organização da sociedade, estando o poder diretamente relacionado à capacidade de gerar e difundir informação significativa.”

Embora intrinsecamente relacionados, Comunicação e Jornalismo se distinguem em amplitude, objetivos e métodos. A comunicação é um rito cultural amplo que abrange todas as formas de interação humana, com funções multifacetadas que incluem entretenimento, persuasão e educação. Em contrapartida, o jornalismo situa-se como disciplina específica dentro do campo da comunicação, com o objetivo específico de informar o público com precisão e objetividade, focando na produção e disseminação de notícias verificadas. Enquanto as práticas de Comunicação se adaptam a diferentes finalidades, como Marketing e Relações Públicas, o Jornalismo é guiado por princípios que buscam promover a transparência e a responsabilização, desempenhando um papel essencial para a manutenção da democracia.

A busca pela verdade orienta a prática profissional do jornalismo e oferece credibilidade à informação produzida, sendo determinante na construção de uma sociedade democrática. Como um dos pilares desta democracia, o jornalismo não apenas informa, mas implica o dever de vigiar e debater condutas estatais, privadas ou da sociedade em geral que atentem contra esses princípios. Exerce, assim, função essencial na garantia do direito de acesso a dados de interesse público e no

apoio à conquista dos direitos de cidadania, denunciando abusos de poder, violações dos direitos humanos ou expondo injustiças, e contribuindo para a conscientização da população sobre seus direitos civis. No entanto, desafios surgem quando é necessária uma aproximação de instituições governamentais e organizações de saúde envolvendo, por exemplo, campanhas de prevenção. Esse vínculo, de transmissor da informação e, ao mesmo tempo, promotor da ideia, pode comprometer a independência editorial, um dos pilares éticos mais relevantes da profissão de jornalista.

Desse modo, mesmo nesses casos, é necessário manter certo distanciamento para garantir a qualidade crítica na avaliação das políticas públicas e preservar a autonomia da cobertura. Além disso, ao adotar a retórica da persuasão —quando se comporta como divulgador de determinado tema— em vez de realizar uma análise rigorosa das informações, o profissional corre o risco de transformar a informação em propaganda, distorcendo o papel central do jornalismo, que é servir ao interesse público.

Em contextos de grande incerteza, como os vividos nos mais de três anos em que a pandemia de COVID-19 foi considerada “emergência de saúde pública de importância internacional”, a maneira como a informação é produzida, transmitida, acessada e compreendida influencia diretamente a percepção pública, podendo contribuir para um desfecho menos danoso da situação, ou, em oposição, gerar ruídos que podem dificultar a solução da crise. Nesse sentido, a reflexão clássica de Walter Lippmann evidencia a centralidade social do jornalismo: “(...) o jornalismo não é uma profissão dignificada na qual os homens invistam o tempo e o dinheiro de uma educação, mas uma forma de trabalho subalterno, mal pago, inseguro e anônimo, conduzido pelo método de agarrar as oportunidades. Falar meramente sobre o repórter em termos da sua verdadeira importância para a civilização fará rir qualquer homem dos jornais. No entanto, o jornalismo tem uma honra peculiar. A observação tem de preceder qualquer outra atividade e o observador público (o repórter) é um homem de valor crítico. Qualquer dinheiro ou esforço que se gaste para colocar o homem certo neste trabalho nunca será mal gasto, pois a saúde da sociedade depende da qualidade da informação que recebe” (32).

Ao fornecer informações confiáveis, que ajudam a enriquecer o debate público sobre questões importantes, o jornalismo contribui além do simples relato dos fatos, tornando-se um ferramental indispensável para que a comunidade tenha elementos

para se orientar. Deste modo, a população passa a ter elementos para a tomada de decisão, sejam eles de impacto individual ou coletivo. Devido aos laços estreitos existentes entre informação e democracia, as práticas informativas têm importantes repercussões não apenas para o conhecimento dos cidadãos sobre sua realidade imediata, mas também para o exercício dos direitos, deveres e liberdades (33). As informações desempenham um papel vital na sociedade moderna. Em cenários complexos como a pandemia de COVID-19, é fundamental que a população possa contar com orientações precisas que sustentem escolhas responsáveis.

Em um cenário de disputas narrativas e falhas institucionais, a imprensa escrita profissional teve o papel central de informar sobre a evolução da doença, orientar comportamentos e enquadrar as representações sobre o que estava em jogo —a proteção da saúde pública, o papel do SUS e as iniquidades que ganharam visibilidade com a crise (34). Os veículos de comunicação, e de modo mais relevante a imprensa profissional —seja por meio dos jornais, TV, rádio, ou portais de notícias—, tiveram um papel ativo e de extrema relevância na pandemia de COVID-19. A intensa cobertura realizada permitiu que o tema realmente fosse discutido pela sociedade como um todo e considerado uma prioridade.

A divulgação de informações essenciais como forma de contágio, prevenção, acesso a serviços, prazos e descobertas científicas foi fundamental para que a população adotasse medidas de prevenção e soubesse como se posicionar a respeito, mesmo diante do quadro limitado de informações científicas que se tinha a respeito da doença, principalmente nos momentos iniciais da pandemia. "Na área da saúde, o papel preponderante dos meios de comunicação irá se revelar nas situações coletivas, como as epidemias, quando a população se vê indistintamente ameaçada, isto é, a importância da imprensa, enquanto canal de informação/reivindicação, é mediatizada pelo caráter mais ou menos coletivo do agravo em questão, bem como pelo potencial de difusão social do problema, de modo a "borrar" os limites de classe" (35).

A cobertura de inovações médicas, como técnicas de manipulação genética, transplantes de órgãos e reprodução assistida, exige, além de conhecimento especializado em ciência e medicina, uma atenção rigorosa aos dilemas éticos envolvidos. Sem a devida qualificação, o profissional corre o risco de produzir conteúdo marcado por reducionismos problemáticos ou abordagens sensacionalistas, que podem induzir o público a interpretações e práticas

equivocadas. Além disso, pode, ainda que de forma não intencional, favorecer interesses de grandes corporações, como a indústria farmacêutica.

Esse mesmo cuidado deve ser aplicado à forma como a mídia representa grupos historicamente marginalizados, pois estereótipos reforçados ao longo do tempo ainda dificultam a compreensão social e perpetuam processos de estigmatização, como no caso de pessoas com transtornos mentais e de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Nessa direção, o compromisso do Jornalismo está em desconstruir essas narrativas ultrapassadas, auxiliando na promoção de uma visão baseada em evidências, que esteja alinhada com os objetivos de justiça inclusiva desses grupos.

Nesse cenário, a informação crítica e de qualidade é caracterizada por conteúdo que ofereça uma análise mais profunda de determinado tema, indo além da simples coleta, organização e divulgação de informações ou dados, se propondo a contextualizar, questionar e provocar reflexões sobre os fatos apresentados. Harold Lasswell, ao discutir a função social da comunicação, destaca que a informação deve ser cuidadosamente organizada e estruturada para cumprir seu papel social e político. Deve educar e informar, proporcionando ao público um entendimento mais detalhado sobre as questões sociais e políticas, portanto, de assuntos que dizem respeito diretamente ao seu dia a dia. Esse processo analítico de compreensão do ambiente social que o cerca, por sua vez, serve como incentivo ao cidadão participar da vida democrática, permitindo que os indivíduos tomem decisões a partir de elementos mínimos capazes de embasar sua opinião.

Para os que têm formação originária no Jornalismo, o termo “informação de qualidade” remete a conteúdo produzido profissionalmente —o que não significa, necessariamente, ter sido produzido por um grande veículo de comunicação—, mas que siga as regras básicas do jornalismo, como a leitura de diversos pontos de vista, entre outros. Já “informação crítica” é uma expressão que remete à produção de conteúdo atento ao contexto, buscando compreender o porquê e o para quê das coisas e avalie o que isso significa para a sociedade.

Deste modo, para os fins desta pesquisa, a expressão “informação crítica e de qualidade” foi compreendida a partir de duas dimensões complementares, fundamentadas nos princípios do jornalismo profissional. Essa formulação destaca que a crítica é um componente estruturante do processo informativo, devendo estar

presente desde a produção para que a informação possa ser legitimamente caracterizada como 'de qualidade'.

A 'informação crítica' refere-se à premissa metodológica e à postura ética do jornalista: o questionamento das fontes oficiais e a fiscalização do poder (*watchdog role*), tal como sistematizado por autores como Schudson (38). Esse princípio expressa o compromisso com a independência na produção do conteúdo jornalístico, para além do mero relato factual. Por sua vez, a “informação de qualidade” é o produto final que emerge desta dinâmica crítica. Ela se materializa em um conteúdo que adere a princípios técnicos rigorosos, como a verificação exhaustiva dos fatos, a precisão, a clareza e a diversidade de fontes (38).

Assim, o termo será utilizado para designar a produção jornalística que alia critérios técnicos já exemplificados à interpretação contextualizada e crítica dos acontecimentos. “A informação é um recurso fundamental para os cidadãos em nossa sociedade. É um mecanismo valioso para orientar as pessoas, especialmente em situações altamente complexas, como a gerada pela pandemia de COVID-19. Neste sentido, é uma ferramenta que pode ajudar a reduzir a incerteza e a ansiedade ou, pelo contrário, aumentar o pânico e o caos. (...) É, assim, um elemento fundamental para o funcionamento de uma democracia saudável. O fornecimento de informação de qualidade aos cidadãos permite que eles formem uma opinião e participem politicamente. (...) O trabalho dos jornalistas, fornecendo notícias, é fundamental para a articulação da esfera pública. (...) As notícias se tornam assim um produto vital para a vida cívica” (33).

O filósofo da Educação Paulo Freire ensinou que a “leitura crítica do mundo precede a leitura da palavra”, e que “a informação crítica deve promover consciência e autonomia, não apenas informar”. Por esta razão, a crítica é parte fundante do trâmite de construção da informação jornalística notória, pois está ligada ao processo cognitivo e ético de interpretação dos fatos, antecedendo e fundamentando de modo decisivo a qualidade final do produto.

A imprensa escrita profissional refere-se a veículos de comunicação organizados como empresas jornalísticas formalmente registradas, no caso brasileiro, quando essas empresas estão formalmente registradas com Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica. Essas empresas seguem normas editoriais claras e possuem uma estrutura que garante a revisão e a validação das informações antes da publicação, o que assegura maior rigor na apuração e na edição do conteúdo.

Com efeito, é necessário considerar dinâmicas de poder estatal e privado, pressões econômicas ou políticas e compromissos não revelados da mídia hegemônica, entre outros fatores que podem interferir na cobertura. Essas organizações empregam jornalistas com formação profissional registrados em órgãos de classe, buscando assegurar a conformidade com normas éticas e editoriais estabelecidas por entidades como a Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo e a Federação Nacional dos Jornalistas.

Já a imprensa escrita não profissional engloba publicações de indivíduos ou grupos que, geralmente, não possuem registro institucional formal, como blogs ou postagens em redes sociais, e que, muitas vezes, não seguem padrões rigorosos de checagem de informações, embora desempenhe um papel importante em coberturas alternativas e na promoção da pluralidade informativa. Contudo, mais recentemente, a linha que separa o jornalismo profissional e o não profissional está se tornando cada vez mais tênue no contexto digital. Muitos profissionais com formação na área publicam diretamente em plataformas independentes, enquanto veículos tradicionais vêm adotando práticas mais ágeis, que nem sempre mantêm os mesmos padrões de rigor na produção de conteúdo.

Somado à gravidade e complexidade do cenário da COVID-19, a sociedade brasileira e a de outros países enfrentaram uma intensa crise de informação, marcada por discursos que questionavam o consenso científico e alimentavam a onda negacionista, ao mesmo tempo em que lidavam com a restrição de dados oficiais. “A qualidade da informação, evidentemente, está na dependência de um conjunto de fatores. Dentre eles, podemos destacar alguns, tais como: o pouco conhecimento de epidemiologia por parte de algumas autoridades, inclusive da própria área de saúde; a pouca compreensão por parte dos jornalistas dos assuntos cobertos e a dificuldade de comunicação entre autoridades ou técnicos e jornalistas, gerando informações parciais ou mesmo distorcidas. (...) Por outro lado, os órgãos de imprensa devem se preocupar em desempenhar com competência sua tarefa de meios de comunicação de massa, evitando as abordagens sensacionalistas e estimulando a “profissionalização” de seus jornalistas também nos setores sociais, tal como já vem ocorrendo nos setores de economia e política. De posse das informações, os vários segmentos sociais serão capazes de avaliar a situação e, mais ativamente, atuar na solução de seus próprios problemas” (35).

Utilizado há muito tempo para se referir a notícias falsas e inserido organicamente no campo do jornalismo, o termo *fake news* passou, mais recentemente, a ser objeto de problematização por entidades como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (39) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (40). Entre os motivos está o fato de o termo ter sido cooptado por atores políticos com o intuito de combater o jornalismo profissional. Ambas as entidades consideram que a expressão, por si só, carece de precisão técnica, é politicamente perigosa e simplifica inadequadamente um fenômeno multifacetado.

Além disso, recomendam o uso de uma estrutura mais robusta e clara para definir a expressão. Concentrando-se mais no aspecto epidemiológico, a Fiocruz, principal instituição de saúde pública do Brasil, destaca que a desinformação em saúde, pelo potencial de causar danos reais à saúde da coletividade, deve ser problematizada não somente sob a ótica do campo da comunicação, mas, sim, como um agravo de saúde pública. Por exemplo, uma desinformação sobre vacinas pode acarretar surtos de doenças eliminadas e até mortes.

A Fiocruz propõe uma espécie de fatiamento e categorização do problema, de modo a tratá-lo com a relevância própria de uma questão de vigilância epidemiológica. A entidade propõe que, em vez de *fake news*, seja utilizado o termo "desinformação em saúde", de modo que o problema fique enquadrado dentro de seu campo. Além disso, recomenda o uso do termo "Infodemia", definido como o excesso de informações —muitas delas falsas ou imprecisas, que dificultam o acesso da população a fontes confiáveis—, "Comunicação de Risco" —quando for necessário chamar a atenção para a necessidade da adoção de estratégias de comunicação claras e baseadas em evidências— e "Literacia em Saúde" —que se refere à capacidade de a população receber, analisar e compreender informações básicas de saúde para que possa exercer seu julgamento com maior assertividade.

O acesso a informações de qualidade é primordial para alcançar grupos socialmente distanciados das notícias, seja por fatores econômicos, culturais ou educacionais. Essa abrangência favorece a conscientização sobre temas de interesse coletivo. Especialmente na área da saúde, a produção de informação de qualidade sobre aspectos de promoção e prevenção e a disponibilidade desse conteúdo para a população são fatores determinantes para o sucesso de políticas públicas. Conforme destaca o pesquisador Mauro Wolf em sua obra 'Teorias da

Comunicação' (41), o campo do pensamento comunicacional transitou de uma fase inicial, marcada por visões funcionalistas e positivistas, para uma fase de caráter mais crítico e reflexivo, que se dedica a investigar as complexas interações entre os meios de comunicação e as estruturas sociais, políticas e econômicas. No decorrer do século XX, o estudo da Comunicação foi profundamente remodelado por avanços tecnológicos, transformações culturais e novas exigências sociais.

Ao longo do tempo, pesquisadores desenvolveram múltiplos modelos conceituais na tentativa de compreender as dinâmicas de emissão, recepção e interpretação de mensagens, o que demonstra a complexidade das dinâmicas que conectam a fonte, o canal e o público. Essa diversidade de abordagens representa um esforço contínuo para abranger as várias dimensões do fenômeno comunicacional, variando de modelos mais lineares a perspectivas que enfatizam a construção social da realidade. Para organizar a análise do discurso midiático, é útil classificar essas teorias em grupos que delineiam seus pressupostos e características fundamentais. O primeiro conjunto reúne as abordagens de natureza determinista e linear, que concebem a comunicação como um fluxo unidirecional de efeito imediato.

Dentro deste grupo, a Teoria Hipodérmica, também conhecida como "Bala Mágica", defende que a mídia exerce uma influência direta, instantânea e avassaladora sobre uma audiência passiva. A mensagem, segundo essa visão, age como uma "injeção", alterando atitudes e comportamentos sem a mediação de ritos interativos. Essa perspectiva surgiu no início do século XX, quando veículos como o rádio e o cinema são percebidos como instrumentos de grande poder, capazes de mobilizar massas. Entretanto, tal teoria é frequentemente criticada por sua abordagem simplista, que desconsidera as interações mais complexas entre emissores e receptores.

De modo complementar, a Teoria da Persuasão, formulada nas décadas de 1940 e 1950 por Lazarsfeld e seus colaboradores, centra-se na transmissão e modulação da informação, destacando o papel dos líderes de opinião na disseminação dos conteúdos. A eficácia persuasiva, nesse modelo, depende fundamentalmente da forma, do conteúdo e da estrutura da mensagem. Fatores como clareza, repetição e a construção narrativa podem ampliar o poder de convencimento.

A autoridade e a credibilidade da fonte também são cruciais, pois um emissor reconhecido como especialista tende a ter maior impacto. Fica claro, por conseguinte, que o poder de convencimento não é um atributo estático, e quando esses critérios são observados, os meios de comunicação de massa podem alcançar resultados significativos em campanhas direcionadas. Tais modelos teóricos encontram vasta aplicação em áreas como publicidade, marketing e campanhas políticas, onde a compreensão e o uso de táticas persuasivas são determinantes para o sucesso da comunicação.

A Teoria da Espiral do Silêncio, desenvolvida por Elisabeth Noelle-Neumann, citada por Wolf (41), investiga os mecanismos que levam ao silenciamento de opiniões minoritárias. Segundo essa abordagem, o receio do isolamento social leva os indivíduos a não expressarem pontos de vista que percebem como contrários à maioria. Esse encadeamento resulta na marginalização gradual de visões divergentes e na consolidação de uma opinião dominante, com estas narrativas sendo reforçadas pela própria mídia.

Por sua vez, a Teoria da Cultivação, desenvolvida por George Gerbner, citado por Wolf (41), postula que o consumo frequente de televisão afeta a forma como os espectadores compreendem o mundo ao seu redor. A repetição de certas imagens e discursos pode alterar a visão dos indivíduos sobre temas como violência e seus papéis sociais. Ambas as teorias ressaltam a importância da mídia na formação da opinião coletiva. Enquanto a Espiral do Silêncio foca no medo do isolamento, a Cultivação destaca os efeitos da repetição midiática a longo prazo. A análise conjunta dessas abordagens revela a complexa interação entre a supressão de opiniões e a construção da realidade pela mídia.

Um segundo agrupamento teórico congrega as abordagens que enfatizam a capacidade da mídia de construir a realidade social. A Teoria do Agendamento, ou *Agenda-Setting*, é um exemplo central dessa vertente, segundo a qual o destaque conferido a certos temas pela mídia define a relevância que a sociedade lhes atribui. Nessa lógica, a "agenda" midiática estabelece os tópicos do debate público, influenciando as prioridades da audiência e das autoridades. Wolf (47) aprofunda essa discussão, explorando como os veículos de comunicação moldam a percepção pública e exercem poder na formação da opinião. Esta teoria mostra-se particularmente significativa para compreender como a mídia priorizou, ou

negligenciou, as narrativas sobre iniquidades durante a cobertura da pandemia de COVID-19.

Complementarmente, a “Teoria do Enquadramento” (*Framing*), com base nos estudos de Erving Goffman, citado por Wolf (41), argumenta que a seleção e a organização de aspectos específicos na cobertura jornalística orientam a interpretação dos acontecimentos. Ao fazer isso, a mídia estabelece narrativas que, indiretamente, constroem a visão do mundo dos receptores (41), favorecendo a elaboração de “quadros interpretativos” que estruturam a experiência social, organizando, simplificando e moldando a realidade. A construção desses enquadramentos pode ser intencional ou resultar de encadeamentos culturais e cognitivos, sendo uma ferramenta amplamente utilizada pela mídia para definir pautas e priorizar temas.

Por fim, um terceiro grupo é formado por teorias críticas, que analisam as dinâmicas comunicacionais a partir das relações de poder. A Escola de Frankfurt, com sua Teoria Crítica, argumenta que os meios de comunicação não são neutros, mas canais que perpetuam interesses dominantes, consolidando estruturas de poder e promovendo a homogeneização cultural. Pensadores como Adorno, Horkheimer e Habermas, citados por Wolf (41), mostram que os meios de comunicação, em vez de emancipar, frequentemente reforçam as iniquidades sociais.

A Teoria da Esfera Pública, de Jürgen Habermas, citado por Wolf (41) descreve um espaço ideal para a formação da opinião em sociedades democráticas, sustentado pelo debate público crítico e racional, autônomo em relação ao Estado. Historicamente, sua constituição está ligada à imprensa e aos cafés do século XVIII, que ampliaram o acesso à informação. Posteriormente, a ascensão da mídia de massa e, mais recentemente, da internet, transformou a esfera pública, introduzindo tanto a democratização do acesso quanto riscos como a desinformação e a polarização.

A influência e a persuasão não são indiferenciadas e constantes, nem se justificam apenas pelo fato de ter havido transmissão de uma mensagem; exigem que quem produz a informação esteja atento ao público e às suas características psicológicas. Nesse sentido, conforme destaca Wolf, “a persuasão opera através de percursos complicados, mas as comunicações de massa exercem-na. (...) O receptor é também um iniciador, quer no sentido de originar mensagens de retorno, quer no sentido de pôr em prática processos de interpretação com um certo grau de

autonomia. O receptor "age" sobre a informação que está à sua disposição e "utiliza-a". Segundo este ponto de vista, o destinatário —continuando embora a ser desprovido de um papel autónomo e simétrico ao do destinador, no processo de transmissão das mensagens— transforma-se, porém, em sujeito comunicativo a título inteiro. No processo da comunicação, tanto o emissor como o receptor são parceiros ativos". Todos esses elementos reforçam a relevância do papel social da comunicação, e neste caso especificamente em relação ao ofício do jornalismo— na promoção do bem-estar coletivo e na redução das disparidades evitáveis em saúde.

Nesse contexto de crise aguda em saúde pública, a imprensa escrita profissional assumiu papel central ao enquadrar e representar tanto as iniquidades postas a nu quanto o papel do SUS. O objetivo desta pesquisa é a análise do conteúdo manifesto dos textos publicados, investigando suas estruturas narrativas explícitas. Desse modo, não se trata de identificar a "percepção" dos jornalistas sobre as iniquidades. À luz desses elementos, o objetivo não foi inferir intenções subjetivas do autor, mas sim interpretar, nas entrelinhas do texto, o significado que se busca comunicar por meio de narrativas e representações.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar como a imprensa escrita profissional brasileira representou as iniquidades em saúde —no acesso aos serviços, na incidência de casos e na mortalidade— e o papel do SUS durante a pandemia de COVID-19.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Objetivo específico 1:

Caracterizar os enquadramentos utilizados pela imprensa escrita profissional para representar as iniquidades em saúde durante a pandemia de COVID-19, tanto em relação ao acesso aos serviços de saúde quanto à incidência de casos e às taxas de mortalidade.

2.2.2. Objetivo específico 2:

Identificar e avaliar como a imprensa escrita profissional representou o papel do SUS no enfrentamento à pandemia de COVID-19, considerando a visibilidade conferida ao sistema, suas potencialidades e limitações.

3. HIPÓTESES

3.1. Hipótese 1:

Durante a pandemia de COVID-19, a imprensa escrita profissional representou as iniquidades em saúde de forma predominantemente descritiva, sem problematizar seus determinantes sociais, econômicos nem questionar a responsabilidade institucional dos entes federados.

3.2. Hipótese 2:

Durante a pandemia de COVID-19, a imprensa escrita profissional ampliou a visibilidade do Sistema Único de Saúde como política pública central na resposta sanitária, destacando tanto sua relevância estrutural quanto suas limitações concretas.

4. MÉTODO

4.1. Análise de Conteúdo Documental

Esta dissertação caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza documental, uma vez que os dados foram obtidos em textos jornalísticos da imprensa escrita brasileira. Para tratamento analítico do corpus, adotou-se o método da Análise de Conteúdo (42), utilizando-se a técnica da análise temática para categorização e interpretação do corpus.

Nas pesquisas documentais são utilizados registros como fonte primária de dados, constituindo-se em um modelo essencial para a pesquisa qualitativa (25). Diferentemente da pesquisa bibliográfica, que revisa produções acadêmicas publicadas, a pesquisa documental se concentra em materiais produzidos para fins científicos, para a imprensa escrita ou em relatórios, leis, registros administrativos, diários e fotografias; documentos que proporcionam o acesso a informações históricas e institucionais e exigem do pesquisador um olhar analítico e crítico, pois carregam marcas dos contextos históricos, políticos e sociais em que foram produzidos.

A Análise de Conteúdo mostra-se compatível com o Campo da Saúde Coletiva ao propiciar a investigação de fenômenos complexos, como doenças endêmicas e epidêmicas, e auxiliar na reconstrução do encadeamento de seu discurso histórico, possibilitando o exame de diferentes formas de representação da COVID-19. Além disso, é útil para estudar outros problemas de saúde envolvendo fatores biológicos, sociais e culturais, já que muitos deles são moldados pela cultura e costumes da sociedade e sua representação na mídia e interpretação pelo público refletem crenças, atitudes e reações.

4.2. Análise de Conteúdo por meio da Análise Temática

Um dos aspectos centrais desse encaminhamento é a categorização, que consiste em agrupar unidades de significado com base em características comuns. A definição destas categorias pode ser feita por meio do enfoque dedutivo, cujo sentido referencial teórico é pré-existente; ou no procedimento de investigação indutivo, em que os padrões identificados emergem do próprio material analisado.

Deste modo, a categorização possibilita a organização dos dados coletados de forma estruturada, facilitando a interpretação dos temas predominantes.

A identificação das unidades temáticas —segmentos do texto, expressos em palavras que possuem significado próprio e contribuem para a construção das categorias— constitui um elemento estrutural neste ponto de vista. Em decorrência disso, faz-se necessária uma reflexão contínua sobre o papel do pesquisador na dinâmica de codificação e categorização, em razão do caráter interpretativo que o constitui.

A subjetividade torna essencial a explicitação dos critérios adotados na busca de qualidades essenciais como a transparência e a confiabilidade no trabalho. Essa reflexividade tem sua relevância destacada quando se analisa a cobertura midiática de eventos complexos, como a pandemia de COVID-19, em que múltiplos fatores influenciam a construção das narrativas e representações jornalísticas.

A priorização da significação do discurso em detrimento da mera quantificação de termos é de total importância, já que, mais do que identificar a frequência com que determinados assuntos aparecem em um texto, busca-se compreender como são tratados, quais sentidos lhes são atribuídos e de que maneira estes se articulam no contexto do estudo. Trata-se de procedimento importante para investigações qualitativas que procuram explorar os significados implícitos e explícitos presentes nos discursos analisados.

Devido a estas qualidades, a categorização por meio de Análise Temática constitui-se em uma perspectiva analítica versátil e bastante utilizada em pesquisas qualitativas. Sua aplicação viabiliza uma compreensão crítica dos temas emergentes, possibilitando a identificação de padrões, lacunas e tendências na forma como determinados fenômenos são representados na comunicação social e, neste caso em especial, no jornalismo.

4.3. Definição do objeto de estudo e das fontes

A seleção dos veículos jornalísticos, que foram fonte primária desta investigação, seguiu critérios de relevância reconhecidos no ambiente da Comunicação como continuidade editorial (tempo de circulação), abrangência territorial (tamanho da região de cobertura) e relevância social e política (capacidade de pautar temas em nível regional e nacional). Foram triados prioritariamente jornais com presença expressiva atual ou pregressa no formato impresso e, mais

recentemente, no digital —sendo este requisito essencial para a coleta de documentos para a realização desta pesquisa—, ou que, mesmo migrando totalmente do formato impresso para o ambiente digital —tendência verificada mundialmente, permanecessem sendo importantes na cobertura de temas regionais, mantendo alguma repercussão nacional. A fim de contemplar a diversidade regional, a seleção dos veículos abrangeu as cinco regiões do país —Sul, Sudeste, Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

Dos sete jornais a serem analisados, três deles —todos da região Sudeste— foram considerados pelo estudo como os de maior relevância, por terem a maior capacidade de influenciar a pauta nacional, inclusive as produzidas pelos veículos regionais e locais, sendo agrupados no Núcleo Duro (ND). Além de suas bases estarem localizadas na região mais populosa do país, os veículos 'Folha de S. Paulo' e 'O Estado de S. Paulo', de São Paulo, e 'O Globo', do Rio de Janeiro, contam com as maiores tiragens impressas, e, também, os portais de notícias mais acessados do Brasil. Com isso, buscou-se obter por meio do conteúdo jornalístico publicado por estes veículos uma amostra documental de grande repercussão.

Já os quatro veículos que representam as demais regiões — Nordeste, Norte, Centro-Oeste (incluindo o Distrito Federal) e Sul — serão tratados nesta pesquisa como 'Núcleo Regional' (NR), sendo eles, respectivamente: 'Jornal do Commercio' (Pernambuco), 'O Liberal' (Pará), 'Correio Braziliense' (Distrito Federal) e 'Zero Hora' (Rio Grande do Sul). Nestes veículos, a pesquisa tentou captar com maior ênfase às diversidades regionais, pelo fato de haver no ND uma tendência de saturação natural de temas, pois esses veículos constituem grupos midiáticos hegemônicos, têm porte semelhante e apresentam uma concorrência mais direta entre si pela posição de principais meios de comunicação (*mainstream media*), além de estarem localizados na mesma região do país.

4.4. Critérios para constituição do *corpus* de Análise Documental

O *corpus* desta pesquisa foi composto por matérias jornalísticas publicadas nos veículos selecionados, em três períodos pré-definidos. A seleção considerou critérios de relevância para os objetivos da dissertação, reunindo reportagens que contribuem para o esclarecimento dos objetivos específicos —ao caracterizar os enquadramentos utilizados para representar as iniquidades em saúde e a visibilidade do papel do SUS no enfrentamento da pandemia.

4.5. Principais categorias para análise

4.5.1. Iniquidades em Saúde

Essa categoria irá analisar como a imprensa representou as iniquidades em saúde —no acesso aos serviços, na incidência de casos e na mortalidade— durante a pandemia de COVID-19, que é o tema central deste estudo. A análise do caso brasileiro, um dos países mais desiguais do mundo, é oportuna, pois a pandemia aumentou a visibilidade das desigualdades injustas e evitáveis. Nesse contexto, as diferenças no acesso aos serviços de saúde evidenciaram a presença de barreiras estruturais que afetam parcelas específicas da população.

4.5.2. Papel do SUS

Nesta categoria, analisa-se como a imprensa representou o papel do SUS durante a pandemia de COVID-19. Historicamente subfinanciado e criticado, o sistema foi rapidamente colocado no centro das discussões, ganhando visibilidade como serviço público essencial tanto no noticiário quanto no debate público.

4.6. Sistematização e Categorias de Análise

Na leitura preliminar, o conteúdo coletado foi analisado quanto à sua pertinência para a pesquisa, com anotações que evidenciaram como as matérias abordaram os temas centrais definidos para análise. Não foi delimitado número mínimo ou máximo de conteúdo para ser analisado para posterior codificação temática.

À medida que as matérias foram selecionadas, foi criado um sistema de códigos para cada categoria, garantindo que os trechos relevantes dos conteúdos jornalísticos fossem agrupados de acordo com as categorias relacionadas. A partir das matérias, foi aplicado o método de Análise de Conteúdo por meio da técnica de Análise Temática.

Os conteúdos de opinião, não produzidos diretamente pelo veículo —como colunas de comentaristas— poderiam ser selecionados para análise, mas de forma complementar às matérias com análises mais profundas. A coleta do material foi realizada por meio das edições digitais dos jornais, acessadas via assinatura paga, financiada com recursos do autor.

4.7. Seleção de veículos por região

4.7.1. Região Sudeste (3 veículos selecionados)

A Região Sudeste é a mais populosa, concentrando 43% da população nacional. Foram selecionados três dos jornais de maior influência do país: Folha de S. Paulo (SP), O Estado de S. Paulo (SP) e O Globo (RJ). A escolha considerou a relevância dos maiores veículos da imprensa de São Paulo e Rio de Janeiro na cobertura de temas nacionais, e, por conseguinte, da pandemia.

4.7.2. Região Nordeste (1 veículo)

Concentrando 27% da população do país, a Região Nordeste é marcada por grandes disparidades sociais no território e em relação às demais regiões do país —exceto em relação à Região Norte. Nesta pesquisa, foi representada pelo Jornal do Commercio, sediado em Pernambuco.

4.7.3. Região Sul (1 veículo)

Com 14% da população nacional, a Região Sul foi representada pelo jornal Zero Hora, veículo de maior relevância regional, tendo importância também no cenário nacional.

4.7.4. Região Centro-Oeste (1 veículo)

Com 8% da população do país e destacada pelo seu peso político, por sediar o Distrito Federal e a capital do país, Brasília, foi representada pelo 'Correio Braziliense'.

4.7.5. Região Norte (1 veículo)

A menor região do país, a Norte, que agrega 8,8% da população, foi representada pelo jornal O Liberal. O veículo está sediado no Pará, estado mais populoso do território apresentando desafios expressivos no acesso à saúde, tendo uma formação populacional diversa incluindo indígenas e populações ribeirinhas.

4.9. Protocolos para seleção do corpus de pesquisa e etapas de classificação

4.9.1. Problematização do contexto para definição de estratégia

A construção do *corpus* documental desta dissertação demandou a elaboração de um protocolo para a definição das estratégias de busca, constituindo-se em etapa metodológica de elevada complexidade técnica. Esse processo transcendeu uma mera fase operacional, configurando-se como procedimento especializado que exigiu testes sucessivos até alcançar resultados com aderência adequada aos objetivos desta pesquisa.

O principal desafio consistiu em adaptar conceitos técnico-científicos da Saúde Coletiva para o vocabulário corrente da imprensa. Pelo fato de os veículos dirigirem-se a um público amplo, frequentemente utilizam-se de expressões mais genéricas ou indiretas do que a literatura técnica. Isso tornou necessária uma adequação lexical para refletir a linguagem efetivamente utilizada na cobertura da pandemia. Esta tradução lexical mostrou-se determinante para a qualidade da busca, uma vez que terminologias acadêmicas foram sistematicamente substituídas por expressões concretas, de maior apelo comunicativo ou mais usuais entre a população. A primeira etapa consistiu em traduzir os Objetivos Específicos (OE1 e OE2) da dissertação em “pilares” conceituais para a formação da base de todas as buscas:

- a) **Pilar nº1:** O evento: A Pandemia de COVID-19;
- b) **Pilar nº2:** O Fenômeno: As Iniquidades em Saúde;
- c) **Pilar nº3:** O Ator: O SUS.

Deste modo, o objetivo não foi simplesmente ‘encontrar conteúdos jornalísticos’, mas construir uma ‘rede de pesca’ conceitual ampla e precisa, capaz de capturar a relevância e a diversidade da cobertura e, sempre que possível, excluir os ruídos irrelevantes. Visando garantir a integridade nas buscas, foram incorporados elementos ordenadores como sistematicidade, transparência metodológica e critérios justificados, visando garantir que os conteúdos estivessem alinhados aos objetivos específicos.

Esses atributos guiaram a extração de matérias, assegurando seu alinhamento aos objetivos específicos desta pesquisa e garantindo a viabilidade técnica e metodológica.

4.9.2. Adequação de termos técnicos à linguagem jornalística

A discrepância vocabular entre os termos acadêmicos e jornalísticos tornou-se evidente desde os primeiros testes de busca. Por exemplo, o termo 'iniquidade', central ao referencial teórico desta pesquisa, raramente apareceu na cobertura midiática, sendo comumente representado por 'desigualdade' ou 'injustiça social'. Similarmente, 'óbitos' era sistematicamente substituído por 'mortes', enquanto 'determinantes sociais da saúde' eram fragmentados em termos concretos como 'moradia', 'renda', 'transporte' e 'escolaridade'. O Sistema Único de Saúde, por sua vez, foi referenciado por meio de variações como 'saúde pública', 'atendimento público' ou 'atendimento gratuito'. Esta assimetria lexical exigiu do pesquisador uma lente analítica sensível para identificar as representações reais dos conceitos na cobertura jornalística, de modo a evitar que a divergência vocabular resultasse na exclusão de conteúdos relevantes à pesquisa.

Também foram encontradas diferenças internas nos diferentes períodos da cobertura —P1, P2 e P3— e entre os veículos. O termo 'vacina', por exemplo, não teve a mesma ocorrência no P1, apresentando maior uso nos demais ciclos investigados, principalmente em P2. Já o termo 'colapso' predominou em P2. O vocabulário variou também em alguma medida de acordo com as diferenças nas linhas editoriais. A partir do exemplo dos três veículos que formam o *mainstream* da imprensa brasileira — O Estado de S.Paulo, Folha de S.Paulo e O Globo— os jornais apresentam variações ideológicas que vão do espectro centro-direita à centro-esquerda. O Estadão se ancora na tradição e na defesa de princípios liberais, e historicamente esteve associado às elites paulistas e empresariais. Já a Folha se constrói como "pluralista, apartidária e crítica", sendo progressista em temas como direitos humanos, meio ambiente e diversidade. Enquanto O Globo, possivelmente por participar do Grupo Globo, um dos maiores conglomerados de comunicação do mundo, defende que tem uma missão ampla de comunicação que abrange informação, entretenimento e educação. Politicamente, é classificado como do espectro centro-direita moderado, adotando um posicionamento mais institucionalista.

Para cada pilar, realizou-se a expansão semântica sistemática, criando léxico abrangente de sinônimos, termos correlatos e expressões práticas que representassem os conceitos na linguagem da imprensa. O uso desta estratégia

conferiu precisão e rigor à busca, enquanto a sintaxe assegurou que os artigos selecionados fossem interseccionais —tratando da relação entre os temas, e não de cada um isoladamente, o que constitui um requisito central para a análise de conteúdo desta dissertação.

4.9.3. Testes de adequação e aderência dos termos às buscas

Esta etapa foi a mais trabalhosa e demorada do desenvolvimento metodológico, devido à necessidade de experimentação intensiva de palavras e termos que se estendeu por meses. Foram realizados mais de uma centena de testes, seguindo uma metodologia empírica baseada em acerto e erro.

O rito iterativo seguiu padrão consistente: identificação de problemas na qualidade do conteúdo raspado, análise das palavras-chave ou operadores booleanos utilizados, modificação da *string* de busca e realização de novo teste, e, assim, sucessivamente. Quando a raspagem apresentava melhoria qualitativa, aprofundava-se aquele padrão; caso contrário, procedia-se nova análise e modificação.

O principal problema identificado nos testes iniciais foi a captura de conteúdos que, embora relacionados à pandemia, não abordavam os recortes específicos da pesquisa, não servindo adequadamente à análise de seus objetivos. Matérias sobre mobilidade pós-COVID-19, doações de celebridades ou aspectos econômicos genéricos da pandemia, por exemplo, constituíam o que foi classificado pela pesquisa como “conteúdo com ruído significativo” que, se selecionado para a análise, comprometeria a qualidade do corpus.

4.9.4. Opção por *string* unificada por período de análise

Em uma pesquisa documental com extenso número de matérias jornalísticas como esta, a seleção do *corpus* não poderia ser aleatória ou baseada em buscas intuitivas. Por esse motivo, foi definido um Protocolo de Busca Sistemática para a construção das “*strings* de busca”. *Strings* são conjuntos compostos por palavras-chave e operadores booleanos —comandos lógicos que combinam e filtram termos em buscadores e bases de dados. Elas permitem ampliar, restringir ou excluir termos nas procuras, tornando a extração de dados mais precisa.

O uso combinado dos operadores booleanos AND e OR permitiu ampliar e refinar as buscas, garantindo resultados interseccionais coerentes com os temas

centrais da pesquisa. A ausência de um protocolo sistemático nessa etapa introduziria risco significativo de viés de seleção: sem essa estrutura, o pesquisador poderia, ainda que não propositalmente, escolher termos que reforçassem hipóteses preexistentes, produzindo viés de confirmação capaz de comprometer a validade dos resultados.

Embora os testes tenham revelado diferenças vocabulares entre veículos, esta pesquisa optou pela utilização de *string* unificada. Esta decisão metodológica foi tomada para permitir que as diferenças editoriais emergissem como descoberta da própria pesquisa, em vez de serem “mascaradas” por estratégias de busca diferenciadas, as quais poderiam ser “contaminadas” por fatores externos como volume de acessos e conteúdo patrocinado, entre outros. O trâmite extensivo de refinamento resultou na captura de conteúdo de qualidade notável, caracterizado pela riqueza temática e aderência aos objetivos da pesquisa.

Além disso, o reconhecimento de que a linguagem jornalística utilizada na cobertura foi se modificando durante a pandemia levou ao desenvolvimento de *strings* específicas para cada estágio analisado, refletindo as particularidades contextuais de cada momento, quais sejam:

a) **Período 1** (Março—Julho 2020 — Desconhecimento e Descoberta)

Priorizaram-se termos como "SARS-CoV-2", "novo coronavírus", "crise sanitária" e "emergência em saúde pública", refletindo a fase inicial de incerteza científica;

c) **Período 2** (Março—Maio 2021 — Ápice/Pico de Óbitos)

Abandonaram-se termos como "SARS" e "crise sanitária", focalizando "pandemia" e "covid-19". Incorporaram-se "vacinação", "imunizante" e "oxigênio", refletindo as preocupações dominantes deste marco temporal;

c) **Período 3** (Janeiro—Março 2022 — Cenário Pós-Vacinação)

Mantiveram-se os termos da sequência anterior, excluindo "oxigênio" e incorporando "imunizados" e "vacinados", refletindo a nova realidade epidemiológica.

Seguindo os critérios anteriormente mencionados, a *string* validada para o primeiro intervalo apresentou a seguinte estrutura, utilizando como exemplo a busca realizada no site do jornal Folha de S.Paulo: [site:folha.uol.com.br after:2020-02-26 before:2020-05-31 ("coronavírus" OR "covid-19" OR "pandemia") AND ("desigualdade" OR iniquidade OR "injustiça" OR pobreza OR "desassistência" OR vulnerável OR "periferia" OR interior OR "acesso a serviços" OR "mortalidade" OR "letalidade" OR "mortes" OR óbitos OR UTI OR "falta de oxigênio") AND ("SUS" OR

"Sistema Único de Saúde" OR "saúde pública" OR "importância do SUS" OR "atuação do SUS" OR "resposta" OR "gestão" OR "financiamento")].

4.10. Elaboração da amostra inicial de conteúdos Jornalísticos (1ª etapa de seleção)

Nesta primeira etapa, a intenção foi obter um conjunto de conteúdos jornalísticos potencialmente relevantes para constituir o *corpus* inicial do estudo, ao qual seriam posteriormente aplicadas camadas de seleção visando à qualificação do *corpus* final de análise. Ao mesmo tempo, buscou-se excluir conteúdos que se mostravam claramente irrelevantes ao objetivo desta pesquisa.

A coleta e a seleção do conteúdo-base se deram por meio da construção de uma amostra utilizando critério sistemático e individual de seleção com amplitude personalizada para cada veículo em cada um dos períodos estudados, de modo que a cada etapa aplicada o conteúdo remanescente atendesse com maior precisão aos critérios estabelecidos. Este procedimento visou garantir uma coleta de dados inicial ampla, baseada em palavras-chave definidas que atendessem aos propósitos definidos.

Nesse processo, cada busca automatizada utilizou uma *string* otimizada para a respectiva etapa em análise, com o operador 'site:' restringindo os resultados a um único veículo em cada busca. Com a utilização de uma *string* de busca única e complexa, validada em testes preliminares, esperava-se que, teoricamente, todos os conteúdos selecionados contivessem ao menos dois dos três pilares conceituais do estudo: Pandemia de COVID-19, Iniquidade/DSS e SUS, sendo a presença do primeiro obrigatória.

Foram realizadas 21 buscas individuais, em sete jornais, em três períodos distintos, por meio do mecanismo de busca Google. Nos três veículos integrantes do Núcleo Duro, ao todo, foram selecionadas 900 matérias jornalísticas, totalizando 100 matérias por veículo em cada um dos três períodos analisados. Já nos quatro jornais agrupados no Núcleo Regional foram selecionadas 600 matérias, sendo 50 textos para cada uma das fases analisadas. Assim, o corpus inicial desta pesquisa foi constituído por 1.500 matérias jornalísticas.

4.11. Seleção por ordenamento apontado em busca (2ª etapa)

Imediatamente após a obtenção do corpus inicial de matérias, iniciou-se a 2ª etapa de seleção dos conteúdos por meio do critério de relevância e autoridade algorítmica. A estratégia visou a exclusão de 20% dos conteúdos classificados em pior posição —mantendo na 2ª etapa apenas 80% das matérias com melhor posição de ranqueamento—, tecnicamente conhecidas como ‘cauda longa’. A premissa para este corte, sustentada pela literatura da Ciência da Informação e baseada nos princípios operacionais de algoritmos do mecanismo de busca do Google, ampara-se no conceito de ‘retorno decrescente’ da relevância, projetado para priorizar conteúdos de maior autoridade e pertinência temática. A literatura afirma que a probabilidade de se encontrar conteúdo de alta pertinência e de fontes com maior autoridade no ecossistema de mídia digital diminui significativamente após as primeiras páginas de resultados. Portanto, trata-se de uma forma de amostragem por conveniência sistemática, que otimizou o esforço do pesquisador com o intuito de focar nas matérias com maior potencial de contribuição.

Contudo, antes do descarte definitivo, foi realizada leitura manual das matérias classificadas entre as 81ª e 100ª colocações. Este procedimento visava confirmar a adequação das exclusões automáticas. Caso alguma matéria nesse grupo fosse considerada relevante, esta era incorporada novamente ao conjunto que foi classificado automaticamente por posição algorítmica, somando-se aos 80 melhores resultados. Deste modo, o Núcleo Duro, formado inicialmente por 900 matérias, ficou com 720 textos. Já no Núcleo Regional, no qual foram selecionadas em um primeiro momento 600 matérias, o número de conteúdos habilitados para a ‘etapa 3’ foi de 480. Do *corpus* inicial de 1.500 matérias (900 do Núcleo Duro + 600 do Núcleo Regional), após a aplicação do critério de relevância e autoridade algorítmica, permaneceram 1.200 matérias (720 do Núcleo Duro e 480 do Núcleo Regional) para a terceira etapa.

4.12. Aplicação da ‘Regra dos Dois Conceitos’ (3ª etapa)

Nesta etapa, para seleção dos conteúdos aptos a ingressar na etapa seguinte (4ª), foi aplicada a ‘Regra dos Dois Conceitos’, um filtro metodológico desenhado para verificar a centralidade do tema. O objetivo deste método foi selecionar apenas os artigos que demonstraram uma clara intersecção entre, no mínimo, dois dos três

pilares da pesquisa —Pandemia de COVID-19, Iniquidades em Saúde, SUS—, sendo que o pilar ‘Pandemia de COVID-19’ foi mandatório, significando que era obrigatório constar no conteúdo. A aplicação deste filtro baseou-se na análise qualitativa dos títulos e resumos das matérias classificadas na etapa anterior, avaliando sua aderência temática aos objetivos da pesquisa. Artigos puramente factuais ou com foco em outros temas foram sumariamente descartados. Este encadeamento, embora subjetivo, foi conduzido de forma sistemática por meio da identificação de conteúdos relevantes através da exposição repetida aos materiais durante os testes.

Deste modo, aplicando-se a Regra dos Dois Conceitos, o Núcleo Duro, que na fase anterior era composto por 720 matérias, ficou com 235 textos, enquanto o Núcleo Regional, que tinha 480 matérias, finalizou com 66 conteúdos. Assim, das 1.200 matérias que avançaram para a ‘etapa 3’ (720 do Núcleo Duro + 480 do Núcleo Regional), 301 matérias seguiram para a quarta etapa.

4.13. Matriz de Priorização: aderência, centralidade e profundidade (4ª etapa)

Com base no conteúdo jornalístico classificado na etapa imediatamente anterior, foi construída uma ‘Matriz de Priorização’ por meio de uma amostragem intencional por critério. Esse processo visou garantir que os textos selecionados fossem os mais ‘ricos em informação’ para responder aos objetivos específicos e às hipóteses desta pesquisa. Para isso, foi realizada a análise com julgamento e pontuação do conteúdo sob o ponto de vista de três critérios, que receberam notas entre 1 e 5, quais sejam:

a) Aderência Direta às Hipóteses

Este critério garantiu a eficiência da amostra, selecionando as produções com maior potencial para confirmar ou refutar as hipóteses do estudo, o que torna explícita a ligação entre a coleta de dados e a fase de discussão dos resultados.

b) Centralidade do Tema

Foram selecionados artigos que focam na inter-relação entre os pilares, o evento, o fenômeno e o ator, conforme descrito anteriormente, e não apenas nas dimensões isoladas, alinhando-se diretamente ao objetivo de analisar as ‘representações’ dessas conexões.

c) Profundidade Analítica

Privilegiaram-se textos que fornecessem ‘dados densos’ para uma análise qualitativa (vozes de especialistas, dados contextualizados, discussão de causas), em detrimento de relatos puramente factuais. Este critério foi fulcral para a análise de discurso e de enquadramento que a pesquisa propõe.

Ao final, após a aplicação da ‘Matriz de Priorização’, o Núcleo Duro, que na fase anterior era formado por 235 textos, ficou com 74 matérias, enquanto o Núcleo Regional, que tinha 66 conteúdos, foi reduzido para 22 matérias jornalísticas. Como resultado, das 301 matérias que avançaram para a ‘etapa 4’, 96 matérias seguiram para a quarta etapa.

4.14. Seleção por saturação de amostra (5ª etapa)

Nesta etapa, a saturação da amostra foi analisada para determinar a necessidade do exame de novos conteúdos candidatos ao *corpus* de análise final. Deste modo, foi verificado se os conteúdos jornalísticos que se classificaram na etapa imediatamente anterior apresentavam argumentos, narrativas ou enquadramentos duplicados. Assim, matérias que apresentassem informações recorrentes foram classificadas como ‘conteúdo saturado’ e, conseqüentemente, de menor relevância para a inclusão no grupo final da análise.

Os textos foram agrupados em três categorias —OE1, OE2 ou ambos—, sem que a quantidade de artigos por categoria fosse relevante, desde que todos estivessem relacionados aos OEs. Quando um artigo recebeu a classificação de ‘ambos’ foi considerado aderente tanto em OE1, quanto em OE2.

Após esse agrupamento, foi realizada a problematização individual das matérias nos três lotes de arquivos selecionados, a fim de responder à seguinte pergunta: "Os últimos artigos analisados trouxeram temas, argumentos ou enquadramentos genuinamente novos ou apenas repetiram o que foi descoberto em artigos anteriores?" Caso os temas estivessem se repetindo, o ponto de saturação era considerado atingido. Contudo, se elementos novos ainda estivessem surgindo, a análise prosseguia.

Ao final, após a aplicação da ‘Seleção por Saturação’, o Núcleo Duro, que na fase anterior era formado por 74 textos, passou a ter 11 matérias, enquanto o Núcleo Regional, que tinha 22 conteúdos, foi reduzido para 4 matérias jornalísticas. Como resultado, 15 matérias formaram o corpus final de análise.

5. DISCUSSÃO

5.1. O Enquadramento das Iniquidades em Saúde (Objetivo 1)

A discussão dos resultados da análise documental foca em responder aos objetivos e hipóteses da pesquisa. A primeira dimensão (Objetivo Específico 1) investigou como a imprensa representou as iniquidades em saúde, partindo da Hipótese 1 (H1), que previa uma representação "predominantemente descritiva, sem problematizar seus determinantes sociais, econômicos nem questionar a responsabilidade institucional". A análise do corpus confirma a H1 na maior parte das matérias que abordam desigualdades de classe, gênero e raça, mas esta hipótese é significativamente matizada (e parcialmente refutada) por reportagens de fôlego investigativo que politizaram a responsabilidade institucional.

5.1.1. A confirmação de H1: enquadramento descritivo e a naturalização

A H1 é corroborada por matérias que, embora exponham a desigualdade, o fazem por um enquadramento que a naturaliza como um dado epidemiológico ou efeito colateral, sem aprofundar seus determinantes estruturais.

O caso da M06 (UTIMortalidadeSUS) é emblemático. A matéria do Estadão estampa a disparidade de mortalidade em UTIs (SUS 52,9% vs. Privado 29,7%). Contudo, como apontado na análise preliminar, a reportagem não só falha em problematizar os determinantes sociais que levam pacientes mais graves ao SUS, como o faz a partir de uma fonte (AMIB) de representatividade questionável, que amostra poucas UTIs públicas e apresenta dados cuja aritmética é 'fechada à força'. Ao aceitar a explicação técnica da fonte (pacientes "chegam mais graves") como justificativa para a disparidade, o veículo enquadra a iniquidade estrutural como um dado epidemiológico neutro, confirmando a H1.

O mesmo padrão ocorre na M03 (MulheresPandemia). A reportagem de O Globo reconhece que "a pandemia impacta as mulheres de forma diferente", listando corretamente as vulnerabilidades de gênero: maior informalidade econômica, sobrecarga do trabalho de cuidado não-remunerado e maior exposição à violência doméstica. No entanto, ao enquadrar estes fatores como 'efeitos colaterais' da crise sanitária, e não como a manifestação de uma iniquidade estrutural preexistente que a sindemia apenas exacerbou, a H1 é totalmente confirmada.

Na M02 (HomemNegro), Época define a "vítima-padrão" (homem, pardo, pobre, trabalhador essencial), aproximando-se da discussão dos determinantes sociais. Contudo, a matéria permanece no nível descritivo, apontando a estatística (61% de pardos/pretos entre as vítimas identificadas), mas falhando em aprofundar a responsabilidade institucional pelo apagamento de dados que ela mesma denuncia (apenas 2/3 das fichas preenchidas).

5.1.2. A matização de H1: o enquadramento politizado da responsabilidade

Em contraste, a H1 é refutada por um conjunto de reportagens de jornalismo investigativo que transcenderam a descrição e enquadraram a iniquidade como um projeto político e um resultado direto da responsabilidade institucional.

A M01 (Kokama) é o principal exemplo. A Folha de S. Paulo não apenas descreve a tragédia (oito mortes na família de Edney Samias), mas documenta ativamente o racismo institucional. O veículo registra as falas de funcionários do Hospital Militar de Tabatinga ("favor atender índios", "o Exército é quem manda") e expõe a face mais cruel da burocracia estatal: a falha deliberada do hospital em atualizar o estado de saúde de Guilherme Samias no sistema SISTER. Como apontado na análise, esta omissão burocrática foi o que impediu sua transferência e resultou na morte. A reportagem politiza a responsabilidade, refutando a H1.

Da mesma forma, a M10 (PrivilegiosMilitares) de Piauí é uma refutação direta da H1. A matéria justapõe a morte de Paulo Fontenelle (civil, obeso, motorista de aplicativo), que morreu em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) aguardando leito, aos 15 leitos clínicos vazios no Hospital Militar de Manaus, inacessíveis a civis. Ao conectar esse privilégio ao orçamento bilionário (R\$ 3,3 bilhões) e à recusa do Exército em ceder leitos ao SUS, a reportagem enquadra a iniquidade não como acaso, mas como uma política de segregação sanitária financiada com fundos públicos.

5.1.3. A Contradição da Representação Racial: Apagamento Sistêmico e Hipervisibilidade Simbólica

A dimensão mais profunda da iniquidade e sua representação midiática emerge na contradição entre o apagamento estatístico e a hipervisibilidade simbólica da população negra.

A M04 (Consórcio de Imprensa) denuncia a falha sistêmica na coleta de

dados de raça/cor. Conforme apontado na análise (Comentário M02/M04), o problema é uma 'cratera': não se trata apenas dos 35% de subnotificação nos poucos estados que coletam, mas do fato de que a maioria dos estados (19 de 27 na época) sequer informava o dado. A reportagem do Consórcio enquadra isso como uma falha grave, mas a análise dos dados permite caracterizá-la como uma omissão política deliberada, um pilar do racismo institucional que invisibiliza a mortalidade diferencial.

Em violento contraste, o mesmo sistema midiático que noticiou este apagamento (M04) participou ativamente da construção da hipervisibilidade simbólica de Mônica Calazans (M11). A imprensa opera, assim, uma esquizofrenia de representação: celebra o símbolo da diversidade na vida (Mônica, ícone da vacina) enquanto majoritariamente falha em politizar o apagamento dessa mesma diversidade na morte (a falta de dados raciais nos óbitos). O sorriso de Mônica representou a esperança, enquanto milhares de vítimas com seu mesmo perfil racial morriam sem registro de cor.

5.2. A Representação do papel do SUS (Objetivo 2)

O segundo objetivo da pesquisa investigou a representação do papel do SUS, partindo da Hipótese 2 (H2), que previa uma ampliação da visibilidade do sistema, destacando tanto sua relevância estrutural quanto suas limitações concretas. Os achados do corpus documental confirmam integralmente esta hipótese, revelando uma profunda dualidade na cobertura.

De um lado, a imprensa documentou a relevância e a potencialidade do sistema, notadamente através da campanha de vacinação. A matéria M07 (VivaSUS) captura um "reencontro" da classe média com o SUS. Como observado, este reencontro foi, em grande medida, forçado, dado o monopólio estatal da vacina — a alternativa seria não se imunizar. Este caráter coercitivo torna o "estranhamento" positivo da classe média, resumido na pergunta: "Mas não tem que pagar?", um indicador ainda mais potente do aumento da visibilidade do sistema. A reportagem ancora essa percepção no aumento do Índice de Confiança Social no SUS, que atingiu seu maior patamar histórico.

Essa relevância foi simbolizada na escolha de Mônica Calazans (M11) como a primeira vacinada. A imprensa enquadrou sua figura —mulher, negra, periférica, com comorbidades e profissional da linha de frente— como a síntese das

vulnerabilidades nacionais e, ao mesmo tempo, da capacidade de resposta do SUS. Por outro lado, em total alinhamento com a segunda parte da H2, a cobertura expôs as limitações concretas do sistema, que se materializaram como colapso territorializado, ausência crônica e alvo de pressão externa.

Em Parisi (M05), a imprensa documentou o colapso absoluto do SUS em territórios distantes dos grandes centros. A fala da secretária de saúde ("Nossos pacientes vão morrer na porta do posto") tornou-se realidade com a morte de Karina Faria dentro da unidade básica, intubada com equipamento de UTI móvel alugado. Este colapso, conforme a reportagem (M05) permite inferir, não ocorreu no vácuo; o município apresentava forte adesão ao negacionismo presidencial, um contexto político que operou como determinante social, potencializando a falha da resposta sanitária local.

Se em Parisi o SUS colapsou, em Paraisópolis (M09) ele se mostrou ausente. A matéria do Estadão enquadra a "estrutura de guerra" da comunidade como um ato de resiliência. Contudo, essa organização foi uma resposta forçada ao abandono estatal, evidenciado na afirmação de que ambulâncias foram contratadas porque "o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) não vem para cá". O enquadramento da imprensa, focado na resiliência, falha em problematizar por que uma comunidade de cem mil habitantes não possui hospital ou atendimento de emergência, quase naturalizando essa ausência.

Finalmente, as limitações do SUS foram enquadradas de forma enviesada na M08 (MedicamentosSUS). Conforme a análise, a matéria se traveste de uma crítica à iniquidade (medicamentos disponíveis no privado, mas não no SUS) para operar como um *lobby* farmacêutico. O texto pressiona a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), um braço técnico do SUS, a incorporar tecnologias de eficácia e custo questionáveis, usando o discurso da equidade para defender interesses privados.

5.3. O Enquadramento da crise de informação

A crise sanitária foi inseparável de uma crise de informação. A análise do *corpus* revela que a imprensa profissional representou a desinformação em saúde em múltiplas facetas: não apenas como desinformação em saúde em redes sociais, mas como uma política de Estado operada pelo governo federal.

O Consórcio de Imprensa (M04) reportou a decisão política do Ministério da

Saúde de ocultar dados de raça/cor, um ato que a reportagem enquadrrou como um "apagão" que gerou "má repercussão". Da mesma forma, o Estadão (M08) documentou quando o Ministério da Saúde rejeitou as diretrizes da Conitec contrárias ao "Kit Covid". Nesses casos, a imprensa enquadrrou a desinformação como uma disputa político-burocrática, expondo a ação ministerial contra a evidência científica.

A cobertura do *corpus* também reflete o dilema jornalístico de como cobrir o negacionismo vindo da maior autoridade da República. A matéria (M11) sobre Mônica Calazans documenta a consequência direta da desinformação presidencial: a enfermeira recebeu um terrário com um jacaré, "troça feita em referência a uma fala do presidente Jair Bolsonaro". Ao reportar a anedota, a imprensa (M11) cumpre o papel de *fact-checking* (desmentindo a fala presidencial ao mostrar a vacinada saudável), mas, como aponta o debate teórico sobre o tema, inevitavelmente amplifica o *frame* original do agressor.

A consequência letal dessa desinformação em saúde institucionalizada, que se capilarizou pela sociedade, é visível na cobertura sobre Parisi (M05). A *Piauí* registra a fala de moradores ("Aqui na cidade tá todo mundo tomando ivermectin. Parece que é bom"), demonstrando como o "tratamento precoce" promovido pelo governo foi adotado na prática. A mesma reportagem documenta que "alguns moradores não acreditavam que estavam infectados mesmo com o teste positivo", pois "comentavam que aquele cotonete longo não era capaz de 'achar' o vírus".

A cobertura da desinformação, portanto, revela um ciclo completo. A imprensa (M04, M08) enquadrrou o governo federal como um vetor ativo de desinformação científica. Ao mesmo tempo, documentou o dilema de reportar o negacionismo presidencial (M11) e, por fim, registrou as consequências fatais dessa política nas crenças e práticas da população (M05). A análise do *corpus* sugere que a imprensa cumpriu seu papel de denunciar, mas o enquadramento predominante foi o de uma disputa política ou de uma crença popular, raramente articulando a fala presidencial, a adoção da ivermectina em Parisi e a morte no posto de saúde como partes de um mesmo processo de responsabilidade institucional.

5.4. Enquadramento regional e a diversidade da sindemia

A inclusão no *corpus* veículos regionais (Núcleo Regional - NR), conforme previsto na metodologia, visou não apenas validar os padrões de enquadramento identificados nos veículos de referência nacional (Núcleo Duro - ND), mas também capturar nuances locais das iniquidades em saúde e do papel do SUS. As quatro matérias analisadas (M12-M15), representando as regiões Sul, Norte, Centro-Oeste e Nordeste, cumpriram esse duplo objetivo. Os conteúdos não só confirmaram a recorrência dos mecanismos estruturais na produção da desigualdade, mas também revelaram a diversidade territorial da sindemia da COVID-19 no Brasil, demonstrando como vulnerabilidades preexistentes particulares de cada região interagiram com a crise sanitária e econômica com diferenças de aspectos pontuais.

A análise regional validou amplamente a Hipótese 1 (H1), confirmando a persistência do enquadramento predominantemente descritivo da iniquidade, embora com variações na profundidade da análise dos Determinantes Sociais da Saúde. A matéria M12 (GZH/Sul), por exemplo, oferece um detalhamento granular de como a COVID-19 se tornou mais letal nas periferias de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. O texto articula explicitamente múltiplos DSS —a falta de saneamento básico ("Lavar as mãos com frequência não é possível"), a moradia precária (casas de madeira sem banheiro na Vila das Laranjeiras), a raça (mortalidade proporcionalmente maior em negros, mesmo no Sul) e a classe (trabalhadores informais, como os catadores, perdendo renda).

Embora rica na descrição dos determinantes, a matéria M12, similar ao padrão encontrado em M02 (HomemNegro), não avança significativamente na politização da responsabilidade institucional por essa segregação socioespacial. Significativamente, os mecanismos de vulnerabilização descritos são funcionalmente idênticos aos observados na cobertura do Sudeste (M09), sugerindo um padrão nacional de abandono territorial naturalizado pela imprensa. A M14 (Correio Braziliense/Centro-Oeste) reforça essa confirmação ao expor desigualdade no Distrito Federal —a unidade da federação que sedia o poder central e que figura como a 10^a mais desigual do país no Índice Gini; seria ironia, se não fosse trágico. O enquadramento da matéria, no entanto, foca na apresentação de propostas paliativas de organizações sociais (como coleta seletiva e corredores de ônibus),

sem aprofundar a responsabilidade política pela persistência secular dessa iniquidade na capital federal, confirmando a H1.

Para além da validação dos padrões nacionais, o *corpus* regional mostrou-se relevante para trazer elementos sobre as manifestações locais da sindemia, revelando como a vulnerabilidade estrutural interage com as condições sociais, econômicas e culturais preexistentes independentemente do território, gerando faces distintas da crise. A matéria M13 (O Liberal/Norte) lança luz sobre o agravamento do trabalho infantil no Pará, uma chaga social histórica na região amazônica, intensificada pela crise econômica decorrente da pandemia. A reportagem cita dados alarmantes (como o estado do Pará figurar como 4º estado no ranking nacional, com mais de 50 mil crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil) e a percepção de atores locais (juíza do trabalho) sobre o aumento visível dessa exploração durante a crise sanitária. Este é um caso emblemático de vulnerabilização infanto-juvenil, diretamente ligado à perda de renda familiar, que não havia emergido com a mesma centralidade no *corpus* nacional (M01-M11). Similarmente, a M15 (Jornal do Commercio/Nordeste) introduz a violência urbana e a criminalidade como eixos centrais da crise em Recife, capital do estado de Pernambuco. A matéria conecta o aumento recorde de homicídios (abril de 2021 como o mês mais sangrento em 41 meses) à disputa territorial pelo narcotráfico em bairros periféricos como Nova Descoberta e Ibura. A reportagem inclui a análise de uma socióloga que articula diretamente a pandemia, o aumento da pobreza e o ingresso de jovens no tráfico como estratégia de sobrevivência, ilustrando outra face local da interação sindêmica entre a doença, a vulnerabilidade socioeconômica e a violência estrutural, nuance também ausente na cobertura nacional analisada.

Finalmente, a análise regional também validou e aprofundou a Hipótese 2 (H2), especificamente quanto à representação das limitações do SUS e da ausência do Estado. A matéria M14 (Correio/DF), ao relatar as propostas para combater a desigualdade na capital federal, cita textualmente a percepção das organizações locais de que "nessas regiões (as periféricas), o Estado se ausenta de seu papel social". O fato de essa narrativa de abandono —similar à encontrada em Paraisópolis (M09)— emergir com força na cobertura sobre o Distrito Federal, e não apenas em áreas remotas como Tabatinga (M01) ou em pequenos municípios como Parisi (M05), é particularmente significativo. Isso reforça o argumento de que a ausência estatal percebida e representada pela imprensa não é apenas uma

questão de distância geográfica ou capacidade administrativa local, mas um fenômeno sistêmico e político, uma escolha de (não) alocação de recursos e prioridades que se manifesta cronicamente nas periferias urbanas de todo o país, inclusive no centro do poder.

Em síntese, a inclusão do Núcleo Regional foi metodologicamente decisiva. Ela não apenas validou a recorrência nacional dos padrões de enquadramento identificados nos veículos de referência (confirmando parcialmente H1 e integralmente H2). A comparação entre regiões sugere que, embora as faces da tragédia variem, os mecanismos estruturais de produção da iniquidade —baseados em classe, raça e território, entre outros— e a resposta desigual e frequentemente ausente do Estado são consistentes, configurando um padrão nacional de vulnerabilização que a imprensa regional auxiliou a iluminar.

6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa analisou como a imprensa escrita profissional brasileira representou as iniquidades em saúde e o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia de COVID-19. O objetivo foi caracterizar os enquadramentos jornalísticos e avaliar a visibilidade conferida ao SUS (Objetivos Específicos 1 e 2). A análise do *corpus* documental permite responder às hipóteses centrais da pesquisa.

A Hipótese 1 (H1) —de que a imprensa representou as iniquidades de forma predominantemente descritiva, sem problematizar seus determinantes sociais ou a responsabilidade institucional— foi confirmada em parte, mas significativamente matizada. A H1 foi confirmada em matérias (M06, M02, M03) que enquadraram a iniquidade como um dado técnico ou ‘efeito colateral’. Nesses casos, a mortalidade diferencial em UTIs (M06) foi naturalizada; a definição da “vítima-padrão” (M02) permaneceu no nível estatístico; e os impactos de gênero (M03) foram dissociados de sua raiz estrutural. Contudo, a H1 foi matizada (e parcialmente refutada) por reportagens de fôlego investigativo (M01, M10) que transcenderam a descrição e politizaram a responsabilidade. Nesses casos, a imprensa documentou ativamente o “racismo institucional” na falha burocrática letal contra os Kokama (M01) e a “segregação sanitária” financiada com fundos públicos no caso dos privilégios militares (M10).

A Hipótese 2 (H2) —de que a imprensa ampliou a visibilidade do SUS, destacando sua relevância estrutural e suas limitações— foi confirmada integralmente. A cobertura operou em uma dualidade clara. Por um lado, a relevância do SUS foi celebrada (M07) e simbolizada (M11), marcada pelo “reencontro” da classe média com o sistema durante a vacinação. Por outro, as limitações foram expostas como colapso territorial (M05, Parisi), ausência estatal crônica (M09, Paraisópolis) ou como alvo de pressão e *lobby* farmacêutico (M08).

A principal contribuição deste estudo é a identificação de três eixos centrais na representação midiática da pandemia. O primeiro é o território como determinante letal. A imprensa documentou o abandono (M01, Tabatinga), o colapso (M05, Parisi) e a ausência (M09, Paraisópolis). No entanto, o enquadramento dessas falhas oscilou entre a ‘tragédia’ (Parisi) e a ‘resiliência’ (Paraisópolis), raramente articulando o abandono territorial como um projeto político de segregação que torna certas vidas descartáveis.

O segundo é a esquizofrenia da representação racial. A imprensa participou ativamente da construção da hipervisibilidade de Mônica Calazans (M11) — ícone negro, periférico e profissional do SUS. Ao mesmo tempo, noticiou a falha sistêmica na coleta de dados de raça/cor (M04) como um problema técnico, sem aprofundar como esse apagamento estatístico constitui uma política deliberada de invisibilização, pilar do racismo institucional. O jornalismo celebrou o símbolo na vida enquanto normalizou o apagamento na morte.

O terceiro é a distribuição midiática da 'lamentabilidade'. A imprensa não apenas relata a necropolítica estatal; ela participa de sua produção simbólica ao decidir quais mortes merecem ser nomeadas, contextualizadas e politicamente lamentadas (como Paulo Fontenelle, M10) e quais permanecem como estatística (M02). A cobertura da M08 (MedicamentosSUS) e da M06 (UTIMortalidadeSUS) exemplifica essa falha, onde o enquadramento do debate sobre o SUS foi capturado por interesses corporativos ou por dados estatisticamente enviesados, desviando o foco da responsabilidade estrutural.

O desenho metodológico desta pesquisa incluiu dois *corpora* distintos: um Núcleo Duro (M01-M11) focado na imprensa de referência nacional (baseada na região Sudeste, mais especificamente nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro) e um Núcleo Regional (M12-M15) para representar as demais macrorregiões brasileiras —Nordeste, Norte, Centro-Oeste e Sul. A amplitude da análise permitiu validar que os padrões de enquadramento (H1 e H2) se mantiveram consistentes nas demais regiões brasileiras, ao mesmo tempo em que revelou nuances locais da sindemia. Na análise regional, poderíamos concluir que as iniquidades, visíveis mais fortemente nas regiões do nordeste, norte e centro-oeste do país, foram 'pareadas' às do Sul (M12), onde a cobertura, embora partindo de municípios com melhores indicadores sociais, revelou que a pandemia tornou a região vulnerável a uma "catástrofe sanitária", tal como em regiões mais pobres como Manaus. Também foram identificadas nuances como o agravamento do trabalho infantil no Norte (M13), a interação entre violência urbana e pobreza no Nordeste (M15), e a persistência da desigualdade estrutural no centro do poder federal (M14) onde se localiza a gestão do país definidora das políticas públicas que —devem ser implantadas em todos os estados, no Centro-Oeste.

Apesar da tentativa do estudo em capturar a diversidade temática das regiões, persistem limitações do escopo. A seleção de um veículo por região não

esgota a diversidade da cobertura jornalística local. Além disso, o corpus final de 15 matérias, embora denso, não contemplou temáticas importantes relacionadas à pandemia, como a exclusão digital, o negacionismo científico ou os impactos em populações específicas (como idosos, privados de liberdade, população LGBTQIA+, imigrantes e pessoas em situação de rua).

O recorte temporal, encerrado em março de 2022, também impede a análise das fases posteriores da crise. Sugere-se, portanto, que pesquisas futuras analisem a cobertura no período pós-pandêmico, para investigar se os enquadramentos sobre o SUS (H2) e as iniquidades (H1) se alteraram após o arrefecimento da crise, ou se o ‘aprendizado’ da pandemia de COVID-19 nos deixou alertas que não compreendemos enquanto sociedade?

6.1. RECOMENDAÇÕES

No Campo da Saúde Coletiva, uma das principais críticas à cobertura tradicional da imprensa é seu enfoque estritamente biológico e descontextualizado sobre os temas da saúde. Isso reforça a percepção das desigualdades como uma simples constatação de diferenças, que ocorreriam por fatalidade estatística, em vez de problematizar se tal situação se constitui por meio de uma injustiça política e socialmente construída. Este padrão, identificado nas matérias analisadas, não representa uma falha individual, mas uma estrutura que pode ser transformada mediante intervenções articuladas.

Com base nos achados desta dissertação, recomendam-se as seguintes ações:

1. Aos Gestores Públicos (Ministério da Saúde e Conselhos de Saúde)

- **Sobre a subnotificação racial:** A omissão de dados de raça/cor, documentada em dezenove estados que descumprem a portaria de 2017, deve ser enfrentada com a implementação de bloqueio sistêmico nos *softwares* de notificação compulsória. O preenchimento de marcadores sociais deve ser um requisito técnico incontornável do sistema, similar à exigência de CPF em notas fiscais.
- **Sobre a transparência de dados:** Os dados estratificados (raça, gênero, território) devem ser disponibilizados em painéis públicos de formato aberto (via Interfaces de Programação de Aplicações - APIs), eliminando a necessidade de

consultorias privadas para processar informações públicas.

- **Sobre o Controle Social:** Os Conselhos de Saúde devem exercer controle efetivo sobre a transparência, considerando ações civis públicas contra gestores que descumpram portarias de notificação. Sugere-se que repasses federais sejam condicionados à publicação diária de dados de ocupação de leitos e perfil sociodemográfico dos pacientes em todas as unidades financiadas com recursos públicos.

2. Ao Campo Jornalístico (Veículos, Editores e Profissionais)

- **Sobre Conflitos de Interesse:** Implementar um protocolo de transparência que exija a declaração obrigatória de conflitos de interesse de fontes consultadas em matérias sobre incorporação de tecnologias em saúde (ex: vínculos financeiros de pesquisadores com a indústria farmacêutica).
- **Sobre a Cobertura de Incorporações (SUS):** Contextualizar custos de medicamentos em termos de escolhas alocativas (*trade-offs*). Esclarecer quantos leitos de UTI ou doses de vacinas deixariam de ser adquiridos caso um fármaco de alto custo seja incorporado, superando a dicotomia entre ‘acesso’ e ‘burocracia’.
- **Sobre o Rigor Estatístico:** Implementar checagem interna (metodológica) para matérias com dados epidemiológicos, verificando se as comparações controlam variáveis de confusão e explicitando as limitações dos dados (tamanho amostral, vieses) antes da publicação.

3. À Academia, Entidades da Saúde Coletiva e Movimentos Sociais

- **Sobre a Formação de Jornalistas:** Desenvolver, em parceria com entidades de classe jornalísticas, capacitações sobre a arquitetura do SUS. O objetivo é qualificar a cobertura para que os profissionais possam diferenciar princípios doutrinários de desempenho operacional, distinguir as funções da Anvisa, Conitec e Ministério, e identificar quando dados são apresentados de modo enviesado para desqualificar o sistema público.
- **Sobre o Fomento ao Acesso à Informação:** A análise revelou que a cobertura de maior profundidade analítica (ex: *Piauí*) se concentra em veículos de alto custo, criando uma barreira informacional. Sugere-se que políticas de fomento ao jornalismo investigativo em saúde considerem mecanismos de financiamento

público para reportagens de fôlego em formato de acesso aberto, desvinculando a qualidade analítica da capacidade de pagamento.

- **Sobre a Contranotificação:** Sugere-se que movimentos sociais, cujas populações foram invisibilizadas, considerem a constituição de sistemas próprios de notificação epidemiológica. Tais sistemas podem operar como contraprova da subnotificação oficial em disputas judiciais e na documentação da morbimortalidade quando o Estado se omite.

7. ANEXOS

7.1. *Corpus* selecionado para análise

7.1.1. Povo indígena mais atingido pela Covid-19 vê negligência de hospital militar. 22/05/2020. Folha de S.Paulo.

[<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/povo-indigena-mais-atingido-pela-covid-19-ve-negligencia-de-hospital-militar.shtml>].

7.1.2. Coronavírus: pandemia impacta as mulheres de forma diferente. E isso precisa ser levado em conta para enfrentar a crise. 26/03/2020. O Globo.

[<https://oglobo.globo.com/celina/coronavirus-pandemia-impacta-as-mulheres-de-forma-diferente-isso-precisa-ser-levado-em-conta-para-enfrentar-crise-24322495>].

7.1.3. Homem, pobre, negro: a cara da vítima de Covid-19 no Brasil. 26/06/2020. Revista Época/O Globo.

[<https://epoca.globo.com/sociedade/homem-pobre-negro-cara-da-vitima-de-covid-19-no-brasil-24515513>].

7.1.4. Maioria dos estados não tem informação sobre raça das vítimas de Covid-19. 21/06/2020. Consórcio de Veículos de Imprensa.

[<https://oglobo.globo.com/brasil/maioria-dos-estados-nao-tem-informacao-sobre-raca-das-vitimas-de-covid-19-24492723>].

7.1.5. Metade dos internados em UTI covid no SUS morre; taxa é quase o dobro que em hospitais privados. 29/03/2021. Estadão.

[<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,metade-dos-internados-em-uti-covid-no-sus-morre-taxa-e-quase-o-dobro-que-em-hospitais-privados,70003662252>].

7.1.6. Viva o SUS: crise sanitária estreita laços dos brasileiros com sistema de saúde. 04/02/2022. O Globo.

[<https://oglobo.globo.com/saude/viva-sus-crise-sanitaria-estreita-lacos-dos-brasileiros-com-sistema-de-saude-25392688>].

7.1.7. Remédios contra a covid-19 ainda não foram incorporados pelo SUS. 17/03/2022. Estadão.

[<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,remedios-contr-a-covid-19-ainda-nao-foram-incorporados-pelo-sus,70004003203>].

7.1.8. Paraisópolis: escola vira 'hospital' e ruas têm chefe para monitorar saúde de vizinhos. 23/04/2020. Estadão.

[<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,paraisopolis-escola-vira-hospital-e-ruas-t-em-chefe-para-monitorar-saude-de-vizinhos,70003282255>].

7.1.9. Dinheiro público, privilégio militar. 01/04/2021. Revista Piauí.

[<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/dinheiro-publico-privilegio-militar/>].

7.1.10. "Ai, meu Deus". 29/03/2021. Revista Piauí.

[<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/ai-meu-deus/>].

7.1.11. Mônica Bergamo: 'Quero sempre fazer bonito para a minha raça', diz Mônica Calazans, primeira vacinada contra a Covid. 01/01/2022. Folha de S.Paulo.

[<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2022/01/primeira-vacinada-na-o-brasil-monica-calazans-diz-quero-sempre-fazer-bonito-para-minha-raca.shtml>].

7.1.12. O coronavírus e a desigualdade: como e por que a covid-19 se torna mais letal nas áreas de periferia. 21/07/2020. GZH/Zero Hora.

[<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2020/07/o-coronavirus-e-a-desigualdade-como-e-por-que-a-covid-19-se-torna-mais-letal-nas-areas-de-periferia-ckchf28b5003b0153nffs1a9p.html>].

7.1.13. Trabalho infantil ainda resiste na sociedade paraense e brasileira.

12/06/2021. O Liberal.

[<https://www.oliberal.com/economia/trabalho-infantil-ainda-resiste-na-sociedade-paraense-e-brasileira-1.397848>].

7.1.14. Organizações propõem 10 medidas urgentes para combater a desigualdade no DF. 04/03/2021. Correio Braziliense.

[<https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2021/03/4910204-organizacoes-propoem-10-medidas-urgentes-para-combater-a-desigualdade-no-df.html>].

7.1.15. Com mês mais sangrento em 41 meses, veja ranking dos bairros mais violentos do Recife. 18/05/2021. Jornal do Commercio.

[<https://jc.ne10.uol.com.br/peernambuco/2021/05/12125464-com-mes-mais-sangrento-em-41-meses-veja-ranking-dos-bairros-mais-violentos-do-recife.html>].

7.2. Parecer da Comissão Científica do PPG de Saúde Coletiva



Credenciamento: Decreto Federal Nº 52005, de 15/05/1963 - D.O.U. 16/05/1963
 Recredenciamento: Portaria MEC Nº 712, de 26/07/2018 - D.O.U. 27/07/2018

São Paulo, 23 de abril de 2025

Parecer Nº09/2025

Título do Projeto: "A pandemia de Covid-19 e a imprensa escrita profissional: a percepção das iniquidades no acesso aos serviços de saúde e na ocorrência da doença na cobertura jornalística em grandes veículos brasileiros"

Pesquisador principal: Charles Furtado Vilela

A Comissão Científica do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP - avaliou o projeto supracitado do ponto de vista científico e metodológico e apresenta a seguinte conclusão:

☒ **Aprovado**

☐ **Não aprovado**

No caso de aprovação pela chefia departamental e se a pesquisa envolver qualquer uma das condições abaixo o projeto deve ser obrigatoriamente adequado às seguintes necessidades:

- ☐ Envolve biodiversidade brasileira, devendo ser registrado no SISGEN
- ☐ Envolve seres humanos, devendo ser submetido ao CEP
- ☐ Envolve animais transgênico, plasmídeos ou cultura celular primária, devendo ser submetido à Comissão Interna de Biossegurança
- ☐ Envolve alunos, professores ou funcionários da FCMSCSP, como indivíduos de pesquisa, devendo apresentar autorização da Diretoria de curso, ou Diretoria da Faculdade

Considerações: O ESTUDO SE BASEIA NA COLETA DE INFORMAÇÕES DE FONTES SECUNDÁRIAS, DE PERIÓDICOS, NÃO NECESSITANDO DE PARECER DO COLEGIADO.

Assessor Científico da Área
Oziris Simões
 Médico
 CRM-SP 37336

Prof. Dr. Paulo Artur Mahvasi
 Chefe do Departamento de Saúde Coletiva
 FCMSCSP

Chefe do Departamento

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. COVID-19 cases: WHO COVID-19 dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2020-2025 [citado 28 set 2025]. Disponível em: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>
2. Msemburi W, Karlinsky A, Knutson V, Aleshin-Guendel S, Chatterji S, Wakefield J, *et al.* The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. *Nature*. 2023;613(7942):130-137. doi:10.1038/s41586-022-05522-2
3. World Health Organization. 14.9 million excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in 2020 and 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 May 5 [citado 2025 Set 28]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>
4. COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *Lancet*. 2022 Apr 16;399(10334):1513-1536. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02796-3. Epub 2022 Mar 10.
5. Wang H, Paulson KR, Pease SA, Watson S, Comfort H, Zheng P, *et al.* Estimativa do excesso de mortalidade devido à pandemia de COVID-19: uma análise sistemática da mortalidade relacionada à COVID-19, 2020–21. *Lancet*. 2022;399(10334):1513–36. doi:10.1016/S0140-6736(21)02796-3.
6. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, *et al.* Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health*. 2021;9:e782-92. doi:10.1016/S2214-109X(21)00081-4.
7. Portela MC, Lima SML, Martins M, Andrade CLT, Pereira CCA. Mortalidade hospitalar por COVID-19 no Brasil de 2020 a 2022: um estudo transversal de revisão com base em dados secundários. *Int J Equity Health*. 2023;22:238. doi:10.1186/s12939-023-02037-8.
8. Brasil lida com "inferno furioso de surto" na pandemia, diz OMS. InfoMoney [Internet]. 2021 abr 9 [citado 03 mar 2025]. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/economia/brasil-lida-com-inferno-furioso-de-surto-na-pandemia-diz-oms/>
9. Kalinke U, Barouch DH, Rizzi R, Lagkadinou E, Tureci O, Pather S, *et al.* Desenvolvimento clínico e aprovação de vacinas contra a COVID-19. *Expert Rev Vaccines*. 2022;24(4):450-65. doi: 10.1080/14760584.2022.2042257.
10. Silva RM, Almeida GJ, Castro MC. *Analizando o discurso da mídia sobre a pandemia de COVID-19*. São Paulo: Fundação Oswaldo Cruz; 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/123456789/XXXX>
11. Barata RB, Werneck GL, Almeida Filho N, Barreto ML. Classe social: conceitos e

esquemas operacionais em pesquisa em saúde. Rev Saúde Pública. 2013;47(4):647-55. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004396.

12. World Health Organization. *Final report: Reducing health inequalities in the post-COVID-19 period*. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/wha74-16>

13. Barata RB. Saúde e desigualdade social. Rev USP. 2001;(51):78-85.

14. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc. 2016;25(3):535-49.

15. Barata RB. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: notas sobre teoria e método. Cad Saude Publica. 2009;25(Supl 2):S217-26.

16. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

17. World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.

18. Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G, eds. World Inequality Report 2022 [Internet]. Paris: World Inequality Lab, Paris School of Economics; 2021. Disponível em: <https://wir2022.wid.world/>

19. Fernandes D. 4 dados que mostram por que o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, segundo relatório. BBC News Brasil [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 03]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59557761>

20. Sasse C. *Recordista em desigualdade, país estuda alternativas para ajudar os mais pobres*. Agência Senado [Internet]. 2021 mar 12 [citado 2025 out 21]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/03/recordista-em-desigualdade-pais-estuda-alternativas-para-ajudar-os-mais-pobres>

21. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. Cienc Saude Colet. 2011;16(6):1761-1775. doi:10.1590/S1413-81232011000600002.

22. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi:10.1126/science.847460.

23. Barata RB. Epidemiologia e políticas públicas. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(1):3-17.

24. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? Rev Bras Epidemiol. 2000;3(1-3):4-20.

25. Organização Mundial da Saúde. Resolução WHA74.16. [Internet]. Genebra:

Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em:

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74\(16\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(16)-en.pdf)

26. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MCD, Martins GB, Santos IS, *et al.* Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Cienc Saude Colet.* 2018;23(6):1763-1776. doi: 10.1590/1413-81232018236.05562018. PMID: 29972485.
27. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011 May 21;377(9779):1778-97. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
28. Bertolli Filho C. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: o cotidiano dos cidadãos e as respostas do poder público.* São Paulo: Paz e Terra; 1986.
29. Hochman G, Birn AE. Pandemias e epidemias em perspectiva histórica: uma introdução. *Topoi (Rio de J)* 2021;22(48):577-587. doi:10.1590/2237-101X02204801.
30. Gehrke M, Benetti M. A desinformação no Brasil durante a pandemia de Covid-19: temas, plataformas e atores. *Comun Midia Consumo.* 2021;18(51):258-78. doi:10.18568/cmc.v18i51.2454.
31. Castells M. *A sociedade em rede.* 2. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
32. Traquina N. *Teorias do jornalismo: porque as notícias são como são.* 2. ed. Florianópolis: Insular; 2005
33. Casero-Ripollés A. Impacto da Covid-19 na comunicação: consequências comunicativas e democráticas do consumo de notícias durante o surto. *Prof Inf.* 2020;29(2):e290204. doi:10.3145/epi.2020.mar.04.
34. Reginato G, *et al.* A desinformação no Brasil durante a pandemia de Covid-19: temas, plataformas e atores. *Front Estud Midiat.* 2021;23(2):17-35.
35. Barata RC. Saúde e direito à informação. *Rev Saude Publica* 1990;24(5):383-9. doi:10.1590/S0034-89101990000500007.
36. Barbosa M, Andrade APG, Cony MAO. Cenas dos próximos capítulos: a criação do consórcio de imprensa. *Razon Palab.* 2022;26(114):194-208. Disponível em: <https://revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/1947>
37. Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
38. Schudson M. As notícias como um gênero difuso: a transformação do jornalismo na contemporaneidade. *Comun Cult* 2011 (12):139-150
39. UNESCO. *Jornalismo, desinformação e fake news: manual para educação e treinamento em jornalismo.* Brasília: UNESCO; 2019.

40. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Cartilha: SUS, desinformação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
41. Wolf M. Teorias da comunicação. 9ª ed. Lisboa: Editorial Presença; 2009.
42. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
43. Li SL, Pereira RHM, Prete CA Jr, Zarebski AE, Emanuel L, Alves PJH, *et al.* Higher risk of death from COVID-19 in low-income and non-White populations in São Paulo, Brazil. *Lancet Reg Health Am.* 2021;1:e100014. doi:10.1016/j.lana.2021.100014.
44. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inq Creat Sociol.* 1996;24(2):99-110.
45. Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. A pandemia de COVID-19 e as desigualdades na saúde. *J Epidemiol Community Health.* 2020;74(11):964-8.
46. Champagne P. A visão mediática. In: Bourdieu P. O poder simbólico. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2011. 61-90.
47. McQuail D. Introdução à teoria da comunicação de massa. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1975.
48. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, *et al.* Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med* 2021;9(4):407-18. doi:10.1016/S2213-2600(20)30560-9.
49. Lancet. COVID-19 in Brazil: So what? *Lancet.* 2020;395(10235):1461. doi:10.1016/S0140-6736(20)31095-3.
50. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Paineis de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil [Internet]. Brasília: CONASS; c2020- [citado 29 set 2025]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>
51. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Covid-19: 17 estados e DF têm ocupações de leitos de UTI superiores a 90% [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021 mar 30 [citado 29 set 2025]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-17-estados-e-df-tem-ocupacoes-de-leitos-de-uti-superiores-90>
52. Msemburi W, Karlinsky A, Knutson V, Aleshin-Guendel S, Chatterji S, Wakefield J, *et al.* The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. *Nature.* 2023;613(7942):130-7. doi:10.1038/s41586-022-05522-2
53. Prado MF, Antunes BBP, Bastos LSL, Peres IT, Silva AAB, Dantas LF, *et al.* Analysis of COVID-19 under-reporting in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva* 2020;32(2):224-8. doi:10.5935/0103-507X.20200030.

54. França EB, Ishitani LH, Abreu DMX, Teixeira RA, Corrêa PRL, Jesus ES, *et al.* Measuring misclassification of Covid-19 as garbage codes-results of investigating 1,365 deaths and implications for vital statistics in Brazil. *PLOS Glob Public Health* 2022;2(5):e0000199. doi:10.1371/journal.pgph.0000199.
55. Hallal PC, Hartwig FP, Horta BL, Silveira MF, Struchiner CJ, Vidaletti LP, *et al.* SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *Lancet Glob Health* 2020;8(11):e1390-8. doi:10.1016/S2214-109X(20)30387-9.
56. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Excesso de mortes por causas naturais no Brasil em 2020 durante a pandemia de COVID-19. *Rev Bras Epidemiol* 2021;24:e210005.
57. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Excesso de mortes por causas naturais no Brasil em 2020 durante a pandemia de COVID-19. *Rev Bras Epidemiol* 2021;24:e210005.

RESUMO

O conceito de pandemia é insuficiente para compreender a tragédia da COVID-19 no Brasil, que foi uma crise de iniquidade, saúde e informação. Aqui, o vírus SARS-CoV-2 relacionou-se com agravos e vulnerabilidades preexistentes —alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, concentração de comorbidades e, fundamentalmente, iniquidades sociais— que se reforçaram mutuamente e potencializaram desfechos adversos, caracterizando-se como uma sindemia. A informação crítica, que segundo Paulo Freire "deve promover consciência e autonomia, não apenas informar", é fundamental. Nesse contexto, esta pesquisa investigou como as iniquidades em saúde e o papel do SUS foram representados. Utilizou-se a Análise de Conteúdo qualitativa de um *corpus* inicial de 1.500 matérias (jornalismo nacional e regional), resultando em 15 artigos para análise. Os resultados indicam que a Hipótese 1 (imprensa descritiva) foi confirmada parcialmente. Este padrão foi validado pela análise regional, que também revelou nuances locais da sindemia (como trabalho infantil e violência urbana). A Hipótese 2 (aumento da visibilidade do SUS) foi confirmada. Conclui-se que a imprensa operou uma representação fragmentada, destacando-se a contradição entre a hipervisibilidade simbólica (Mônica Calazans) e o apagamento estatístico-racial sistêmico.

Palavras-chave: Pandemia de Covid-19; Iniquidades em saúde; Determinantes Sociais da saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); Imprensa

ABSTRACT

The pandemic framework alone is insufficient to capture the full scope of the COVID-19 tragedy in Brazil, which fundamentally constituted a crisis of inequity, health, and information. In Brazil, SARS-CoV-2 interacted with pre-existing conditions and vulnerabilities—including high NCD prevalence, comorbidity concentration, and, crucially, social inequities. These factors mutually reinforced one another, intensifying adverse outcomes and constituting a syndemic. In this context, critical information, which, as Paulo Freire argues, "should foster critical consciousness and autonomy, not merely convey facts," is essential. This study investigated how health inequities and the role of Brazil's Unified Health System (SUS) were represented in news media. Qualitative content analysis was employed on an initial corpus of 1,500 news reports (national and regional journalism), from which 15 articles were selected for in-depth analysis. The results indicate that Hypothesis 1 (descriptive media) was partially confirmed. This pattern was validated by the regional analysis, which also revealed local nuances of the syndemic (such as child labor and urban violence). Hypothesis 2 (increased visibility of the SUS) was confirmed. We conclude that media representation was fragmented, evidenced by the contradiction between symbolic hypervisibility (exemplified by Mônica Calazans) and systemic racial-statistical erasure.

Keywords: COVID-19 Pandemic; Health Inequities; Social Determinants of Health; Unified Health System (SUS); News Media