

**Allan de Gouvêa Pereira**

**ENTRE MITOS, SILENCIAMENTOS E CIRCULARIDADES:**

a cobertura televisiva do câncer e suas formas de percepção

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Comunicação do Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iluska Maria da Silva Coutinho

**Juiz de Fora**

**Fevereiro de 2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pereira, Allan de Gouvêa.

Entre mitos, silenciamentos e circularidades : a cobertura televisiva do câncer e suas formas de percepção / Allan de Gouvêa Pereira. -- 2015.

243 p. : il.

Orientadora: Iluska Maria da Silva Coutinho

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Comunicação Social. Programa de Pós-Graduação em Comunicação, 2015.

1. Comunicação. 2. Saúde. 3. Televisão. 4. Câncer. 5. Recepção. I. Coutinho, Iluska Maria da Silva, orient. II. Título.

Allan de Gouvêa Pereira

Entre mitos, silenciamentos e circularidades: a cobertura  
televisiva do câncer e suas formas de percepção

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado  
em Comunicação do Programa de Pós-  
graduação em Comunicação da Universidade  
Federal de Juiz de Fora como requisito parcial  
para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Comunicação e  
Sociedade

Linha de pesquisa: Comunicação e identidades  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iluska Maria da Silva  
Coutinho (UFJF)

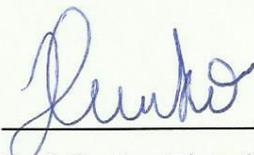
Aprovada pela banca composta pelos seguintes membros:



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iluska Maria da Silva Coutinho (UFJF) – Orientadora



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresa Cristina da Costa Neves (UFJF) – convidada



Prof. Dr. Igor Pinto Sacramento (Fiocruz – RJ) – convidado

Juiz de Fora, 25 de fevereiro de 2015.

*Para Iluska,  
como símbolo do meu  
afeto e da minha gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, aos meus pais, Marcia e Nilson, pela educação e pela formação que nem a melhor instituição de ensino do mundo seria capaz de me dar, mas que vocês, muito abnegadamente, me ofereceram.

Agradeço às minhas amadas irmãs, Luciana e Luana, que compartilharam comigo experiências e saberes que valem muito mais do que qualquer título acadêmico. Boa parte desta conquista se deve a vocês. À minha irmã-mãe, reafirmo minha gratidão, por também ter me trazido as duas maiores riquezas da minha vida, meus repositórios de carinho e afeto, meus sobrinhos Marcelo e Melissa. Por extensão, agradeço ao meu cunhado Wallace, que muito bem veio integrar essa família.

Sou muitíssimo grato à Faculdade de Comunicação e ao Programa de Pós-graduação em Comunicação da UFJF, especialmente aos professores e funcionários, peças-chave para o desenvolvimento deste projeto. Às amigas e funcionárias Alice Freesz e Gabriella Ribeiro, à Cida, ao Jhonatan, à Rosane, ao Sr. Jocemar, e aos professores Paulo Roberto Leal, Marise Mendes, Luiz Ademir de Oliveira, e, principalmente, à querida Teresa Neves, que para minha enorme satisfação, aceitou o convite para integrar a banca examinadora. Tô, muito obrigado pelo companheirismo, pelo carinho e pela confiança de sempre – foi um enorme prazer ser seu orientando, aluno e colega de organização nos Encontros Regionais. À professora Dione Moura, da UnB, com quem tive o prazer de trabalhar na SBPJor e que me presenteou com um material que fez toda diferença para esta dissertação. Ao notável professor Igor Sacramento, da Fiocruz, que trouxe extraordinárias contribuições no exame de qualificação e que, certamente, fará o mesmo, ou melhor, na defesa.

Agradeço à Capes, pelo financiamento primordial para a dedicação exclusiva ao projeto. À Ascomcer, entidade que acolheu com grande receptividade nossa pesquisa de campo; agradeço, sobretudo, à diretoria, à jornalista Sara, às psicólogas Adriana e Ana Karina, à assistente social Fernanda, aos médicos Alexandre e Christiane, e às meninas do Grupo “Vitoriosas”.

Aos colegas do mestrado, Lucas, William, Carmen, Débora, Jemima, Leidiane, Inés e Tarcísio – companheiros de aulas, viagens e expectativas. Meus agradecimentos especiais à Paloma e à Roberta, parceiras de Facom e PPGCOM, e figuras indispensáveis desses últimos seis anos. Roberta, muito obrigado mesmo! Fazer o mestrado sem você não teria sido tão incrível, seu carinho é inesquecível (obrigado também à Wanda e ao Gustavo!).

Estendo, ainda, minha gratidão aos integrantes do Laboratório de Jornalismo e Narrativas Audiovisuais, grupo do qual não pretendo me desligar.

Vão faltar palavras para dizer o quanto eu sou grato aos meus amigos. Sim, tenho muitos, e todos eles são muito bons amigos, porque “amizade” para mim não é algo banal, e todas elas são verdadeiras e sinceras. De longe ou de perto, eles estiveram presentes, em todos os momentos, e não mediram esforços em ajudar ou ouvir minhas queixas. Agradeço à Nara, a cúmplice de todas as horas, dos momentos de angústia e de felicidade, das madrugadas laboriosas, e consultora de tudo, absolutamente tudo. Ao velho amigo Fernando, obrigado pela parceria infinita e ilimitada! À queridíssima Fernanda, agradeço pelo carinho, pelo afeto e pela torcida – você é imprescindível sempre! O destino, vira e mexe, brinca com a gente e nos dá grandes surpresas reiteradas vezes; prova disso é a incrível Carolina, colega de profissão, de ideais e de histórias (estendo minha gratidão ao grande Liérson!). *There are 23 years that I have an amazing friendship: Aline, thank you so much for everything!* Aos novos amores de minha vida, recentes, mas tão intensos quanto os demais: Deborah, Tininha e Thaysi – muito obrigado, vocês são demais e eternas! Laysa, Eliza, Liliane, Pri, Latika, Jussara, Gabrielle e Vanessa, mesmo nos vendo tão pouco, sei que estamos próximos e unidos! Deixei por último, bem de propósito (rs), aquela que, até no nome, tem imensa afinidade comigo – Allana, a mais ciumenta de todas; sua presença foi fundamental para o meu projeto e é indispensável na minha vida! Muito obrigado a você, ao Felipe e à família Meirelles!

Amor também é o sentimento preciso para lembrar e agradecer a todos os companheiros do ideal espírita, acima de tudo aqueles que integram a família “IDE”, minha segunda casa. Agradeço especialmente aos colegas de diretoria e demais colaboradores: Claudia, Myrian, Jani, Léia, Ricardo, Sandra Lia, Marco, Angela, Ademir, Simone, Jane, Geraldo, Emília, Carla, Karla, Jussara, Fábio, Gabriel, Sérgio, Lilia, Diogo, Vinicius... – e, sim, ainda corro o grave risco de estar me esquecendo de alguém!

Finalmente (eu já imaginava que a minha prolixidade ia render duas páginas de agradecimento), em pensar que a gratidão é um dos sentimentos mais nobres do homem, deixo para todos esses e para os demais que não consegui citar, meu sincero “muito obrigado!”.

*“Há doenças piores que as doenças,  
Há dores que não doem, nem na alma  
Mas que são dolorosas mais que as outras.  
Há angústias sonhadas mais reais  
Que as que a vida nos traz, há sensações  
Sentidas só com imaginá-las  
Que são mais nossas do que a própria vida.  
Há tanta coisa que, sem existir,  
Existe, existe demoradamente,  
E demoradamente é nossa e nós...  
Por sobre o verde turvo do amplo rio  
Os circunflexos brancos das gaivotas...  
Por sobre a alma o adejar inútil  
Do que não foi, nem pôde ser, e é tudo.*

*Dá-me mais vinho, porque a vida é nada”.*

Fernando Pessoa

## RESUMO

Análise do fazer jornalístico e das relações que envolvem o campo da comunicação e saúde, no âmbito da televisão brasileira, na abordagem do câncer pelos noticiários de emissoras públicas e comerciais. A pesquisa empírica tem como parâmetros as fundamentações teóricas do jornalismo e do telejornalismo na contemporaneidade, da comunicação e saúde e das relações sociais mediadas pela televisão brasileira, que se propõe a ser o espaço público da atualidade. *Comunicação e saúde* é visto aqui, numa perspectiva ideológica, como uma estratégia potencial de promoção e de educação para a qualidade de vida e o desenvolvimento. O estudo contempla matérias veiculadas em um dos produtos televisivos mais consolidados da Rede Globo – o *Jornal Nacional*, a partir da análise de conteúdo, com critérios quali-quantitativos e, em segunda perspectiva, adota-se um procedimento de análise comparativa com outro produto de tratamento jornalístico oferecido por uma TV pública – donde se espera um comprometimento social maior, com isenção e independência, buscando a predominância do interesse público. Selecionou-se o *Repórter Brasil Noite*, o telejornal mais representativo da TV Brasil (por ser o mais longo, veiculado diariamente no horário nobre e com maior alcance), que é a principal emissora pública do sistema de radiodifusão atual do país. São analisados criticamente os elementos de construção da narrativa jornalística e suas estratégias estruturais, estabelecendo um panorama do diálogo interdisciplinar entre os campos comunicação e saúde. Além dos referidos telejornais, foram analisados outros dois programas, que se dedicam, em alguma medida, a uma abordagem especializada de saúde: *Bem-estar* (Rede Globo) e *Ser Saudável* (TV Brasil). O debate levou em conta as disputas e os tensionamentos característicos dessa abordagem, sobretudo em função dos saberes mobilizados e do poder de fala dos atores sociais envolvidos, haja vista as relações simbólicas que permeiam o jornalismo de televisão. Tendo em vista a relevância dessa temática, o intuito foi mapear os sentidos e os significados que emergem desse tratamento, além da recepção desses conteúdos pelos públicos envolvidos. As neoplasias são, muitas vezes, representadas na mídia como símbolos de dor, sofrimento e mutilação, e ainda motivo de tabus, preconceitos e desconhecimentos na sociedade. O trabalho pretendeu, assim, analisar o papel do (tele)jornalismo na (des)construção dos estigmas que envolvem a doença, buscando ouvir as impressões de pacientes, médicos e outros profissionais. Para este último, mas não menos importante objetivo, o presente projeto envolveu coleta de dados realizada por meio de pesquisa de campo em uma instituição de combate ao câncer, localizada em Juiz de Fora, que abrange um hospital especializado em oncologia.

**Palavras-chave:** Comunicação. Saúde. Televisão. Câncer. Recepção.

## ABSTRACT

Analysis of journalistic production and the relationships health and communication, in the context of Brazilian television, in cancer approach by news of public and commercial broadcasters. The empirical research has as parameters the theoretical foundations of journalism and television journalism nowadays, health communication and social relations mediated by Brazilian television, which intends to be an actual public space. *Health communication* is analyzed here in an ideological perspective, as a potential strategy for the promotion and education for life's quality and development. The study includes news transmitted in one of the most consolidated television products of Rede Globo – the *Jornal Nacional*, through the content analysis, with qualitative and quantitative criteria. In a second perspective, we adopt a benchmarking procedure with another product journalistic offered by a public TV – where you expect a greater social commitment, with impartiality and independence, seeking dominance of the public interest. It was selected the *Repórter Brasil Noite*, the most representative television news from TV Brasil (because it is the most long-lived TV newscast from TV Brasil, broadcast daily in prime time and with greater reach), which is the main public broadcaster of the country's current broadcasting system. This project analyzes critically the construction of elements of journalistic narrative and its structural strategies, establishing an overview of the interdisciplinary dialogue between communication and health. In addition to these news programs, others were analyzed, engaged in some measure, a specialized health approach: *Bem-estar* (Globo) and *Ser Saudável* (TV Brasil). The discussion took into account the disagrees and tensions commons in this approach, especially from the mobilized knowledge and the speeches of the social actors involved, given the symbolic relations that permeate the television journalism. Taking the relevance of this theme into account, the aim was to map the meanings that emerge from this treatment, besides the reception of such content by the public involved. Neoplasms are often represented in the media as symbols of pain, suffering and mutilation, and remains a matter of taboos, prejudices and unknowns in society. The study aims therefore necessary to examine the role of television journalism in the (de)construction of the stigma surrounding the disease, seeking to hear the impressions of patients, doctors and other professionals. For the latter, but not least important purpose, this project involved data collection realized in an oncology institution, located in Juiz de Fora, which includes a specialized hospital.

**Key-words:** Communication. Health. Television. Cancer. Reception.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Campo da Comunicação e Saúde .....	27
<b>Figura 2:</b> Imagem utilizada no Bem-estar do dia 05 fev. 2014, atribuída ao Hospital A.C. Camargo, para conscientizar as pessoas da prevenção da doença, por ocasião do Dia Mundial do Câncer .....	104
<b>Gráfico 1:</b> Incidência do tema “câncer” no JN .....	60
<b>Gráfico 2:</b> Angulação das matérias que abordam o câncer <i>minimamente</i> .....	61
<b>Gráfico 3:</b> Possíveis causas apontadas para o câncer nas principais matérias do JN .....	65
<b>Gráfico 4:</b> Quantidade de vezes em que cada tipo de câncer é abordado pelo JN .....	67
<b>Gráfico 5:</b> Incidência com que pessoas envolvidas com o câncer, não profissionais, são ouvidas pelo telejornal comercial .....	68
<b>Gráfico 6:</b> Classificação das matérias do JN quanto ao tom do discurso .....	69
<b>Gráfico 7:</b> Incidência do tema “câncer” no BE .....	70
<b>Gráfico 8:</b> Classificação das matérias do BE quanto à intensidade de abordagem .....	71
<b>Gráfico 9:</b> Possíveis causas apontadas para o câncer nas principais matérias do BE .....	78
<b>Gráfico 10:</b> Quantidade de vezes em que cada tipo de câncer é abordado pelo BE .....	82
<b>Gráfico 11:</b> Incidência com que pessoas envolvidas com o câncer, não profissionais, são ouvidas pelo programa televisivo .....	83
<b>Gráfico 12:</b> Classificação das matérias do BE quanto ao tom do discurso .....	84
<b>Gráfico 13:</b> Possíveis causas apontadas para o câncer nas principais matérias do RB ....	87
<b>Gráfico 14:</b> Quantidade de vezes em que cada tipo de câncer é abordado pelo RB .....	89
<b>Gráfico 15:</b> Incidência com que pessoas envolvidas com o câncer, não profissionais, são ouvidas pelo telejornal público .....	90
<b>Gráfico 16:</b> Classificação das matérias do RB quanto ao tom do discurso .....	91

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Quantidade de conteúdos encontrados sobre o câncer .....	58
<b>Tabela 2:</b> Causas do, sinais de alerta e condutas profiláticas para o câncer, elencadas nas matérias do BE em que a doença é “minimamente abordada” .....	72
<b>Tabela 3:</b> Identificação das participantes do grupo de discussão .....	152

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- Anvisa** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- Ascomcer** – Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer
- BE** – Bem-estar [programa televisivo]
- Capes** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CNE** – Conselho Nacional de Educação
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- C, T & I** – Ciência, Tecnologia e Inovação
- DCNs** – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DNSP** – Departamento Nacional de Saúde Pública
- EBC** – Empresa Brasil de Comunicação
- Hemominas** – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- INSS** – Instituto Nacional do Seguro Social
- JN** – Jornal Nacional [telejornal]
- MEC** – Ministério da Educação
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONG** – Organização não Governamental
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OS** – Opção Saúde [programa televisivo]
- Opas** – Organização Pan-americana da Saúde
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- RB** – Repórter Brasil [telejornal]
- SBPJor** – Associação Brasileira de Pesquisadores em Jornalismo
- SS** – Ser Saudável [programa televisivo]
- STF** – Supremo Tribunal Federal
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- Unesco** – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
2.1 EM BUSCA DE UMA DEFINIÇÃO .....	26
2.2 O DRAMA SOCIAL DA NOTÍCIA EM SAÚDE .....	30
2.3 JORNALISMO DE SAÚDE .....	32
<b>3 O (TELE)JORNALISMO E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE .....</b>	<b>39</b>
3.1 ENQUADRAMENTO, NARRATIVA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO POPULAR .....	46
3.2 TELEVISÃO, JORNALISMO E SAÚDE: QUESTÕES PÚBLICAS E PRIVADAS .....	45
<b>3.2.1 As estruturas midiáticas do dizer em saúde .....</b>	<b>49</b>
<b>3.2.2 A dinâmica social do fazer televisivo e a emergência do jornalismo público ....</b>	<b>50</b>
3.3 DAS POTENCIALIDADES NARRATIVAS DO TELEJORNALISMO .....	54
<b>4 A AVALIAÇÃO INICIAL DA INFORMAÇÃO TELEVISIVA SOBRE O CÂNCER .....</b>	<b>56</b>
4.1 OS TUMORES SOB A ÓTICA GLOBAL .....	59
<b>4.1.1 O câncer como pauta no Jornal Nacional .....</b>	<b>59</b>
4.1.1.1 <i>Matérias em que o câncer é minimamente abordado</i> .....	60
4.1.1.2 <i>Matérias em que o câncer é parcialmente abordado</i> .....	62
4.1.1.3 <i>Matérias em que o câncer é integralmente abordado</i> .....	64
<b>4.1.2 O câncer em pauta no Bem-estar .....</b>	<b>69</b>
4.1.2.1 <i>Matérias em que o câncer é minimamente abordado</i> .....	71
4.1.2.2 <i>Matérias em que o câncer é parcialmente abordado</i> .....	73
4.1.2.3 <i>Matérias em que o câncer é integralmente abordado</i> .....	77
4.2 A COBERTURA DOS TUMORES NA TV BRASIL .....	84
<b>4.2.1 O Repórter Brasil que cobre o câncer .....</b>	<b>85</b>
4.2.1.1 <i>Dados gerais e preliminares</i> .....	86

<b>5 O DIZER TELEVISIVO DO CÂNCER NA PERSPECTIVA QUALITATIVA ...</b>	<b>92</b>
5.1 A QUALIDADE DAS NARRATIVAS SOBRE O CÂNCER NO JORNAL NACIONAL .....	93
5.1.1 Série especial .....	93
5.1.2 Demais matérias .....	98
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DA COBERTURA DO CÂNCER NO BEM-ESTAR.....	102
5.3 ANÁLISE QUALITATIVA DA COBERTURA DO CÂNCER NO REPÓRTER BRASIL .....	109
5.4 O CÂNCER EM PAUTA NO PROGRAMA SER SAUDÁVEL .....	116
<b>6 NO MUNDO DO CÂNCER: RELATOS DE UMA PESQUISA DE CAMPO .....</b>	<b>120</b>
6.1 OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE .....	121
6.1.1 Uma espera informativa .....	122
6.1.2 Atendimento aos familiares .....	126
6.1.3 Prazer, <i>Vitoriosas!</i> .....	133
6.2 VOZES DE AUTORIDADE: COM A PALAVRA, OS MÉDICOS .....	138
6.3 RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO CÂNCER – QUESTÕES PSICOLÓGICAS E ASSISTENCIAIS .....	144
6.4 SOBRE REPRESENTAÇÕES – A VISÃO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS .....	152
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>163</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>173</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*“...as fantasias punitivas ou sentimentais forjadas em torno dessa situação [de doença]; não a verdadeira geografia, mas os estereótipos do caráter nacional. (...) a maneira mais honesta de encará-la – a mais saudável de ficar doente – é aquela que esteja mais depurada de pensamentos metafóricos, que seja mais resistente a tais pensamentos. (...) [A] doença [o câncer] é intratável e caprichosa – ou seja, um mal não compreendido, – numa era em que a premissa básica da medicina é a de que todas as doenças podem ser curadas.” (SONTAG, 1984, p. 7-9)*

Camila era uma jovem bonita e saudável. Conheceu o melhor da vida e tinha uma formação escolar completa, informação não faltava. Camila encontrou Edu, com quem viveu uma história de amor. Casaram-se e ela engravidou. Tudo mudou, porém, ainda durante a gestação, num instante comum da vida, quando a moça perdeu o bebê e, então, descobriu que estava com leucemia – uma espécie de câncer no sangue. A jovem passou por todas as dificuldades do tratamento, sofreu com o mal-estar da quimioterapia e com o problema da autoestima pela queda dos cabelos. Contudo, o percalço maior veio com a necessidade do transplante de medula óssea e, aí, a luta para encontrar um doador compatível. Na família, nada, nem no cadastro de doadores. A probabilidade é, realmente, mínima. A esperança veio quando a mãe de Camila teve a ideia de engravidar novamente, dar à luz uma criança que tivesse o material genético semelhante ao da filha, com grande possibilidade de compatibilidade – era necessário, para isso, reencontrar o pai da jovem, num momento em que já estavam separados há longos anos. Nove meses depois do reencontro, nasceu Vitória, que doou o material compatível para Camila, cujo transplante “colou” e ela, então, pôde se ver livre da doença.

Contada assim, essa história parece até uma narrativa de ficção. E, de fato, é. Inspiramo-nos no enredo protagonizado pela personagem da atriz Carolina Dieckmann, na novela *Laços de Família*, exibida pela Rede Globo entre 2000 e 2001. A telenovela talvez tenha sido uma das experiências mais representativas do câncer na mídia. A cena em que Camila raspa o cabelo, chorando, ao som de *Love by Grace* (Lara Fabian), gerou comoção nacional e certamente marcou a história da teledramaturgia no Brasil. Transmitido em 9 de dezembro de 2000, o capítulo chegou a atingir picos de 68 pontos de audiência por causa da cena<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Com informações de <<http://memoriaglobo.globo.com/programas/entretenimento/novelas/lacos-de-familia.htm>> e <[http://pt.wikipedia.org/wiki/La%C3%A7os\\_de\\_Fam%C3%ADlia\\_%28telenovela%29](http://pt.wikipedia.org/wiki/La%C3%A7os_de_Fam%C3%ADlia_%28telenovela%29)> Acessos em 31 jan. 2015.

Apesar de ser uma narrativa baseada na livre criação de um autor, não seria de se estranhar se encontrássemos uma história dessa natureza em um telejornal ou em outro programa televisivo. A forma de contar, inclusive, poderia ser muito semelhante, gerando efeitos emocionais e de sensibilização. A abordagem da doença em um dos produtos culturais mais populares do país também é importante principalmente porque estamos falando de uma enfermidade que carrega os sentimentos, os sentidos e os símbolos que já poderiam ser obsoletos, graças aos avanços tecnológicos e medicinais.

Evocamos esse caso marcante do imaginário popular para introduzir este estudo e que tentará compreender, a partir da mídia informativa, os efeitos sociais vigentes sobre o câncer. Partimos da ideia de que os tumores malignos ainda estão cercados de mitos, metáforas, preconceitos e desconhecimentos e, assim, se constituem como um verdadeiro tabu em nossa sociedade.

A ideia surgiu há quase três anos, quando tínhamos a intenção de analisar a cobertura noticiosa do câncer por programas televisivos da principal emissora de TV aberta do Brasil, a Rede Globo. Naquele momento, no âmbito da pesquisa para um Trabalho de Conclusão de Curso, percebemos que as reflexões ocasionaram mais perguntas do que respostas, e essas questões só poderiam ser respondidas se ampliássemos nossas perspectivas, nossos olhares e nossas técnicas de pesquisa. Tentaríamos, assim, expandir nossas amostras de análise, comparar com os produtos de outro veículo, e ainda perceber os sentidos vigentes do câncer, partindo de observações e diálogos com os atores sociais que convivem diariamente com a doença.

Dessa forma, tínhamos à frente uma pesquisa de fôlego, de forte relevância e que demandava grande compromisso ético. Para aprofundarmos também os debates teóricos, mobilizamos mais esforços e mais visões, baseando-nos em dois prismas de orientação ideológica: as complexas relações que caracterizam o debate interdisciplinar do campo Comunicação e Saúde, e as noções que dizem respeito à concepção de que o telejornalismo se configura como um agente efetivo de construção da realidade social, que tem ainda um modo todo particular de apresentar e representar suas notícias. Como o outro veículo selecionado se propõe a ofertar um modelo alternativo de jornalismo, também precisamos buscar referências para fundamentar os exames em torno do telejornalismo público.

Nesse sentido e, de maneira geral, os meios de comunicação sempre atuaram no sentido de tentar dar conta das demandas da sociedade e, em alguma medida, influenciar a construção dessas necessidades. Talvez por isso, contemporaneamente, seja notória a recorrência na mídia de questões que versem sobre saúde, nos seus mais diversos matizes.

Nesse contexto, pode-se compreender a importância da abordagem do assunto no jornalismo, a fim de contribuir com o desenvolvimento social, com a promoção da saúde e com a melhoria na qualidade de vida das pessoas. A relação mídia e saúde representa, dessa forma, uma temática relevante para a investigação por meio das competências científicas.

No campo da comunicação, selecionamos o telejornalismo por ser um dos principais espaços pelos quais as informações sobre saúde circulam; espaço este de grande proeminência, tendo em vista a penetração popular e a sua centralidade enquanto referência (in)formativa para a sociedade. No âmbito da saúde, entendemos que o câncer seja uma das doenças que mais estão presentes no cotidiano das pessoas, sendo ainda permeada de muitos estigmas. É, ainda, um problema que afeta inúmeras famílias e que é um desafio para o governo e a ciência. Sua presença na mídia parece ser mais frequente por conta dos diagnósticos (e, sobretudo, óbitos) de figuras públicas.

No primeiro trabalho, analisamos a qualidade do conteúdo veiculado nos telejornais brasileiros, seu espaço, sua narrativa, sua forma e seu sentido. Desse estudo, percebemos a necessidade, por exemplo, de colocar o discurso jornalístico de saúde para ser apreciado por especialistas da área ou, ainda, de ouvir o que os telespectadores pensam e como eles reagem à informação que é veiculada, nos sentidos cultural, identitário e de recepção; descobrir seus anseios e conflitos com a vida que passa na telinha.

Depois de examinar os produtos jornalísticos em uma emissora comercial, surgiu o interesse de avaliar também, em caráter comparativo, o processo de representação do câncer nos canais públicos de televisão, a exemplo da TV Brasil, tendo em vista a pressuposta promessa de um conteúdo independente, de interesse público e comprometido com a cultura e a cidadania. Nessa perspectiva, entende-se que a TV pública tem um compromisso com a educação – um conceito caro ao campo da Comunicação e Saúde, pois, segundo a OMS, "uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos" (OMS, 1946). Para a organização, "educação em saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinadas a ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar sua saúde, aumentando seu conhecimento ou influenciando suas atitudes"<sup>2</sup>.

A TV Brasil é a primeira emissora do sistema de televisão pública do país. Criada em 2007, por meio de um decreto presidencial (posteriormente aprovado pelo Senado), a TV estabeleceu-se com a promessa de atuar de maneira alternativa entre os modelos comerciais

---

<sup>2</sup> World Health Organization: "Health Topics". Disponível em <[http://www.who.int/topics/health\\_education/en/](http://www.who.int/topics/health_education/en/)>. Acesso em 31 jan. 2015. [Tradução nossa]

hegemônicos que visam ao lucro. Há a expectativa de se encontrar uma emissora independente, sem fins lucrativos e preocupada em difundir a cultura, a cidadania e, ainda, disposta a assumir um caráter educativo.

Já a TV Globo pertence a um conglomerado de empresas de comunicação – Organizações Globo –, que talvez dispense apresentação para qualquer brasileiro residente no país, em virtude de sua penetração popular. É a emissora de maior audiência e promotora dos principais produtos dramáticos e informativos do contexto audiovisual.

Nosso objetivo é compreender a lógica de produção televisiva e telejornalística em saúde, conforme suas reverberações e demandas sociais. Pretende-se obter um panorama das relações de sentido, significados e símbolos na configuração do jornalismo de televisão pública e comercial, que está sujeito a condicionamentos da cultura profissional e a questões de ordem organizacional, a partir da análise da cobertura do câncer. Quais disputas e relações de poder estão em cena? Que identidade(s) é(são) construída(s) pelos meios? Que sujeitos e subjetividades são representados nesse tratamento jornalístico? Nossa investigação pretende, portanto, obter parâmetros que possam disponibilizar e respaldar um conhecimento acadêmico que dê conta de apresentar respostas possíveis para tais questionamentos.

A temática ainda se encontra pouco explorada no campo das ciências da comunicação. Espera-se, desse modo, auxiliar no processo de preenchimento dessa lacuna, ou pelo menos estimular a reflexão, para se compreender esses enquadramentos midiáticos da realidade social contemporânea, apontando seus sucessos e suas falhas; de modo a estabelecer parâmetros e orientações para o desenvolvimento de conceitos e valores que possam apoiar o conhecimento científico.

A ideia é, ainda, problematizar a questão da identidade originada pelas representações midiáticas relacionadas à saúde. Os questionamentos levantados deverão mapear as representações sociais do câncer, que envolvem, muitas vezes, o sofrimento humano e a informação que facilita a edificação dos ideais de comunidade e cidadania. Outros fins pretendidos são levantar sugestões de procedimentos e suscitar questões que possibilitem a reflexão acerca dos paradigmas vigentes na produção televisiva e, de forma mais específica, na cobertura de saúde nos telejornais.

A problemática dos personagens, que são supostamente apresentados de modo peculiar em matérias dessa natureza, também será contemplada. Nos estudos anteriores, verificou-se que a personificação é comumente utilizada como artifício para a humanização do relato e, em muitos casos, esse recurso de cobertura indica um caráter de espetacularização da notícia. A principal crítica a essa estratégia decorre do tempo que é dispensado ao

tratamento sensacionalista, em detrimento do aprofundamento que poderia haver, sobretudo para a veiculação de informações em saúde capazes de contribuir com o desenvolvimento social e a qualidade de vida das pessoas. Buscaremos analisar se o mesmo ocorre na cobertura realizada pelo canal público e se isso se mantém, numa amostra mais ampla, no canal privado.

Outro ponto de interesse diz respeito à participação dos pacientes nessas coberturas, quase sempre silenciados, e dos especialistas, que muitas vezes não são ouvidos ou possuem pouco espaço para o esclarecimento. Nas emissoras de televisão públicas, considerando-se o ideal de democratização, espera-se que o telespectador deixe de ser apenas consumidor – como o é na lógica dos canais comerciais – para se tornar um cidadão mais participativo, que possa falar, interagir, discutir, refletir, além de se informar.

A televisão é um meio presente e ativo no cotidiano dos brasileiros, consumido por todas as classes sociais, de norte a sul do país, configurando-se como “lugar de referência” (VIZEU; CORREIA, 2007) e instrumento de laço social (WOLTON, 1996) efetivo e abrangente. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2011<sup>3</sup>, a TV é o segundo bem durável mais comum nos lares brasileiros. Estima-se que em 96,9% dos domicílios haja pelo menos um aparelho televisor; índice superior ao da geladeira, por exemplo, que é encontrada em 95,8% dos lares. Nesse sentido, e considerando a natureza de seu conteúdo, podemos entender a TV como um meio de comunicação de massa, capaz de reverberar socialmente, produzir significados e ser “um meio organizador de identidades sociais” (SODRÉ, 1984 *apud* FAUSTO NETO, 1991).

Tal relevância é intensificada se levarmos em consideração a situação sociocultural do país, tradicionalmente marcado por baixos índices de escolaridade e por uma cultura oral supervalorizada. A penetrabilidade da televisão e a sua capacidade de determinar questões sociais são, desse modo, verdades incontestas da conjuntura sociocultural do país.

...grande parte da população no Brasil informa-se fundamentalmente por meio da televisão, talvez menos por opção. A televisão garantiria um acesso mais universal ao conhecimento dos fatos, das notícias, sem limitações de grau de escolaridade (COUTINHO, 2012, p. 16).

O conhecimento produzido com base na informação veiculada na telinha e levada à quase totalidade da população no mundo globalizado exige responsabilidade, pois a sua qualidade irá influenciar posicionamentos e ações coletivas, formar opiniões, agendar aquilo que será debatido pela opinião pública, auxiliar a construção de idiosincrasias e, assim,

---

<sup>3</sup> Dados disponíveis em [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2011/tabelas\\_pdf/sintese\\_ind\\_6\\_4.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/tabelas_pdf/sintese_ind_6_4.pdf) Acesso em 01 fev. 2015.

fomentar (ou não) o desenvolvimento civilizatório. Há uma função estratégica desse veículo, que demanda um aprofundamento objetivo e uma sensibilidade por conta da representação de algo que, muitas vezes, simboliza a dor do outro e cria dilemas identitários. Por essas razões, José Marques de Melo assinala que é preciso problematizar

o veículo, o gênero de expressão jornalística e o impacto social gerado dentro da nossa sociedade. Em consequência, assegurar a compreensão da complexidade do fenômeno telejornalístico num país cuja população depende da TV para se informar e participar da ágora mundializada (MARQUES DE MELO, 2010, p. 12).

Da mesma forma que a TV representa um alcance significativo sobre a quase totalidade da população, a saúde e seus inúmeros elementos também dizem respeito a todo ser humano. Em relação ao câncer, especificamente, eram esperados, para 2014 (expectativa válida também para 2015), mais de 570 mil novos casos no Brasil. O número do Instituto Nacional do Câncer<sup>4</sup> indica a efetiva presença (direta ou indireta) da doença na vida dos brasileiros. Ainda segundo o Instituto, a falta de esclarecimento e de informação são elementos que aumentam a incidência da enfermidade, sobretudo nos países subdesenvolvidos.

A noção de interdisciplinaridade, presente neste projeto, também vem estabelecer um papel estratégico para o entendimento de que a Comunicação é um espaço fundamental para se entender a transformação social mediada pelos veículos (neste caso, a televisão), que numa perspectiva histórica vem representar a sociedade e os atores sociais, contribuindo para a percepção da própria identidade e para o sentimento de pertencimento. Os temas propostos se relacionam entre si, de fato, por serem elementos que constituem a vida social, o cotidiano que nos é apresentado, diariamente, pelos programas de televisão.

A dissertação se estrutura, basicamente, em cinco capítulos principais. O primeiro deles busca reunir referências já consolidadas para se compreender as questões que envolvem a relação entre comunicação e saúde, suas correntes ideológicas, suas preocupações e descobertas, além de entender as contribuições teóricas no âmbito do jornalismo de saúde. Também como fundamentação teórica, o capítulo seguinte abarca reflexões sobre estudos de jornalismo, à luz das teorias construcionistas, especialmente em relação à televisão. Discute, ainda, noções de enquadramento, narrativa, dramatização e jornalismo público.

Os capítulos 4 e 5 são de natureza analítica, pois abrangem a coleta de dados referente à análise de mais de 120 inserções em produtos noticiosos que abordaram, de alguma maneira, as neoplasias no período de 1º de julho de 2013 a 30 de junho de 2014. O

---

<sup>4</sup> Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>> Acesso em 31 jan. 2015.

primeiro traz um panorama geral, com dados mais quantitativos e preliminares, ao passo que o segundo abriga uma avaliação mais profunda, em perspectiva qualitativa, sobre as matérias que se dedicam exclusivamente à cobertura do câncer. Os produtos selecionados foram: *Jornal Nacional e Bem-estar* (Globo), e *Repórter Brasil e Ser Saudável* (TV Brasil).

O capítulo 6 abrange os relatos oriundos da pesquisa de campo realizada numa instituição filantrópica de combate ao câncer, que inclui um hospital oncológico, localizada em Juiz de Fora-MG. Essa pesquisa inclui observação não participante, entrevistas semiestruturadas e grupo de discussão. Foram realizadas mais de 20 visitas ao hospital, a fim de coletar informações sobre as dimensões informativa e semântica do câncer, a partir de seus atores sociais.

Sendo assim, conscientes da importância e da sensibilidade que o tema inspira, esperamos que o presente trabalho possa demonstrar, da maneira mais aproximada possível, nossos esforços em problematizar o fazer jornalístico sobre os estados de doença e de saúde e perceber as estruturas sociais alusivas ao câncer.

## 2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

*“Enquanto uma doença for tratada como uma maldição, e considerada um destruidor invencível, e não simplesmente uma doença, os cancerosos, em sua maioria, se sentirão de fato duramente discriminados ao saber de que enfermidade são portadores. A solução não está em sonegar a verdade aos cancerosos, mas em retificar a concepção da doença, em desmitificá-la” (SONTAG, 1984, p. 11).*

A possibilidade de empreender um esforço para aproximar dois campos sociais, aparentemente tão distintos, consiste exatamente na relevância que isso pode estabelecer do ponto de vista social. Nesse sentido, os estudos da área de “Comunicação e Saúde” quase sempre vão abordar a noção de que as ferramentas comunicacionais podem contribuir para a promoção da saúde; e é por isso que esse campo de análise interdisciplinar parece crescer cada vez mais, porque suas descobertas e proposições vêm permeadas de questões discursivas de relevância e engajamento; ainda que as atividades dessa área do saber sejam recentes, se comparadas com as de outras áreas mais consolidadas acadêmica e historicamente. Um ponto comum, todavia, é o de que tanto a comunicação como a saúde têm sido, contemporaneamente, consideradas como direitos fundamentais para a elaboração de políticas públicas.

Tratar-se-ia de uma noção muito idealizada, quiçá utópica, pensar que os atos comunicativos exercem uma função social tão bem delineada e de que as práticas nessa perspectiva atendem exemplarmente à demanda populacional. O debate é ainda mais complexo se direcionarmos nossas reflexões para o âmbito da imprensa, que apresenta, como diversos estudos já apontaram e que serão assinalados no capítulo seguinte, diversas limitações e problemas, mas também um manancial de possibilidades. Justamente porque *é possível* fazer da comunicação um “meio” de contribuir com a saúde é que é importante pensar, problematizar e discutir a interface entre ambas. Mas, não é só isso.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) – é sempre bom lembrar – preconiza a ideia de saúde como “perfeito bem-estar físico, mental e social” e não apenas como “ausência da doença ou enfermidade”. “Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, *irreal, ultrapassada e unilateral*” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 538). De todo modo, a saúde é um dos direitos mais fundamentais do cidadão e, por isso, a sociedade e o poder público devem, necessariamente, lançar mão de recursos que possam contribuir para a efetividade desse direito. A comunicação é uma área do conhecimento crucial nesse sentido – o que é endossado pela própria OMS.

Comunicação e saúde é uma estratégia-chave para informar o público sobre cuidados e manter as questões de saúde na agenda pública. O uso da mídia de massa, da multimídia e de outras inovações tecnológicas para disseminar uma informação em saúde útil para o público aumenta a conscientização de aspectos específicos de saúde individual e coletiva, bem como a importância da saúde para o desenvolvimento (OMS, 1998, p. 8)<sup>5</sup>.

O objetivo deste capítulo é, por conseguinte, reunir o conhecimento já aferido pela academia, acumulando ainda as noções pertinentes para a pesquisa realizada, tendo como foco a cobertura do câncer na televisão brasileira. Essa preocupação nasce da percepção de que a imprensa do país, de um modo geral, tem se dedicado mais efetivamente a esse tipo de abordagem nos últimos anos, o que reflete, hipoteticamente, uma demanda da audiência e um interesse comercial das indústrias da saúde.

De acordo com o pesquisador Nilson Moraes (2007), foi em meados do século XIX que surgiram as primeiras iniciativas no Brasil de se utilizar a informação como estratégia de fomentar o bem-estar das pessoas, ao disseminar alguns conhecimentos sobre doenças, cuidados, produtos, profissionais etc., que foram publicados em jornais e revistas, sobretudo com fins publicitários. Ou seja, a publicidade talvez tenha sido uma das primeiras tentativas de aproximação entre comunicação e saúde. No século seguinte, com o crescimento urbano, novas necessidades emergiram, criando ainda modos de vida e acompanhando a multiplicação dos meios de comunicação, que, por sua vez, estabeleciam novos temas e novas formas de abordagem.

Inesita Araújo *et. al.* (2007) afirmam, por outro lado, que pensar no início do diálogo comunicação-saúde pode remeter a “tempos imemoriais”. Entretanto, elas tomam como marco, para fins didáticos, a institucionalização das atividades de educação e propaganda sanitária, regidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no começo do século XX. Interessante destacar o pensamento desse início de século com as ações de ‘educar’ e de ‘propagar’, pois a ideia de se valer da comunicação como instrumento pedagógico parece prevalecer ainda no pensamento das organizações e dos pesquisadores da contemporaneidade.

Pessoni (2009) atribui, inusitadamente, numa terceira visão, o início dos estudos de comunicação e saúde a um paradigma oriundo de outra área: a agrícola. De acordo com o autor, o modelo inspirador é o de “difusão de inovações”, adotado por sociólogos rurais nos idos de 1950 – e tudo isso tendo como referência o sociólogo francês Gabriel Tarde, que

---

<sup>5</sup> Livre tradução de “Health communication is a key strategy to inform the public about health concerns and to maintain important health issues on the public agenda. The use of the mass and multimedia and other technological innovations to disseminate useful health information to the public, increases awareness of specific aspects of individual and collective health as well as importance of health in development” (OMS, 1998, p. 8).

propunha a ideia de ‘imitação’, pois, para ele, as criaturas aprendem determinadas atitudes copiando-as de outras. Ainda segundo Pessoni, não há concordância sobre o começo das investigações da comunicação em parceria com a saúde, enquanto disciplina institucionalizada, mas é possível traçar um panorama em torno dos eventos que demarcaram o seu desenvolvimento, culminando em iniciativas as quais destacamos a seguir: o pioneirismo da Universidade Metodista de São Paulo nesses estudos<sup>6</sup>; a instalação da Cátedra Unesco/Metodista de Comunicação para o Desenvolvimento Regional, que fomenta pesquisas nessa área; o *Proyecto Comsalud – Cobertura de la salud em los médios de comunicación*, da Organização Pan-americana da Saúde e OMS (Opas/OMS); a realização anual da Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde (Comsaúde); além da existência de 40 grupos de pesquisas cadastrados no diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que estudam especificamente Comunicação em Saúde (PESSONI, 2008, 2009). E, ainda, os apontamentos da comunicação como ponto estratégico da saúde pública nos relatórios da XI e da XII Conferências Nacionais de Saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

O pioneirismo dos estudos que se preocupam com a popularização das informações em saúde talvez fique a cargo de autores anglo-saxônicos, na década de 1970, que, segundo Lopes *et. al.* (2013, p. 29), eram divididos em grupos que adotavam uma perspectiva centrada nos *processos* (dedicada aos processos de interação simbólica e de estruturação relacionados à saúde) e outra focada nas *mensagens* (voltada para os discursos sobre saúde eficientes, investigando-os de maneira sistemática e aprofundada). Em seguida, os estudos avançaram e se consolidaram no continente norte-americano e, posteriormente, chegaram à Europa. De acordo com as autoras, em Portugal, o campo científico ainda se encontra em desenvolvimento.

O auge dos estudos da comunicação em paralelo com a saúde talvez tenha sido na década de 1980, quando vieram à tona alguns acontecimentos que marcaram novas perspectivas para o campo científico, que passava então a se tornar mais consolidado, em virtude da necessidade e da relevância de se analisar o tema por intermédio das competências acadêmicas.

---

<sup>6</sup> “(...) frente à demanda de capacitação para a comunicação em saúde, existe certa tendência internacional para a oferta de programas de formação em nível de pós-graduação. A iniciativa, de momento, parece ser liderada pelas escolas de comunicação convidando especialistas de saúde para participar da docência. Apesar disso, tanto profissionais de comunicação como profissionais da saúde parecem sentir-se atraídos por esta opção profissional. Em março de 1994 o Instituto Metodista de Ensino Superior de São Paulo tomou a iniciativa de oferecer o primeiro programa de Comunicação em Saúde da América Latina, com duração de um ano” (OPAS, 1995, p. 2 *apud* PESSONI, 2009, p. 36-37, tradução do autor).

Datam dessa altura alguns acontecimentos que marcaram este campo. No âmbito sociocultural, temos, por um lado, o crescimento da preocupação individual com o corpo e com a aparência física, caracterizada pela cultura do *self*; por outro, temos o aumento dos registos de casos de sida e de consumo de drogas. No campo científico, a intensificação dos estudos a unir as áreas de comunicação e de saúde culminou na criação da revista *Health Communication*, a primeira a reunir de forma sistemática pesquisas na área da comunicação em saúde. No campo político, realizou-se, no Canadá, a primeira reunião para definir estratégias comuns entre diversos países com o objectivo de melhorar a saúde mundial. O conjunto dessas estratégias foi reunido na conhecida Carta de Otava, na qual os média são reconhecidos como parceiros na promoção da saúde (AZEVEDO, 2012, p. 190).

O maior exemplo histórico do Brasil no qual está refletido e registrado um conflito entre informação e saúde talvez seja aquele que ficou conhecido como a “Revolta da Vacina”, eclodida na cidade do Rio de Janeiro, na passagem do século XIX para o XX, quando foi instituída uma vacinação obrigatória para proteger a população contra a varíola, o que gerou ampla insatisfação, já que não se acreditava na eficácia do método. É claro que o levante popular não se deu apenas por isso, mas também por conta do projeto da reforma urbana e sanitária promovida pelo governo da época, cujos detalhes fogem de nosso interesse nesse momento. O ponto interessante é que o episódio da vacina ilustra, de maneira efetiva, como a informação de saúde é fundamental para o desenvolvimento humano. O fato também materializa, em alguma medida, o quanto a relação entre elas pode gerar disputas e tensionamentos. E, possivelmente, é esse o grande desafio da comunicação na saúde. Não é por acaso que a instituição de referência nesse campo seja justamente a Fundação Oswaldo Cruz, localizada na capital fluminense, cujo nome homenageia o sanitarista responsável pelo supracitado programa de saneamento<sup>7</sup>. Outro desdobramento ainda mais crucial, por consequência da Revolta, está na noção, hoje consolidada, de que a informação foi um fundamental fator de controle e erradicação das doenças epidemiológicas. Não obstante, no pós-II Guerra, a atenção voltou-se para as enfermidades ditas crônicas e aí, mais uma vez, uma questão-chave é: como a troca de mensagens pode favorecer a diminuição dos males que não têm origem microbiológica? O caminho parece apontar para a indicação de comportamentos que venham atender a expectativa da profilaxia, de atitudes que busquem evitar a contração de doenças crônicas, como as neoplasias.

Para Moraes, “a comunicação na saúde apresenta uma expressão moral ou metáfora narrativa das tragédias modernas que submetem e conduzem o indivíduo a lutar pela sua superação, tendo como prêmio a possibilidade da preservação da saúde e da vida” (MORAES, 2007, p. 65). Contudo, como o próprio autor sugere, existe uma série de

---

<sup>7</sup> Informações históricas extraídas da ‘Revista da Vacina’, disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/revolta.html>>. Acesso em 25 jun. 2014.

particularidades inerentes aos veículos de comunicação e aos temas de saúde a que se referem. A definição que abre este parágrafo, por exemplo, parece – e aqui uma hipótese de trabalho – fazer jus à representação das doenças oncológicas no contexto midiático.

A comunicação em saúde pode ser vista, desse modo, muito como um artifício de prevenção, que estaria à cata de estabelecer uma finalidade de munir as pessoas de conhecimento suficiente para que possam evitar a doença, lançando mão de ações que vão ao encontro desse objetivo. Contudo, alguns estudos apontam que nem sempre o ato de informar em saúde age nesse sentido. Dione Moura (2008) estabelece dois caminhos da informação em saúde: (1) aquele que aponta para a ação pós-dano, isto é, que visa “apenas remediar”; e (2) aquele outro que é anterior ao dano, prevendo a “participação e a prevenção”, no âmbito da “comunicação de risco”. O primeiro tópico, de acordo com a professora, não prevê direitos e atende aos interesses da indústria e da publicidade; o segundo poderia ser dividido em três fases da história recente do país: até 1970, com um modelo campanhista; a partir da década de 1980, como um direito conquistado (saúde e informação); e dos anos 1990 em diante, a etapa da regulamentação, com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>8</sup>.

Na etapa atual, caracterizada por mais de duas décadas de vigência desse Sistema, parece prevalecer a opinião comum de que há muitas deficiências, de natureza pragmática. Nesse campo, cabem ainda muitas críticas aos processos comunicativos:

De todo lado, na saúde, emanam sinais de insatisfação com as atuais práticas comunicativas, seus limites e resultados, quando confrontados com as aspirações e convicções de seus agentes; sinais claros – e muito bem-vindos – de desgaste das perspectivas autoritárias, que não dialogam com essas novas demandas e dinâmicas – e aqui pensamos tanto naquelas empoeiradas, de viés autoritário, quanto naquelas que, igualmente surdas, depositam as expectativas em componentes aparentemente (pós)modernos, em geral tecnológicos (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 87)

As autoras sugerem, no clássico livro “Comunicação e Saúde”, que os novos rumos, as novas demandas e os novos desafios desse setor podem ser sistematizados na necessidade de ampliação do acesso às informações governamentais; ampliação do direito de falar e ser ouvido; visibilidade pública para seus temas, interesses e proposições; e mais e melhor acesso às tecnologias da comunicação.

---

<sup>8</sup> A implementação do SUS no Brasil é um “divisor de águas” da saúde pública no país, pelo menos em seu projeto ideológico, que prevê, sucintamente, dois tipos de princípios - (a) doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; e (b) organizativos: descentralização, hierarquização e participação.

## 2.1 EM BUSCA DE UMA DEFINIÇÃO

As pesquisas que objetivam aproximar o campo da comunicação e o campo da saúde apresentam diferentes orientações conceituais, denominadas de maneiras distintas, cujas diferenças se dão por uso de preposições, conectivos e/ou artigos. Contudo, esses diferentes modos de grafar a área interdisciplinar refletem também concepções particulares. A fim de estabelecer uma distinção para uma definição da área “Comunicação e Saúde”, Inesita Araújo e Janine Cardoso (2009) elucidam:

Comunicação e Saúde é um termo que indica uma forma específica de ver, entender, atuar e estabelecer vínculos entre estes campos sociais. Distingue-se de outras designações similares, como comunicação *para* a saúde, comunicação *em* saúde e comunicação *na* saúde. Embora as diferenças pareçam tão sutis que possam ser tomadas como equivalentes, tenhamos em mente que todo ato de nomeação é ideológico, implica posicionamentos, expressa determinadas concepções, privilegia temas e questões, propõe agendas e estratégias próprias (CARDOSO & ARAÚJO, 2009, grifos das autoras).

Nesse tocante, há uma necessidade de exercício epistemológico, com vistas a relacionar olhares científicos possíveis para o tema que se pretende abordar. As variadas possibilidades de nomes para a área, ou seja, as possibilidades de “representação do conceito que designa” (FERRARA, 2010, p. 53) precisam ser analisadas até mesmo para que se tenha respaldo e parâmetros teóricos para o trabalho empírico. Lucrécia Ferrara define que todo fazer científico pressupõe uma redução do mundo e, para se tornar concreto, ele precisa de um modo de dizer que o nomeie e o torne visível. Cabe, segundo ela, uma diferenciação entre nome e conceito – o primeiro deve ser amplo e designativo, enquanto o segundo vai colocar suas categorias à prova dos nomes que, para categorizar, devem distinguir. A autora acrescenta que “o nome cria o hábito de repetição do conceito com sua consequente explicação totalizante como se designar o mundo pelo seu nome conceitual fosse suficiente para a atividade investigativa” (FERRARA, 2010, p. 53). Por esses motivos, elencaremos nesse tópico uma série de possibilidades interpretativas de correntes que se debruçam sobre o objetivo de estudar as relações entre a comunicação e a saúde.

Na primeira proposta conceitual apresentada, as pesquisadoras utilizam o conceito de ‘campos sociais’, proposto por Bourdieu<sup>9</sup> (1989), para, a partir dessa definição, explicar as

---

<sup>9</sup> Em linhas gerais, a teoria dos campos elaborada por Bourdieu propõe que cada universo da sociedade está condicionado às relações intrínsecas do *habitus* dos seus agentes, organizados de acordo com as disputas internas e externas, pelos interesses aos quais se inclinam, com um sistema de trocas linguísticas que funciona nessa perspectiva. Essa concepção aplicada ao método científico permitiria um aprofundamento da investigação, como forma de fuga do reducionismo. “A teoria geral da economia dos campos permite descrever e definir a *forma específica* de que se revestem, em cada campo, os mecanismos e os conceitos mais gerais (capital, investimento,

relações que podem estabelecer entre si. O momento histórico dos estudos nessa área é, como afirmamos anteriormente, aquele em que sinalizou a primeira tentativa de institucionalização da propaganda como estratégia educativa e sanitária, em 1923, no contexto da “Reforma Carlos Chagas”<sup>10</sup>. À medida que o tempo passou, novas discussões entre saúde e sociedade entraram na agenda, sobretudo a partir dos anos de 1960, e hoje ainda mais pela massiva presença da mídia no social. Para elas,

o termo Comunicação e Saúde, portanto, delimita um território de disputas específicas, embora atravessado e composto por elementos característicos de um, de outro e da formação social mais ampla que os abriga. Trata-se de um campo ainda em formação, mas como os demais constitui um universo multidimensional no qual agentes e instituições desenvolvem estratégias, tecem alianças, antagonismos, negociações. Essa concepção implica colocar em relevo a existência de discursos concorrentes, constituídos por e constituintes de relações de saber e poder, dinâmica que inclui os diferentes enfoques teóricos acerca da comunicação, saúde e suas relações. Contrapõe-se, assim, a perspectivas que reduzem a comunicação a um conjunto de técnicas e meios a serem utilizados de acordo com os objetivos da área da saúde, notadamente para transmitir informações de saúde para a população (CARDOSO; ARAÚJO, 2009).

Essa noção parece apresentar um ponto de vista mais abrangente desses estudos, mais complexo e problematizador, se comparada com a de outras perspectivas acadêmicas; e contempla, ademais, uma concepção de que comunicação tem um papel fundamental no controle social, na medida em que confere legitimidade aos sentidos sociais em voga.

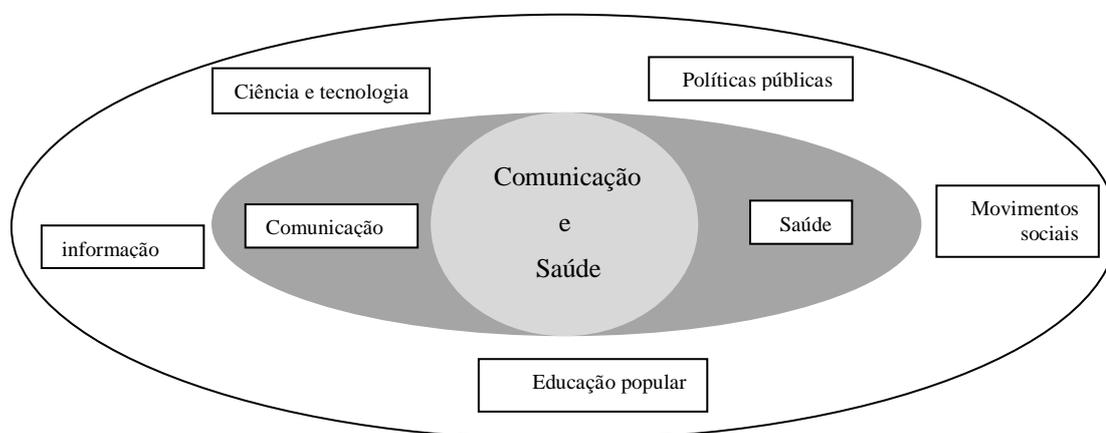


Figura 1: Campo da Comunicação e Saúde / Fonte: ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 21.

ganho), evitando assim todas as espécies de reducionismo [...] Compreender a gênese social de um campo, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, *tornar necessário*, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não motivado os atos dos produtores e das obras por eles produzidas e não, como geralmente se julga, reduzir ou destruir.” (BOURDIEU, 1989, p. 69, grifos do autor).

<sup>10</sup> “Nos anos 1920, pela primeira vez a saúde surgia como questão social no Brasil. Com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão de obra. As medidas de saúde pública caracterizaram-se pela tentativa de modernização e extensão de seus serviços por todo o país. A reforma promovida por Carlos Chagas em 1923, criando o DNSP, visava incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado” (LIMA; PINTO, 2003, p. 1043).

Outra visão, marcadamente ideológica, prevê a comunicação como um canal ou intermediário para promoção da saúde, isto é, a comunicação como um meio para atingir um fim, a saúde. Por isso, parece uma proposta mais simplificada, que reduz a comunicação a uma mera ferramenta, que deveria, no plano das idealizações, apenas oferecer informações para que as pessoas tenham mais conhecimento sobre a saúde. Ressalta-se a importância dessa visão, que é evidentemente real, mas a participação da comunicação não é, ou não deve ser, tão simplista; uma vez que seus produtos mobilizam relações simbólicas, menos objetivas e menos concretas que o campo da saúde. Nesse sentido, ‘comunicação e saúde’ também se constitui

no esforço em pensar e propor encaminhamentos e reflexões inovadores, marcados pela presença da doença, capital e tecnologia. A comunicação exige o enfrentamento de linguagens verbais e não verbais de produção de sentido [...]. Trata-se de elemento estratégico para a gestão social da saúde e qualidade de vida (MORAES, 2007, p. 65).

José Marques de Melo, em obra que promete delinear as fronteiras do campo da comunicação no Brasil, convida o professor Arquimedes Pessoni para apresentar um panorama dos lugares de pesquisa, dados e informações em torno da concepção de “Comunicação *para* a saúde”, que seria

uma forma de a mídia usar sua força de divulgação de assuntos de saúde com abrangência e interesse público, impactando positivamente a saúde da população. A mídia exerceria uma pedagogia ao repetir narrativas e imagens que instituem juízos e modos de reagir diante de dilemas morais gerados pela sociedade contemporânea. Profissionais do jornalismo, queiram ou não, desempenham o papel de educadores. Além disso, podem influenciar na eventual adoção pública de medidas supostamente protetoras, sem garantias de eficácia. (PESSONI, 2010, p. 297)

A definição caracterizada pela preposição ‘para’ constitui, dessa forma, uma perspectiva que prevê uma função didático-pedagógica para a imprensa, com um direcionamento positivista e que defende, com isso, a observância de um paradigma ideal e idealizado, já que é preciso questionar ou averiguar essa comunicação, e suas ferramentas, e que saúde se pretende obter como finalidade.

Numa corrente parecida com esta última, um grupo de pesquisadores portugueses trabalhou com a proposta de “Comunicação *na* saúde”, cujo projeto intitulado “Doença em Notícia” levou três anos de estudos e análises, de 2010 a 2013, em Portugal, mas buscando dialogar com os trabalhos realizados em outros países. O projeto de pesquisa resultou em um e-book: *A saúde em notícia: repensando práticas em comunicação*. Os pesquisadores lusitanos também trabalham conforme a concepção de uma comunicação como agente fundamental na promoção da saúde e da igualdade, sendo necessária a formulação de uma

*comunicação estratégica*, que possa dar conta desse objetivo. Mais que uma informação para fomentar o bem-estar das pessoas, o papel da comunicação, no contexto de uma sociedade democrática, deve prever, ademais, a propagação do ideal de equidade. Para eles,

(...) a necessidade urgente de eliminar as desigualdades em saúde exige dos seus profissionais a adoção de modelos de comunicação realmente eficazes e isso passa pela contratação e/ou consulta de especialistas em comunicação. A Comunicação na Saúde integra, precisamente, o uso de métodos para informar e influenciar as decisões individuais e comunitárias no sentido de reforçar a saúde pública e privada (Freimuth & Quinn, 2004: 2053); por isso, o saber relativo ao funcionamento geral da comunicação humana é tão importante às organizações de saúde. Na verdade, seja qual for o contexto, estaremos sempre perante seres humanos que comunicam entre si e isso é o assunto que está no centro das preocupações das Ciências da Comunicação (RUÃO, 2013, p. 24).

Esse viés de comunicação em intercâmbio com a saúde não desconsidera todas as complexidades inerentes ao assunto, tampouco negligencia todos os aspectos envolvidos, quais sejam os discursos em determinado momento histórico, as relações de poder, o corpo, a alimentação, a identidade, a natureza, a cultura e o significado de ser humano e viver em sociedade (COELHO, 2013, p. 8). Além disso, o grupo destaca veementemente os atos comunicativos protagonizados pela interação midiática, sobretudo no âmbito jornalístico, pela importância que representa frente o público.

Uma outra perspectiva propõe também uma compreensão global da saúde, na medida em que observa a função da informação no comportamento dos indivíduos e, mais uma vez, na possibilidade de promoção da saúde. A escolha deliberada da expressão ‘Comunicação *em* saúde’ estabelece que se trata de “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (TEIXEIRA, 2004, p. 615).

Num sentido de maior generalidade ainda, Schiavo também propõe uma definição para *health communication*<sup>11</sup>, que engloba muitas outras áreas do conhecimento, cujo conceito é explicado por outra pesquisadora:

De acordo com essa autora, a comunicação na saúde deve ser entendida como uma abordagem multifacetada e multidisciplinar que visa atingir diversas audiências e partilhar informações relacionadas com a saúde com o objectivo de influenciar, engajar e apoiar [os diversos actores sociais] indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, legisladores e o público no sentido de introduzir, adoptar um comportamento, prática ou política que, em última análise, melhorem os resultados de saúde (AZEVEDO, 2012, p. 188).

---

<sup>11</sup> Nesse caso especificamente, não é possível traçar uma diferenciação quanto à terminologia, pois uma livre tradução do inglês permite a utilização de qualquer vocábulo que tente conectar as palavras comunicação e saúde.

Embora seja razoável reconhecer que haja diferenças sutis em relação às concepções que cada nome articula, nota-se em todas elas um subtexto de que a informação é um dos principais artifícios que integram as relações desse campo duplo e o de que essa informação é preponderante para a produção do conhecimento, que, por sua vez, possibilitará a melhoria da qualidade de vida, e o desenvolvimento humano; em síntese, a tão falada e almejada *promoção da saúde*.

Não obstante todas as disputas por uma conceitualização do campo, é importante assinalar um objetivo central para a troca de informações na seara da saúde e, assim, espera-se, no mínimo, “estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 61).

É também por essa razão, que se destaca, dentre as subáreas da Comunicação, o papel do Jornalismo – atividade que lida diariamente com a produção e publicação de notícias, que têm como matéria-prima a informação. Nas linhas que se seguem, procuraremos delimitar o conhecimento teórico já acumulado nesse setor, para que, posteriormente, seja possível identificar essas competências, no recorte empírico, e, principalmente, verificar as lacunas analíticas que precisam ser preenchidas.

## 2.2 O DRAMA SOCIAL DA NOTÍCIA EM SAÚDE

O comparecimento das pautas de saúde na atividade diária do jornalismo envolve uma série de questões que repercutem diretamente na vida dos brasileiros, isso porque, possivelmente, os temas que versam sobre o bem-estar das pessoas potencializam algumas limitações e características comuns do próprio fazer jornalístico. Esses elementos, tão bem observados por outros estudiosos, serão contemplados em momento oportuno; dessa forma, procuraremos identificar, a partir de agora, as estruturas da comunicação e saúde que costumam configurar as notícias e as reportagens que abordam, sobretudo, a problemática do câncer.

Não é de hoje, por exemplo, a noção de que muitas vezes a imprensa tem um interesse particular pelas notícias que podem gerar interesse humano, sensibilização e, até mesmo, comoção do público. Falar de câncer, portanto, pode atingir esse objetivo, por ser ainda uma doença repleta de tabus, mitos, desconhecimentos e preconceitos. É comum ouvir, a título de exemplo, pessoas de mais idade dizendo que, há algum tempo, não se dizia sequer a palavra “câncer”, pois havia, talvez, um temor ou autocensura consensual. Esse fato pode

possibilitar o entendimento, numa perspectiva histórica, do quanto a interdição do tema é prejudicial para que as pessoas lidem com a doença, e essa necessidade se estende aos diferentes atores sociais em cena: pacientes, familiares, amigos, profissionais de saúde etc.

A imprensa, nesse sentido, assume uma função preponderante para desmistificar o assunto; mas, para isso, precisa encontrar uma fórmula, um modo de fazer que dê conta das complexidades inerentes a esse tipo de cobertura. As principais fragilidades, apontadas pela crítica, dizem respeito à ênfase no sensacionalismo ou na dramatização, à superficialidade do conhecimento que evoca, ao tensionamento existente entre jornalistas e especialistas, aos interesses (público e privado) que mobilizam – perspectiva política –, à codificação da linguagem pouco usual, à identidade e à representação, além da narrativa que sustenta ou prejudica a observância desses elementos.

Numa perspectiva macro, é preciso pensar, com as lentes das ciências sociais, os discursos que podem ser construídos para minimizar as desigualdades, sobretudo no dizer sobre saúde em países historicamente subdesenvolvidos (WANZO, 1998). Essa autora mobiliza os pensamentos de Foucault e Lacan para compreender essas formas de tratamento da saúde pública, no âmbito das ciências sociais, com discursos que reivindicam muitas vezes atitudes do poder público. É uma abordagem que envolve ainda tensionamentos entre o lugar e o poder de fala, os sujeitos a que se refere e as estratégias colocadas para atender aos interesses em jogo.

Aquela pergunta ao paciente que sofre levava implícito o reconhecimento de um saber sobre a sua dor. Isso abriu todo um campo de conhecimento que mudou as verdades naturais, ideais e absolutas da enfermidade em verdades dependentes do dizer do enfermo e de seu sofrimento, que fraturavam a onipotência médica. Talvez essa palavra do outro, que muitas vezes é desvalorizada, sempre em nome de uma suposta objetividade científica, essa percepção, tenha sido vivida como uma ferida para o discurso romântico das ciências da época clássica, verdadeiramente uma fala como forma de fracasso, produzindo, portanto, um rechaço do sujeito que sofre e de suas ideias acerca da causa do seu sintoma (WANZO, 1998, p. 338)<sup>12</sup>.

Com isso, torna-se imperativo investigar o dizer daquele que protagoniza as situações de dor, e não apenas daquele que detém um saber científico e empírico de lidar com esses protagonistas e suas dores. Em que medida, portanto, a representação desses atores no contexto jornalístico reproduz a realidade que eles vivenciam? Quais são os elementos que

---

<sup>12</sup> Livre tradução de “Aquella pregunta al paciente que sufre llevaba implícito el reconocimiento de un saber sobre su dolor. Esto abrió todo un campo de conocimiento que cambió las verdades naturales, ideales y absolutas de la enfermedad, en verdades dependientes del decir del enfermo y de su sufrimiento que fraturaban la omnipotencia médica. Quizás esta palabra del otro, que muchas veces es desvalorizada, siempre en nombre de una supuesta objetividad científica, esta percepción, haya sido vivida como una ferida para el discurso amo de las ciencias de la época clásica, verdaderamente una falla con forma de fracaso produciendo, por lo tanto, un rechazo del sujeto que sufre y de sus ideas acerca de la causa de su síntoma” (WANZO, 1998, p. 338).

compõem essa abordagem? Por essa razão, há uma necessidade de afunilar ainda mais as reflexões, aproximando-se do que se pode denominar “jornalismo de saúde”.

### 2.3 JORNALISMO DE SAÚDE

É preciso focar ainda mais o nosso debate, tendo em vista a importância de se compreender, dentro do vasto campo da Comunicação, as relações estabelecidas pelo jornalismo – campo que produz e trabalha com a informação cotidianamente, e que se constitui, muitas vezes, como único meio para que os cidadãos entendam e interpretem o mundo que está à sua volta. Jornalismo serve, nesse sentido, para que os povos sejam livres e possam se autogovernar (KOVACH; ROSENSTIEL, 2003).

As pesquisas que buscam relacionar, estritamente, o jornalismo praticado sobre temas de saúde ainda se revelam muito incipientes no Brasil. Prova disso, por exemplo, é o dado de que nos dez primeiros encontros anuais da Associação Brasileira de Pesquisadores em Jornalismo (SBPJor), ou seja, de 2003 a 2012, foram apresentados apenas 10 trabalhos sobre esse tema, uma média de um artigo por ano (JOHN *et. al.*, 2014). Esse fato revela ainda o quanto o jornalismo, enquanto uma das principais subáreas da Comunicação, não tem acompanhado o aprofundamento científico que pode ser percebido, em perspectiva macro, nos estudos de Comunicação e Saúde.

Não obstante, a proposição conceitual de *jornalismo de saúde* difere, sutilmente, do que se poderia chamar de jornalismo científico, ou ainda de divulgação científica (que também são diferentes entre si). Pretende-se, com isso, retratar especificamente a angulação das matérias que vão sugerir formas de esclarecimento da saúde e da doença, no aspecto comportamental, sem se preocupar com a visibilidade de descobertas científicas ou com a popularização de conhecimentos da área de C, T & I. Desse modo, o ponto de vista científico será uma premissa, um princípio fundamental que vai subsidiar, em segundo plano, a cobertura de saúde que se espera problematizar ao longo desta dissertação.

Quando se propõe representar o universo da saúde, deve-se, antes de tudo, estar consciente de que o conhecimento nessa área precisa se engajar com valores éticos e deontológicos, a fim de potencializar a expectativa por notícias e reportagens isentas, imparciais e com correção. O dizer em saúde pode influenciar a percepção das pessoas sobre a forma com que percebem o próprio corpo, pode interferir nos hábitos e costumes da população (gerando ou eliminando necessidades), além de questões que mobilizam a opinião do público a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido pelo Estado. Em suma, a

informação em saúde pode configurar, por intermédio dos operadores simbólicos que utiliza, mudanças estruturais e estruturantes. E é exatamente por esses motivos que surgem os tensionamentos que se pretende problematizar neste trabalho, por entender que se trata de um assunto complexo e de profunda relevância social. Desse modo,

por jornalismo de saúde entendemos todo o processo de construção de noticiabilidade e de difusão de informação de actualidade e relevância pública sobre temas integrados neste campo. A promoção da saúde compreende o desenvolvimento e difusão de mensagens persuasivas dirigidas a públicos segmentados, com vista a influenciar percepções, atitudes e comportamentos. (RUÃO; LOPES; MARINHO, 2012, p. 5)

A concepção da necessidade de mensagens persuasivas, defendida pelas autoras, leva em conta o aspecto de que os temas de saúde nos noticiários têm um compromisso com a qualidade; muito em função da expectativa pedagógica, de modo que os jornais possam ensinar a audiência como possibilitar o próprio bem-estar. Isso favorece, ademais, uma perspectiva por uma ideologia que busque assegurar a qualidade da informação, para que o processo de *educação* tenha êxito. No que concerne à possibilidade de que os produtos jornalísticos sejam persuasivos, cabe questionar e analisar: por que e de que o jornalismo deve convencer? Para atender quais interesses? E mais, e não menos importante, de que maneira deve ocorrer esse convencimento?

Ericson Saint Clair, em seu trabalho de doutoramento, vai propor que a mídia no âmbito da saúde, apropria-se do conceito foucaultiano de *governamentalidade*. O pesquisador estuda os sentidos atribuídos à “depressão”, desde os anos 1970 até os dias atuais, a partir da *Folha de S. Paulo* e da Revista *Veja*. Nesse sentido, “o jornalismo de temas de saúde produzirá sua estruturação da condução de conduta segundo certos padrões discursivos” (SAINT CLAIR, 2012, p. 85), no qual se entende, para efeitos de estudos epistemológicos, a ideia de governamentalidade “como grade de análise geral da racionalidade das relações de poder pautadas pela condução de conduta dos outros, formatando o campo possível da ação desses” (SAINT CLAIR, 2012, p. 86). Nas palavras originais de Foucault, governamentalidade seria

o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por

outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. (FOUCAULT, 2008, p. 143-144).

Acrescente-se a esse debate as noções do mesmo pensador sobre as definições de “biopoder” e “biopolítica”, que perpassam a lógica de produção simbólica do jornalismo, que também são mobilizadas pelo pesquisador que tem como objeto de análise central o jornalismo da depressão. Não obstante, trazendo a análise teórica para a cobertura do *jornalismo do câncer*, em que pese as informações que suscitam a culpabilização (pela não prevenção ou pelo diagnóstico tardio) e, em muitos casos, a quase sentença de morte, é preciso pensar e problematizar essa cobertura justamente pelo jogo semântico que determina idiosincrasias no plano da economia política da informação em saúde.

A pesquisa teórica no campo da biopolítica procuraria, assim, investigar os solos a partir dos quais múltiplas formas de poder-saber dispõem-se a dizer o que são a vida e a saúde, atrelados inevitavelmente a modos de administração específicos desta vida calculada e tornada produtiva. A partir dessa indicação, podem-se problematizar questões que passariam talvez despercebidas, pois seriam tidas como naturalizadas. (SAINT CLAIR, 2012, p. 94).

No terreno, portanto, do jornalismo de saúde, cumpre analisar a solidificação dos padrões vigentes, identificando as ‘infertilidades comunicativas’, que geram mitificação, mantém preconceitos e sustenta farta parcela da população no âmbito do desconhecimento. Trataremos, no capítulo subsequente, de todas as características que determinam o fazer jornalístico, que já foram estudadas amplamente por outros pesquisadores. Dessa forma, apresentaremos neste momento, os principais gargalos que são encontrados frequentemente, quando a mídia tenta se apropriar das noções de saúde, sobretudo em função da disponibilização de informações que não estão preocupadas em ser efetivamente um meio de divulgação ou de jornalismo científico.

Para a pesquisadora Ana Paula de Azevedo (2012), os jornalistas não são mais os únicos responsáveis pela informação em saúde – uma mudança que está para a nova tendência comunicacional de que a produção de conteúdo está pulverizada, em virtude do advento das novas tecnologias e também, e não menos importante, pela necessidade cada vez maior de se estabelecer um diálogo, no próprio espaço jornalístico, com cientistas e profissionais da saúde de diversas áreas. Apesar de não serem mais os únicos, os profissionais das notícias ainda têm um papel importante nesse setor e, nesse sentido, o que o jornalista de saúde precisa saber para fazer esse tipo de cobertura?

A questão subjacente aos processos de “desintermediação” do acesso às informações de saúde, e sobre a qual queremos reflectir, baseia-se no tipo de competências que os profissionais da comunicação social responsáveis pela cobertura de saúde devem

aceder, para executarem as suas tarefas e melhorarem o conhecimento do público sobre saúde (AZEVEDO, 2012, p. 186).

Por esta questão, o debate perpassa ainda a questão da formação e do ensino de Jornalismo, que tem sido discutida nos últimos anos no Brasil, por ocasião da formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Jornalismo<sup>13</sup>. O documento, todavia, em suas 25 páginas, não contempla, de maneira explícita, a questão da formação voltada para áreas específicas, como a saúde. O relatório elaborado pela Comissão de Especialistas instituída pelo Ministério da Educação (MEC) cita o vocábulo ‘saúde’ apenas para comparar o campo da Comunicação em relação ao da Saúde.

Azevedo (2012) defende que o jornalismo é coadjuvante em termos de saúde pública, mas o seu amplo alcance o coloca em certa posição de centralidade, principalmente pelas relações simbólicas que operam mudanças ou manutenção de estruturas sociais. As características da cultura profissional do jornalista fazem com que, muitas vezes, o serviço informativo não apresente um desempenho satisfatório, em função dos imperativos do tempo, do crescente esvaziamento das redações, do acúmulo de trabalho e funções, da proliferação dos *press releases*, entre outros. Ainda assim, o jornalismo de saúde parece ter mais para contribuir do que prejudicar:

Para além disso, actualmente o jornalismo de saúde tem contribuído de um modo muito mais frequente para manter na agenda pública temas relacionados com a saúde pública e individual, alertar para determinados tipos de risco e de comportamento e reforçar processos de mudança. Assim, é de sublinhar que o jornalismo de saúde, através do agendamento, cumpre a importante tarefa de manter os temas das campanhas de saúde visíveis. Além disso, é por meio das notícias que a opinião pública é formada e, depois, incorporada na sociedade (AZEVEDO, 2012, p. 189).

No contexto televisivo, nosso objeto em particular, há uma crítica maior à mediatização da saúde, sobretudo em razão do notório uso do sensacionalismo. Esses problemas mais acentuados podem ser sintetizados nos seguintes itens: “a brevidade das peças noticiosas que impedem a captação do seu significado; a ausência de especialização dos jornalistas; a falta de informação de *background*; interesses comerciais identificados nos conteúdos; um jornalismo que se esgota na agenda de eventos” (SCHWITZER, 2004 *apud* LOPES *et. al.*, 2013, p. 31).

<sup>13</sup> As DCNs de Jornalismo foram publicadas pela portaria 203, de 12 de setembro de 2009, do Ministério da Educação, mas apenas em 2013 as diretrizes foram homologadas pelo órgão federal. O relatório completo está disponível em <[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/documento\\_final\\_cursos\\_jornalismo.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/documento_final_cursos_jornalismo.pdf)> (acesso em 31 jul. 14) e a homologação do parecer favorável do Conselho Nacional de Educação (CNE), pelo MEC, no Diário Oficial da União, está em <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=10&data=12/09/2013>> (acesso em 31 jul. 14).

Uma possibilidade aventada pelos estudiosos, de um modo geral, sugere que haja uma disponibilidade maior de jornalistas especializados, em detrimento dos ‘generalistas’. Contudo, a realidade e a experiência vêm demonstrando que as empresas jornalísticas procuram agir exatamente no sentido contrário, a fim de reduzir mão de obra, de modo que um mesmo repórter precisa apurar várias pautas em um mesmo dia e ser capaz de dominar as diferentes mídias: o ‘jornalista multimídia’. Principalmente nos jornais menores, de abrangência limitada, há um percalço ainda maior em manter profissionais especializados, que, em tese, poderiam ter mais tempo para desenvolver os produtos, obter uma aproximação mais efetiva com as fontes, dominar o conhecimento da área e, pela experiência, possibilitar a esperada “comunicação estratégica”.

Na relação de coleta de informações da realidade social, os jornalistas ainda enfrentam os embates decorrentes do relacionamento com as fontes. No caso das pautas de saúde, talvez o maior problema seja justamente o de decodificar o conhecimento científico, extrair as informações de interesse maior, de modo eficaz e simples. Na disputa de sentido sobre quem fala e de que lugar, a linguagem do discurso jornalístico parece revelar e legitimar uma hierarquia do corpo social, pela busca do argumento de autoridade e porque os códigos são pouco acessíveis. O jornalismo, nesse sentido, parece transitar pelas “zonas de segredo” (RODRIGUES, 1990), numa tentativa de tornar público alguns saberes que por muito tempo permaneceram totalmente restritos. Muito embora a conjuntura atual aponte para uma quebra do “monopólio do saber” (SANTOS, 2009, p. 65), possibilitada, por exemplo, pelo espaço virtual, no qual os usuários podem ser produtores de informação, por meio das redes sociais ou dos blogs. Esses últimos

se especializaram e dão conta de informação actual e em linguagem mais acessível que o jargão científico e chegam a muitos mais leitores que os das revistas especializadas, numa concorrência com o saber das instituições com autoridade reconhecida. Neste aspecto particular, os blogues democratizaram o saber (SANTOS, 2009, p. 65).

Não obstante, o alcance da blogosfera é incomparavelmente menor em relação ao da televisão, que, no Brasil, inclusive, utiliza um espaço público, já que se trata de uma concessão do Estado para exploração do espectro de transmissão. Mas ainda assim se constitui como novo elemento de disputa ou de reestruturação do *modus operandi* daqueles poucos que até então concentravam o poder de fala pelos meios de comunicação legitimados. A informação no universo cibernético exige ainda uma consciência crítica ainda mais apurada, porque é preciso ter uma atenção especial para “distinguir a boa informação do boato

e da opinião que tem um interesse inconfessado por detrás [que] exige novas capacidades ao leitor” (SANTOS, 2009, p. 65).

Do lado das fontes que servem de humanização, há também a necessidade de fazer com que essa abordagem seja sensível, e não dramática ou sensacionalista, com vistas a cumprir um compromisso ético. Desse modo, reside exatamente aqui a importância dos símbolos, dos mitos, dos estereótipos que serão construídos, sustentados ou determinados pelo fazer jornalístico. Um paciente que vê no telejornal uma história de superação do câncer, com uma técnica experimental, pode, por exemplo, ter a esperança de que também conseguirá; o que dificilmente acontecerá em virtude das especificidades da doença, de cada caso e dos recursos disponíveis.

A abordagem da saúde pela imprensa suscita ainda um conflito simbólico entre duas instâncias ‘produtoras de verdades’ – o jornalismo e a ciência. A presença do suporte especializado é o que muitas vezes garante a credibilidade da informação veiculada pelo jornal; mas, pelas significativas distinções discursivas entre os profissionais das duas áreas, ocorre um embate entre as vozes de autoridade. Por isso, “multiplicam-se as conduções de conduta que obedecem a uma racionalidade cuja autoridade última é a dos especialistas da ciência” (SAINT CLAIR, 2012, p. 103). Dessas disputas, resulta, a título de ilustração, o fato de que a quase totalidade da informação é dada pelo repórter e o especialista, em um curto espaço (de tempo ou de linhas), apenas confirma o que foi dito no discurso do jornalista. A causa disso pode ser o emprego de uma linguagem pouco usual pelo cientista ou o pouco espaço disponibilizado. O pesquisador Antônio Fausto Neto, há mais de duas décadas, já criticava a persistência do fato de que, mesmo com o revestimento do texto jornalístico em estratégias enunciativas distintas, para grande parte do público, muitos elementos empregados se constituem em “misterioso enigma”, pois os operadores, pertencentes ao campo da medicina, só podem ser compreendidos por um restrito grupo de leitores/telespectadores (FAUSTO NETO, 1991, p. 51).

Os profissionais de saúde e os pesquisadores, possivelmente, não estão aptos para a transmissão do conhecimento, no sentido de se fazerem entender, para a massa da população, que no caso brasileiro está caracterizada por uma diversidade de matizes; o que requer, dessa forma, uma linguagem universal, capaz de ser assimilada amplamente. É preciso, assim, que todos os profissionais em questão conscientizem-se da interdependência que estabelecem entre si, a fim de que o ato comunicativo em saúde seja mais eficiente.

Para compreender melhor os mecanismos que orquestram o exercício de transmissões de informações para o grande público, desenvolveremos, a seguir, as noções

vigentes sobre os estudos de jornalismo, sobretudo em torno dos aspectos que o caracterizam como agente construtor da realidade social; o que pode determinar ou, pelo menos, influenciar o comportamento das pessoas sobre sua própria saúde e, ainda, colocar em discussão os atributos do serviço de saúde pública.

### 3 O (TELE)JORNALISMO E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA REALIDADE

*“...[O câncer] desperta tipos de pavor inteiramente obsoletos, (...) uma doença largamente considerada como sinônimo de morte é tida como algo que se deve esconder” (SONTAG, 1984, p. 10-12).*

A imprensa e os meios de comunicação são agentes importantes na mediação das relações sociais e ocupam uma posição de centralidade porque deveriam materializar, no plano das ações, as demandas da coletividade. A mídia seria, desse modo, o porta-voz da população, o elemento capaz de possibilitar aos cidadãos um direito fundamental, que é o direito à comunicação; no sentido de falarem e de serem ouvidos e, assim, se sentirem representados em seus anseios, para cobrarem outros tantos direitos de que devem gozar. Também os jornais podem ou precisam comunicar ao público seus deveres e suas obrigações.

Isso tudo, porém, está muito presente no que se espera do jornalismo, que deveria cumprir sua função social de modo satisfatório, independente de poderes e interesses particulares, no campo das ideologias. A prática jornalística que visualizamos é, ao contrário, muito diferente dessas expectativas; principalmente porque está condicionada a modelos orientados por objetivos que nem sempre vão ao encontro de uma necessidade coletiva mais abrangente. Soma-se a isso, a supremacia do interesse comercial em detrimento do interesse público, principalmente no Brasil, se pensarmos, por exemplo, que a comunicação pública aqui é algo recente e em gradativo desenvolvimento. Também, nesse viés, verificamos certa migração ou simultaneidade do consumo dos meios tradicionais e hegemônicos para os projetos alternativos com o advento das novas tecnologias, potencializadas pela internet e pela ampla utilização dos dispositivos móveis, que estão cada vez mais acessíveis e populares.

Apesar de reconhecermos que o jornalismo não estabelece, de fato, aquilo que se espera idealmente do ponto de vista dos direitos humanos, é fato que ele exerce uma influência crucial para se compreender os mecanismos das estruturas sociais vigentes. A experiência e os estudos acadêmicos revelam que o jornalismo não se constitui, evidentemente, como um espelho fiel da realidade; mas é indubitavelmente um fator fundamental na (con)formação do que é essa realidade. A concretude existencial influencia a mídia, da mesma maneira que a mídia influi na realidade cotidiana.

Os jornalistas não são simplesmente observadores passivos, mas participantes ativos no processo de construção da realidade. E as notícias não podem ser vistas como emergindo naturalmente dos acontecimentos do mundo real; as notícias *acontecem* na conjunção de acontecimentos e de textos. Enquanto o acontecimento cria a notícia, a notícia também cria o acontecimento (TRAQUINA, 1993, p. 168).

Autores como Berger e Luckman (1985) e Goffman (1985) assinalam que o jornalismo é, acima de tudo, um elemento ativo e participante na construção da realidade, capaz de provocar acontecimentos, reverberar significados e determinar o que deve ser discutido pela população. Os meios de comunicação de massa possuem, por assim dizer, o discurso pelo qual a população clama para compreender o seu próprio mundo. Eles são, portanto, instâncias

intermediadoras entre a experiência coletiva e a individual, oferecendo interpretações típicas para problemas definidos como típicos. Tudo o que outras instituições produzem em matéria de interpretações da realidade e de valores, os meios de comunicação selecionam, organizam (empacotam), transformam, na maioria das vezes no curso desse processo, e decidem sobre a forma de sua difusão (BERGER; LUCKMANN, 2004, p. 68).

Dessa maneira, a atividade jornalística demonstra ter assumido em suas rotinas produtivas um *habitus*<sup>14</sup> (BORDIEU, 1983), que desencadeia uma série de acontecimentos que só existem pelo fato de serem midiaticizados, ou seja, a presença da mídia determina atitudes e comportamentos de outros atores sociais e, ainda mais, determinados eventos cotidianos só subsistem para serem mediados pela imprensa. Em seu conceito de campos (*ver capítulo anterior*), Bourdieu também propõe ideias específicas para o campo jornalístico, no que diz respeito à relação de forças que estabelece com outras instituições:

(...) assim como o campo político e o campo econômico, e muito mais que o campo científico, artístico ou literário ou mesmo jurídico, o campo jornalístico está permanentemente sujeito à prova dos vereditos do mercado, através da sanção, direta, da clientela, ou indireta, do índice de audiência (ainda que a ajuda do Estado possa assegurar certa independência com relação às pressões imediatas do mercado) (BOURDIEU, 1997, p. 106).

Associada à noção de que os conteúdos jornalísticos oferecem interpretações possíveis acerca dos retratos da realidade, ao lidar com as fontes, os repórteres ressignificam fatos dos quais as primeiras são testemunhas e que também já imprimiram sentidos ao que cooptaram do assunto. Por isso,

o jornalista tem como matéria-prima do seu trabalho a construção da realidade social que as fontes de informação criaram. Quando alguém se torna, por exemplo, testemunha de um acontecimento, confere sentido ao que percebe. Constrói, portanto, uma realidade social, objetiva o fenômeno observado. Uma forma de conferir sentido a um fenômeno é quando o contextualizamos (...) o jornalista precisa ir além da construção da realidade social de primeiro grau que a fonte faz. (ALSINA, 2009, p. 229).

---

<sup>14</sup> “(...) um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas” (BOURDIEU, 1983, p. 65)

Com isso, parece-nos possível afirmar que as notícias e as reportagens são produtos de uma realidade construída no interior de um universo simbólico, pois que linguagem e narrativa operam sentidos que vão moldar as representações da realidade que é retratada no (tele)jornal. E essas representações são potencializadas no espaço televisivo, por comportar os símbolos e os sentidos verbais e imagéticos atribuídos pelos jornalistas (produtores, repórteres e editores) e pelas fontes de informação – cada qual manifestando as subjetividades no processo de criação dessa realidade mediada. Os autores Alfredo Vizeu, Fabiana Siqueira e Heitor Lima (2013, p. 4) defendem que as escolhas feitas pelos jornalistas do que será ou não apresentado, por exemplo, são muito fundamentadas nas tipificações e, especialmente, no diálogo entre associados e contemporâneos, estabelecido nas relações denominadas por eles de *face a face*, *projetada* e *virtual*.

Se levarmos a discussão especificamente para o processo de seleção das notícias, podemos dizer que as escolhas são influenciadas, entre outros elementos, pela imagem que os jornalistas têm do público (relação *projetada*), pelas relações *face a face* no ambiente da redação e pelas relações *virtuais* com colegas que trabalham em outras emissoras (contato por telefone, *e-mail* e videoconferência) e também pela visão que possuem do enfrentamento com a concorrência (relação *projetada*, *virtual* ou *face a face*). Em geral, os editores, produtores e editores-chefes estabelecem um contato profissional mais distante com os concorrentes, ao contrário dos repórteres que travam um contato mais direto (*face a face*) durante o processo de elaboração da notícia (ROCHA; SIQUEIRA; VIZEU, 2013, p. 4, grifos dos autores).

Por todas as razões apresentadas, entendemos que refletir, discutir e analisar o que é mostrado simbolicamente pela mídia é também pensar e debater a nossa sociedade, com o intuito de entender o porquê de as coisas serem como são e quais os problemas existentes em suas estruturas, que muitas vezes impedem as pessoas de serem ainda mais livres, autônomas e conscientes.

A finalidade e a necessidade de revisitar as teorias do jornalismo se dão pela importância de compreender os mecanismos dos quais a engenharia jornalística lança mão para se estabelecer e se manter credível em nossa sociedade. Pois, obviamente, um dos atributos mais caros para um jornal é a sua credibilidade. Um produto jornalístico só será consumido se inspirar confiança, ou seja, os indivíduos só se tornarão leitores, ouvintes ou telespectadores assíduos se puderem acreditar no trabalho empreendido pela empresa jornalística.

É muito comum que as pessoas acreditem em determinadas notícias ou em determinados fatos somente se tiverem “dado na televisão” ou se tiverem sido repercutidos por algum meio de comunicação de massa, consolidado pelo senso comum. Com esse papel tão valorizado, é preciso considerar o valor desses bens simbólicos e, talvez por isso, o

jornalismo seja o que se convencionou chamar de “quarto poder”<sup>15</sup> – uma instância legitimadora dos temas comuns de uma sociedade. Às relações de poder conferidas aos processos jornalísticos, soma-se a cultura de valorização dos meios audiovisuais e a centralidade que caracteriza a televisão e o telejornalismo – nossos específicos objetos de estudo. O último, por manter um discurso que busca evidenciar uma “vontade de verdade” (FOUCAULT, 2009), adquiriu um *status quo* de credibilidade frente ao grande público.

Nessa concepção, caberia a noção de Hall de que a mídia é “produtora de consentimento” e que o seu poder simbólico é exercido não somente pela coerção, mas pelo consenso,

pelo compartilhamento de valores, visões de mundo, conceitos éticos e morais e padrões comportamentais e que, por isso, é essencial estudar os fenômenos socioculturais. A mídia faz parte do campo de forças e disputas pela hegemonia e do processo dialético de produção de consentimento, sendo modelado por eles e influenciando-os ao mesmo tempo (RIBEIRO; SACRAMENTO, 2010, p. 28).

A audiência da televisão pode ser considerada como aquela que está reunida por um laço social, tal como proposto por Dominique Wolton (1996), cuja ideia designa que a telinha é o meio pelo qual a população está unida para se indignar, emocionar, entreter e se informar simultaneamente. Podemos acrescentar nesse debate que o telejornalismo é a prática que vai agendar o que será debatido pela opinião pública, formar idiossincrasias e interferir nos rumos do país.

Nesse sentido, campos sociais como o da saúde (nosso principal interesse nesse projeto) e o da política, ao serem representados pelos meios de comunicação, são ressignificados, influenciando diretamente a realidade. O discurso da saúde, no âmbito jornalístico, vem revestido de estratégias que, implícita ou explicitamente, como se verá, tentam estabelecer padrões de comportamento, estilos de vida ou normas de conduta. O telejornalismo, ao trabalhar fundamentalmente com a linguagem (verbal e imagética), opera esses objetivos por meio de símbolos e sentidos audiovisuais, que repercutem na vida das sociedades.

Na verdade, há muito tempo se sabe que a linguagem não é apenas designativa, mas principalmente produtora de realidade. A mídia é, como a velha retórica, uma

---

<sup>15</sup> O autor que cunhou esta expressão, Marc Paillet, também é um defensor da ideia de que existe uma larga diferença entre o relato jornalístico e a realidade cotidiana. Para ele, “...essa ação de informar se desenvolve em clima tenso. É marcada pelo antagonismo revolucionário entre o progresso dos embasamentos e a rigidez das superestruturas (...) O jornalista se encontra no âmago da contradição essencial. De um lado, a sociedade reclama um relato completo e sem disfarces das inovações fundamentais nas suas origens, desenvolvimentos e consequências (...) Por outro lado, ao jornalista é pedido que exponha a realidade tal como ela é, o que, aos olhos do *establishment*, se acompanha do desejo de que a notícia privilegie o que existe, em detrimento do que poderia ser...” (PAILLET, 1986, p. 26).

técnica política de linguagem, apenas potencializada ao modo de uma antropotécnica política – quer dizer, de uma técnica formadora ou interventora na consciência humana – para requalificar a vida social, desde costumes e atitudes até crenças religiosas, em função da tecnologia e do mercado (SODRÉ, 2006, p. 26).

É por essa tamanha relevância que compete à academia problematizar a prática jornalística, analisar o seu *habitus*, investigar os significados que produz e, numa perspectiva macro, avaliar a qualidade do serviço que é ofertado à população; uma vez que as transmissões televisionadas utilizam um espaço público que, em tese, devem estar a serviço dos cidadãos.

### 3.1 ENQUADRAMENTO, NARRATIVA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO POPULAR

À noção de construção da realidade, acrescente-se a de que a mídia representa os acontecimentos por meio de enquadramentos. Isto significa que a realidade apresentada pelo jornalismo aparece em forma de recorte, de modo que os operadores jornalísticos delimitam o discurso de acordo com as orientações características do processo editorial, a fim de que a mensagem seja assimilada da maneira como se intenciona. A pesquisa precursora de enquadramento é proposta por Erving Goffman (1985), ao propor o conceito de *news framing*, que também é apropriado por outros autores para o desenvolvimento da definição e de outras análises.

Na vida cotidiana, como Erving Goffman demonstrou amplamente, nós enquadrados a realidade, a fim de negociá-la, controlá-la, compreendê-la, escolher um repertório e ação adequados. Enquadramentos da *mídia*, em grande parte não ditos e não reconhecidos, organizam o mundo para o jornalista que reporta e, em certo grau de importância, para nós, que confiamos em seu relato. *Enquadramentos de mídia são padrões persistentes de cognição, interpretação e apresentação, de seleção, ênfase e exclusão, através dos quais os manipuladores de símbolos organizam rotineiramente o discurso, seja verbal ou visual.* (GITLIN, 2003, p. 7, grifos do autor)

A partir da concepção de que a mídia trabalha com “quadros” da realidade, é possível compreender a narrativa que caracteriza a tessitura noticiosa. As narrativas, de maneira genérica, são “a forma por excelência de o homem dizer sobre si mesmo, sobre seu cotidiano e sobre o seu estar no mundo” (CARVALHO, 2010, p. 148). É por meio da narrativa que os homens compreendem e apreendem o mundo, como elucidado Luiz Gonzaga Motta:

A narrativa traduz o conhecimento objetivo e subjetivo do mundo (o conhecimento sobre a natureza física, as relações humanas, as identidades, as crenças, valores, etc.)

em relatos. A partir dos enunciados narrativos somos capazes de colocar as coisas em relação umas com as outras em uma ordem e perspectiva, em desenrolar lógico e cronológico. É assim que compreendemos a maioria das coisas do mundo. Isso quer dizer que a forma narrativa de contar está impregnada pela narratividade, *qualidade de descrever algo enunciando uma sucessão de estados de transformação que organiza o discurso narrativo, produz significações e dá sentido às coisas e aos nossos atos*. (MOTTA, 2005, p. 2, grifo nosso).

Ainda de acordo com Carlos Alberto de Carvalho (2010, p. 135), subsiste no senso comum a ideia de que o acontecimento *per se*, em seu “estado bruto”, está muito distante do que os produtos jornalísticos costumam oferecer ao seu público. Indo mais além, o pesquisador defende que, na contemporaneidade, os eventos cotidianos tomam forma e concretude existencial por intermédio das narrativas jornalísticas, cujo processo de construção é marcado pela intersubjetividade dos atores em cena e pelos enquadramentos. Acrescentamos, com as palavras de Pierre Bourdieu, que

é preciso mostrar que, embora seja legítimo tratar as relações sociais – e as próprias relações de dominação – como interações simbólicas, isto é, como relações de comunicação que implicam o conhecimento e o reconhecimento, não se deve esquecer que as trocas linguísticas – relações de comunicação por excelência – são também relações de poder simbólico onde se atualizam as relações de força entre os locutores ou seus respectivos grupos. Em suma, é preciso superar a alternativa comum entre o economicismo e o culturalismo... (BOURDIEU, 1996, p. 23-24).

O ato de enquadrar a realidade por meio das lentes de uma câmera e dos recortes de áudio, operados pelos jornalistas, além das disposições editoriais de seleção de notícias e angulações, parece ser, desse modo, um conceito-chave para depreender a lógica de produção jornalística em televisão. As imagens, as vozes e o conteúdo textual constituem juntos, portanto, indicadores acerca da intencionalidade comunicativa das emissoras, uma forma de deixar transparecer interesses e relações de poder. É por meio dessas técnicas que cada empresa estabelece o seu perfil, sobretudo a partir da forma de narrar os fatos, que gera sentidos próprios; pois quase sempre os formatos ou os “ingredientes” para a construção de uma reportagem são, invariavelmente, os mesmos.

Cabe, contudo, questionar se o público tem consciência dessas limitações ou características do relato noticioso. Entendemos, porém, que há probabilidades maiores de que grande parte dos consumidores não tenha essa noção, muito por conta dos baixos índices de escolaridade e dos abismos socioculturais existentes no Brasil. Até mesmo a considerável faixa demográfica que teve acesso a uma educação formal mais completa não tem, muitas vezes, uma formação que lhe permita efetuar uma leitura crítica dos meios, na perspectiva dos objetivos da educomunicação, que possibilite ao cidadão perceber que os produtos midiáticos obedecem, em grande medida, aos mesmos interesses de qualquer indústria. Não é incomum

encontrar, assim, produtos que vendem “propostas privadas” travestidas de “interesse público”<sup>16</sup>.

Mas isso, que muitos poderiam chamar de “indústrias culturais”, pode já não ter tanta eficácia quanto teve há algum tempo. Em maior ou menor grau, a possibilidade de produzir e de acessar outro tipo de informação, via redes sociais ou pela blogosfera – apenas para citar alguns exemplos de novos espaços comunicativos – parece conduzir o telespectador ou leitor para um novo papel social, menos passivo ou mais participativo. Essa nova circunstância parece fazer com que os jornais mudem determinados discursos, quando não agrada a audiência, ou ainda procura estimular a interatividade e, em alguns casos pontuais, a participação efetiva do público. A título de ilustração, poderíamos citar as reviravoltas da cobertura noticiosa das Manifestações de Junho de 2013, articuladas pelas redes, que provocaram alterações na narrativa dos meios hegemônicos, que foram alvo de protestos e até de interdição, em alguns casos, violenta.

Danilo Rothberg (2011) defende ainda que subsiste na atualidade um descrédito do jornalismo, que vem crescendo na esteira de sua desconexão com seu público, porque a informação jornalística parece ter se distanciado dos temas que as pessoas pensavam ser necessários para a resolução de seus problemas cotidianos; que se alastra por outros campos, como o político.

Se isto era negligenciado por uma cobertura então centrada nos significados alegadamente espúrios das negociações de bastidores, nas quais os políticos se moviam sempre por ambições de poder pessoal e desejos inconfessos, o resultado principal foi a descrença na política, sem dúvida, mas também no jornalismo (ROTHBERG, 2011, p. 3).

Sobre a inserção do público na imprensa, com o “boom” dos *tablets* e *smartphones*, cada vez mais os programas convocam os telespectadores para responderem enquetes, enviarem vídeos e comentários. Logicamente que todo esse conteúdo é filtrado e selecionado pela grande mídia. Desse modo, ainda soa audacioso afirmar que a mídia está promovendo uma distensão diante da necessidade de democratização da comunicação ou de representação social. Até mesmo porque o acesso ao mundo cibernético ainda não é tão universal assim, menos ainda a aquisição de dispositivos que permitem esse compartilhamento de produtos culturais mediados pelas organizações jornalísticas.

---

<sup>16</sup> “Daí o papel da alfabetização para a mídia, seja ela impulsionada pela educação formal, nas escolas, ou informal, praticada por observatórios de imprensa, conselhos de leitores, *ombudsman* etc.” (ROTHBERG, 2011, p. 114).

Por esses motivos, em alguma direção, sinaliza-se para o fato de que parte considerável dos brasileiros não tem a oportunidade, ou pelo menos não há igualdade nesse tocante, de participar da esfera pública moderna.

### 3.2 TELEVISÃO, JORNALISMO E SAÚDE: QUESTÕES PÚBLICAS E PRIVADAS

Desde que a atividade de imprensa se tornou uma questão coletiva, emergindo como potencialidade de um espaço de caráter público, surgiram diversos temas de dimensão social. Isso porque em cada sociedade há uma organização ou estrutura política que caracteriza e administra (ou não) o exercício das trocas de informações que estão disponíveis ao grande público, às “massas”. O embate está, muitas vezes, justamente no que se refere à liberdade das empresas que exercem a função de produzir, filtrar, hierarquizar, determinar, disponibilizar e vender a sua mercadoria – a informação. E, assim, à medida que se intensificou a luta por maior participação nas decisões e no controle, a imprensa se tornou fundamentalmente uma nova instituição social (WILLIAMS, 2011, p. 35).

Com o advento do rádio e da televisão, a preocupação com o uso desse espaço público se tornou ainda mais efetiva, porque neste, as empresas se valem das ondas eletromagnéticas para transmitir seus conteúdos e esses sinais podem chegar a quase todos os cidadãos, desde que disponham dos equipamentos necessários.

Em países como Brasil e Estados Unidos, o modelo de exploração do espaço televisivo, por exemplo, nasceu comercial, isto é, as primeiras organizações jornalísticas objetivavam exclusivamente o lucro, por meio de anúncios publicitários. No entanto, à medida que o sistema foi se consolidando e desenvolvendo, e com o entendimento de que o sujeito da esfera pública – o público – portador da opinião pública (HABERMAS, 2003, p. 14) tem o direito à comunicação e à informação, foi necessário que o Estado passasse a adotar medidas para que a atividade tivesse um compromisso para com esse público<sup>17</sup>. Isso porque o surgimento da indústria cultural reconfigurou a esfera pública burguesa clássica, conforme concebia Habermas, e estabeleceu a nova esfera pública, mas que ainda hoje mantém uma mentalidade dessa teoria inicial. A lógica dessa produção cultural deveria, portanto, não só visar ao lucro, mas também estabelecer parâmetros que levassem em consideração o bem-estar social.

---

<sup>17</sup> “... o Estado ‘com obrigações sociais’ precisa vigiar para que o equilíbrio de interesses que surge se mantenha no âmbito do interesse geral.” (HABERMAS, 2003, p. 262).

A troca de informações desenvolve-se não só em relação às necessidades do intercâmbio de mercadorias: as próprias notícias se tornam mercadorias. Por isso, o processo de informações profissional está sujeito às mesmas leis de mercado, a cujo surgimento elas devem, sobretudo, a sua existência (HABERMAS, 2013, p. 35).

Em outra perspectiva, alguns países como Alemanha e Colômbia, ao contrário, iniciaram as atividades de radiodifusão com modelos públicos, o que significa dizer que o Estado era detentor de uma empresa de comunicação que tivesse como foco, ideal e exatamente, o interesse público. Cabem aqui, no entanto, muitos outros dilemas que dizem respeito à orientação editorial, ao posicionamento político, ao financiamento etc., que serão tratados mais adiante.

Nesse sentido, são muitas as diferenças que determinam a operacionalização dos dois tipos de sistemas, nas mais distintas civilizações. Nosso olhar, contudo, concentrará esforços em problematizar a situação da televisão no Brasil, cujo padrão dominante é o comercial, mas que possui outro de natureza pública, ainda incipiente se comparado à realidade de outras nações<sup>18</sup>.

Dessa forma, ao pensar a constituição do sistema de televisão brasileiro, é preciso ter em mente que o veículo surgiu há aproximadamente 60 anos, como já mencionamos, por uma empresa privada. Inicialmente, os programas eram semelhantes àqueles transmitidos pelas rádios, mas aos poucos os produtores foram conhecendo os limites e as possibilidades da televisão, que se popularizou rapidamente, em razão, provavelmente, de uma cultura oral tradicionalmente supervalorizada, que agora estava associada à veiculação de imagens em movimento. O telejornalismo, em especial, foi se desenvolvendo de modo a tentar se espelhar no modelo estadunidense e se consolidou largamente como “lugar da referência” (VIZEU; CORREIA, 2007) dos brasileiros. Outra característica é que subsiste um oligopólio das comunicações no Brasil, sobretudo no âmbito televisivo, com os poucos canais de TV aberta, que nem sempre alcançam a totalidade do território nacional.

Em ambos os sistemas, público ou privado, deve haver a pressuposição de uma atuação alicerçada nos dispositivos previstos em Lei. Não por acaso existem mecanismos que estabelecem diretrizes para as concessões públicas de emissoras de rádio e TV, mas não há uma regulação ou fiscalização efetivas da atividade.

---

<sup>18</sup> A TV Brasil é a principal emissora do atual sistema de televisão pública do país. Criada em 2007, por meio de um decreto presidencial durante a gestão de Lula (posteriormente aprovado pelo Senado), a TV estabeleceu-se como uma alternativa entre os modelos comerciais hegemônicos que visam ao lucro. O projeto, à época, encontrou “resistências na mídia brasileira, que denunciava a criação de uma televisão de governo, e no próprio Congresso Nacional”, mas foi comemorada por diversos defensores da democratização da mídia no país (COUTINHO, 2013, p. 24).

Se a informação é um bem indispensável para o funcionamento da democracia, os poderes públicos não só devem garantir que os cidadãos recebam uma informação suficiente e adequada – premissa fundamental para que exista uma livre informação da opinião pública –, mas também uma informação que possa se oferecer tanto através dos meios de comunicação públicos quanto privados (RODRIGUEZ; VILLANUEVA, 2010, p. 14).

Sobre a regulação, há o velho debate em torno da censura, liberdade de expressão, cujo discurso, muitas vezes, acaba defendendo implicitamente uma “liberdade de empresa”, que costuma prevalecer, já que não há instrumentos regulatórios definidos para o meio televisivo.

A ideia burguesa de Estado de Direito, ou seja, a vinculação de toda a atividade do Estado a um sistema normativo, à medida do possível sem lacunas e legitimado pela opinião pública, já almeja a eliminação do Estado, sobretudo como um instrumento de dominação. Atos de soberania são considerados apócrifos *per se* (HABERMAS, 2003, p. 102).

Tendo em vista, desse modo, a dicotomia das TVs públicas e privadas, nosso estudo tenta avaliar como ocorrem os processos de trocas de informações nos dois espaços, a partir de um tema de ordem pública, o da saúde. Em tese, os dois espaços deveriam compartilhar visões de mundo comuns sobre as questões sociais, ou seja, eles deveriam ensejar os ideais de independência, pluralismo, democracia, liberdade e igualdade. Mas também aqui está o paradoxo da comunicação, a que se referiu Bourdieu (1996, p. 25), porque ela deveria supor um meio comum, o ideal de comunidade, mas a comunicação, segundo o autor, só tem êxito se suscitar e ressuscitar experiências singulares, ou seja, marcadas socialmente.

Tais considerações servirão de referência para compreender as possíveis diferenciações existentes no tratamento noticioso oferecido aos assuntos de saúde, em especial ao câncer. Desse modo, levaremos em conta que o tema assume um papel crucial na sociedade, porque diz respeito a muitos cidadãos, direta ou indiretamente. Assim como a comunicação, a saúde também é vista como um serviço público, uma demanda social. A sua representação no cenário midiático reivindica, assim, uma série de preocupações éticas e estéticas, o envolvimento de diversos atores sociais, a correção das informações transmitidas, o melhoramento do serviço ofertado pelo Estado, a divulgação de saberes restritos e pouco decodificáveis, além da publicização de políticas públicas ou a denúncia de suas eventuais falhas. Sem falar que a história da doença é marcada por muito silenciamento, que ocasionou percepções equivocadas e mitos que até hoje parecem prevalecer no imaginário popular.

### 3.2.1 As estruturas midiáticas do dizer em saúde

À medida que a saúde foi aparecendo como um tema cada vez mais recorrente na mídia, o interesse por parte dos receptores em relação ao assunto parece aumentar; uma vez que a mídia tem produzido conteúdos sobre saúde crescentemente, atendendo a um suposto interesse do público, o que vem se confirmando por meio da audiência dos programas desse gênero. Por outro lado, contudo, as empresas jornalísticas passaram a investir no viés informativo e performativo que a saúde pode conferir, de forma que passam também a criar necessidades, atrair o interesse do público, que, a seu turno, irá consumir esse bem simbólico, mas também os produtos da indústria que patrocina os programas e os conteúdos levados ao ar<sup>19</sup>.

É importante considerar a lógica capitalista de funcionamento das comunicações, mas ainda levar em conta que a veiculação do assunto na mídia vem revestida de processos que podem, em alguma medida, possibilitar o desenvolvimento humano, a qualidade de vida das pessoas e influenciar a organização do poder. Por essa razão, é pertinente compreender os efeitos sociais do *que* é dito sobre saúde nos meios de comunicação, mas principalmente *como* é dito. Como assinala Bourdieu (1996, p. 27 e 83), nenhuma palavra é inocente e a mídia, por inferência, atua como o *porta-voz*, o representante da sociedade, ao falar e agir em nome do grupo, a que também se dirige.

E o ato de dizer publicamente também constitui uma tarefa altamente complexa, pelo simples fato de que não é possível retratar a totalidade da realidade social em discursos verbais e visuais. Soma-se a isso as já descritas necessidades de enquadramento, o imperativo do tempo, as limitações estruturais e, no caso em questão, as tensões naturais inerentes à própria interlocução entre dois campos sociais distintos. Toda e qualquer apropriação midiática do real prevê, desse modo, um reducionismo; a expectativa ideal (ou utópica), por outro lado, é um conteúdo mais diverso, aprofundado e com pluralidade de vozes.

Em uma sociedade como a nossa, conhecemos, é certo, procedimentos de *exclusão*. O mais evidente, o mais familiar também, é a interdição. Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa... (FOUCAULT, 2009, p. 9)

---

<sup>19</sup> “A notícia, como produto de mercado, ganha contornos mais graves quando se trata da saúde porque, também neste campo, há uma crescente mercantilização com a predominância de reportagens sobre o corpo, a beleza e os problemas de saúde que afetam as pessoas. Essas notícias vendem muito mais do que outras notícias de saúde e, por isso, são consideradas estratégicas no campo da comunicação” (KUSCINSCKY, 2002, p. 95).

A abordagem da saúde nos meios de comunicação também mobiliza um modo particular de dizer o que precisa ser dito. Isso porque é preciso que a forma e o conteúdo do discurso estejam para as exigências do mercado<sup>20</sup>. Em outras palavras, trata-se da necessidade de tornar acessível um conhecimento complexo, da competência de um grupo restrito. Além disso, é preciso “suavizar” determinadas falas, a fim de que não passem a ideia de algo grosseiro, vulgar ou banal. Por isso, a fórmula jornalística quase sempre lança mão de discursos que

constituem sempre *eufemismos* inspirados pela preocupação de “dizer bem”, de “falar direito”, de produzir produtos ajustados às exigências de um determinado mercado, *formações de compromisso* resultantes de uma transação entre o interesse expressivo (o que deve ser dito) e a *censura* inerente a relações particulares de produção linguística (...) que acaba se impondo a um locutor dotado de uma certa competência social, ou melhor, de um poder simbólico mais ou menos importante sobre estas relações de força simbólicas (BOURDIEU, 1996, p. 66, grifos do autor)

O autor também entende que o sentido social das trocas linguísticas é uma espécie de expressão simbólica de todos os traços sociologicamente pertinentes ao mercado e que vai orientar a produção do discurso. No caso dos discursos de autoridade, haveria uma especificidade, porque não basta que ele seja compreendido, mas reconhecido como tal para que tenha seu efeito próprio. Nas pautas de saúde, quase sempre o depoimento médico é aquele que exerce esse papel de autoridade, justamente para que determinada informação, além de compreendida, seja *reconhecida* como autêntica, verdadeira. A presença do suporte especializado configura, dessa maneira, mais um procedimento que vai assegurar a credibilidade da mensagem veiculada, bem como repercutir no sentido de satisfazer aquela “vontade de verdade”, a qual se refere Foucault.

### 3.2.2 A dinâmica social do fazer televisivo e a emergência do jornalismo público

Para entender a dinâmica de funcionamento dos operadores que orquestram diversas questões de cunho social, partiremos da noção geral de Raymond Williams de que “a televisão tem alterado o mundo em que vivemos” (2011, p. 23), que comporta variadas formas de interpretação. Contudo, para as reflexões que travaremos, é fundamental entender que a

---

<sup>20</sup> “O estilo do discurso da televisão, escrito para ser lido, resulta, antes de mais nada, num impasse: ora se revela elaborado, segundo as convenções mais rígidas da gramática, aproximando-se da língua escrita, ora demonstra claramente sua intenção de aproximar-se da língua falada (...) a aproximação da fala natural – parece mais frequente e atende mais diretamente aos objetivos de lazer da audiência. (...) pode-se notar o flagrante contraste entre esse estilo lido e a naturalidade da fala, quando se observam os breves depoimentos colhidos de improviso, que escapam do implacável corte do trabalho final da edição” (PRETTI, 1991, p. 234 *apud* COUTINHO, 2012, p. 53).

televisão é mais uma tecnologia que pode ser caracterizada como “uma força que atua por si mesma e cria novos estilos de vida, ou bem é uma força que atua por si mesma e que fornece os materiais para que surjam novos estilos de vida” (WILLIAMS, 2011, p. 26).

Em um contexto em que domina a lógica de produção comercial, é necessário investigar esse caráter em dois níveis:

como a realização de programas para obter lucros em um mercado conhecido, como um canal para transmitir publicidade; e como uma forma política e cultural diretamente modelada pelas normas de uma sociedade capitalista e dependente delas, que vende tanto os bens de consumo como um “estilo de vida” baseado neles, em uma escala de valores gerada localmente pelos interesses capitalistas e pelas autoridades do país, e organizada internacionalmente como um projeto político pelo poder capitalista dominante (WILLIAMS, 2011, p. 59).

Nessa conjuntura, seria dispensável dizer que as emissoras de televisão privadas querem manter a sua dominação e articular seu *modus operandi* a fim de garantir o seu interesse de delinear e comandar uma sociedade de consumo<sup>21</sup>, ainda que isso ocorra sob o véu do disfarce de que todo o seu fim é atender à demanda do seu público. No caso brasileiro, a TV é o núcleo dinâmico da indústria cultural, em nível nacional, que estabelece estruturas de poder e ainda é um mecanismo de controle social (BOLAÑO, 2014). Todavia, de acordo com o pensamento de Gabriel Cohn (1973, p. 110), é preciso dissolver o “mito da onipotência dos meios de comunicação”, porque também subsistem outras formas de disputa por estabelecer as estruturas de poder. Apesar disso, não há como contestar que, pelo menos na situação brasileira, a televisão comercial ocupa uma posição estratégica de centralidade. Haveria, portanto, uma saída para esse modelo aparentemente fechado em si mesmo?

A resposta é, *a priori*, negativa no sentido de que essas relações parecem estar cristalizadas no seio da sociedade. No entanto, paralelamente, subsistem outros sistemas que se propõem a se constituir como meios alternativos. Para efeitos de estudos e análise do contexto brasileiro, a experiência mais significativa nesse sentido é a do surgimento de um canal público de televisão, de abrangência nacional.

Com isso, nossa perspectiva de investigação científica assume um viés fortemente ideológico, porque agora o governo financia a execução de um modelo que, pelo menos em seus princípios, deve garantir a supremacia de determinados valores sociais, que privilegiem a coletividade e não promovam políticas partidárias.

Os meios públicos não só cumprem uma função de serviço público, quanto garantem o direito à informação da cidadania. Fazem-no também quando contribuem com a

---

<sup>21</sup> Na perspectiva de Adorno (*apud* COHN, 1973, p. 129), a ideia de massa não como medida, mas ideologia da indústria cultural – homogeneização dos estilos de vida, dominação.

sua formação cívica, cultural, social; a educação entendida em sentido profundo e universal; quando asseguram pautas de conduta em campos como a saúde, a prevenção de acidentes, a atenção aos setores mais vulneráveis da sociedade, a educação à distância. Em suma, quando contribuem para gerar uma consciência crítica coletiva (RODRIGUEZ; VILLANUEVA, 2010, p. 33).

Neste trabalho, há uma expectativa ideológica em dois planos: no tocante à qualidade do serviço de informação, seja ele público ou privado, mas ainda mais engajado no primeiro; e no que se refere ao conhecimento e à representação das diversas complexidades que caracterizam o tema saúde.

Enquanto a audiência, no modelo comercial da radiodifusão, se constitui preferencialmente de consumidores, a proposta do jornalismo público é fazer com que a recepção seja formada por cidadãos. De acordo com Rothberg, que se baseia na experiência da britânica BBC como possível referência mundial, a proposta de um jornalismo público ou cívico se forma na década de 1990 nos Estados Unidos, atendendo a objetivos específicos. Ele também comenta que a expressão parece redundante, pois qualquer ‘jornalismo’ seria ‘público’, no sentido de estar disponível a todos. “Mas a discussão aqui parte do pressuposto de que os termos precisam, de fato, ser conectados por meio de iniciativas concretas, uma vez que eles não têm entre si a afinidade natural que muitos gostariam de ver” (ROTHBERG, 2011, p. 5).

O autor sugere, assim, que o caráter público desse tipo de jornalismo talvez não seja tão evidente na prática, em dois sentidos, pois, no Brasil, o público é ao mesmo tempo proprietário e consumidor desse jornalismo, porque financia e utiliza esse serviço. Em virtude principalmente da incipiência desse modelo no país, ainda existem muitos problemas e muitas dificuldades que precisam ser discutidos e resolvidos. Primeiro em relação ao financiamento, já que a estrutura das emissoras vinculadas à Empresa Brasil de Comunicação (EBC) demanda mais investimentos, em equipamentos e recursos humanos, até mesmo para garantir uma cobertura que dê conta da amplitude nacional, cujas fronteiras podem ser comparadas às extensões de um continente. Na perspectiva do financiamento, questiona-se a vinculação ao governo, gestor da Empresa, que poderia influenciar nas decisões ou, simplesmente, gerar autocensura nos jornalistas. Nesse sentido, pode-se problematizar também a autonomia da TV Brasil. Deve-se investigar – e esse trabalho é um mecanismo de fazê-lo – as proposições que se espera desse canal, no que diz respeito à diversidade, ao equilíbrio e à vocalização do interesse público.

Finalmente, a despeito de todos os desafios, o jornalismo público deve ser tido como uma força de revitalização da atividade jornalística em geral, ainda que suas práticas e lições tenham envolvido principalmente o jornalismo nos Estados Unidos, onde o

movimento nasceu e se desenvolveu. Naturalmente, os reflexos desse percurso são importantes para qualquer democracia contemporânea na qual as mídias jornalísticas assumam papel decisivo na manutenção da vitalidade do sistema político (ROTHBERG, 2011, p. 190).

A criação e aparente consolidação da TV Brasil no cenário da radiodifusão nacional emerge, dessa forma, como uma potencial promessa de democratização da comunicação no país, marcadamente concentrada nas mãos de poucas empresas; embora a legislação estabeleça uma série de compromissos a serem observados para as concessões de utilização do espectro de transmissão. Essas mesmas instituições privadas são as que se sustentam, em parte significativa, pela verba pública que destina parte de seus recursos para publicidade oficial.

Mobilizando, portanto, nossas reflexões especificamente para o telejornalismo público, é possível destacar a experiência investigativa do “Laboratório de Jornalismo e Narrativas Audiovisuais” que, desde 2010, desenvolve atividades de avaliação do telejornalismo da TV Brasil. Inicialmente como uma demanda da própria EBC, o projeto teve continuidade com financiamento do CNPq, e rendeu frutos, como a publicação do livro *A informação na TV pública* (Insular, 2013), os trabalhos publicados em anais de congressos nacionais e internacionais, em revistas científicas, além de pesquisas de mestrado, em fase de conclusão. Dentre as perspectivas vislumbradas, a finalidade é

compreender a prática do telejornalismo em uma emissora pública na perspectiva da complementaridade, no exercício desse direito, social, à comunicação. Nesse sentido, a TV Brasil, como emissora de televisão pública deveria possibilitar a difusão de diferentes vozes, imagens e sons, produzidos segundo uma diversidade de princípios editoriais de tal modo que a pluralidade de opiniões e perspectivas fosse construída a partir da experimentação do direito de comunicar, em um canal público (COUTINHO, 2013, p. 27).

Os parâmetros e procedimentos de análise nesse projeto se assemelham, em grande medida, aos que utilizaremos aqui; sobretudo porque entendemos que no telejornalismo, para além do investimento em um conteúdo diferenciado em termos de temática e profundidade, é necessário observar os modos de narrar a notícia, encarregados de atrair o interesse dos telespectadores. Por este viés, as referências de qualidade e as categorias levarão em conta as dimensões técnicas e sociais da mídia televisão, e de sua penetração popular (COUTINHO, 2013, p. 33).

### 3.3 DAS POTENCIALIDADES NARRATIVAS DO TELEJORNALISMO

O serviço de disponibilização de notícias por meio da televisão no Brasil encerra uma série de particularidades, possivelmente porque falamos de uma nação de contornos culturais diversos, além de outras diferenças de cunho socioeconômico. É um processo complexo, portanto, a tentativa de dar visibilidade audiovisual aos eventos e aos acontecimentos que se desenrolam na amplidão desse país. Há, contudo, a proeminência de paradigmas no modo de ser e fazer dos telejornais, que estabeleceram uma espécie de fórmula, que pouco se altera e que apresenta semelhanças, mesmo se compararmos com os noticiários de emissoras diferentes.

Esse produto jornalístico, regra geral, é composto por uma sequência de notas, VTs, links ao vivo e, esporadicamente, comentários dos apresentadores e de especialistas. Nesses subprodutos, o trabalho jornalístico ganha sutis demarcações em relação aos critérios de noticiabilidade, à angulação das matérias, à linguagem, à edição e, em alguns casos, à escolha das fontes. Numa rápida consideração acerca de seu formato, o telejornal nada mais é do que a produção de notícias, a prática do jornalismo diário, pensada e programada para ser ouvida e assistida; que está sujeita aos mesmos condicionamentos de que tratamos ao longo deste capítulo. Talvez, porém, por representar, em face dos sentidos que aguça no telespectador, uma proximidade maior com o mundo que o circunda, o telejornalismo potencializa algumas percepções e formas-pensamento do seu público; mais do que um radiojornal, possivelmente.

Para alguns, isso faz com que a audiência seja mais passiva, pois teoricamente o conteúdo está dado e não é preciso refletir ou raciocinar acerca de determinado assunto; ao contrário do que fomentaria o jornalismo impresso, por exemplo, que seria menos alienante ou manipulador, até pelo fato de ser considerado um meio mais independente. Por isso, a telinha seria uma espécie de vitrine, em que o público observa a si mesmo, dentro de um plano enquadrado, em que ele se reconhece e aceita as regras desse contrato social de troca; simplesmente por consumir esse produto que lhe é ofertado.

No caleidoscópio de informações do mundo atual, o telejornalismo é o espaço pelo qual a humanidade observa a si mesma. Essa observação não inclui ver a rotina do outro, mas sim ver o seu espetáculo, ou suas ações espetaculares – seja como autor, como sujeito ou como vítima. O telejornal suprime as partes monótonas da existência diária, ou, quando obrigado a lidar com elas, as transforma em algo especial. O telejornal é a vida (com o que ela tem de bom ou de ruim) sem o tédio da vida (TEMER, 2010, p. 121).

A pesquisadora dá a deixo para completar as nossas reflexões com a proposição teórica que terá, provavelmente, a ideia mais cara para as questões analíticas que iremos enfrentar. Adotaremos, nessa perspectiva, a concepção de *dramaturgia do telejornalismo* como modelo característico da estrutura narrativa das notícias em televisão (COUTINHO, 2012), que diariamente se propõe a contar histórias e, numa analogia com os produtos ficcionais, atribui a essas histórias inspiradas na realidade, fatores de dramatização; na qual se inserem personagens (do herói ao vilão), lição moral, diálogos e modelo narrativo baseado em apresentação, conflito, desenvolvimento e desfecho. A diferença em relação às narrativas ficcionais está no fato de que os telejornais contam seus casos com uma dimensão informativa, um drama cotidiano que recebe *status* de verossimilhança da realidade. A televisão ofereceria, desse modo, “mais que informações, também experiências que são vividas pelos telespectadores por meio da *mobilização de suas emoções*. Assim, as narrativas da realidade nessa mídia deveriam ser construídas de modo que pudessem reproduzir ou imitar a forma como as pessoas vivem e experimentam o mundo” (COUTINHO, 2003, p. 201, grifo nosso).

#### 4 AVALIAÇÃO INICIAL DA INFORMAÇÃO TELEVISIVA SOBRE O CÂNCER

*“É o câncer que desempenha o papel de enfermidade cruel e furtiva, um papel que conservará até que, algum dia, sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento tão eficaz quanto se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose”. (SONTAG, 1984, p. 10)*

Com o intuito de estabelecer um panorama acerca das mediações realizadas pela televisão brasileira, para a transmissão de informações relativas ao câncer, selecionamos um escopo de produtos veiculados que, teoricamente, são significativos e representativos, do ponto de vista científico. Em trabalho anterior<sup>22</sup>, verificamos que as abordagens das neoplasias, no âmbito dos programas da Rede Globo, suscitavam uma série de questões complexas e de diversos matizes. Dessa forma, percebeu-se a necessidade de aprofundar a análise e dilatar a amostra de conteúdos, bem como organizar um método comparativo, a fim de que novos e mais parâmetros pudessem ser contemplados.

A expectativa dessa fase do trabalho é, sobretudo, mapear os sentidos que são reverberados pelos operadores simbólicos em disputa no espaço público da TV aberta brasileira; além de compreender os elementos e as relações envolvidas nesse tipo de cobertura. Como já dissemos, a saúde na Comunicação demanda procedimentos metodológicos precisos e bem delineados, com dados que possam respaldar, com eficácia, as reflexões que precisam ser construídas.

Considerando a televisão como um meio potencial de se constituir como a esfera pública contemporânea, optamos por tomar como recorte produções veiculadas em emissoras do espectro de televisão aberta, ou seja, que são acessíveis à quase totalidade da população brasileira<sup>23</sup>. Há dois espaços notórios desses canais onde as informações sobre saúde sobressaem de uma maneira mais efetiva – nos telejornais e em programas que se propõem a abordar a saúde como (pelo menos um) tema específico. Com isso, a seleção dos canais ocorreu por ocasião da necessidade de entender a lógica de produção informativa no contexto das emissoras públicas e comerciais brasileiras. Nesse sentido, selecionamos um canal privado e outro público, que constituem as experiências mais consolidadas e mais abrangentes

---

<sup>22</sup> GOUVÊA, Allan. **Telejornalismo e saúde**: abordagens do câncer nos noticiários da televisão brasileira. 2013. 99p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação Social) – Faculdade de Comunicação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

<sup>23</sup> É interessante destacar que esse meio de comunicação, no contexto brasileiro, apresenta altos índices de penetração popular, como está ratificado em diversas pesquisas, como Programa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) 2011, “Democratização da Mídia” (Fundação Perseu Abramo, 2013) e “Pesquisa Brasileira de Mídia 2014” (Secretaria de Comunicação Social). A última evidenciou, além da ampla presença do veículo no cotidiano da população, a frequência e a intensidade efetivas com que o público consome os produtos televisivos.

existentes no sistema de radiodifusão. Falamos da Rede Globo, detentora dos maiores índices de audiência, e da TV Brasil, a incipiente experiência brasileira de prática de jornalismo público, cujos sinais chegam à grande parte do território nacional. A inclusão da segunda, como critério de análise comparativa, surge principalmente pelo fato de que se trata de uma empresa financiada pelo governo; o que sugere uma promessa maior de abordagem de temas de interesse público, com um compromisso ético e educativo ainda mais concreto.

Com relação à escolha dos programas, optou-se pelos telejornais mais valorizados (ou, pelo menos, de maior destaque) das duas emissoras e pelos programas permanentes da grade de programação, que se evidenciam pela cobertura dos temas de saúde. Por isso, acolhemos o *Jornal Nacional* (JN) e o *Bem-estar* (BE), representando a TV comercial, e o *Repórter Brasil* (RB), o *Opção Saúde* (OS) e o *Ser Saudável* (SS), transmitidos pelo canal público. Na tentativa de obter dados empíricos relevantes, configuramos um período de pesquisa de um ano, também com o objetivo de, nesse tempo, encontrar agravos jornalísticos, que pudessem enriquecer a análise. Assim, realizou-se uma busca nos acervos digitais (portais institucionais) para encontrar todo e qualquer material audiovisual que fizesse referência à palavra ‘câncer’, entre 1º de julho de 2013 e 30 de junho de 2014.

O portal da Rede Globo apresenta um mecanismo de busca bem eficiente, o que facilitou a pesquisa e permitiu mapear com rigor os conteúdos sobre o câncer levados ao ar, tanto no JN quanto no BE. O mesmo não ocorreu em relação à TV Brasil. Uma primeira busca, por exemplo, nos conduziu a 135 unidades disponíveis no site da TV sobre o câncer; contudo, desses, apenas dois faziam parte do RB dentro do período de recorte analítico. Os demais links redirecionavam para espaços de diversos programas da grade, antigos e recentes. Por isso, para o telejornal, decidiu-se fazer uma busca pelos conteúdos diários do telejornal durante os meses de outubro e novembro de 2014<sup>24</sup>. Todas as edições do RB nesses meses foram visualizadas, visando encontrar matérias que versassem sobre o tema desse estudo. Esse procedimento também foi realizado nos outros dois programas: OS e SS. Porém, foram acessados todos os episódios veiculados entre julho de 2013 e junho do ano subsequente, já que se trata de programas hebdomadários, sendo que cada edição se debruça sobre um assunto delimitado.

A ideia desse estudo é contemplar o máximo possível de amostras para análise, a fim de dar conta de toda a complexidade do tema oncológico, que é midiaticizado em âmbito

---

<sup>24</sup> Esta opção se deu porque, hipoteticamente, outubro e novembro são os meses em que há uma representação maior do câncer na mídia, em decorrência das tradicionais campanhas denominadas “Outubro Rosa” e “Novembro Azul”. Elas constituem tentativas de conscientização popular para a prevenção do câncer de mama e do de próstata, respectivamente. O primeiro é direcionado ao público feminino e o segundo, ao masculino.

informativo comercial e público. Encontramos, entretanto, no referido período de análise, apenas dois links do OS e do SS cada um; contudo, os que integraram as transmissões do Opção Saúde não disponibilizavam os conteúdos audiovisuais. Num contexto de digitalização da televisão e considerando que esses produtos são oriundos do serviço público, fizemos incansáveis contatos com a emissora, partindo do Conselho Curador da EBC, que encaminhou nossas demandas para as pessoas e os setores responsáveis. Durante os últimos quatro meses, aguardamos o prometido envio dos programas, mas isso não ocorreu. Dessa forma, vimo-nos obrigados a abrir mão desse programa, na expectativa de que isso não interfira nas reflexões e nas considerações que serão realizadas.

Desse modo, o *corpus* de análise do câncer na TV Brasil vai se reduzir ao telejornal e ao programa Ser Saudável. O último vai ao ar aos sábados, às 10h, e alguns episódios são reprisados ao término das temporadas. É um programa diferente porque é apresentado por dois médicos (“de família e comunidade”) e fora do estúdio. Em decorrência do reduzido número de edições, o exame analítico do SS vai observar unicamente as expectativas sob o viés da qualidade, integrando as reflexões do capítulo seguinte.

Sendo assim, ao final da pesquisa exploratória, registramos cerca de 130 unidades jornalísticas disponíveis, conforme tabela a seguir.

<b>Produto</b>	<b>Emissora</b>	<b>Quantidade</b>
Jornal Nacional	Globo	43
Bem-estar	Globo	60
Repórter Brasil	TV Brasil	20
Ser Saudável	TV Brasil	02
	<b>Total →</b>	<b>125</b>

Tabela 1: Quantidade de conteúdos encontrados sobre o câncer

Dessa forma, para promover, de fato, uma avaliação da informação televisiva sobre o câncer, confeccionou-se um roteiro de análise que gerou importantes indicadores quantitativos e qualitativos. Para efeitos didáticos, a apresentação desses elementos será feita de modo a contemplar as especificidades dos gêneros e das emissoras em questão. Do ponto de vista da qualidade, reiteramos que os resultados de nossa investigação serão estendidos para o capítulo seguinte.

#### 4.1 OS TUMORES SOB A ÓTICA GLOBAL

No âmbito da principal emissora de televisão do Brasil, os dois programas destacados apresentaram um número expressivo de abordagens sobre o câncer. O objetivo é sistematizar os “ingredientes” dessas abordagens, assim como analisar os enquadramentos atribuídos pelos produtores dos programas; buscando compreender suas regularidades, suas angulações e seus silenciamentos, de modo a considerar ainda os padrões de gênero, revelados pela emissora, que se mostra hegemônica, central e como referência informativa para os cidadãos brasileiros.

O telejornal mais antigo da Rede Globo vai ao ar de segunda a sábado, no horário nobre da TV, normalmente às 20h30 (horário de Brasília), com meia hora de duração aproximadamente. O JN demonstra, nitidamente, a sua vocação para o jornalismo diário, factual, objetivo e conciso. Segundo seu editor-chefe, a promessa é “mostrar aquilo que de mais importante aconteceu no Brasil e no mundo naquele dia, com isenção, pluralidade, clareza e correção” (BONNER, 2009, p. 17).

O Bem-estar é um matutino relativamente novo na grade da programação global, transmitido desde 2011, regularmente às 10h20, com cerca de meia hora de duração. Aparentemente consolidado, o programa se apropria de técnicas jornalísticas para apresentação de seus conteúdos; afinal, os principais apresentadores são jornalistas. Contudo, poder-se-ia suscitar uma breve discussão sobre seu gênero e seu formato, tendo em vista que, embora apresente temas de saúde, ele também mostre elementos que poderiam ser classificados como de estética ou comportamento. Além disso, nem sempre o discurso e as técnicas obedecem ao padrão jornalístico mais habitual. De todo modo, considerando não ser esse o foco desse trabalho, interessa-nos, sobremaneira, contemplar apenas o debate em torno dos materiais veiculados relativos ao câncer.

##### 4.1.1 O câncer como pauta no Jornal Nacional

A análise do espaço telejornalístico dedicado à cobertura das neoplasias teve início com a percepção de alguns dados elementares, tais como formato<sup>25</sup> (VT – relato

---

<sup>25</sup> Em geral, estes são alguns dos elementos ou formatos que integram um telejornal: VT: vídeo gravado anteriormente, que geralmente leva ao ar uma matéria (notícia ou reportagem) apurada pelo repórter; *nota seca*: notícia lida pelo apresentador, ao vivo, sem imagens; e *nota coberta*: notícia lida pelo âncora, no estúdio, com a cobertura de imagens gravadas, ao vivo ou com a inserção de artes gráficas produzidas previamente pelo departamento responsável.

simples ou reportagem, nota seca, nota coberta ou outro), angulação (ciência, saúde, política, educação, obituário ou comportamento) e profundidade. Nesse último aspecto, a ideia é levantar em que medida as matérias se debruçam sobre o tema “câncer”, sendo elaboradas três categorias: integral, parcial ou mínima. Os conteúdos classificados como tema *minimamente* contemplado tiveram uma avaliação mais superficial ou menos detalhada.

Durante o período de observação, o JN levou ao ar 43 matérias em que o câncer teve algum aspecto de centralidade. Uma média de quatro conteúdos por mês, com picos nos meses de agosto de 2013 – quando foi produzida uma série especial –, novembro de 2013 (“novembro azul”) e março de 2014; todos com sete abordagens cada. Por outro lado, não houve veiculação a respeito do câncer nos meses de fevereiro e maio de 2014.

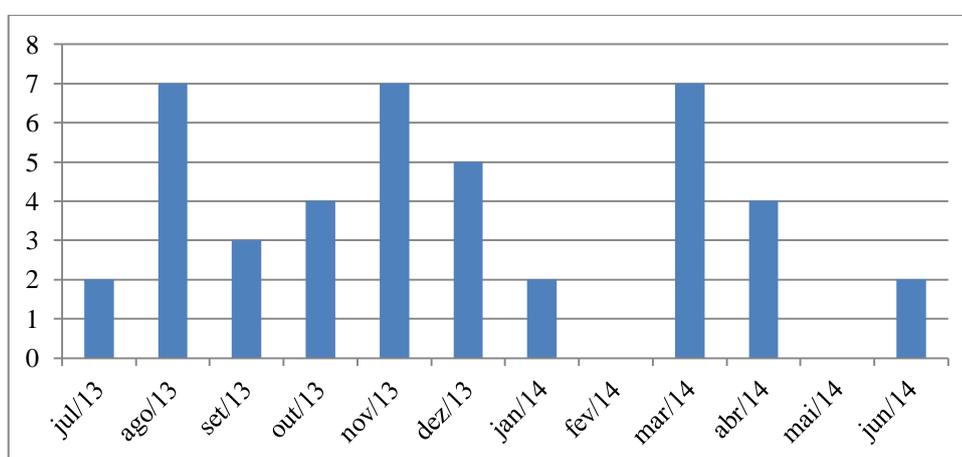


Gráfico 1: Incidência do tema “câncer” no JN

Nota-se, desse modo, que os tumores aparecem com certa frequência no telejornal, apesar de apresentar uma recorrência tímida, se tivermos como parâmetro as cerca de 300 edições que foram transmitidas nesse intervalo de um ano. Mais insignificante se torna esse indicador, quando verificamos que 24 conteúdos apresentaram abordagem “mínima” a respeito do câncer.

#### 4.1.1.1 *Matérias em que o câncer é minimamente abordado*

Neste grupo de matérias do Jornal Nacional, foram contabilizadas quatro notícias, seis reportagens, cinco notas secas, sete notas cobertas e duas chamadas durante a programação do canal. Tais índices vão ao encontro da noção de uma superficialidade da informação, uma vez que menos de um terço teve um trabalho de apuração que tivesse deslocamento de equipe de reportagem, entrevistas e maior espaço de tempo para a informação – elementos característicos de uma reportagem.

O dado mais interessante, todavia, em relação a esse agrupamento, é o referente à angulação encontrada. Uma ampla maioria foi considerada como “obituário”, o que praticamente equivale dizer que o câncer apenas foi citado como a *causa mortis* para diversos tipos de personalidades midiáticas.

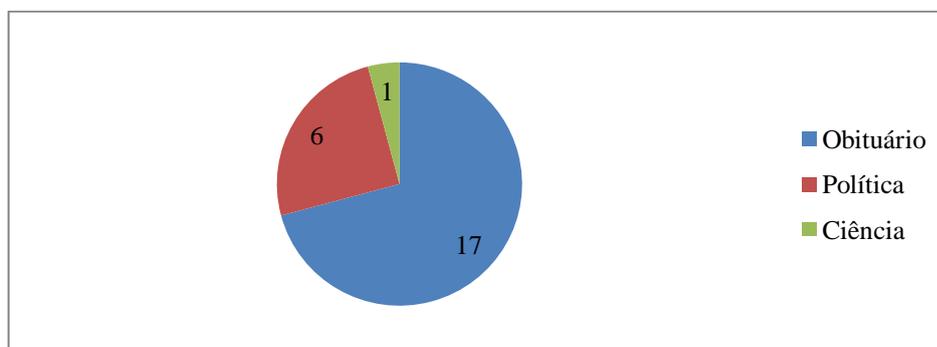


Gráfico 2: Angulação das matérias que abordam o câncer *minimamente*

A esmagadora predominância desse tipo de abordagem sugere uma associação que, aparentemente, está cristalizada no imaginário popular – a de que a doença é quase uma “sentença de morte”. Além disso, esse dado demonstra que o falecimento de políticos e celebridades é um dos principais critérios de noticiabilidade do câncer. Contudo, ele nem aparece como algo tão ‘noticiável’ assim, já que, na maioria dos casos, o telejornal apenas informa que determinada pessoa morreu por causa da doença. No discurso dos apresentadores, as expressões utilizadas se resumem a “tinha câncer”, “sofria de câncer”, “lutou 12 anos contra um câncer no estômago”, “lutava contra um câncer”, “morreu depois da descoberta de um câncer de pulmão”, “lutava contra câncer de próstata”, “morreu de câncer”, “lutava contra um câncer diagnosticado tardiamente”, “foi vencido por um câncer”. Esse tipo de linguagem reforça ainda mais os significados de que o câncer é um grande mal, que faz vítimas, causa sofrimento e que é um inimigo em potencial, capaz de matar.

A possibilidade de problematizar a doença fica, portanto, nesses casos, em “segundo plano”. Em alguns momentos, não há sequer menção ao local do tumor. Três matérias classificadas como de “política” se dedicaram à especulação do caso de Roberto Jefferson, o famoso delator do escândalo de corrupção brasileiro conhecido como “Mensalão” (que estourou entre 2005 e 2006); pois o político desejava cumprir a sua condenação em prisão domiciliar, uma vez que ele havia retirado um tumor no pâncreas. O telejornal noticiou até que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) havia divulgado o nome da junta médica que iria fazer a perícia e elaborar o laudo solicitado pelo Supremo Tribunal Federal (STF). A angulação considerada como de “ciência” foi a que noticiou, numa nota seca, que a OMS

havia divulgado uma pesquisa indicando que a poluição do ar matou sete milhões de pessoas em 2012, muitas delas após o diagnóstico de câncer de pulmão. Nisso, mais uma vez, está a associação direta câncer-morte, além da noção de que fatores ambientais, provocados pelo próprio homem, são uma das principais causas de câncer fatal.

Vale registrar que dois obituários se dedicaram à difusão do falecimento do escritor colombiano Gabriel Garcia Márquez, ocorrido em 17 de abril de 2014. A chamada feita durante a programação informou que o escritor tinha um tumor linfático, mas, na reportagem transmitida, foi publicada a informação de que Garcia Márquez tinha câncer no pulmão e no fígado.

#### 4.1.1.2 *Matérias em que o câncer é parcialmente abordado*

Cinco unidades noticiosas foram categorizadas como abordagem parcial do câncer, posto que elas também contemplaram, em razoável medida, assuntos tangenciais à doença. Talvez por isso, duas foram anguladas como de ‘ciência’, outras duas como de ‘saúde’ e uma como ‘comportamento’. Uma inserção da categoria saúde foi veiculada como nota seca e uma da de ciência, notícia; as demais, em formato de reportagem. Há aqui, desse modo, uma predominância da tentativa de um relato maior ou mais elaborado.

Sobre esses conteúdos, destacamos alguns dados relevantes para os objetivos desta pesquisa. Na matéria intitulada “Cientistas ingleses testam bisturi que pode ajudar no tratamento do câncer” (reportagem, ciência, 17/07/13), há a divulgação de uma possível técnica cirúrgica que pode auxiliar os médicos na remoção dos tumores malignos. Por meio de um equipamento criado por pesquisadores britânicos, um bisturi eletrônico teria a capacidade de identificar as células cancerosas, que precisam ser retiradas. Esse é um típico caso de matéria de divulgação científica que, em alguma medida, estabelece uma notícia em tom otimista; pela potencial expectativa que uma informação dessa natureza pode suscitar, muito embora o relato jornalístico afirme que a técnica estará disponível em cinco anos. O produto também silencia informações a respeito de especificidades – será que o novo bisturi é recomendado para a retirada de tumores de qualquer órgão? Qualquer paciente pode ser operado com essa nova técnica?

Uma nota seca, transmitida em 17 de outubro de 2013, cuja chamada é “ONU inclui poluição entre principais responsáveis pelo câncer de pulmão” (no vídeo, a informação é atribuída à OMS), onde novamente a poluição, juntamente com a exposição a outras substâncias e o uso do cigarro, é um efetivo fator de risco para o desenvolvimento de um

câncer pulmonar. A matéria menciona, a partir da pesquisa, que os elementos ambientais também provocam tumor na bexiga.

A notícia do dia 29 de janeiro de 2014, “Pesquisa promete revolucionar tratamento com células-tronco” (notícia, ciência), há a sinalização de que existem terapias ou técnicas, em fase de estudos pela ciência, para o tratamento do câncer. A ideia é, basicamente, trabalhar com células-tronco do próprio paciente quando do transplante de órgãos, para evitar a possibilidade de rejeição. Apesar de a sequência audiovisual apresentar, inclusive, recursos gráficos bem elaborados, a matéria não inclui entrevistas com especialistas, o que compromete, em alguma medida, a credibilidade da informação que é veiculada. Um profissional de saúde é somente citado pelo repórter. Nota-se, ademais, um tom messiânico, no sentido de promover boas previsões, possibilitadas pelos indícios da pesquisa realizada. Mais uma vez, a noção é de que há novas esperanças para “vencer o câncer”.

Em “Campanha da vacinação contra o HPV começa na segunda-feira” (reportagem, saúde, 08/03/2014), o foco é a noção de que o vírus HPV é uma das principais causas do câncer de colo de útero, que, de acordo com o Ministério da Saúde, é o quarto tipo que mais mata as mulheres brasileiras. O vírus infecta, mais comumente, o público feminino, sendo que uma das formas de contágio é o sexo. A matéria assume um tom otimista, sobretudo por conta da vacina que é disponibilizada para meninas de 11 a 13 anos. A faixa etária escolhida é justificada, por meio de argumentos médicos, por uma infectologista entrevistada. Nesse conteúdo, o mote é a prevenção, que se dá não apenas pelo estímulo à vacinação, mas também ao diálogo com os adolescentes sobre sexualidade. Uma coordenadora do Programa de Saúde do Adolescente propõe a quebra desse tabu, defendendo que falar de sexo não significa incentivar o jovem a fazer. Importante destacar, dessa forma, que a educação sexual pode evitar “maus hábitos” (logo, o câncer pode ser adquirido também por comportamentos ‘não saudáveis’) e que o serviço público de saúde está disponibilizando um mecanismo capaz de reduzir a incidência do HPV e, por conseguinte, a do câncer do colo de útero. Os adolescentes mostrados no vídeo são ouvidos, como que para reafirmar as informações trazidas pela reportagem. Para reforçar a importância da vacinação, bem como a relevância do tema, o material jornalístico registra, de novo, dando crédito ao Ministério, que o câncer é uma doença fatal. Em trabalho anterior (GOUVÊA, 2013, p. 57-59), verificamos que esse mesmo telejornal criticou, em janeiro de 2013 (praticamente um ano antes), o fato de a vacina não estar disponível no Brasil, inclusive comparando-o com os Estados Unidos. Nessa matéria de 2013, havia um tom alarmista, com previsões catastróficas, vocalizadas por um especialista, caso o SUS não passasse a imunizar a população. À época, o Ministério da

Saúde havia informado ao jornal que estava estudando a distribuição da vacina, bem como sua efetividade.

No dia 29 de março de 2014, “Campanha muda visual de mulheres no interior paulista” (reportagem, comportamento) veicula a informação de que mulheres paulistanas estão cortando os cabelos para serem doados. O objetivo é produzir perucas com esses cabelos para mulheres vítimas de câncer. Em tom otimista, a matéria procura demonstrar essa atitude como algo inovador e nobre, que tem o fito de minimizar os problemas psicossociais ocasionados pelo câncer. Dessa forma, estabelecem-se algumas consequências do câncer, a exemplo de mutilação e de problemas psicológicos e sociais, principalmente em função da perda dos cabelos (provocada pela maioria das quimioterapias). Os problemas relatados são baixa autoestima, perda da libido, depressão e fobia social. A matéria aborda, principalmente, as pacientes com câncer de mama, sugerindo, implicitamente, a mutilação do(s) seio(s). Uma paciente que recebe uma peruca e um médico oncologista confirmam, em sonoras, a ideia de que o sentimento de bem-estar pessoal é importante para o tratamento. A reportagem dá visibilidade a um projeto que arrecada as doações de cabelos e produz as perucas.

#### 4.1.1.3 *Matérias em que o câncer é integralmente abordado*

Para esta terceira categoria de matérias, o objetivo é sistematizar alguns levantamentos obtidos por uma análise mais detalhada desses materiais que foram considerados como uma experiência de abordagem do câncer em maior expressividade. Mais à frente (no capítulo seguinte), o intuito será apresentar, por intermédio de critérios qualitativos, uma avaliação crítica e aprofundada dos conteúdos que se mostraram totalmente dedicados ao tema em questão. Em virtude disso, espera-se obter um trabalho de apuração mais efetivo, com mais elementos de qualidade e que contemplem os valores éticos da atividade jornalística e as expectativas da comunicação e saúde.

Nesse universo, classificamos 14 produtos, sendo 13 reportagens e uma nota coberta; 13 da editoria de saúde e uma da de ciência. Números que demonstram, possivelmente, um comprometimento com o objetivo de levar a público um conteúdo menos superficial e de informação para a promoção da saúde. Num primeiro momento, aduzimos as estatísticas apuradas, a título de construção de um panorama preliminar de análise.

Investigou-se, entre os conteúdos, a indicação por parte do noticiário acerca das possíveis causas para o câncer, tendo em vista que a ciência ainda trabalha com indícios e poucas certezas para descobrir o que, de fato, provoca o desenvolvimento dos tumores.

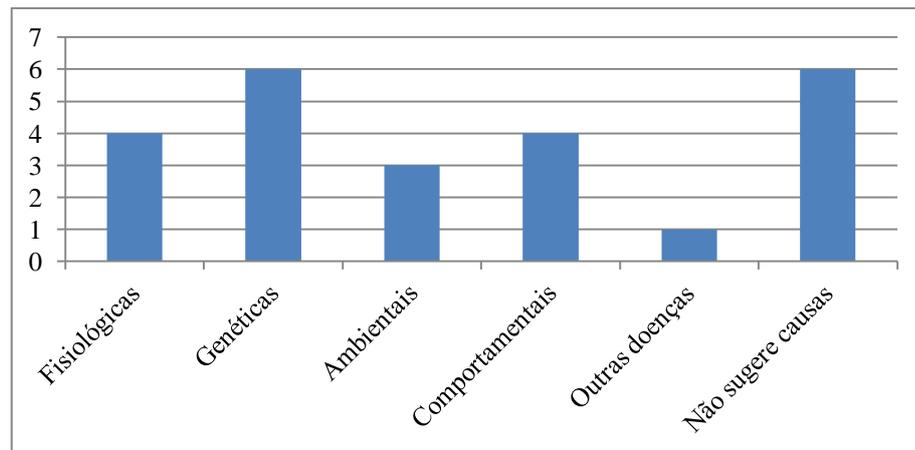


Gráfico 3: Possíveis causas apontadas para o câncer nas principais matérias do JN

São sinalizadas como características fisiológicas aquelas relativas ao envelhecimento e à cor da pele, por exemplo, que parecem ser comuns em pacientes que desenvolvem determinados tipos da doença. As genéticas, quase sempre, são as matérias que falam de mutações dos genes e hereditariedade, que são os fatores que mais aparecem na tessitura telejornalística. Os elementos ambientais correspondem à poluição e à exposição ao sol e a substâncias tóxicas. Os comportamentais dizem respeito principalmente ao uso do cigarro, à falta de protetor solar, à má alimentação e ao sedentarismo; práticas habitualmente consideradas como “maus hábitos”, por não corresponderem a um modelo de conduta recomendado pela medicina/ciência. Uma doença assinalada, nesse grupo, como causadora do câncer foi a obesidade. Nenhuma matéria cogita a influência de outros fatores, senão esses, nem afirma categoricamente que essas causas são determinantes para manifestação do câncer. Um número significativo de matérias (seis, quase metade desse grupo) não discute quais são as eventuais causas.

Apenas uma das 14 matérias cita um sintoma da doença, na voz de um paciente, que afirmou ter sentido dores e, ao procurar ajuda, descobriu tumores cerebrais. Nesse sentido, fica nítida a concepção de que não há uma preocupação do telejornal em registrar quais são os sintomas da doença; talvez porque há um objetivo maior, como se verá a seguir, em dar informações profiláticas.

Com relação aos especialistas incluídos na narrativa jornalística, somente em uma matéria os jornalistas prescindiram da “voz da autoridade”, pois todas as outras tiveram pelo menos um médico ou profissional de saúde. Os médicos são os profissionais mais ouvidos pelos repórteres, pois aparecem em 10 das 14 matérias; outros especialistas como enfermeiro, geneticista, biólogo, radioterapeuta, pesquisador (não é informado de qual área) aparecem

uma vez cada um. Algumas matérias, sobretudo aquelas da série especial, ouvem até quatro médicos diferentes, que inclusive aparecem mais vezes durante a série. Muitas vezes eles não são identificados em relação à especialidade, mas, entre os que são, a oncologia e a urologia surgem com certa hegemonia.

Não se fala de tratamento do câncer em seis matérias. Nas demais, a quimioterapia aparece em quatro; a cirurgia, em duas; a radioterapia, em uma; os fármacos, também em uma; e mais uma terapia alternativa é apontada como fator importante para o tratamento do câncer: a “alegria”. Médicos afirmam, em alusão às pacientes com câncer de mama e às crianças, que levar uma vida com bom humor e autoestima elevada é uma forma importante de auxílio para o tratamento das neoplasias.

Um dado surpreendente foi o de que a maioria dessas matérias (oito, ao todo) não trouxe informações sobre prevenção. As outras seis, entretanto, enfatizaram as informações sobre a necessidade de realizar exames médicos periódicos, investir em um estilo de vida saudável (sem mais explicações), pesquisar o histórico familiar para a doença, fazer exercícios físicos regularmente, usar protetor solar e analisar eventuais manchas no próprio corpo. A forma de prevenção mais destacada pela narrativa telejornalística é, notoriamente, a realização dos exames<sup>26</sup>.

Sobre os traços identitários dos personagens mobilizados pelo trabalho telejornalístico, verifica-se, em algumas situações, a diferenciação entre homens e mulheres, públicos que aparecem destacados em quatro e três matérias respectivamente. Em quatro conteúdos, porém, não há caracterização de identidades específicas. As crianças e os adolescentes são alvo de três inserções. Essas distinções são fruto, muito provavelmente, das especificidades de tipos, como câncer de próstata, de mama e de colo de útero; além dos cânceres infantis mais comuns. Houve ainda uma matéria em que figuras públicas diversas foram citadas como exemplos de pessoas que tiveram a doença e superaram. Outro traço evidenciado em um produto foi o da matéria que fez uma comparação entre brasileiros e estrangeiros.

Em muitas das abordagens, as produções jornalísticas apontaram algumas consequências do câncer, sejam físicas ou sociais. Registraram-se todas elas, considerando que muitas matérias apresentaram mais de uma repercussão pós-diagnóstico. Em cinco desse

---

<sup>26</sup> Evidentemente, a realização de exames não constitui intrinsecamente uma ação preventiva no sentido de evitar a doença, porque eles apenas permitem descobri-la mais cedo ou mais tarde. Contudo, no decorrer do trabalho, verificamos que os exames são recomendados como forma de profilaxia não só no discurso televisivo, mas também nas campanhas de conscientização, a exemplo do “Outubro Rosa” e do “Novembro Azul”. Não por acaso, são chamados de “exames preventivos”.

grupo, não há apontamentos sobre tais consequências. Encontramos as seguintes, com suas respectivas quantidades de inserções: mutilação, cinco; morte, três; problemas psicossociais, três; mal-estar em função da quimioterapia, duas; fragilidade física, duas; e cansaço, uma. Esses números reforçam a ideia de que o câncer leva, ordinariamente, à necessidade de remoção de órgãos e tecidos do corpo humano (mutilação), além de ser uma doença que mata e que gera transtornos psicológicos e sociais, referindo-se a questões de baixa autoestima, depressão, fobia social...

No ranking dos tipos de câncer mais mediatizados pelo JN, destacam-se os de mama e próstata, o que corresponde ao indício de que os traços identitários mais percebidos são os que diferenciam os públicos masculino e feminino. Há, talvez, uma preocupação com a saúde do homem e da mulher, muito embora quatro matérias tenham tratado o câncer apenas como uma doença genérica, sem especificações. Contudo, verifica-se certa diversidade de referências; mas será preciso avaliar, posteriormente, a profundidade com que aparecem.

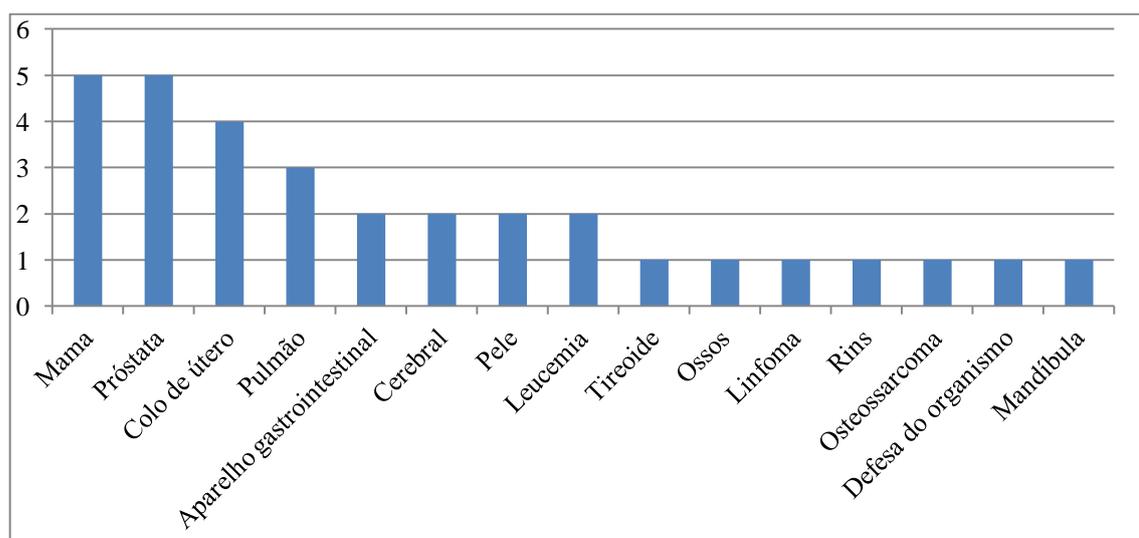


Gráfico 4: Quantidade de vezes em que cada tipo de câncer é abordado pelo JN

Essa escala de frequência não necessariamente é proporcional à incidência de cada tipo de câncer no Brasil, uma vez que, de acordo com a Estimativa 2014 elaborada pelo INCA, o tipo mais previsto é o de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos), seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (INCA, 2014, p. 26).

Sobretudo em função da série especial, os depoimentos de pessoas não especialistas apareceram de maneira mais efetiva nessa amostra. Apenas duas reportagens não integraram entrevistas ou sonoras com pessoas comuns.

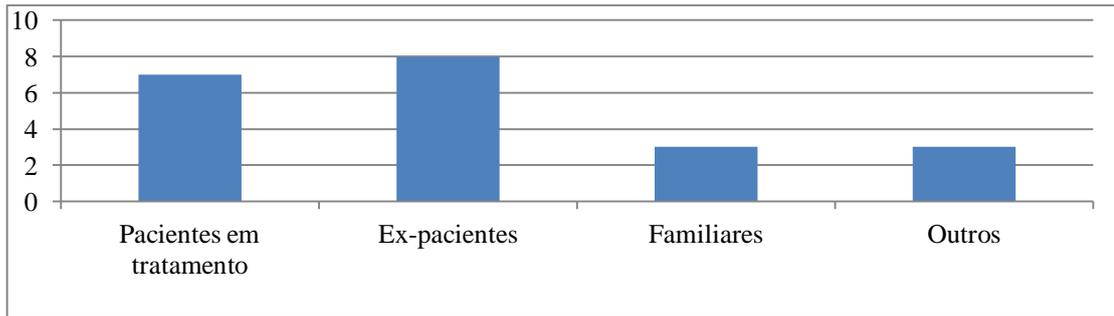


Gráfico 5: Incidência com que pessoas envolvidas com o câncer, não profissionais, são ouvidas pelo telejornal comercial

Considerando as perspectivas percebidas nas pesquisas iniciais deste projeto, percebe-se um avanço no sentido de promover a democratização da participação popular no telejornal. No entanto, a maioria de ex-pacientes revelam que muitas matérias são enquadradas com o objetivo de dar visibilidade a histórias de pessoas que conseguiram “vencer o câncer”. Do mesmo modo, é importante salientar o envolvimento dos familiares, que algumas vezes são ouvidos, muito provavelmente porque as neoplasias são doenças que afetam, em larga medida, as outras pessoas que estão em torno dos pacientes.

O telejornal, enquanto instância que se propõe a oferecer informações profiláticas, também enfatiza em sete (7) das 14 matérias (50%) a importância do diagnóstico precoce do câncer, ressaltando ainda que isso aumenta demasiadamente as chances de cura. Em outras palavras, o discurso jornalístico fomenta a ideia de que quanto mais cedo o câncer é descoberto, mais provável se mostra a eliminação dos tumores. Por outro lado, apenas duas dessas produções se referem a possíveis sintomas de alerta ou apresentam um teste ou um quadro para que o telespectador possa realizar um autoexame.

Tendo em vista a noção de que as narrativas sobre o câncer, em nossa sociedade, são quase sempre sensíveis ou trazem sentidos peculiares para retratar a dor, elencamos algumas categorias possíveis de serem encontradas, analisando o tom do discurso construído<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Por tom otimista, entendemos as reportagens que tentam mostrar que é possível superar a doença, com histórias e informações que apontam nessa direção. O teor informativo é aquele em que predominam as mensagens que buscam registrar determinados dados, dar ciência de assuntos específicos e notícias objetivas. O catastrófico é aquele que pretende indicar uma eventual situação de infortúnio, com previsões pessimistas, a partir de parâmetros negativos do presente; esse tom se relaciona muito com os índices de aumento da incidência do câncer e de sua mortalidade. O messiânico tenta fazer projeções de mudanças, baseadas em dados atuais que apontam para uma reformulação ou uma transição de paradigmas vigentes em torno do tratamento oncológico. Por último, o crítico é empregado com a conotação de crise, ou seja, o pano de fundo do discurso é “a situação é crítica, precisa ser modificada”.

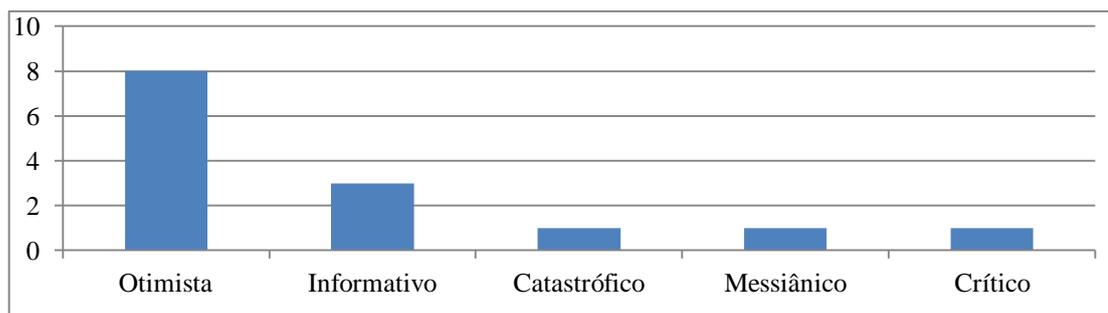


Gráfico 6: Classificação das matérias do JN quanto ao tom do discurso

Os resultados apurados revelam que há uma tentativa sempre em mostrar que, apesar de grave, o diagnóstico de câncer pode ser visto com esperança de superação. Em seguida, a informação televisiva busca ofertar informações para que as pessoas tenham mais conhecimentos, no âmbito da prevenção e de iniciativas criadas para minimizar os malefícios dos tumores. O otimismo que prevalece na linguagem e nos elementos adotados para a construção da narrativa jornalística representa um paradoxo jornalístico, visto que foi categorizado um alto número de matérias que associam o câncer com morte, como dissemos anteriormente. Além disso, há previsões e conteúdos alarmantes integrando as reportagens, reforçando que uma das principais consequências do câncer é a morte e que, quando não tratado ou descoberto tardiamente, menores são as chances de cura – isso fica implícito, considerando que os jornalistas corriqueiramente afirmam a recíproca dessa sentença.

Por fim, verificou-se que cerca de 43% das matérias utilizam recursos gráficos como estratégia educativa, com o fim de demonstrar a localização dos tumores, como eles se formam, ilustrar novas técnicas e verbalizar imagneticamente dados estatísticos, a exemplo dos cânceres mais incidentes, os que mais matam etc.

#### 4.1.2 O câncer em pauta no Bem-estar

A investigação do espaço televisivo que se dedica à cobertura das neoplasias neste programa teve início com a percepção dos mesmos dados que observamos para a análise do telejornal. O maior esforço, contudo, foi tentar enquadrar os vídeos nos formatos destacados anteriormente, pois agora não estamos tratando de um telejornal com padrões fixos e consolidados. Por essa razão, praticamente prescindimos de registrar o gênero (notícia, reportagem, notas etc.), pois diferem, em maior ou menor grau, daqueles tradicionais do telejornalismo. De todo modo, o Bem-estar, em geral, é constituído pela apresentação (ao vivo) de dois jornalistas, que aduzem os temas, fazem perguntas aos convidados, chamam os VTs e dão algumas informações. Os convidados são sempre médicos e, algumas vezes, na

amostra selecionada, nutricionistas. Muitos desses convidados são também consultores do programa, que provavelmente ajudam na elaboração dos conteúdos. Boa parte do programa se configura pelo diálogo entre os apresentadores e os médicos, incluindo utilização de equipamentos, objetos representativos, recursos gráficos e visuais, e cenários. Uma técnica muito comum é também a do link ao vivo, com repórteres de variados lugares do Brasil, que fazem entrevistas com outros especialistas. Por vezes, as afiliadas produzem matérias específicas para o programa e o próprio BE possui equipes de reportagem, que produzem pequenas matérias. Poucas vezes essas últimas incluem o suporte especializado, possivelmente porque sempre têm médicos no estúdio; exceto em casos especiais.

No período de observação selecionado, o BE disponibilizou na web 60 links de matérias em que o câncer teve alguma perspectiva de centralidade. Uma média de cinco conteúdos por mês, com picos nos meses de fevereiro, abril e junho de 2014, com oito, nove e oito produtos transmitidos, respectivamente. Em nenhum mês, o programa deixou de falar de câncer. Percebe-se, assim, uma presença mais efetiva do que no telejornal, provavelmente porque se trata de um programa especializado.

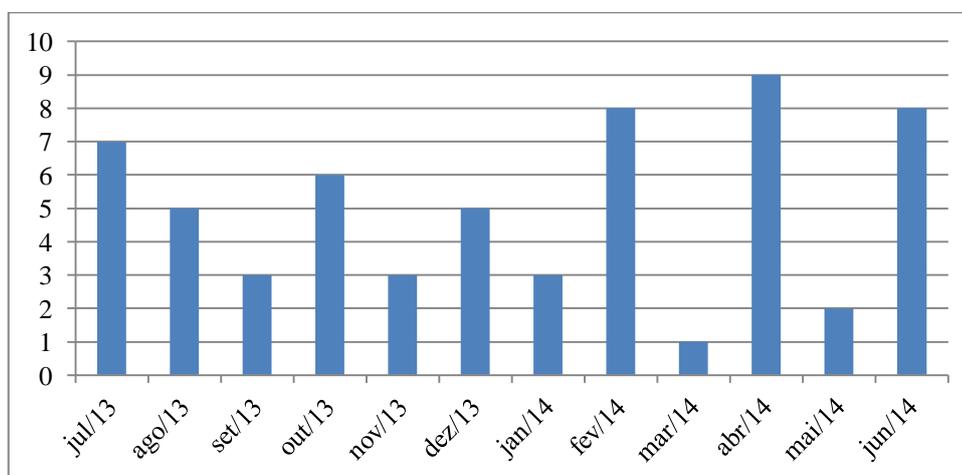


Gráfico 7: Incidência do tema “câncer” no BE

Verifica-se, dessa forma, que a oncologia aparece com considerável frequência no Bem-estar, configurando cerca de um terço do espaço do programa, tendo como parâmetro as mais de 240 edições que foram veiculadas no intervalo de um ano. Durante a visualização integral das 60 edições recortadas, verificamos que algumas estavam incorporadas em outras que já tinham sido contempladas, logo não fazia sentido analisar novamente seu conteúdo. Isso ocorreu com 11 links. Explicando minuciosamente: o portal do programa disponibiliza, geralmente, uma edição praticamente completa do programa, mas coloca alguns VTs, que já estão nessa edição maior, separados dessa versão integral, como outros links do mesmo dia.

Quando esses VTs recortados foram visualizados durante a pesquisa, eles já tinham sido analisados durante a avaliação; por isso, foram descartados. Além disso, mais um vídeo foi deixado de lado porque não falou absolutamente nada de câncer<sup>28</sup>.

Com isso, ficamos com 48 edições válidas para a análise mais detalhada. Observando um dos primeiros critérios, verificamos que, em 14, a abordagem referente aos tumores se fez *minimamente*.

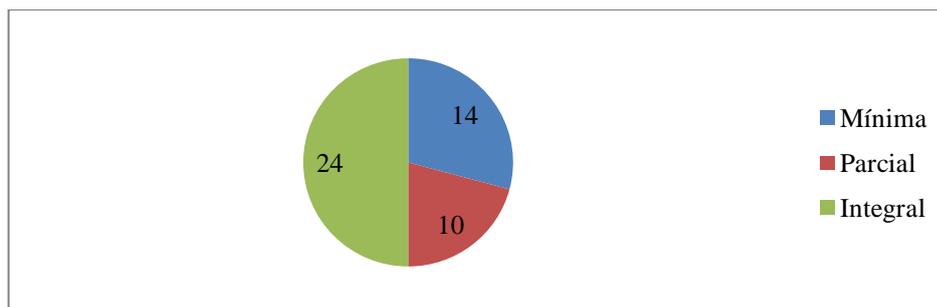


Gráfico 8: Classificação das matérias do BE quanto à intensidade de abordagem

Como o gráfico 8 demonstra, metade da amostra selecionada a partir da pesquisa do termo “câncer” no portal procura retratar a problemática do câncer de uma maneira mais abrangente. Esse dado corresponde à expectativa, uma vez que se trata de um programa que promete abordar os temas da saúde mais detidamente. Se considerarmos as matérias de cobertura parcial, podemos afirmar que quase 71% do conteúdo da amostra fala das neoplasias de forma predominante. Para uma avaliação estatística e crítica, apresentamos a seguir as demais informações coletadas com a pesquisa empírica, a partir dessas três categorias.

#### 4.1.2.1 *Matérias em que o câncer é minimamente abordado*

Esse grupo de produtos do BE, em sua maioria, fez curtas referências aos aspectos que envolvem a temática das neoplasias. Tais alusões tinham poucos minutos; em alguns episódios, poucos segundos. Apesar disso, quase todos estavam enquadrados em ‘saúde’, a despeito de dois, identificados como de ‘comportamento’ (“Sutiãs preservam ligamentos responsáveis por manter posição das mamas”, 16/07/13; e “Formol e ácido glicólico são proibidos pela Anvisa”, 06/05/14).

<sup>28</sup> Para verificar os vídeos desconsiderados, é possível consultar nos apêndices os VTs aos quais nos referimos. Sobre o descarte em função da repetição, falamos dos de número 4, 9, 19, 21, 34, 35, 43, 44, 45, 48 e 58 (BE); o de número 39 foi o que não fez referência à doença.

Tendo em vista a sistemática prevista para a avaliação dos materiais, não foram empreendidas análises aprofundadas desse agrupamento, até mesmo porque a maioria dos parâmetros determinados não teriam respostas. De qualquer forma, a investigação possibilitou a constatação de um dado interessante, logo que essas citações do câncer foram realizadas, predominantemente, para informar que determinados hábitos, sinais, substâncias podem causar ou evitar o aparecimento de tumores malignos. Na maioria dos casos, era como se fosse um alerta ou uma forma de causar certo temor, pois, se o telespectador não agisse conforme a recomendação, ele poderia correr o “perigoso risco de contrair a doença”. Dos sinais de alerta, causas ou formas de evitar encontrados, destacamos:

Causa ou sinal de alerta	Previne ou reduz as chances
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Secreção incolor ou sangue que sai das mamas</li> <li>✓ Comer muito sal aumenta as chances de ter câncer de estômago</li> <li>✓ Usar anabolizantes</li> <li>✓ Utilização de formol (“substância cancerígena”, de acordo com a dermatologista) em tratamentos capilares estéticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ingerir mais fibras (aparece três vezes)</li> <li>✓ Bons hábitos alimentares / consumir frutas e legumes</li> <li>✓ Beber água</li> <li>✓ Usar protetor solar</li> <li>✓ Vacinar-se contra o HPV</li> <li>✓ Consumir couve, que contém glicosinolato (uma substância “anticâncer”, segundo a nutricionista)</li> <li>✓ Comer tomate ajuda a prevenir o câncer de próstata</li> </ul>

Tabela 2: Causas do, sinais de alerta e condutas profiláticas para o câncer, elencadas nas matérias do BE em que a doença é “minimamente abordada”

Nesses vídeos, a única referência ao câncer está associada aos fatores esquematizados acima, e normalmente a citação é feita durante os diálogos no estúdio. A todo momento em que há uma oportunidade, os profissionais de saúde fazem alertas dessa natureza. Numa comparação grosseira e vulgar, equivale a uma atitude dos pais chamando a atenção de seus filhos para algum perigo iminente. Caso os filhos não ajam conforme a orientação, estarão sujeitos às “graves” consequências. É uma espécie de discurso do medo<sup>29</sup>. Mais interessante ainda é notar que, muitas vezes, mesmo a referência sendo muito superficial e rápida, as chamadas dos vídeos na internet destacam a “ameaça cancerígena”. “Quem come mais frutas, legumes e verduras tem menos chance de ter câncer” (07/11/13), “Vários tipos de

<sup>29</sup> Sobre este assunto, sugerimos, para fins de aprofundamento, consultar a produção científica do professor Paulo Roberto Gibaldi Vaz (ECO/UFRJ) referente ao projeto de pesquisa “Mídia, risco e sofrimento: a cobertura jornalística da doença e do crime”. Em diálogo mais próximo com nossas reflexões, destacamos o seguinte artigo: VAZ, Paulo; CARDOSO, Janine Cardoso; FELIX, Carla Baiense. Risco, sofrimento e vítima virtual: a política do medo nas narrativas jornalísticas contemporâneas. In: **Revista Contracampo**, n. 25, dez. 12. Niterói, Contracampo, 2012, p. 24-42.

câncer podem causar depressão” (15/04/14), “Couve é rica em substância anticâncer” (16/06/14) e “Consumo frequente de tomate pode ajudar na prevenção de câncer de próstata” (16/06/14) são exemplos de manchetes utilizadas no portal. Embora a abordagem do câncer seja *mínima*, isso ganha destaque no título muito provavelmente para atrair o interesse do usuário. No próprio discurso dos apresentadores, isso também ganha relevância, pela entonação da voz e pelas escolhas lexicais.

Há ainda a tentativa de desmistificar alguns assuntos, a exemplo daquele que reproduz socialmente a ideia de que depressão causa câncer. O médico convidado do dia 15 de abril de 2014 afirma que há mais indícios de que, ao contrário, a depressão é uma das consequências do câncer. Na edição de 16 de junho de 2014, o médico aproveita o mote da alimentação preventiva para comentar que o câncer hoje “deixou de ser fatal” como era antigamente, e que a ação mais importante de combate é a prevenção. Por fim, em 23 de setembro de 2013, também em um programa sobre alimentação, o apresentador lembra que uma dieta rica em fibras diminui a possibilidade de câncer. O médico presente confirma e completa que a doença é “sempre um bom motivo para fazer com que as pessoas mudem seus hábitos”. Nas entrelinhas, a lição de que a proximidade com a doença – provavelmente pelo simbolismo atribuído a ela – faz que com as pessoas sejam instadas a modificar algumas práticas; ou ainda que o diagnóstico necessariamente pressupõe alterações nos costumes, pela gravidade da patologia, que gera a ameaça de uma recidiva.

#### 4.1.2.2 *Matérias em que o câncer é parcialmente abordado*

Como já informamos, dez links de vídeos figuraram com abordagens ‘parciais’ do câncer pelo BE. Todas se encontram na perspectiva da ‘saúde’ e focam, durante significativos minutos, os tumores. Contudo, o câncer divide a atenção com outras doenças, que também têm um espaço expressivo e, dessa forma, não contempla um tratamento integral. Não obstante, as perspectivas transmitidas são analisadas detalhadamente. Desse grupo, 60% das matérias têm, em suas chamadas, um destaque para o câncer. Permanece, assim, a aparente impressão de que os tumores são, de fato, assuntos apelativos, de interesse, uma vez que, ainda que o programa fale amplamente de outras enfermidades, o câncer ganha destaque em detrimento delas.

A primeira do grupo, “Quanto antes for detectado o câncer de intestino maior é a chance de cura” (18/07/13), traz uma estratégia comunicativa inusitada. O apresentador e dois médicos especialistas do aparelho gastrointestinal estão dentro de uma espécie de “intestino

inflável”, de onde ao vivo mostram e conversam sobre as principais doenças que ocorrem nesse órgão; todas representadas de alguma forma dentro do ‘intestino’. A doença mais enfatizada é, sem dúvida, o câncer, indiretamente tratada como a pior de todas. O jornalista chega a dizer que é a que “é difícil falar” sobre... As causas mais prováveis sugeridas nesse espaço são as genéticas (histórico familiar), outras doenças (lesão não cuidada) e maus hábitos (má alimentação e uso do cigarro). Sobre os sintomas, o médico cita o sangue nas fezes e lista uma série de medidas profiláticas: fazer exames periodicamente após os 50 anos de idade, se houver histórico na família (pesquisa de sangue oculto nas fezes e exame de toque retal); não fumar; exercitar-se regularmente; tomar água; e ter uma boa alimentação. Como o título antecipa, o objetivo dessa edição foi ressaltar a importância do diagnóstico precoce, oferecendo ainda um quadro para que o telespectador possa fazer um “pré-diagnóstico” que o leve ao consultório médico para fazer os exames laboratoriais. Essas ações reforçam a noção de que uma pessoa pode ser a própria causadora de seu tumor, já que, com tanta informação, pode evitar a doença. O apresentador chega a afirmar, nesse dia, que o câncer é fruto de “descuido”. Nesse mesmo dia, mas em outro momento (segundo vídeo), discute-se a questão cultural dos homens com relação ao exame de toque, qualificados pelo médico como aqueles que “dizem que vai doer, que têm preconceito”. Além da causa hereditária, os especialistas contam que outra doença pode gerar o câncer de intestino: os pólipos que, se não tratados, se transformam em tumores. Novos sintomas são enumerados: mudança do hábito intestinal, fraqueza, dores, emagrecimento e muco nas fezes, sendo que algumas vezes pode ser assintomático. Para o tratamento, fala-se rapidamente de quimioterapia, radioterapia e cirurgia; e um novo exame diagnóstico é citado, a colonoscopia. Como a matéria suscita a identidade masculina, a título de exemplo (modelo a ser seguido), é apresentado um ex-paciente que “se livrou” da quimio e da radio porque “descobriu cedo”. O médico aproveita o mote para dizer que quanto mais cedo a descoberta do tumor, maior a sobrevida. Percebe-se, nesse segundo vídeo, um tom mais alarmista do discurso, sobretudo em função da necessidade da prevenção e do diagnóstico precoce.

A terceira matéria em que o câncer possui uma abordagem parcial pelo BE é a que se propõe a dar informações sobre o vírus HPV. Novamente, a principal consequência para essa doença, que deve motivar as pessoas para a vacinação, é a possibilidade de ela ocasionar alguns tipos de câncer como os de colo de útero, boca e garganta. O programa usa como mote as polêmicas declarações do ator norte-americano Michael Douglas, que teria atribuído a causa do seu câncer à prática do sexo oral. O médico convidado dessa edição afirma que o HPV tem relação com o câncer em 74% dos casos e que o sexo oral se configura como uma

das principais formas de contrair o vírus; pois o sexo não seguro (sem uso de preservativos) e a não vacinação contra o HPV podem aumentar a incidência dos referidos tumores. Em um tom informativo, o programa televisivo entrevista populares, mães e meninas adolescentes (as jovens são o público-alvo da campanha de vacinação) para investigar o nível de conscientização da população.

A saúde masculina é sempre alvo de um debate mais enfático no programa, como acontece no link “Bem-estar alerta para *riscos* à saúde dos homens” (grifo nosso, 27/09/13), porque os apresentadores e os profissionais de saúde, de maneira geral, confirmam a noção de que os homens vão pouco ao médico, menos ainda quando se aproxima a época dos exames preventivos contra as doenças da próstata. Em alguma medida, essa abordagem reforça alguns sentidos da sociedade machista, quando o apresentador afirma, por exemplo, “homens que *tiveram a coragem* de ir ao urologista” ou “homem que é homem...”. Por outro lado, há uma tentativa de desmistificação e conscientização, ao informar sobre a simplicidade e a rapidez do exame de toque, ao ouvir alguns homens que fazem os exames (PSA e toque) periodicamente, e ao sinalizar que um a cada seis homens terão câncer de próstata, mas se descoberto precocemente há de 80% a 90% de chances de cura. Numa aparente tentativa de mostrar as possíveis consequências do câncer, comenta-se que o sofrimento e um eventual acidente na cirurgia pode ocasionar a perda da função erétil. O suporte especializado também sinaliza que quem já teve algum caso na família deve fazer o exame mais cedo e que, muitas vezes, a doença não apresenta sintomas.

Uma lógica reversa inicia o tema do câncer de mama em um episódio do programa que se dedica a retratar as cirurgias, de um modo geral; todavia, os convidados declaram que, atualmente, cirurgias de mioma ou de câncer de pele são menos invasivas e mais precisas. Do tratamento para a prevenção, o BE lembra que é “Outubro Rosa” (16/10/13) e, por isso, faz um link ao vivo para mostrar um caminhão que vai a diversos lugares do país realizando mamografias gratuitamente. Mulheres comuns (que fazem o exame com frequência anual) são ouvidas para confirmarem a ideia de que muitas outras deixam de fazer “porque têm medo”. A enfermeira que trabalha no caminhão conta que nem sempre o exame dói, porque depende da sensibilidade da mulher. Pela primeira vez, há uma divergência de ideias; já que, no estúdio, o ginecologista discorda, afirmando que a mamografia é um exame dolorido. Na continuidade do seu discurso, o médico comenta que “fazer o exame não significa ir ao encontro da doença”, ao contrário do que, segundo ele, muitas pessoas pensam. Ele também recomenda fazer o autoexame das mamas após o período menstrual.

Um “pacote do câncer” é materializado num episódio que também se propõe a falar de obesidade (21/10/13), que é uma das “bolinhas” que representam os fatores de risco para o desenvolvimento dos tumores. Já associada aos maus hábitos, a obesidade juntamente com o sedentarismo e o uso do cigarro, mais fatores genéticos e ambientais (como a poluição) são as outras “bolinhas” colocadas no “pacote do câncer”. Apesar de ser uma forma de prevenção difícil, os especialistas sugerem evitar os lugares de concentração da poluição – os grandes centros urbanos, pois a poluição aumenta em 50% as chances de câncer. Em relação aos hábitos, o endocrinologista e o oncologista apontam as seguintes ações profiláticas: permanecer magro, fazer exercícios físicos e ter uma dieta farta de frutas e legumes (ricos em antioxidantes). Embora haja um tom alarmista, tanto para o câncer quanto para a obesidade, um médico assevera que o câncer, hoje, “não é mais aquela doença terrível”. Em virtude dos fatores de risco apresentados e das doenças associadas, o produto midiático menciona os cânceres de mama, colo de útero, pulmão, fígado, intestino, próstata, ovário e bexiga.

O “câncer que mais mata” já é quase um outro nome para se referir ao “câncer de pele” nos programas televisivos. No BE do dia 13 de novembro de 2013, a dermatologista diz que é “muito preocupante” não usar o protetor solar e se expor excessivamente ao sol. Para obter o tão importante diagnóstico precoce, é preciso, segundo o discurso jornalístico, atentar para eventuais manchas no corpo, fazer exames regularmente e utilizar o bloqueador solar. A cirurgia parece ser um dos métodos mais utilizados na remoção dos tumores dermatológicos.

A preocupação com a saúde do homem e da mulher volta à cena em “Entenda por que a mamografia precisa apertar os seios” (21/11/13), reforçando a sugestão de que o exame é um procedimento dolorido. Um ginecologista elucida que nem todo nódulo no seio é cancerígeno, uma vez que há uma infinidade de outras possibilidades, sendo que a maioria das alterações são benignas; contudo, ele afirma que é preciso examinar. Ao falar da idade indicada para mamografias periódicas, a partir dos 50 anos (se não tiver histórico familiar), o médico também aproveita para informar que os homens devem fazer o exame de toque depois dos 45 anos, se não houver precedentes na família. Em relação ao homem, usa-se a expressão de que é preciso “enfrentar” o urologista.

Um dos tipos de câncer mais adotado no BE, o de intestino, aparece de novo na edição de 19 de dezembro de 2013, que explicita a noção de que esse tumor é plenamente “evitável”; o que já era suposto pelas reincidentes perspectivas de prevenção, informações sobre sintomas e sobre como identificar alguma anormalidade. Com o uso de alguns vocábulos mais técnicos, os cirurgiões gastroenterologistas presentes elencam os principais sintomas: diarreia e constipação alternadas e persistentes, sangue nas fezes, alteração do

hábito intestinal, dor abdominal e, em alguns casos, sem sintomas. Dentro do tom alarmista do vídeo, um dos médicos diz que é preciso “olhar o cocô sem frescura”, avaliando a textura, a forma, e se tem muco ou sangue; além de recomendar que as pessoas, de maneira genérica, bebam mais água, tenham uma alimentação rica em fibras e façam exercícios físicos regularmente.

Dos vídeos de enquadramento parcial do câncer, o último dessa análise é único do primeiro semestre de 2014 enfoca um câncer pouco abordado na TV: o de laringe. Para isso, conta-se a história de uma personagem “falante”, que foi diagnosticada e precisou retirar a laringe e as cordas vocais. O grande vilão dessa história, o cigarro, era o protagonista do mau comportamento da personagem, que percebeu o problema por conta de uma rouquidão persistente e frequente. Como consequências do fumo e, por conseguinte, do câncer, a paciente perdeu a voz, precisou fazer uma traqueostomia e teve que se afastar do trabalho – ela tinha uma agência de publicidade. Após as cirurgias, ela passou a usar um aparelho que emite uma voz mecânica e que gera, segundo a personagem, grande constrangimento no uso em espaços públicos. *Para não viver um drama como esse*, os médicos do BE recomendam fortemente que as pessoas não fumem e que apalpem o pescoço, pois pode acontecer de um caroço ser percebido pelo tato. Os especialistas enumeram outros sintomas, quais sejam: dificuldade para engolir persistente, rouquidão persistente e frequente, dor de garganta que não passa, dificuldade para respirar constante e sensação de caroço na garganta. Mesmo com o aparelho vocal, a personagem dá entrevista, além do filho e do marido, que ajudam a narrar sua história, garantindo assim a fórmula sensível ou emocional do caso.

#### 4.1.2.3 *Matérias em que o câncer é integralmente abordado*

Na terceira categoria de matérias do BE, objetiva-se organizar e indexar alguns dados obtidos por uma análise mais sistematizada desses produtos, principalmente porque foram classificados 26 como de abordagem integral do câncer. No capítulo 5, a finalidade será estabelecer, sob a perspectiva da qualidade, um parâmetro crítico e mais aprofundado acerca desse veículo.

Nesse grupo, entendemos que apenas duas abordagens estavam mais voltadas para uma divulgação científica do que para a saúde: “Alimentação balanceada é essencial no tratamento do câncer” (21/10/13) e “Saliva artificial é usada por pacientes em tratamento de câncer” (19/02/14). O argumento principal relaciona-se ao fato de que se constituíram de estratégias comunicativas voltadas, sobretudo, para difundir novas práticas, ainda em estudo

nos laboratórios e que podem, eventualmente, mais ou menos em breve, auxiliar no tratamento do câncer. De qualquer forma, o programa parece confirmar, desse modo, sua vocação para determinar ou sugerir modos e estilos de vida, sob a égide da promoção da saúde e do bem-estar.

De modo semelhante ao que foi feito com relação ao JN, pesquisou-se, entre os conteúdos do BE, a citação por parte do programa em torno das prováveis causas do câncer, considerando que a ciência ainda trabalha com indícios e poucas certezas para determinar cabalmente o que ocasiona a manifestação dos tumores. Os números representam a quantidade de vezes em que esses fatores apareceram no grupo amostral.

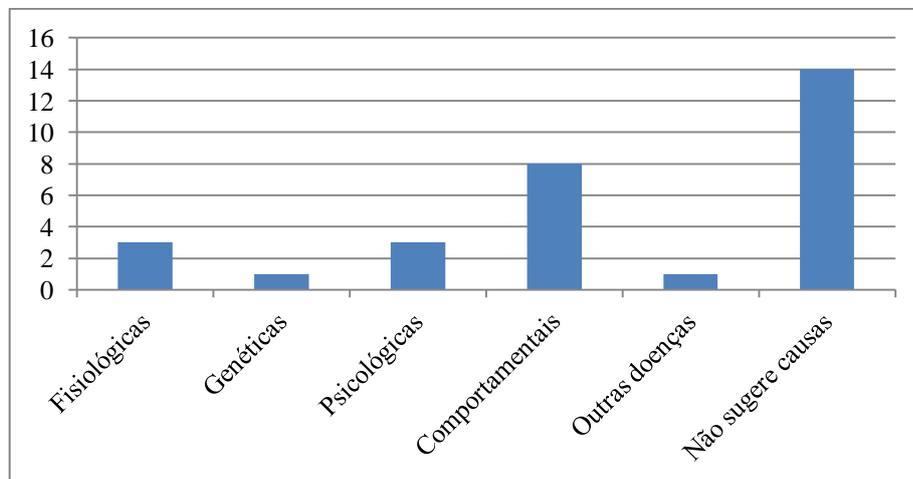


Gráfico 9: Possíveis causas apontadas para o câncer nas principais matérias do BE

No grupo dos agentes biológicos, são consideradas como características fisiológicas aquelas relativas ao envelhecimento e à presença de pintas no corpo, por exemplo. O envelhecimento é um elemento bem explorado porque os especialistas costumam associá-lo ao crescimento populacional, ao aumento da expectativa de vida, e por isso também o aumento, ano a ano, das previsões de novos casos da doença. As causas genéticas, quase sempre, são provenientes das matérias que falam de hereditariedade. No fator psicológico, atribui-se, com pouca segurança, a causa a traumas, estresse, tristeza e outros sentimentos que, sobretudo no imaginário popular, parecem contribuir para o desenvolvimento dos cânceres. Sobre o comportamento, classificamos principalmente o uso do cigarro, a falta de protetor solar, o excesso de álcool, a administração de anabolizantes, a má alimentação e o sedentarismo; práticas habitualmente consideradas como “maus hábitos”, por não corresponderem a um modelo de conduta recomendado pela medicina/ciência. Em relação à abordagem do JN, o BE acrescenta apenas os anabolizantes e o álcool como outros

comportamentos não saudáveis, salientando inclusive, em um programa, que a combinação fumo e bebida em exagero pode trazer consequências graves. O índice de causas comportamentais subiu aqui, evidenciando novamente a característica de que esse produto valoriza sobremaneira as dicas de “bem comportar-se”. Nesse agrupamento, não encontramos causas ambientais, em oposição ao JN e às matérias do item anterior, que falaram com certa veemência da poluição como grande agente causador de tumor. Duas doenças são assinaladas como precursoras do câncer: a obesidade e o HPV. Outra novidade é o apontamento das causas psicológicas, que eram esperadas, visto que o câncer é relacionado, hipoteticamente, com problemas emocionais. Nenhuma matéria cogita a influência de outros fatores, senão esses, nem afirma com absoluta certeza que essas causas são determinantes para manifestação do câncer. Um conjunto muito significativo de matérias (catorze) não aborda diretamente quais são as possíveis causas.

Diferentemente do que encontramos no telejornal, nove matérias mencionam sintomas da doença; e eles são apontados, variavelmente, por pacientes, médicos e até mesmo pelos jornalistas. Isso diz do perfil comunicativo que, reiteramos, parece significar uma proximidade com o conceito foucaultiano de *governamentalidade* (vide capítulo 2). Dentre os sintomas enumerados, estão manchas pelo corpo, sangue nas fezes (aparece duas vezes), cansaço, sem sintomas (assintomático), feridas no rosto com sangue, nódulo na garganta, nódulo na mama, dor de cabeça, sangue nas fezes (duas vezes), diarreia, mudança do hábito intestinal, muco nas fezes, fraqueza, emagrecimento e sensação de evacuação incompleta.

Das 24 sequências audiovisuais, 30% não incluem o “argumento de autoridade”, já que as demais tiveram pelo menos um especialista avaliando o conteúdo informativo. As que não tem esse suporte geralmente se constituem de VTs destinados a narrar casos de pacientes. Os principais detentores do saber de saúde no programa são os médicos, os profissionais mais consultados pelos jornalistas. No ranking das especialidades mais presentes, os oncologistas são convocados 11 vezes, seguidos dos dermatologistas, pesquisadores/cientistas, pediatras e gastroenterologistas, que aparecem duas vezes cada e os demais, uma vez: rádio-oncologista, cirurgião bucomaxilofacial, dentista, nutricionista, médico nuclear, psiquiatra e onco-hematologista. Se pensarmos na noção de que o tratamento do câncer requer uma gama de especialistas, estabelecendo a tal “relação multiprofissional”, percebe-se que, do ponto de vista televisivo, a medicina parece ser a área do conhecimento mais valorizada, em detrimento de outras como fisioterapia, enfermagem e nutrição. De todo modo, há uma diversidade de especialidades médicas envolvidas, ainda que a oncologia tenha uma justa posição de centralidade.

Entre as 24 matérias, apenas três não tocam no assunto “tratamento”. As formas mais tradicionais são citadas mais frequentemente, com certa hegemonia, a exemplo da cirurgia, que aparece 19 vezes, em referência a intervenções de retirada do tumor ou de reconstrução ou implantação de prótese. A quimioterapia vem logo em seguida com oito menções e radioterapia com sete, além da administração de medicamentos, comentada cinco vezes. Contudo, por ser uma abordagem de certa forma ampliada, aparecem outras formas pouco conhecidas do público, como a imunoterapia (explicada duas vezes), a hormonioterapia e o iodo radioativo; as duas últimas formas com uma citação cada. Os enquadramentos sob a perspectiva do tratamento, regra geral, abordam *en passant* no que consiste basicamente cada um e quais são os efeitos colaterais mais comuns dessas terapias. As menos conhecidas habitualmente são mais elucidadas, mas aparecem poucas vezes – nem sempre estão disponíveis ou podem ser adotadas na maioria dos casos. Algumas práticas normalmente recomendadas como prevenção passam a ser indicadas como forma de tratamento; nesse grupo, são citados os exercícios físicos, a “boa” alimentação e a perda de peso, quase sempre vistos como ferramentas “aliadas” das terapias tradicionais. Ainda nesse tema, os médicos e os pacientes entrevistados invariavelmente comentam a necessidade de certas posturas morais para o enfrentamento à doença, outras condutas que levem em conta novas idiossincrasias são suscitadas, incluindo sentimentos e emoções a serem trabalhados: “união”, “carinho”, “amor”, “tranquilidade”, “bom humor”, “acreditar”, “esperança”, “alegria”, “otimismo”, “leveza”, “não se isolar” e “se informar”. A intenção neste caso parece ser libertar ou promover a autonomia do paciente; algo um tanto contraditório do ponto de vista histórico e do discurso, pois, por outros motivos, há uma evidente dependência dos profissionais de saúde, sobretudo em função do conhecimento da doença. O programa chega a afirmar que todo médico é obrigado a dar todas as informações de que o paciente necessita. Será que isso ocorre na prática? Sobre a ideia de não isolamento, comenta-se que até mesmo pela necessidade de desmistificação da doença, é preciso mostrá-la, diminuindo os tabus e os desconhecimentos. O oncologista convidado do dia 2 abril de 2014 afirma que o paciente com câncer deve “levar uma vida normal”, dentro das possibilidades, de modo que possa viajar, sair, sorrir e manter relação sexual. A última, segundo ele, constitui um dos grandes tabus do tratamento oncológico, enquanto que, ao contrário do que se costuma pensar, o sexo é uma prática permitida, quando possível.

Um dado surpreendente foi o de que a maioria dessas matérias (dezesseis, ao todo) não trouxe informações explícitas sobre prevenção. As outras oito, no entanto, ressaltaram as informações sobre a necessidade de realizar exames médicos periódicos, não

fumar e usar protetor solar. Sempre com verbos no infinitivo ou no imperativo, outras ordens são aludidas como formas de profilaxia: usar chapéu, observar as fezes, não usar anabolizantes, não beber em excesso ou beber com moderação, atividade física, perder peso, tomar vacina (HPV), ir ao médico regularmente, usar óculos escuros, ter uma alimentação saudável, não usar drogas e evitar o estresse. Tudo isso é comentado com o destaque de que o câncer é uma doença que pode ser evitada ou diagnosticada precocemente se essas atitudes forem implementadas.

Em alguns VTs foi possível observar que dados tipos de tumores estão associados a certos segmentos populacionais. Em oito links, não foram identificados traços identitários, ao passo que as mulheres foram as mais representadas, com oito abordagens específicas. Isso acontece, possivelmente, porque o BE é um programa matutino e, culturalmente, nessa faixa de programação o público principal se constitui de mulheres. Em seguida, os homens são contemplados cinco vezes; e, assim, mais uma vez parece haver uma preocupação maior com a saúde do homem e da mulher. Em um programa sobre o público masculino, os médicos comentam que as mulheres são importantes para estimular os homens a procurarem ajuda médica. Em dois programas, os idosos surgem como público principal, na mesma quantidade que os jovens; e as crianças são alvo de abordagem em três edições. Também foi possível caracterizar dois programas que tiveram personagens midiáticos como casos retratados. O primeiro deles entrevistou a apresentadora dessa mesma emissora, Ana Maria Braga, que teve dois tipos de câncer; além de Maria Melilo, vencedora de uma edição anterior do *reality show*, também exibido pela Globo, “Big Brother Brasil”, que teve câncer no fígado, provavelmente desenvolvido pelo uso de anabolizantes.

As consequências dos tumores são um dos elementos mais comuns no BE, visto que apenas seis links não citaram as reações físicas ou psicológicas em decorrência das neoplasias. Das 18 inserções incluídas neste segmento, a consequência mais apontada é a da mutilação, que aparece 12 vezes, muito associada às cirurgias de retirada de tumores em tecidos da mama, do fígado, da laringe etc. Aqui, a morte foi um desdobramento referido em apenas uma matéria (BE 54, 03/06/14). A mutilação relaciona-se ainda com outros fatores, associados às demais terapias, como cansaço, mal-estar, alergia à quimioterapia, inchaço, fragilidade física ou organismo debilitado, perda de salivação que acarreta problemas odontológicos, perda da voz, ganho de peso e queda de cabelo. O processo de metástase também é apontado duas vezes e é enquadrado como algo que aumenta a gravidade da doença. Em outra perspectiva, os problemas psicossociais são mencionados em três veiculações, dando conta de que muitos pacientes não conseguem se olhar no espelho (em

virtude das modificações físicas), desenvolvem depressão, apresentam baixa autoestima, têm fragilidade psicológica, se isolam, são discriminados socialmente (principalmente em cidades pequenas do interior), se sentem sozinhas e entram em crises psicológicas.

Os tipos de câncer mais publicizados nas manhãs dessa emissora são aqueles que, de maneira geral, mais acometem a população brasileira. Saliente-se o que mais aparece, o de mama, que sugere novamente o foco nas telespectadoras. Os tumores do trato digestivo são principalmente os de estômago, fígado e intestino, com destaque para o último que tem maior recorrência e maior profundidade no relato. O câncer mais incidente no Brasil (o de pele) também tem uma presença significativa. Apenas duas matérias falaram do câncer de maneira geral, sem especificações quanto ao órgão afetado.

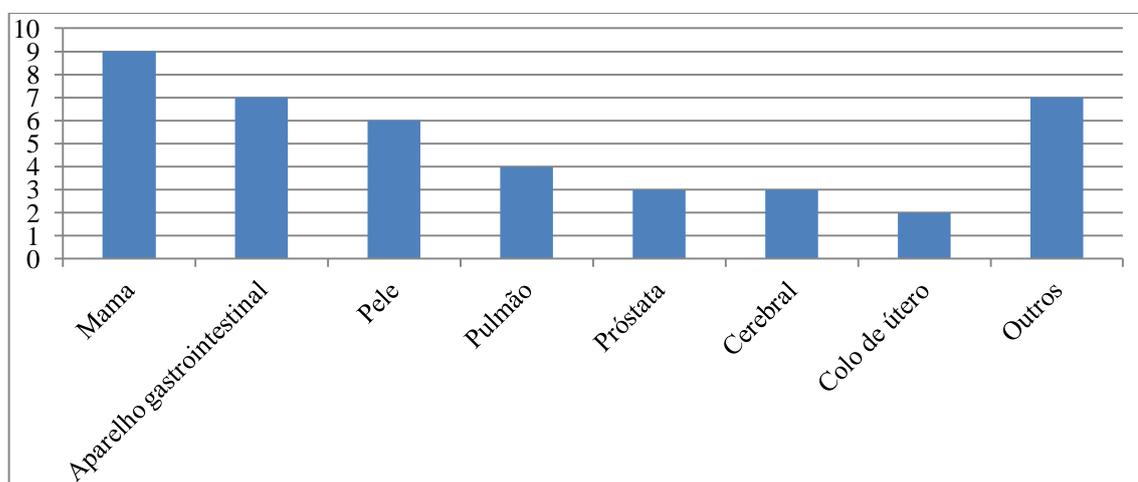


Gráfico 10: Quantidade de vezes em que cada tipo de câncer é abordado pelo BE

Na categoria “outros”, aparecem com uma menção cada os tumores de ovário, rim, garganta, pâncreas, laringe, tireoide e a leucemia. Assim como no JN, a ordem do gráfico não necessariamente representa os tipos mais comuns no Brasil. A Estimativa 2014 do INCA – como já informamos – prevê os tipos mais comuns, em ordem decrescente: pele, próstata, mama, cólon e reto, pulmão, estômago e colo do útero (INCA, 2014, p. 26). Todavia, todos eles aparecem entre os mais abordados no programa.

A preocupação com a participação das pessoas que normalmente são aquelas que conhecem toda a problemática do câncer parece ser um pouco mais incisiva nesse produto televisionado. Muito possivelmente porque a personificação é uma estratégia recorrente para a produção dos VTs levados ao ar, sempre com o objetivo de exemplificar e de mobilizar o debate realizado no estúdio.

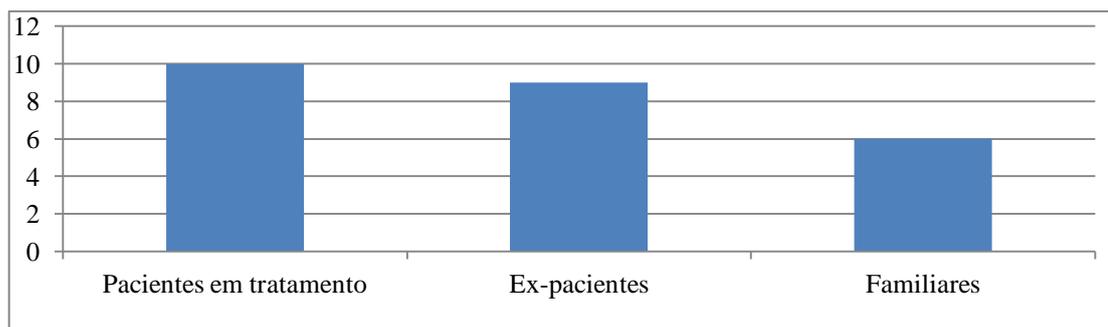


Gráfico 11: Incidência com que pessoas envolvidas com o câncer, não profissionais, são ouvidas pelo programa televisivo

Os depoimentos pessoais, portanto, são parte integrante do formato estabelecido. Apenas em cinco vídeos não há depoimentos de pessoas comuns. Um “povo fala” também foi transmitido com o intuito de ‘verificar’ o conhecimento das pessoas. Há ainda um equilíbrio entre perspectivas, já que a quantidade de ex-pacientes e pacientes em tratamento é praticamente a mesma. É preciso avaliar, contudo, sobre o que esses populares são autorizados a falar – critério que será contemplado mais à frente. Independentemente da relação com a doença, os pacientes, enquanto personagens televisivos, participam do mesmo modelo de cobertura, baseado na ideia de representação ‘dramática’ da realidade social. Os familiares, nesse setor, são razoavelmente considerados, pois até mesmo para os médicos participantes esses atores sociais também são indiretamente afetados pela doença.

O Bem-estar, como espaço que se propõe a ofertar informações profiláticas, ressalta em 25% das matérias com cobertura integral do câncer a importância do diagnóstico precoce, salientando que a descoberta inicial aumenta, em larga medida, as chances de cura. Em contrapartida, somente quatro vídeos constroem um quadro bem delineado ou um teste para que os telespectadores possam identificar algum problema de natureza tumoral. Ainda que não sejam números expressivos, a incisiva recomendação de atitudes preventivas, o temor criado por ocasião das consequências e os recorrentes sinais de alerta para a doença mostram o quanto essa mídia constrói um sentido de que “só tem câncer quem não se cuida”.

Sobre as narrativas tecidas em torno do câncer, foi necessário criar duas novas categorias discursivas (alarmista e explicativo<sup>30</sup>), a fim de dar conta das especificidades textuais e contextuais construídas pelo programa.

<sup>30</sup> Caracterizamos como tom alarmista aquele que parece fazer alarde ou querer alertar com veemência para o “perigo da doença”. A prevalência do teor explicativo acontece quando a linguagem assume um papel eminentemente educativo, quando se quer, de fato, ensinar alguma coisa, que ocorre muito em função dos hábitos que se pretende recomendar.

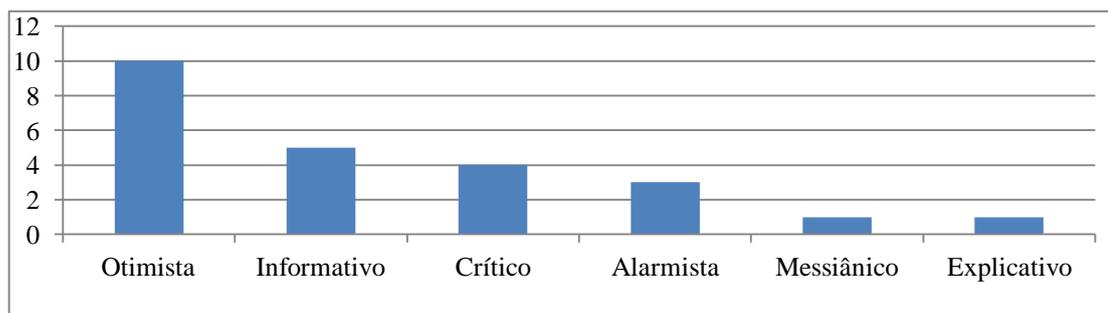


Gráfico 12: Classificação das matérias do BE quanto ao tom do discurso

Os resultados apurados revelam que há uma tentativa premente de mostrar que, embora grave, um diagnóstico de câncer pode ser visto com esperança pela superação. Em seguida, a informação televisiva busca ofertar informações para que as pessoas tenham mais conhecimentos, no âmbito da prevenção e de iniciativas criadas para minimizar os malefícios dos tumores. Foi preciso classificar um conteúdo audiovisual como “explicativo” por configurar um objetivo primeiro de esclarecimento – “Confira os diferentes tratamentos para o câncer” (14/08/13). O otimismo que prevalece na linguagem e nos elementos adotados para a construção da narrativa jornalística demonstra uma contradição discursiva, na medida em que os tons crítico e alarmista, juntos, revelam uma ideia oposta; sem falar das reiteradas vezes em que o câncer é apontado como uma doença que mutila e que apresenta graves consequências. Chamou a atenção o fato de os profissionais ordinariamente buscarem elementos para alertar a população dos riscos a que estão sujeitos, enfatizando a gravidade de alguns maus comportamentos e de terríveis desdobramentos da doença.

Finalmente, registrou-se que 25% desse grupo de produções utilizam recursos gráficos com objetivo elucidativo. Em comparação com o telejornal, percebe-se uma presença menor, talvez porque o perfil do BE esteja concentrado no diálogo e na transmissão de informações sem suporte gráfico.

#### 4.2 A COBERTURA DOS TUMORES NA TV BRASIL

Como já explicamos anteriormente, as matérias do principal telejornal da TV Brasil, o Repórter Brasil, foram extraídas de dois meses que, hipoteticamente, constituíram um período de agravo jornalístico; haja vista as tradicionais campanhas de conscientização para a prevenção dos cânceres de mama e próstata em outubro e novembro; além dos dois VTs localizados pelo sistema de busca do site. Os 20 relatos noticiosos do RB serão analisados segundo os mesmos critérios utilizados no item 4.1, adaptando-se as categorias para os demais programas selecionados. O telejornal é transmitido de segunda a sábado, das

21h às 22h, e chega a 19 estados brasileiros. Trata-se, dessa forma, da experiência jornalística mais significativa e consolidada da emissora. Espera-se que os enquadramentos desse veículo sejam mais independentes, no sentido de que ele não obedeça a nenhuma lógica de produção comercial nem de alguma forma de influência do governo. Apesar de no Brasil o paradigma telejornalístico vigente ser aquele proveniente dos Estados Unidos, a defesa maior é a de que o jornalismo público apresente novas perspectivas e novos formatos, atendendo principalmente ao interesse público.

A experiência do programa Ser Saudável vai ser analisada exclusivamente de modo qualitativo, em virtude do reduzido número de edições veiculadas sobre o câncer no período de análise. Por essa razão, os resultados serão apresentados somente no capítulo seguinte.

#### **4.2.1 O Repórter Brasil que cobre o câncer**

No âmbito do principal telejornal da TV Brasil, a cobertura dos tumores foi examinada a partir dos mesmos quesitos que utilizamos para a da Globo, como amostras de processos jornalísticos público e comercial, respectivamente. Em virtude do fato de termos feito uma busca “manual” no material estudado, acabamos por selecionar apenas as matérias que se dedicavam à abordagem do câncer de maneira predominante. Por isso, não haverá divisão de grupos nesse item, pois apenas um caso foi categorizado como “cobertura parcial”.

Das 20 produções detectadas, duas foram selecionados pelo sistema de busca do site do RB. Ambas se referem ao período de análise (8 de abril, RB 1, e 28 de maio de 2013, RB 2). Todavia, foram analisadas porque tínhamos um reduzido número de produções na amostra e os dois links tinham, aparentemente, elementos representativos para serem avaliados. Além disso, outras duas unidades noticiosas foram eliminadas: uma porque se tratava de uma informação repetida<sup>31</sup> (provavelmente em razão de ter sido exibido no RB Noite e no RB Tarde) e uma outra porque o vídeo não estava mais disponível, apenas a chamada, sendo que se tratava de conteúdo “exclusivo para web”, como o portal informava. A sistematização do acervo audiovisual da TV Brasil na internet apresenta uma série de problemas estruturais, que precisam ser aperfeiçoados; sobretudo pelo fato de que são bens públicos.

---

<sup>31</sup> Este link refere-se ao vídeo RB 13, que repetia os dados do RB 12 (*ver apêndices*).

A título de recordação, foram consultadas todas as edições do telejornal nos meses de outubro e novembro de 2013, por trazerem, supostamente, mais matérias sobre as neoplasias, em função das campanhas do Outubro Rosa e do Novembro Azul. Encontramos, então, 18 abordagens, nove em cada mês. Nesse sentido, temos uma incidência maior no telejornal público, porque o da emissora privada apresentou uma média de três a quatro matérias por mês, ao longo de um ano; sendo que nos referidos meses, veiculou quatro e sete conteúdos (em outubro e novembro). Ademais, todas as inserções do RB são de cobertura integral ou parcial, ao contrário do que acontece no JN. A estatística mostra ainda que, a cada três edições do telejornal público nesses meses, houve pelo menos um conteúdo sobre tumores.

#### 4.2.1.1 *Dados gerais e preliminares*

O câncer no RB está muito associado às informações do que se poderia chamar de jornalismo de saúde, e pouco aborda sobre ciência ou comportamento. Todas as matérias foram consideradas como sendo da editoria de saúde, com exceção de uma, considerada como de comportamento pelo teor estético que evoca. Em outra perspectiva, identificamos certa diversidade de formatos noticiosos: 12 reportagens, um relato simples (notícia), duas notas cobertas, duas notas secas e um quadro especial (“Outro Olhar”). Percebe-se, assim, a predominância de um gênero que se caracteriza por ser mais aprofundado, o de reportagem, construída com entrevistas e informações de pesquisa. O espaço de tempo parece, não obstante, um tanto reduzido, visto que o maior vídeo tem duração de três minutos e doze segundos, e a média é de algo em torno de dois minutos e meio.

O primeiro indicador do nosso roteiro é o das possíveis causas para o câncer, apontadas pelo discurso telejornalístico, independentemente do indivíduo que vocaliza essas causas. Há várias subcategorias justamente porque a ciência ainda não estabeleceu consenso ou não identificou o que, de fato, desencadeia a formação das células cancerosas.

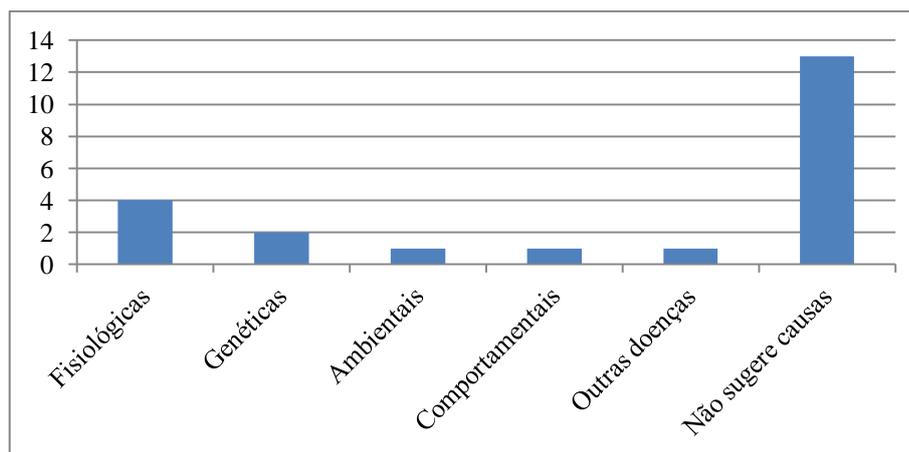


Gráfico 13: Possíveis causas apontadas para o câncer nas principais matérias do RB

O fato de haver poucas matérias (cinco, ao todo) que sinalizam prováveis causas para os tumores é algo sintomático porque, aparentemente, não há um objetivo reiterado do telejornal em identificar esses fatores. Nas matérias em que isso ocorre, a poluição foi o agente ambiental; a obesidade, a quantidade de hormônios no corpo (este elemento ainda não havia aparecido nos outros produtos) e o envelhecimento, os fisiológicos; e uma “lesão precursora” (RB 19), o relativo a outras doenças. Esse foi um tópico pouquíssimo repercutido pelo RB.

Um processo semelhante foi identificado com relação à divulgação dos sintomas. 15 produtos não abordaram os sinais de alerta para a doença e os outros três falaram, indiretamente, através dos depoimentos, e todos versavam especificamente sobre o câncer de mama. Uma ex-paciente que participou do vídeo do quadro Outro Olhar contou que sentia o “peito duro”, “com dores” e ainda “teve furúnculo” no local. Em outro link, uma médica, valendo-se do jargão de sua classe, explicou que uma “nodulação endurecida” ou a presença de “linfonodos” na mama podem ser alguns indícios. Por fim, um homem narrou que a sua esposa havia sentido no peito dele um “caroço”, mas ele só procurou ajuda médica depois, quando o caroço tinha sangrado durante o banho. Posteriormente, ele foi diagnosticado com o câncer, raro entre o público masculino, que foi exatamente a pauta da reportagem.

O suporte especializado é um ingrediente relativamente presente nesses conteúdos telejornalísticos, já que está presente em dez das 18 matérias. O médico oncologista é o principal profissional habilitado a falar nesse espaço, com cinco entrevistas, seguido do urologista (duas aparições). Destacamos também as duas vezes em que o então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, foi ouvido; o que na verdade constitui mais uma fonte oficial; todavia, as sonoras dele também tangenciam algumas informações da saúde no sentido pragmático e não meramente político. Outro destaque foi uma entrevista com um enfermeiro

oncologista, participante de uma palestra de humanização no atendimento à saúde, promovida no Rio de Janeiro pelo Conselho Regional da Enfermagem. Também encontramos uma matéria em que um profissional de saúde foi entrevistado, mas não foi identificado; acreditamos ser um especialista em virtude do discurso proferido por ele. Finalmente, a vice-presidente da Federação Brasileira de Saúde da Mama também teve participação no noticiário, mas não se sabe, pelo telejornal, qual o vínculo profissional dela.

O tratamento do câncer é comentado ao longo de 11 veiculações. A cirurgia é a forma que mais aparece, em quatro VTs; sendo a quimioterapia e os fármacos as que vêm em seguida, em três vídeos cada e a radioterapia vem em último, com duas abordagens. Vale apontar ainda os outros meios terapêuticos extraconvencionais, apontados, sobretudo, pelos pacientes, que declaram que é preciso ter “bom humor”, “força de vontade”, “coragem”, além de “sentir-se bem consigo mesma” e “tentar levar uma vida normal”. Outra iniciativa difundida é a da musicoterapia para as crianças de um hospital, que leva “alegria” para elas e vista como um recurso fundamental para seu tratamento.

Tendo em vista que pouco ou quase nada se falou sobre as causas e sobre os sintomas dos cânceres, esperávamos encontrar um número significativo de matérias que versassem sobre as maneiras de prevenção. Entretanto, em menos da metade dessa amostra, em sete vídeos apenas, verificamos informações de profilaxia. A maioria delas, em seis produtos, recomendou exames periódicos (clínicos e autoexames). As providências de ir ao médico, praticar atividade física e cultivar “bons hábitos” tiveram uma citação cada. A reportagem que mencionou esta última recomendação queria dizer com essa expressão: fazer exercícios físicos regularmente, controlar o peso, ter uma alimentação equilibrada, não beber abusivamente e não fumar.

Com relação às representações de pessoas na narrativa telejornalística, houve uma descoberta inusitada. As mulheres foram o foco de abordagem na maioria das sequências audiovisuais, em dez delas, enquanto os homens ocupam alguma centralidade em apenas quatro vídeos. As crianças são enfocadas em duas matérias e uma figura pública é destaque em um VT. A personagem midiática é a atriz Márcia Cabrita, que teve câncer de ovário e foi convidada para fazer uma palestra sobre o bom humor no tratamento da doença para enfermeiros cariocas. Apenas quatro links não utilizaram de modo claro recursos para humanizar o relato (traços identitários). Cogita-se, com base nesta observação, que o telejornal público esforça-se, de alguma forma, para representar a população de maneira segmentada, inclusive na editoria de saúde.

As consequências do câncer não são tratadas em seis matérias apenas. Em outras seis, a morte é um dos principais desdobramentos, juntamente com a mutilação, que é citada em cinco vídeos. Os problemas psicossociais apresentam alguma dimensão informativa, sendo que a “baixa autoestima” é referida duas vezes e vários outros problemas aparecem uma vez cada: “sensibilidade emocional”, “mau humor”, “dor existencial”, “pessimismo” e “abatimento psicológico”. O mal estar da quimioterapia também surge em um link e a atriz, mencionada há pouco, chega a reclamar que os pacientes não devem ser cobrados de nada, pois, para ela, a sociedade exige, muitas vezes, que eles tenham bom humor.

Apesar de encontrarmos uma média maior de matérias sobre o câncer no telejornal público, verificamos que há pouca diversidade de tipos, principalmente se compararmos com o JN. Aqui também, de todo modo, a mama e a próstata são os tipos mais abordados; todavia, precisamos levar em consideração que os meses de análise nesse grupo se reduziram a outubro e novembro de 2013, quando muito se fala de ambos, em razão de campanhas temáticas.

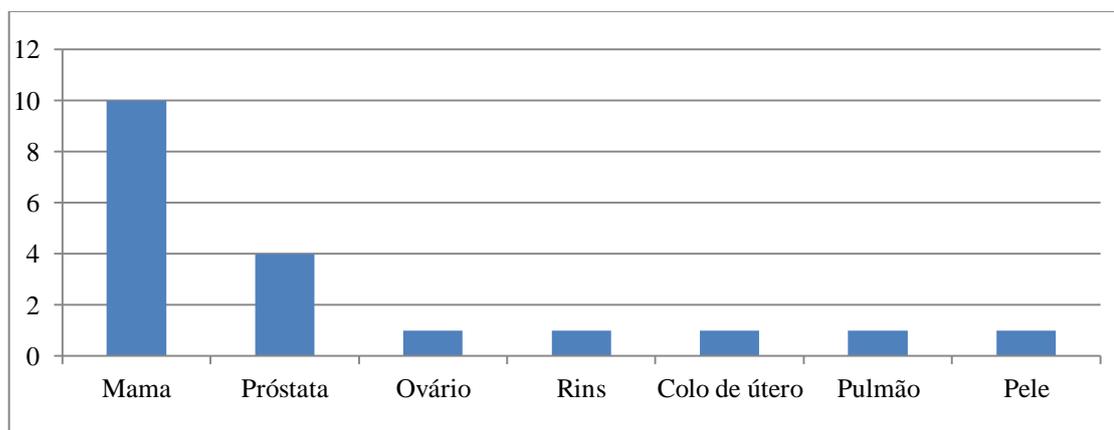


Gráfico 14: Quantidade de vezes em que cada tipo de câncer é abordado pelo RB

Um número significativo de reportagens não fez nenhuma tipificação quanto ao órgão afetado – seis, ao todo. A discrepância das inserções do câncer de mama no RB em relação aos demais tem a ver com o fato de as mulheres aparecerem mais frequentemente no programa. Estabelecer uma relação desse gráfico (14) com a estimativa do INCA é algo complicado, porque os números e a ordem são muito díspares. Apesar disso, é possível afirmar que os únicos tipos listados entre os mais incidentes pelo Instituto e que não aparece no RB são o de estômago e o de intestino; no RB, ao contrário, aparece o de ovário, que não está entre os mais frequentes segundo o INCA.

No telejornalismo público, os indivíduos anônimos são atores presentes nas matérias de saúde. Pessoas comuns são entrevistadas em grande parte das reportagens e,

poucas vezes, são usadas como personagens para narrar histórias. A participação se dá muito mais sob a forma de entrevistas, no formato de sonora. Não há este tipo de inserção em seis das 18 sequências.

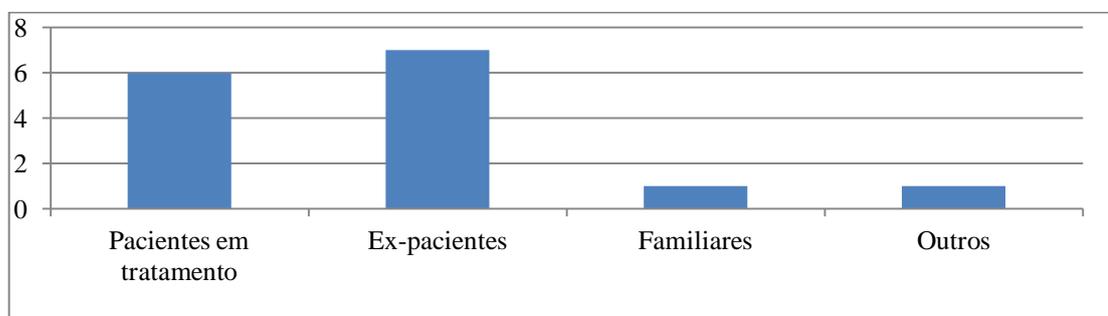


Gráfico 15: Incidência com que pessoas envolvidas com o câncer, não profissionais, são ouvidas pelo telejornal público

Na perspectiva de democratização, do direito à comunicação, a participação popular parece ser um padrão da lógica de produção do telejornal. Pacientes em tratamento, ex-pacientes e familiares aparecem, ao todo, 16 vezes nessa amostra. Na categoria Outros, inserimos um “povo fala” que questiona homens na rua sobre o conhecimento deles em torno do câncer de mama, que também atinge uma pequena parcela do público masculino. Entendemos, por outro lado, que a ínfima participação de familiares contradiz a crença de que esses indivíduos também são afetados pela doença. O único familiar ouvido foi uma mãe, cuja filha, ainda criança, se encontra em tratamento contra o câncer.

Embora haja pouca informação no que diz respeito à prevenção e aos sintomas do câncer, o telejornal ressalta, em dez das 18 reportagens, a importância do diagnóstico precoce e em apenas quatro produtos, ele oferece um teste para que o telespectador possa se autoexaminar. A veiculação da imprescindibilidade do diagnóstico inicial é algo muito ventilado sob a justificativa de que isso reduz a mortalidade ou aumenta as chances de cura.

A linguagem empregada para retratar a dor do câncer no telejornal assume, como já podemos perceber, uma particularidade, por ser algo que ainda atravessa muitos significados no seio social. Porém, no âmbito da TV pública, esses sentidos são mais concretos ou, pelo menos, não utiliza senão três tipos de discurso.

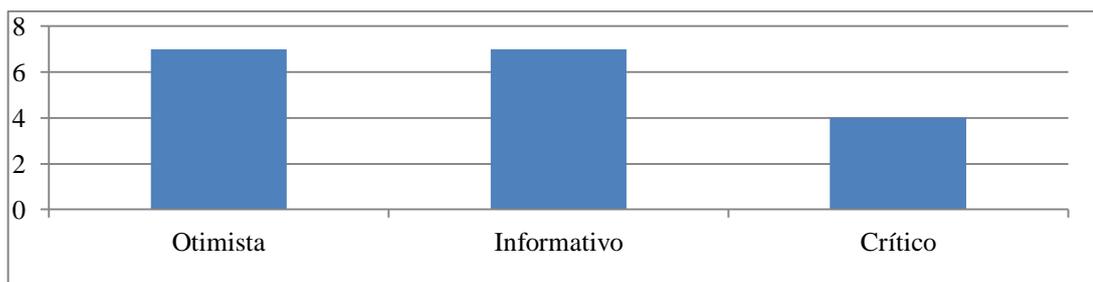


Gráfico 16: Classificação das matérias do RB quanto ao tom do discurso

Ao contar, superficialmente, casos de pessoas que superaram a doença, o RB adota um tom otimista, mostrando que a doença é plenamente curável e evitável. Na mesma quantidade, a estratégia é apenas informativa, abordando aspectos da doença e falando de políticas públicas ou de direitos dos quais os pacientes podem lançar mão. Em poucos casos, o discurso é crítico, quando predomina o temor da morte e da mutilação, para alertar que a doença cresce todos os anos.

Um recurso pouco adotado, em quantidade e qualidade, é o da infografia. Apenas três matérias utilizam recursos gráficos e, ainda assim, são recursos de arte simples, muitas vezes textuais e não muito dinâmicos. A utilização mais eficiente desse recurso poderia ir ao encontro de uma estratégia educativa do ato comunicacional, um conceito caro para o campo da comunicação em intercessão com a saúde.

## 5 O DIZER TELEVISIVO DO CÂNCER NA PERSPECTIVA QUALITATIVA

*“Quanto mais brando é o preconceito de que a doença é um castigo pela maldade, mais provável é a ideia que acentua a corrupção moral manifesta diante da propagação da doença” (SONTAG, 1984, p. 53).*

No capítulo anterior, apresentamos os indicadores referentes a todas as matérias que integraram nosso recorte de análise. Naquele momento, tínhamos o objetivo de reunir os dados para que tivéssemos uma noção mais geral dos nossos objetos de estudo e, por isso, interessava-nos conhecer os processos e os elementos que caracterizam esse tipo de cobertura televisiva.

Não obstante, notamos que os conteúdos que versavam sobre o câncer de maneira integral, isto é, aqueles em que a temática oncológica era o ponto principal, precisavam ser analisados de maneira crítica, de modo a constituir uma investigação centrada nas mensagens, nos depoimentos dos atores sociais envolvidos, na forma e no sentido com que as narrativas (jornalísticas ou não) são construídas e, assim, compreender, acima de tudo, os significados mobilizados nesse contexto para projetar efeitos sociais possíveis.

A esse procedimento, chamamos análise de conteúdo de natureza qualitativa, na qual pesam como expectativas ou parâmetros: a *presença do suporte especializado*, sobre o que está habilitado a falar, o que ele fala e de que lugar; a *participação popular* de pacientes, ex-pacientes e familiares, ou pessoas comuns, e como eles são ouvidos, como se dá a sua *representação*, se estão aptos ou não a *reivindicar suas demandas*; quais os *critérios de noticiabilidade* ou por que o câncer aparece nos programas; quais os *enquadramentos* e as *angulações* construídas; a *potencialidade comunicativa*, percebida por meio da narrativa, em relação às estratégias de personificação, humanização, dramatização e sensibilização do relato; as *relações* e as *metáforas* empregadas para se referir aos tumores; os *ditos* e os *não ditos* sobre as formas enunciativas do dizer do estado de saúde ou de doença; as *relações de poder* que emergem, a política, em sentido *lato* – o papel do Estado, o personalismo político e as políticas públicas; a *qualidade técnica* da sequência audiovisual; a *acessibilidade da linguagem*, com vistas a perceber eventuais ruídos pela escolha de termos e dados dificilmente codificados pelo público leigo. Todas essas referências vão orientar o registro empírico das experiências televisivas, quando da cobertura do câncer.

Embora tenhamos selecionado produtos de um canal privado e outro público, nosso olhar vem carregado de uma expectativa igualmente comprometida, principalmente porque ambas as empresas de comunicação utilizam um espaço público, concedido pelo poder

público. De qualquer forma, as materialidades dos produtos revelam, com certa nitidez, os interesses em disputa em cada lógica de produção e, talvez por isso, a ótica epistemológica se diferencia em alguma medida.

Ainda assim, a fundamentação teórica que subsidia esta dissertação serve para compreender os modos de fazer desses veículos, mas, sobretudo, indica qual a importância dessas abordagens no âmbito televisivo, sua relevância para a vida das pessoas e o desenvolvimento social. É com essa consciência que justificamos a estruturação do projeto, bem como o método de procedimento descrito, que aplicamos a seguir. A organização se dará com a separação por programas. As reflexões acerca do programa Ser Saudável estão incluídas aqui, conforme anunciamos no capítulo 4.

## 5.1 A QUALIDADE DAS NARRATIVAS SOBRE O CÂNCER NO JORNAL NACIONAL

Dividimos as 14 matérias de abordagem integral do câncer no principal telejornal da Globo em dois grupos, em razão das particularidades que encerram. O primeiro grupo é o das reportagens que integraram uma narrativa seriada, que prevê uma continuidade na cobertura a partir dos tumores malignos como tema central. O segundo agrupamento consta de conteúdos transmitidos isoladamente, sem que houvesse, necessariamente, alguma ligação com transmissões anteriores do telejornal.

### 5.1.1 Série especial

Nossa análise, a partir de uma preocupação com a qualidade da informação transmitida, segue uma ordem cronológica e começa pela série apresentada no principal telejornal da Globo, de 5 a 10 de agosto de 2013. São, ao todo, seis VTs que somam mais de 29 minutos do espaço do telejornal, no período de uma semana.

A série de reportagens foi conduzida por José Roberto Burnier, que se tornou uma espécie de repórter especial para a cobertura da doença no telejornal, tendo coberto os casos protagonizados por José de Alencar, Lula, Dilma Rousseff, dentre outros<sup>32</sup>. A própria

---

<sup>32</sup> O diagnóstico do câncer por figuras públicas, especialmente políticos, muitas vezes são o mote para que a doença seja abordada nos meios de comunicação. Isso ficou patente em estudos anteriores realizados, que se debruçaram justamente sobre a personificação como estratégia de cobertura noticiosa da oncologia. No caso de políticos, a emergência do tema quase sempre está atrelada às implicações que a enfermidade protagonizada pelos representantes pode repercutir na vida pública. Nesse sentido, a reportagem pode gerar efeitos sociais de dramatização, espetáculo, personalismo e mobilizar, de um modo geral, relações de poder. Após o término do seu mandato, Lula foi acometido por um câncer na laringe, cujo tratamento durou menos de um ano e que foi coberto pela mídia, de outubro a março de 2012. Entre idas e vindas, José de Alencar lutou contra o câncer em vários órgãos durante 13 anos, antes, durante e depois do seu mandato como vice-presidente de Lula. Dilma, por

produção da série jornalística demonstra uma inquietação do veículo em abordar um assunto que possui um *status* de relevância, mas o discurso e os aparatos jornalísticos utilizados revelam que se trata de uma doença grave, reforçando os sentidos de que gera sofrimento e que pode levar à morte. Talvez por isso, estejam evidentes alguns enquadramentos repetitivos. Uma das matérias, inclusive, leva uma equipe de reportagem aos Estados Unidos, a fim de fazer uma comparação com a situação brasileira, que é vista como atrasada e sem infraestrutura.

As seis matérias veiculadas, que se propõem a contemplar diferentes angulações do tema câncer, representam ainda uma tentativa de dar conta de todas as suas complexidades, práticas e simbólicas, constituindo uma abordagem continuada, que a cada dia procura preencher uma lacuna, abordar uma face desse universo delicado. Por essa razão, muitos especialistas e personagens aparecem mais de uma vez ao longo da semana, com depoimentos que dizem respeito ao aspecto destacado naquela unidade informativa. Há uma grande variedade de fontes, uma média de quatro por matéria, entre pacientes, ex-pacientes, populares que se previnem da doença, familiares e especialistas de várias áreas da saúde. Dessa forma, encontramos novidades em relação aos estudos anteriores, já que, nessa série, são ouvidos pacientes em tratamento (que, até então, por outras amostras, eram interditados) e profissionais de outras áreas além da medicina.

Alguns recursos, no entanto, permanecem como característicos dessa cobertura, a exemplo do uso recorrente de BGs e *sobe som*<sup>33</sup>, que garantem o tom emocional e sensacional das abordagens. Além disso, os recursos gráficos produzidos integram constantemente a sequência audiovisual, que, junto com a narração em *off*<sup>33</sup>, atribuem um caráter explicativo, educativo ao conteúdo. Isso está mais evidente na primeira matéria, que é uma espécie de introdução ou apresentação da série; que articula uma *infografia*<sup>33</sup> de mais de um minuto para “ensinar” o que são e como se formam os tumores malignos.

Ainda nessa primeira reportagem, verifica-se um tom alarmante do discurso, porque apresentam as estatísticas da doença para os próximos anos, que deve aumentar cada vez mais. É utilizada, por exemplo, uma estimativa da ONU segundo a qual, em 2030, o câncer poderá fazer mais de 13 milhões de vítimas fatais no mundo. A reportagem indaga a

---

sua vez, então pré-candidata à presidência, indicada por Lula, teve linfoma e todos os seus passos foram retratados pela imprensa.

<sup>33</sup> *BG* ou *background*, em telejornalismo, é o áudio de baixo volume, “de fundo”, muito utilizado para garantir o caráter emocional da reportagem. O *sobe som* é também um recurso sonoro, frequentemente usado após o BG, quando o volume do BG (ou um som ambiente da gravação) é aumentado na edição. A *narração em off* é o texto lido pelo repórter enquanto as imagens se sucedem no vídeo. A *infografia* é a produção de materiais gráficos (animação, imagens em 3D, tabelas) exclusivos para determinada reportagem; normalmente tem um caráter explicativo.

que se deve esse fato, se cada vez mais a tecnologia avança; a explicação dos especialistas é que a expectativa de vida também aumenta, associada à poluição, aos maus hábitos e a questões genéticas. Nessa perspectiva, os pacientes são ouvidos para falar, rapidamente, de suas experiências e para mostrar, no discurso da esperança e da positividade, que 60% dos pacientes se curam. Há referências a políticos e celebridades, de modo a inferir, no subtexto, que o câncer independe de posições sociais ou econômicas; mas, muitas vezes, pode ser causado pelo uso do cigarro, por exemplo, que provoca o câncer de pulmão – o tipo que mais mata. Apesar de tantos problemas, a narrativa termina com um *happy end*, ao contar a história de uma moça que teve a perna amputada por ocasião de um câncer no osso e que hoje é jogadora de vôlei paraolímpico. Nessa mesma matéria, o jornalista chega a chamar o câncer de “encrenca”, lista uma série de fatores que podem facilitar o desenvolvimento de tumores e cita diversos famosos que tiveram a doença e conseguiram se curar (um médico entrevistado diz que isso ajuda a desmitificar o câncer). Acerca da complexidade das neoplasias, uma paciente comenta que todos se perguntam, após o diagnóstico: “por que comigo?”. Outra afirma também que falar na doença ainda é difícil. Um especialista, por sua vez, é assertivo quando declara que 99,9% de câncer sem tratamento é igual à morte. Entre tantas informações depreciativas, um médico comenta, na contramão, que antigamente apenas 20% das pessoas com câncer se curavam, mas hoje esse número subiu para 60%. O repórter conclui, assim, que “a cura do câncer é um dos maiores desafios da Medicina”. Apesar de bem superficial, essa matéria estabelece alguma discussão sobre o fato de a doença ainda ser tabu, por ser escondida por algumas pessoas.

Na sequência, a série procura evidenciar uma denúncia de que no Brasil existem poucos hospitais de referência para o tratamento de neoplasias (apenas presentes em cinco unidades federativas) e que há uma disparidade estrutural entre as regiões brasileiras. A estratégia comunicativa é mostrar os recursos de um grande hospital, localizado no interior de São Paulo, que atende pacientes oriundos de diversas regiões do país, que não têm acesso próximo a um tratamento equivalente. Os personagens enfrentam longas distâncias e isso é argumento para demonstrar que o sistema de saúde para o câncer no país é deficitário, insuficiente; prejudicando, ademais, o tratamento dos pacientes. Mas o depoimento de um representante do INCA apresenta uma visão otimista, afirmando que o sistema vai melhorar nos próximos anos. O repórter questiona o pesquisador sobre o porquê de o câncer só ter passado a ser considerado um problema de saúde pública nas últimas duas décadas. A resposta é a de que, a partir de então, a doença recebeu um caráter epidemiológico e também por causa dos altos custos de tratamento; todavia, o sistema ainda apresenta sérios problemas

estruturais. A principal dificuldade seria o financiamento e, por isso, cogita-se a possibilidade de acolher doações – uma prática já realizada por algumas instituições de saúde. Ainda nesse produto, uma enfermeira é ouvida e outros dois médicos, além do presidente do hospital, apresentado como um pecuarista que deu continuidade à idealização do pai e que hoje trabalha a maior parte do tempo em busca de doações. Não obstante a denúncia de um sistema público ineficiente, a matéria não dá voz a um representante do Estado, que deveria ser, assim, o provedor e o prestador de serviços à população.

No terceiro momento, a pauta direciona-se para um aspecto ainda mais sensível do câncer e, talvez por isso, esta seja a matéria com maior apelo de sensibilidade, porque procura retratar a realidade de crianças e adolescentes que foram diagnosticados com a doença. A reportagem inclui dados da doença em relação a esse público, as pesquisas voltadas para os pacientes pediátricos, também afirmando que 60% deles são curados. A matéria procura mostrar como é o universo infantil para esses pacientes, os estudos e as brincadeiras; retrata, além disso, o caso de uma bióloga que teve câncer na adolescência e que hoje se dedica a pesquisas de combate à doença. Outra vez, o recurso do *happy end* aparece, ao contar a história de uma família que teve dois casos de câncer, uma mãe e sua filha, que “venceram” a doença e levam uma vida normal na atualidade. O conteúdo aponta ainda para a importância da “alegria” no tratamento e o jornalista parece ter, nesse caso, respaldo para dizer que “o câncer é uma doença tão impactante que atinge toda a família”.

A quarta reportagem da série fala das consequências do tratamento do câncer para os pacientes, as limitações e as reações da quimioterapia e da radioterapia, que são enquadradas como terapias, muitas vezes, agressivas. Isso está presente nos depoimentos dos pacientes e de cinco médicos entrevistados ao longo da matéria. Destaca-se a importância do diagnóstico no estágio inicial, de modo a sugerir ao telespectador uma avaliação anual do estado de saúde, seguindo as recomendações com relação aos exames de prevenção. Nessa perspectiva, a matéria enaltece as iniciativas inovadoras de diagnósticos que vão até a população, cujas sonoridades com os cidadãos servem “de exemplo”, pois fazem exames regularmente, principalmente quando apresentam histórico familiar da doença. Destaca-se uma prática que busca identificar a síndrome de Li-Fraumeni, que determinaria através do mapeamento do genoma humano uma predisposição para a manifestação de tumores. Isso fica um tanto obscuro no discurso jornalístico, pois tal informação vem cercada de certo nível de erudição linguística nas informações técnicas. Em sintonia com o que propõe a pauta, um médico chega a asseverar que a coisa mais importante é a educação para a prevenção. Em alguma medida, pode-se questionar se a reiteração incisiva da importância do diagnóstico

precoce suscitaria alguma culpabilização, caso algum indivíduo venha a descobrir a doença tardiamente. Por fim, o jornalista aborda os avanços tecnológicos no diagnóstico e em tratamentos menos agressivos (cirurgias e terapias).

O quinto produto audiovisual da série adota uma estratégia comparativa, em nível internacional, para tentar comprovar que existe uma referência nos Estados Unidos de centro de tratamento e pesquisa do câncer, que atrai estrangeiros, como os 21 brasileiros que se trataram da doença nesse centro de referência localizado no Norte da América. A matéria enaltece os equipamentos de ponta e a estrutura sofisticada da instituição, que investe cerca de 1,3 bilhão de dólares em pesquisa, além de propor ainda esforços para a prevenção. No entanto, o tratamento é caro e não é integralmente coberto pelos planos de saúde, fazendo com que muitos busquem apenas orientações para prosseguir com o tratamento em outros países. A reportagem dá ênfase a um equipamento de radioterapia, o acelerador de prótons, que teria maior precisão no tratamento radioterápico; com pouca problematização desse tipo de tratamento e pouca explicação sobre as indicações do uso desse aparelho. Depreende-se aqui um forte caráter institucional da atividade jornalística e uma crítica implícita ao sistema de saúde no Brasil, apesar de o hospital não ser acessível a todos, mesmo para os cidadãos americanos. Um personagem brasileiro que tem câncer nos dois pulmões e no cérebro é tratado nesse centro e apresentou melhoras substanciais na regressão dos tumores. O paciente dá um depoimento marcante ao dizer que o tabagismo é uma falta de amor-próprio: “fumar é o cúmulo da ignorância”. Contudo, a abordagem também demonstra os desafios dessa grande instituição por reduzir o número de mortes e encontrar a cura para os principais tipos de câncer. O presidente do hospital também diz que são desenvolvidos testes para descobrir se uma pessoa tem predisposição para desenvolver a doença. A reportagem se apropria de uma metáfora que é utilizada pela própria instituição com relação à ida do homem à Lua, para que, num sentido positivo/otimista, se acredite que os desafios podem ser alcançados.

Na sexta e última reportagem da série, novamente são colocadas em evidência as pessoas que se deslocam por longas distâncias em busca do tratamento, enfrentando dificuldades no transporte, que geram altos custos financeiros e psicológicos. Novamente a abordagem é centralizada no Hospital de Barretos, cujo aeroporto local não faz voos comerciais. Esse conteúdo também possui um caráter de denúncia, sobretudo, em relação ao aeroporto, cujo responsável da instância municipal afirma não ser possível operar voos na estrutura atual. Outro representante do governo diz que o valor das passagens será subsidiado pelo Estado. Um especialista, por sua vez, considera que as dificuldades no acesso/transporte prejudicam, em alguma medida, o tratamento dos pacientes, já que eles demandam conforto e

um tratamento humanizado. Pacientes e seus familiares reclamam das dificuldades de acesso ao hospital. As empresas de transporte aéreo do país informam, na nota pé<sup>34</sup>, que não pretendem criar voos para a cidade de Barretos.

As observações revelam que essa cobertura faz jus ao modelo dramatúrgico de lidar com os eventos cotidianos, na construção narrativa audiovisual que apresenta estratégias para sensibilização, sensacionalização ou humanização do relato noticioso. Os pacientes, quase sempre, são vítimas do sistema ineficiente e também agentes causadores do seu próprio mal estar, porque podem, de repente, não ter cultivado “hábitos saudáveis” ou porque foram negligentes com a própria saúde e não identificaram o problema na fase inicial (culpabilização). Médicos (autoridades de poder simbólico) e pacientes curados são os heróis dessa realidade mediada, que vencem ou que venceram o grande inimigo: o tumor maligno. O Estado é ordinariamente um vilão silencioso que não assegura as condições mínimas para um tratamento eficaz, que garanta resultados mais promissores. Apesar de tudo isso, na materialidade telejornalística, está sempre como pano de fundo a esperança, a possibilidade de um “final feliz”, que é o da superação desse mal que adquire *status* coletivo.

Nesse espaço público moderno, a ordem do dia é a busca por iniciativas que tentem promover avanços para o setor, que devem pressupor ações conjuntas dos profissionais de saúde, da população, dos cientistas e dos administradores da máquina pública. Não se pode omitir, ainda, que essa abordagem assume um viés extremamente genérico, que se vale de pequenos contextos, amostras pontuais para representar um todo. Acrescido aos interesses empresariais em disputa, ressaltamos os aspectos que são silenciados, ainda que a fórmula jornalística seriada se proponha e se apresente, de fato, como um relato aprofundado de se abordar o assunto, sem se prender à superficialidade dos relatos factuais. Mas é claro, contudo, que há muito ainda por ser dito, sobretudo no que tange às políticas públicas, aos direitos dos pacientes e a uma grande parcela da população que não é representada nesse contexto, mostrado como uma esfera pública de abrangência nacional.

### **5.1.2 Demais matérias**

Os outros oito produtos veiculados após a série, que foram considerados como *totalmente* dedicados à cobertura do câncer, foram ao ar principalmente em 2013, já que apenas uma matéria desse grupo foi transmitida em abril de 2014. Isso se deve provavelmente

---

<sup>34</sup> “Nota pé” é o texto lido pelo apresentador, após o VT, para complementar, corrigir ou atualizar alguma informação da matéria veiculada.

ao fato de que o assunto ganha destaque na mídia por ocasião das campanhas dos meses de outubro e novembro. Foram contabilizadas cinco matérias só em novembro de 2013.

São, em geral, matérias menores do que as da série, com cerca de dois minutos cada; com exceção da que se trata de uma nota coberta, de 21 segundos. Em todos os VTs, da mesma maneira como aconteceu na série especial, há a identificação das características do modelo que se convencionou chamar de “dramaturgia do telejornalismo” (COUTINHO, 2012). Esse padrão hegemônico parece ser potencializado nas matérias de cobertura do câncer, sobretudo quando é personificada. As histórias contadas apresentam um interesse humano mais reforçado, por conta dos significados que a palavra “câncer” carrega. Os relatos dramáticos, sobre a dor do outro, utilizam os tumores como “inimigos”, um mal a ser combatido pelas vítimas (os pacientes), com o auxílio dos profissionais de saúde (leia-se médicos, pois são os que aparecem mais frequentemente e têm um lugar de fala de autoridade/credibilidade) e dos familiares.

Chama a atenção uma matéria (“Cientistas britânicos descobrem mutações que dão origem à maioria dos tipos de câncer”, reportagem, ciência, 15/08/2013) que compara o trabalho de pesquisadores com o de detetives, na busca de “pistas” e “rastros” que causam as mutações genéticas que constituem os tumores malignos. Porém, a analogia não torna a linguagem menos técnica, pois os procedimentos não são tão simples, principalmente porque se fala de genoma. A sequência audiovisual busca mostrar que a descoberta dos ingleses trará uma nova ferramenta para evitar o câncer, pois “conhecendo a causa das mutações, é possível evitar que elas aconteçam”, afirma o jornalista.

No Outubro Rosa, o telejornal veicula uma matéria sobre um projeto do INCA de reabilitação para mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama (reportagem, saúde, 26/10/13). A técnica consiste basicamente no treinamento e na prática do remo. O enquadramento noticioso conta a história de três mulheres que, inicialmente, falam do sofrimento após o diagnóstico (“é como se tivessem tirado o mundo de debaixo dos meus pés”, “por que eu?”) e que passaram por um tratamento que, conforme o jornalista afirma, “castiga o corpo e impede qualquer esforço físico”. A reportagem enaltece o trabalho de uma médica que trouxe o método do Canadá e informa que a técnica já era realizada em outros dez países. As personagens parecem animadas com o projeto, pois se consideravam pessoas fisicamente ativas antes da doença. A especialista garante que o remo possibilita uma sobrevivência maior para essas mulheres. A nota pé esclarece que há uma série de requisitos para que as pacientes possam ser assistidas pelo projeto.

A nota coberta “Iluminação azul no Congresso alerta para prevenção do câncer de próstata” (saúde) publicada no começo do Novembro Azul alerta que 90% dos casos de câncer de próstata são curáveis quando descobertos no início. Uma semana depois, o telejornal mostra que os médicos passaram a recomendar o exame de próstata para depois dos 50 anos, e não mais aos 45. A reportagem utiliza especialistas urologistas para justificarem a nova recomendação, que afirmam haver pouca incidência na faixa etária anteriormente indicada e que hoje há mais conhecimento sobre a doença. No que tange à comunicação de risco, o telejornal informa que o tumor de próstata é o mais comum entre os homens e o que mais mata. O conteúdo também explica que, para o grupo de risco (negros, obesos e quem tem histórico familiar para a doença), o exame deve ser feito a partir dos 45 anos e não mais aos 40. Desse material, o subtexto relevante é aquele que debate a questão cultural mobilizada pelo exame de toque, visto por um personagem como “constrangedor”, mas necessário. Esse personagem conta ter conseguido modificar a mentalidade de alguns amigos. Exatamente por isso, o texto o jornalístico narra que “o exame de toque continua indispensável”.

A reportagem “Médicos usam impressora 3D para ajudar no tratamento do câncer” (saúde, 18/11/13) divulga uma técnica desenvolvida por médicos brasileiros para facilitar as cirurgias de remoção dos tumores nos ossos da face. A matéria conta a história de um paciente que passou pela cirurgia e que tinha um câncer “considerado extremamente grave”. O jornalista faz uma passagem dentro do centro cirúrgico, todo paramentado, para explicar a técnica juntamente com os médicos. O método reduz os custos, o tempo de cirurgia e a mutilação dos pacientes. O estudo teve, inclusive, repercussão internacional e a técnica deve estar disponível no SUS em 2014. A informação mais interessante é a de que o personagem “leva agora uma vida normal como qualquer outra pessoa”, utilizando bem as funções de sua mandíbula (onde foi acometido pelo câncer). O pano de fundo dessa afirmação é que, muitas vezes, há uma diferenciação entre pessoas com (ou que tiveram) câncer e pessoas “normais”, sendo que os primeiros apresentam limitações físicas; nem sempre, portanto, podem levar uma “vida normal”.

Uma narrativa ainda mais sensível marcou a matéria “Crianças em tratamento de câncer se surpreendem com apoio em desenho animado” (reportagem, saúde, 22/11/13 – véspera do Dia Mundial de Combate ao Câncer Infantil), tendo em vista o público a que se refere. A reportagem dá visibilidade à exibição, para crianças com câncer, de uma animação infantil onde os personagens da conhecida “Turma da Mônica” estão calvos. Há uma relação de identidade dos personagens da história com as crianças mostradas pela reportagem, que se sentem representadas. A matéria tenta mostrar que isso ajuda os meninos a lidar melhor com

as consequências do tratamento, pois algumas, inclusive relacionadas pela reportagem, sentem vergonha em espaços públicos por causa da careca. Um médico entrevistado defende que é preciso se “solidarizar com essas pessoas”. Uma criança, numa sonora, refere-se ao câncer como “bichinho ruim”. A calvície aparece aqui como um dos símbolos do câncer, que serviu de atributo para uma narrativa ficcional infantil, com fins de sensibilização.

Um produto jornalístico que poderia ser da editoria de Cultura migrou para a de Saúde para falar de prevenção do câncer de mama, em virtude de uma exposição de fotos em Belo Horizonte de mulheres “*desafiadas*” pelo câncer. Um novo ingrediente para o tratamento integra a cobertura jornalística, o da espiritualidade, verbalizado por uma personagem que afirmou que a fé ajudou em seu tratamento. Embora haja informações sobre a exposição, o centro do debate foi a prevenção, reforçando, pela fala do médico, que as chances de cura com diagnóstico precoce são maiores e as taxas de mortalidade, menores. A tessitura telegenérica tenta ainda edificar uma outra imagem para o câncer, a de mulheres seguras, satisfeitas, com autoestima elevada; mesmo com a adversidade do câncer. Tais estados de espírito, segundo a reportagem, são importantes para o enfrentamento da doença.

A última matéria dessa etapa publiciza uma iniciativa do Hospital A.C. Camargo que objetiva treinar tatuadores para identificar o câncer de pele, o tipo mais comum entre os brasileiros; que é provocado, de acordo com o telejornal, pela falta de proteção (mau hábito: não usar bloqueador solar). A reportagem mostra um tatuador examinando um cliente, à procura de eventuais manchas pelo corpo – um ato aparentemente construído pela equipe de reportagem. Também há a informação de que cobrir manchas com tatuagem pode ser um empecilho para o diagnóstico do câncer. Mais uma vez, o diagnóstico inicial aparece como fator importante para a cura.

A representação dos pacientes e de sua fragilidade física e psicológica parece ser o ponto principal desse segundo grupo de matérias do JN. Em diversas situações, verificamos que o câncer é tido como uma doença que limita, ainda que temporariamente, o paciente de suas habilidades e suas competências; colocando-o ainda como aquele indivíduo com o qual precisamos nos solidarizar, ter piedade. O jornalismo, nesse caso, assume um papel moralizador da sociedade que circunda esse público. Até mesmo quando pacientes são mostrados como exemplos de superação, o enquadramento deixa implícito que a segurança pessoal e a autoestima são posteriores ao tratamento – a cura é uma condição para o bem-estar psicológico. Por conseguinte, o discurso mobiliza uma tentativa de mudança cultural, de visões de mundo, como no caso da necessidade de fazer o exame que detecta o câncer de próstata – um grande tabu, que inclui preconceito e desconhecimento. Valoriza-se, ademais, a

questão do diagnóstico precoce e dos hábitos que precisam ser evitados, para se precaver de uma “terrível batalha” contra os tumores malignos, que levam à morte e à mutilação.

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DA COBERTURA DO CÂNCER NO BEM-ESTAR

Em razão do grande número de conteúdos considerados como de abordagem integral (24), faremos um esforço no sentido de evitar descrições exaustivas acerca das exposições, para que a análise de caráter qualitativo possa, acima de tudo, evidenciar os elementos mais relevantes e singulares da cobertura, de modo que atenda aos objetivos desse estudo. Além disso, alguns vídeos chegam a durar até 28 minutos.

No programa que entrevistou ao vivo a apresentadora Ana Maria Braga, o mote foi sem dúvida discutir a forma de lidar com a doença, tomando Ana Maria como exemplo, já que ela venceu dois tumores. Essa abordagem ocorreu de maneira semelhante à de outras transmissões, comparando-se metaforicamente a doença com um “mar revolto”. O oncologista comenta que o câncer é um “assunto que mexe tanto, emociona e gera comoção”, considerando que, com o diagnóstico da doença, o paciente estaria em um “barco”, enfrentando as tormentas com as pessoas e os profissionais que estão em volta. Ana Maria afirma que um câncer “mexe com a alma” e que é preciso fé (espiritualidade) para vencer as adversidades. Ela afirma ainda que é uma doença “terrível” e que, assim como a maioria das pessoas, chegou a se perguntar “por que eu?”, “e agora?”. A apresentadora concorda que quase não se falava da doença e que tem gente que ainda tem medo de dizer que a tem. Por se tratar de uma celebridade, o BE nesse dia apelou para a emotividade, explorando imagens exibidas na sequência.

A edição que fala sobre as pintas no corpo, que podem ser indícios do câncer de pele, informou sobre os dois subtipos mais comuns: o carcinoma e o melanoma; cuja explicação principal é a de que o melanoma é o mais grave. A informação central foi a de que a possibilidade de ter câncer aumenta quando a pessoa tem mais de 50 pintas no corpo. Ao apresentar uma das possíveis terapias, mais modernas, o BE comenta que o SUS não cobre por ter um custo alto. Esse link apresentou muitos vocábulos técnicos para se referir às doenças e às técnicas empregadas no tratamento; nomes pouco usuais no cotidiano e na própria mídia, quase não explicados (‘carcinoma’, ‘melanoma’, ‘imunoterapia’ e ‘metástase’ são alguns exemplos).

A chamada do vídeo “Conheça os futuros tratamentos para o câncer de pele” (05/08/13) já antecipa que o foco é abordar terapias que ainda não estão disponíveis. Nesse

sentido, a narrativa oferece informações a respeito de todos os equipamentos, ainda em fase de elaboração, explica os procedimentos e as possíveis vantagens; porém, nada disso é aplicado nesse momento. São expectativas para os próximos anos que podem gerar esperanças no presente. Questiona-se, assim, a utilidade ou a necessidade desse tipo de divulgação para o momento em que se insere.

Dentro das políticas de conduta para pacientes com câncer, o link “Emagrecer ajuda no tratamento contra o câncer” (21/10/13) enaltece a importância da perda de peso que, dentre outros benefícios, diminui a chance de o câncer reincidir. Um ex-paciente é ouvido, como modelo, e sentencia: “eu já venci”. Nesse mesmo dia, outra sequência mostra que os bons hábitos (leia-se perda de peso, alimentação equilibrada e exercícios físicos) podem evitar também a metástase, configurando-se como “armas legítimas” junto aos tratamentos já conhecidos. O médico corrobora essas informações dizendo que a metástase tem causas ainda “obscuras” e que não é o mesmo que incurável, mas que se trata do pior prognóstico que um paciente com câncer pode ter. Ainda assim, as referidas atitudes são formas eficazes, segundo os médicos, para “vencer a doença”.

O início da matéria “Reni busca recuperar autoestima após cirurgias de reconstrução de mama mal sucedidas” (17/12/13) demonstra, de antemão, que será uma abordagem delicada. Isso se dá na fala da repórter sobre o câncer: “este é o diagnóstico que ninguém nunca gostaria de receber”, e também no depoimento da personagem que chora após o insucesso de várias tentativas cirúrgicas de reconstrução mamária. O apelo dramático é atribuído à depressão e à baixa autoestima, ocasionadas pela insatisfação com o próprio corpo, que impedem a paciente de se olhar no espelho e que a fazem usar roupas estampadas e sem decote. Apesar disso, o final é de esperança porque há a promessa de um novo médico, em novas intervenções, de reconstruir o seio. Por isso, a personagem justifica que as lágrimas são de esperança.

Um tom crítico predomina no VT que fala do personagem Antônio, que sabia que estava com algum problema, mas protelou durante um ano a ida ao médico. Ele tinha câncer no intestino e, por isso, encontrava sangue nas fezes. Não obstante a crítica à postura do ex-paciente, a narrativa mostra que ele superou e que agora promete visitar o médico periodicamente. A esposa participa da matéria falando da importância do apoio ao paciente.

O primeiro Bem-estar de 2014 (01/01/14) foi transmitido ao vivo de um parque, onde os apresentadores, um gastroenterologista e um pediatra conversavam com pessoas e davam informações sobre saúde. Mais uma história de superação é contada com a finalidade de mostrar que a tranquilidade é importante para o tratamento, como afirma um paciente que

teve um tumor no intestino e que atribui a causa da doença ao estresse. Além dos comportamentos, a mídia também parece vocalizar um quadro psicológico fundamental para evitar e lidar com a doença.

O outro VT com uma figura pública ganha um caráter emocional para abordar o caso de uma ex-participante do *reality* BBB, Maria Melilo, que teve que tirar 70% do fígado por conta de um tumor; possivelmente ocasionado pelo uso contínuo de anabolizantes. A matéria explica no que consiste essa substância e fala dos malefícios decorrentes dela, mas explora o arrependimento da personagem, que recebe até uma trilha, em BG. Como o órgão afetado se regenera, Maria conta que o fígado já está novamente com o tamanho normal.

Uma dicotomia entre câncer e saúde se torna muito evidente no programa “Veja como prevenir o aparecimento do câncer” (05/02/14). A edição especial tenta, literalmente, “fechar as portas” para doença, expondo as ações que podem ser estabelecidas com esse objetivo. Esse episódio tenta mostrar que a informação e o conhecimento são importantes para evitar os tumores malignos e, talvez por isso, tenha evocado quase todos os elementos que envolvem a doença, das causas às consequências, da prevenção ao tratamento.



Figura 2: Imagem utilizada no Bem-estar do dia 05 fev. 2014, atribuída ao Hospital A.C. Camargo, para conscientizar as pessoas da prevenção da doença, por ocasião do Dia Mundial do Câncer (4 de fevereiro)

Nesse dia, levantaram-se muitas causas possíveis para o câncer, bem como as formas de prevenção. Destaca-se a informação de que não há indícios científicos de que problemas psicológicos causam o câncer, sendo, na verdade, o envelhecimento o maior fator de risco. O episódio aborda, com certa amplitude, um exame moderno, denominado PET CT, que localiza com precisão um tumor em qualquer lugar do corpo humano. Após dar visibilidade à técnica, o BE conta que o procedimento não está disponível no SUS e que seu custo pode chegar a três mil reais. A associação câncer e medo aparece mais uma vez na fala de um médico, que afirma que é preciso coragem para enfrentar a doença. O medo de receber

o diagnóstico, para ele, não pode impedir o paciente de fazer o exame e, por isso, ele defende que é preciso “desmistificar a doença”. Um dos entrevistados afirma ter nascido outra vez, após superar o câncer, e outra paciente chora porque está com suspeita de uma reincidência (que é confirmada, posteriormente). Fala-se, novamente, que o diagnóstico precoce eleva as chances de cura e que os fumantes, com mais de 30 anos de uso de cigarro, constituem o grupo de alto risco para o câncer de pulmão, referido como “muito severo” pelo jornalista, e como “agressivo” pelo médico.

Uma consequência pouco conhecida do câncer é o gancho noticioso de uma edição do BE para divulgar um produto desenvolvido em solo brasileiro. O vídeo mostra que pacientes de câncer na cabeça e no pescoço sofrem com a perda de saliva, em função do tratamento. A falta de salivagem, segundo um cirurgião e um dentista, podem gerar vários problemas dentários. Por causa disso, um grupo de pesquisadores brasileiros desenvolveu uma saliva artificial, distribuída gratuitamente, que ameniza esse problema, como ratifica um dos pacientes que recebeu o líquido. Em alguns casos, o câncer parece assumir grande complexidade, podendo envolver diversas áreas da saúde, como a odontologia no caso descrito. Esse episódio ganha ares de serviço<sup>35</sup>, pela forma e pelo conteúdo do relato; embora o trabalho científico seja o aspecto central.

Dentre aquelas que poderiam ser consideradas “profissões de risco”, um vendedor ambulante é usado como personagem de uma matéria sobre o câncer de pele. Em outros momentos, o BE chegou a falar que motoristas e outras ocupações características dos grandes centros urbanos constituem um coletivo de risco para a doença, em decorrência da poluição. Sobre o ambulante, o programa narra que ele nunca tinha usado protetor solar e possuía muitas manchas no rosto, mas só procurou ajuda quando algumas feridas secretaram sangue. O vendedor foi diagnosticado com seis tumores, foi tratado e, agora, afirma que tem medo do sol e que usa protetor solar e óculos escuros.

“Hoje nós vamos falar da doença que ninguém gosta nem de falar o nome”, declarou o apresentador na abertura do programa do dia 2 de abril de 2014. A edição promete detalhar a “quimioterapia personalizada”, que consiste na administração de um tratamento específico para cada tipo de câncer, que diminui os efeitos colaterais. Contudo, a abordagem é mais ampla porque fala de outras formas, como a cirurgia. Um médico comenta, por exemplo, que a perda da mama era o maior temor das mulheres, contudo ele assegura que, atualmente, as cirurgias de reconstrução deixam os seios muito bonitos esteticamente. Sob a perspectiva

---

<sup>35</sup> “Serviço”, em jornalismo, é um tipo de informação, que tem caráter de utilidade pública.

do pós-diagnóstico, o produto televisivo contempla depoimentos de pessoas, como a de uma paciente que dispara: “divulga-se muita coisa ruim sobre o câncer e isso não ajuda”. A equipe de reportagem mostrou a iniciativa de um hospital que melhorou o ambiente da quimioterapia, com mais conforto, o que favorece teoricamente o tratamento, como uma entrevistada confirma. Será que esse tipo de atenção é comum na realidade da maioria dos pacientes? Outra atitude simples proposta pelos médicos é a de que os próprios colegas devem ouvir os pacientes, com o fito de atender suas demandas. Um deles comenta que o câncer é uma doença que aumentou em 20% a incidência em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento; uma vez que está associada ao crescimento e ao envelhecimento da população. Outras iniciativas inovadoras destacadas pelo discurso televisivo, mas aparentemente pontuais, são a de um hospital que montou um estande para que as pessoas pudessem escrever mensagens de estímulo para os seus pacientes. O BE mostra dois pacientes lendo a mensagem, que se emocionam no vídeo; garantindo o ingrediente emocional para o produto midiático. Essas mensagens, conforme a matéria fez parecer, falavam de “fé”, “lutar” e “vencer”. Ainda nesse sentido, o programa evidenciou o trabalho de uma equipe de enfermeiros que promove uma festa para cada paciente transplantado de medula óssea e que obtém êxito no procedimento. A paciente que recebeu a festa é ouvida para confirmar a importância desse tipo de atitude.

Para categorizar alguns produtos quanto a sua relação com o câncer, o BE monta no estúdio uma bancada dividida em duas áreas: “causa câncer” e “não causa câncer”. Um oncologista ajuda a classificar os produtos, justificando cada um. Aqui, a doença está fundamentalmente relacionada com os maus hábitos: exposição ao sol sem proteção, bebida alcoólica em excesso e cigarro. O último é o grande vilão, por ser o responsável por 50% dos tumores no mundo, matando mais do que as guerras, de acordo com o médico. Em um VT que integra essa sequência, há a abordagem da exibição de uma história infantil para as crianças com câncer de um hospital. Elas assistem a um episódio da “Turma da Mônica”, onde todos os personagens estão sem cabelo, o que sugere a doença, mas ela não é citada na animação; fato que sinaliza para uma tentativa de naturalizar a questão estética e a própria doença.

O uso do cigarro aparece novamente na tessitura audiovisual para ser enquadrado como o algoz de um drama protagonizado por uma paciente que precisou retirar a laringe e as cordas vocais e, assim, perdeu a fala. Dentre os problemas, ela agora sofre pelo constrangimento de precisar usar uma laringe eletrônica, que emite uma voz artificial a partir dos movimentos que ela faz. A esperança fica a cargo da possibilidade de uma prótese que

poderá fazer a personagem falar novamente. O depoimento dela e do marido vem à cata dessa expectativa para que ela possa se comunicar mais naturalmente de novo.

Uma técnica de tratamento para o tumor da tireoide é o ponto central de uma edição do BE que vai falar do êxito, mas também do aspecto negativo, do uso do iodo radioativo. Uma paciente comenta que passou por esse tratamento e que foi uma experiência “traumatizante”, porque à época os enfermeiros usavam avental de chumbo. Outra jovem e sua mãe relatam que a primeira precisou se isolar por causa do efeito radioativo. Mesmo assim, um médico nuclear assegura que a radiação utilizada nesse tratamento não oferece riscos. Além do iodo, os pacientes dessa doença normalmente precisam de fármacos para reposição hormonal.

Cinco links desse grupo dizem respeito ao programa veiculado no dia 3 de junho de 2014. Quatro deles narram histórias de personagens que viveram situações inusitadas com o câncer. O primeiro caso é o da Vânia, que descobriu um câncer de mama durante a gravidez. O modelo sensacional da abordagem procurou mostrar o risco da cirurgia que Vânia precisava fazer, por causa da anestesia geral, que podia prejudicar o bebê. Ainda assim, ela passou pelo procedimento e meses depois a criança nasceu saudável. O segundo caso é o de uma mulher que teve um tumor cerebral do tamanho de um limão, que precisou buscar apoio de outras pessoas nas redes sociais, porque as pessoas passaram a “olhar diferente” para ela nas ruas da sua cidade. Ela conheceu outras pessoas com o mesmo problema, com as quais passou a se relacionar virtualmente e foi assim que, segundo ela, conseguiu “ter forças” para vencer a doença. Uma das amigas virtuais também foi entrevistada via webconferência e outra apareceu em foto, já que veio a falecer. A história termina com a esperançosa notícia de que a personagem está grávida. Márcio é o personagem do terceiro caso, que faz parte do quadro “Aprendi com o Bem-estar”. Ele afirma ter aprendido os sintomas do câncer de intestino com o programa e então resolveu procurar um médico. Ele fez um exame e, por interpretar equivocadamente o resultado, postergou o retorno ao médico. Com a persistência dos sintomas, ele voltou e agora realiza tratamento. O personagem “aprendeu sem sair da cama”, anunciou a jornalista, porque ele assistiu ao episódio (já abordado nessa análise) em que o apresentador e dois médicos estão dentro de um intestino inflável (18/07/13). Esse caso parece comprovar a influência da mídia na realidade, em especial na saúde pública, e demonstra o quanto a população ainda desconhece os problemas do próprio corpo e tem dificuldade de compreender o aparato linguístico construído pela área da saúde. Outra intervenção do programa, agora de maneira mais direta, é feita com a personagem Jeniffer, que é uma criança de “coragem”, que emocionou as pessoas pela luta que ela travou com os

seis tumores cerebrais que teve (ainda falta eliminar um). Ela já foi personagem de outra matéria do BE (que não esteve em nosso escopo de análise) e que gerou repercussão pela espontaneidade e alegria. A intervenção da mídia se deu pelo fato de que a repórter levou para ela uma peruca, doada pelas idealizadoras da ONG Cabelegria, que recebe doações de cabelo e confecciona perucas para pacientes com câncer. A menina se mostra muito satisfeita com o presente e a mãe chega a comentar que uma das únicas coisas que fez Jeniffer ficar um pouco abalada foi com a perda capilar; apesar de rapidamente ter superado por saber que ia crescer novamente.

Em meio a tantos casos, os especialistas e os jornalistas discutem no estúdio a reação das pessoas, que são muito diversas. Eles comentam que as pessoas jamais imaginam que esse tipo de coisa vai acontecer com elas, e que muitas se perguntam “por que eu?” e se sentem sozinhas, mas há sempre alguém ao lado, comenta uma médica. Os apresentadores são explícitos ao declararem que ter câncer é uma “notícia muito triste”, sendo que milhões de pessoas mudam de vida por causa de um diagnóstico (pacientes e familiares) e que, por essas razões, a edição desse dia “quer mudar a forma de ver o câncer”. No entanto, verificam-se poucos aspectos novos de enquadramento; a única novidade é o discurso moral estabelecido, no sentido de dar orientações quanto à forma com que as pessoas devem lidar com a doença (com tranquilidade, leveza, alegria, otimismo e devem aceitar o problema, não paralisar e não se isolar). Junto de tudo isso deve vir ainda a informação “libertadora”.

Salientamos, após todo esse percurso de análise das edições do BE, o fato de que os próprios médicos participantes parecem ter assimilado o *modus operandi* das formas enunciativas da televisão. Eles parecem atender à expectativa de dramatizar os casos e incrementá-los com argumentos de autoridade; suscitando símbolos de medo, esperança, congratulação, alerta etc. O padrão global de narrar as histórias também é adotado largamente no Bem-estar, que se potencializa porque são formas de dizer da dor, do sofrimento e da adversidade do outro. Apesar de ser declarada uma “guerra ao câncer”, as personificações, via de regra, são encerradas com um final feliz, como numa narrativa clássica ficcional. É um verdadeiro paradoxo discursivo, porque o câncer é símbolo de morte, de interdição, de mutilação, mas ao mesmo tempo pode ser vencido, superado, se observadas as boas práticas e uma forma salutar de lidar com a doença. Mas, mais importante do que vencer, é prevenir; e a profilaxia se dá com a adoção de normas de conduta preconizadas pelos detentores do saber (médicos) e divulgadas pelo programa. Deve-se “aprender com o Bem-estar”. Sem dúvida, o que mais ressalta dessa análise é a necessidade vocalizada reiteradamente de contemplar todas as ações pautadas – e não são poucas. Na edição do dia 25 de setembro de 2013, por exemplo,

o programa reproduz o cenário de um banheiro, a fim de demonstrar a posição ideal para se assentar no vaso sanitário. O discurso dos jornalistas, sempre em concordância com os profissionais, evidencia ainda um forte viés moralizante, sobre como os indivíduos devem ver, sentir e agir na situação de doença e na de saúde, para que vençam ou não tenham a doença, respectivamente. O drama maior sempre é o das celebridades, retratados como guerreiros inspiradores e, aos anônimos, o espaço é dado somente para falar sobre sintomas, formas de lidar com a doença e outros detalhes emocionais. Um tópico praticamente silenciado é aquele que suscita as políticas públicas e os direitos dos pacientes; mesmo sendo um espaço ampliado de cobertura, esse público dispõe mais de informações sobre seus deveres (em relação ao corpo) do que de direitos que poderiam até beneficiar a realização desses deveres. Apesar das tentativas de desmistificar a doença, como o próprio programa enuncia, alguns sentidos são reforçados, principalmente quando se referem ao câncer como a doença que ninguém gosta de falar o nome, ou simplesmente quando, de maneira implícita, fomenta o “discurso do medo” – outra contradição.

### 5.3 ANÁLISE QUALITATIVA DA COBERTURA DO CÂNCER NO REPÓRTER BRASIL

De um modo geral, é razoável considerar que as matérias analisadas do Repórter Brasil apresentam baixa qualidade técnica, estrutural e, em alguma medida, de conteúdo. Nota-se que alguns conteúdos são provenientes de TVs educativas e universitárias espalhadas pelo Brasil, e essas, geralmente, são as que mais apresentam falhas. Mesmo sendo produção externa, ao veicular esses produtos, a TV Brasil acaba por endossar o que foi produzido. Apesar dos percalços técnicos e estruturais, o problema maior fica refere-se ao trabalho de pauta e apuração, que parece não levar tanto em conta, conforme as amostras recortadas, uma dimensão informativa mais plural, com mais diversidade, cumprindo um papel educativo mais eficiente e, principalmente, com maior profundidade. Ainda assim, os formatos estão muito próximos do modelo construído pelas grandes emissoras privadas. Em contrapartida, as tentativas de colocar em pauta os assuntos de interesse público, incluir o público na narrativa jornalística e apresentar uma linguagem menos emocional são potencialidades preciosas para estabelecer a noção de que o telejornalismo público caminha para se constituir, de fato, como uma alternativa diante do oligopólio da comunicação no país.

Dito isso, passaremos a detalhar aquilo que de mais relevante sobressaiu durante a avaliação dos conteúdos, a partir também dos dados que elencamos no tópico anterior.

Verificar-se-á que essa análise se voltou muito para o lugar e o poder de fala das pessoas entrevistadas, visto que é o ponto forte desse tipo de cobertura.

Nosso olhar se lança, primeiramente, para o primeiro vídeo que se constituiu do quadro *Outro Olhar*<sup>36</sup> (RB 1). Na cabeça<sup>37</sup>, a apresentadora anuncia que o quadro vai trazer mulheres que “venceram” a doença por terem cultivado um “pensamento positivo”. Quando o VT roda, percebemos que é uma produção de dois minutos, com a chancela da TV de uma faculdade da rede privada (DOCTUM TV). Em relação aos depoentes, a primeira demonstra ser uma pessoa muito simples, pelo vocabulário utilizado e com construções linguísticas que fogem ao padrão da norma culta da língua. Ela conta como foi lidar com a doença com apenas 35 anos, o que, por algum tempo, fez com que os médicos não acreditassem que poderia ser um tumor. A ex-paciente também comenta sobre o apoio que recebeu da família, que a tratava como “rainha”. No outro depoimento, todavia, o produtor utilizou a técnica do *off*, isto é, não mostrou o rosto da mulher e utilizou um efeito na voz, para torná-la irreconhecível. Não se sabe o motivo de o diretor ter concedido o disfarce. Uma das causas possíveis é a vergonha, uma vez que ela faz uma espécie de reclamação das pessoas, que praticamente condenaram-na à morte. Ambas tentam desconstruir o mito de que a pessoa fica muito fragilizada, pois, em verdade, elas conseguiram levar uma vida normal durante o tratamento.

Três matérias (RB 2, 8 e 15) do nosso recorte apresentaram atualizações acerca de um projeto, iniciado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que ensejava obrigar os planos de saúde a arcarem com os custos da medicação oral que os pacientes com câncer deveriam utilizar em suas residências, em 54 tipos de tumores; além de outros procedimentos. A resolução normativa da ANS se tornou lei e foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff em 14 de novembro de 2013. A medida passou a valer em 2014. A primeira matéria foi a mais completa, trazendo depoimentos de um médico, acerca da importância dos medicamentos de uso domiciliar, e do ministro da Saúde. O mais interessante é que o telejornal público incluiu, entre as suas pautas, uma notícia sobre políticas públicas para o paciente com câncer – o que é praticamente silenciado no principal telejornal comercial. Em algum grau, as reportagens observam os direitos desse público, dando voz à entidade que representa esse conjunto de empresas, na primeira dessas inserções. As outras notas apenas

---

<sup>36</sup> Trata-se de uma iniciativa que representa uma espécie de jornalismo participativo na televisão, algo ainda incomum ou pouco explorado no telejornalismo brasileiro. “O quadro *Outro Olhar* (...) representa uma alternativa importante no que se refere à participação do público, com espaço para veiculação de produções independentes, sejam elas de coletivos audiovisuais ou do cidadão comum” (COUTINHO; MUSSE, 2012, p. 14).

<sup>37</sup> *Cabeça* é o texto lido pelo apresentador do telejornal, para introduzir ou apresentar o assunto que vai ser tratado na matéria, antes de rodar o VT.

dão conta de que o projeto foi aprovado no Senado e, depois, que a presidência havia sancionado.

Sobre o conflito da linguagem um tanto rebuscada do telejornal, a matéria “Na Bahia, mulheres que superaram o câncer de mama usam a música para conscientização” (02/10/13) traz, no off, a expressão “mulheres mastectomizadas” e, na sonora com uma oncologista, os termos “nodulação endurecida” e “linfonodos”, sem qualquer explicação. Num espaço de comunicação pública, a exigência por uma linguagem mais usual deveria ser ainda maior, principalmente por conta dos baixos níveis socioculturais da população brasileira que, como um todo, custeia a produção desses conteúdos. A matéria foi apurada por uma TV educativa do próprio estado nordestino.

Um vídeo exclusivo para web explorou a iniciativa de alguns voluntários que confeccionam perucas para pacientes com câncer. O acessório é considerado um “remédio” pelo repórter. A queda de cabelo, uma das consequências mais simbólicas do tratamento de câncer, é o que leva à tão falada baixa autoestima das mulheres; sendo a peruca uma “renovação” para uma paciente que ganhou. Uma peculiaridade desse VT é que há um chamamento para os homens que têm cabelo comprido, para que também doem cabelos.

A pauta mais distinta foi, sem dúvida, a que abordou o câncer de mama nos homens. Falou-se da desinformação em torno dessa incidência, mesmo sendo tão rara. A oncologista recomenda que os homens também façam o autoexame das mamas, à procura de “nodulações”. Um “povo fala” demonstra que isso realmente não é sabido entre o público masculino. O alerta é dado muito em função das mortes contabilizadas pela doença, em homens e mulheres. Foi nesse vídeo que um homem contou que a esposa encontrou nele um “caroço” no peito e só depois que sangrou é que ele foi procurar a ajuda de um “mastrologista” (*sic*).

A nota coberta que noticia um dado da OMS sobre a poluição enquanto fator de risco para o câncer informa que, em 2010, 220 mil pessoas morreram no mundo por ocasião de tumores ligados à poluição. No entanto, a nota não repercute o assunto, nem sequer enumera quais os possíveis tipos de câncer. Comenta apenas que essas mortes ocorrem mais em países em desenvolvimento, a exemplo da China. Essa pauta, desenvolvida pela outra emissora, poderia ser discutida e contextualizada no âmbito nacional, debatendo inclusive questões ambientais que afetam a saúde, sobretudo acerca do câncer.

A própria televisão reconhece que o câncer é uma doença cercada de mitos. Também no canal público encontramos a matéria “Especialistas esclarecem mitos e verdades sobre o câncer de mama” (18/10/13). O tema merece até um recurso gráfico que ilustra quais

são os mitos e as verdades. Nesse viés, um dos especialistas comenta que a informação é muito importante para os pacientes, contudo eles precisam se assegurar das fontes, sobretudo no contexto da internet, vista por ele como “muito poluída”, cheia de informações duvidosas. Há uma exemplificação no depoimento de uma mulher que queria saber sobre a ideia de que usar sutiã com aro aumenta as chances de ter câncer; porém, outro especialista afirma que não, que isso é mito, porque não ficou comprovado cientificamente, assim como usar desodorante antitranspirante, silicone etc.

Ainda sobre mitos, vale destacar a fala da atriz Márcia Cabritta, em outro vídeo (RB 9), quando ela finaliza sua palestra, declarando: “Hoje, quando eu passo em frente a uma clínica oncológica, eu penso: ‘Oba! Um monte de gente vai ficar boa ali...’”. O subtexto da fala dela é o de que a oncologia lida com muito sofrimento e com a morte; no entanto, ela defende a ideia de que, na verdade, a especialidade médica tem tido muito sucesso no objetivo de tratar a doença e que é preciso modificar a mentalidade de temor, dor e sofrimento. Por outro lado, a atriz, que já teve câncer, conta que há muita cobrança para que o paciente sempre tenha bom humor, mas, para ela, na verdade, “ele não tem que ser cobrado de nada!”. Esse estado de espírito foi algo positivo para ela, mas não o é necessariamente para outra pessoa. A palestra coberta pela reportagem foi ministrada para um público de enfermeiros do Rio de Janeiro, com o intuito de “humanizar a relação desse profissional com o paciente”. Um dos enfermeiros critica o sistema público de saúde, que segundo ele deve estar mais preparado, pois alguns municípios brasileiros não dispõem de exames importantes, como a mamografia e a biópsia. Essa denúncia é sintoma de que a emissora também vocaliza as críticas à gestão pública, apesar de estar vinculada a ela. Por outro lado, ela não ouviu, por exemplo, o Ministério da Saúde para problematizar o assunto. A questão do deslocamento de pacientes para receber atendimento foi o gancho para algumas reportagens no outro canal, porém a crítica não foi tão direta e explícita, em relação ao responsável, como ocorreu aqui. Um ponto pouco relevante desse vídeo foi a exibição de imagens de monumentos iluminados de rosa, por conta da campanha de outubro. Dedicar texto e imagem a esses monumentos, ou seja, o repórter narra o que é plenamente visível na tela. Esses enquadramentos visuais poderiam ser utilizados para cobrir um off com outras informações, sem precisar redundar o que já é “falado” imageticamente.

Na reportagem “Grafites chamam atenção para prevenção de câncer” (31/10/13), o objetivo é dar visibilidade aos grafites que tentam conscientizar as mulheres da necessidade de se prevenirem do câncer mais comum entre elas, o de mama. Há dois elementos de alerta: o primeiro é o de que, com o diagnóstico precoce, o risco de morte é reduzido em até 90%

(fala-se em risco de morte e não em chances de cura); e o outro é o dado por uma imagem de um grafite que mostra uma mulher com a cicatriz de uma mastectomia. Essa imagem simboliza a mutilação ocasionada pela doença. Um mastologista/oncologista sintetiza: “fazer o exame não evita o tumor, permite o diagnóstico na fase inicial, onde as taxas de cura são mais elevadas”.

Ao mesmo tempo em que denuncia, o RB parece também enaltecer algumas iniciativas governamentais. Isso aconteceu numa pauta que pode ser considerada ainda como de serviço. De todo modo, foi ao ar uma nota coberta que difunde a informação de que o país terá 80 novos aparelhos para tratamento de câncer – os aceleradores lineares, que devem aumentar a oferta de radioterapia no SUS em 25%. O governo concluiu uma licitação, no valor de 120 milhões de reais, para a aquisição dos dispositivos; cujo contrato previa ainda a instalação de uma indústria no Brasil para a produção desses mesmos equipamentos. Como o assunto também não foi repercutido, a notícia ganhou ares de institucionalidade. Além disso, ela veio acompanhada de outras duas notas de jornalismo ambiental que não tinham relação nenhuma com a primeira.

“Um inimigo silencioso”, o câncer de próstata, foi o foco de uma das reportagens sobre o Novembro Azul (RB 14). O segundo tipo mais comum entre os homens exige, a título de prevenção, a realização de exames periódicos após os 45 anos de idade. São os de PSA e toque retal<sup>38</sup>, insubstituíveis e ambos necessários. Pela primeira vez, em toda a amostra que selecionamos, o urologista explica o que é e como funciona o exame de PSA e ainda o de toque. Esse mesmo especialista concorda que o “homem precisa se cuidar mais”, uma vez que a reportagem informa que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, 30% dos pacientes do SUS só descobrem o câncer de próstata em estado avançado, quando as chances de cura são menores. Por isso, o médico critica a rede pública que, segundo ele, “precisa facilitar o acesso ao atendimento especializado” e propõe ainda que seja criado o ambulatório da saúde do homem, a fim de que o cidadão tenha horários flexíveis para ir ao médico e privacidade. Nesse sentido, a questão cultural da resistência em relação ao exame de toque é

---

<sup>38</sup> De acordo com o Instituto Oncoguia, o “Antígeno prostático específico (PSA) é uma substância produzida pelas células da glândula prostática. O PSA é encontrado principalmente no sêmen, mas uma pequena quantidade é também encontrada no sangue. A maioria dos homens saudáveis têm níveis menores de 4 ng/ml de sangue. A chance de um homem desenvolver câncer de próstata aumenta proporcionalmente com o aumento do nível do PSA”. Disponível em <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/antigeno-prostatico-especifico-psa-no-diagnostico-do-cancer-de-prostata/1202/289/>> (Acesso em 10 jan. 15) Já o toque retal é o exame no qual “o médico introduz um dedo, com luva lubrificada no reto para sentir a superfície da próstata que possa ser suspeita de câncer. Como a próstata está localizada na frente do reto, e a maioria dos cânceres de próstata começa na parte posterior da glândula, assim é possível sentir o tumor durante o exame de toque retal. Este não é doloroso”. Disponível em <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/exame-de-toque-retal-para-diagnostico-do-cancer-de-prostata/5856/289/>> (Acesso em 10 jan. 15).

reverberada num “povo fala”, em que homens comuns comentam: “ou faz, ou se dá mal. Tem que encarar!” e “é bom fazer antes, a tempo de prevenir, para dar tempo de curar. Tem que perder a vergonha”. Fica patente, por questões estritamente culturais, que a prevenção do câncer encontra barreiras, principalmente no caso dos homens. É por isso que a comunicação de risco apela muitas vezes para o risco de morte e para as informações de que a incidência na população tem aumentado.

Uma matéria com muitos problemas técnicos e estruturais foi transmitida em 19 de novembro de 2013 (“Médicos discutem novas técnicas e métodos de tratamento contra o câncer de próstata”). A canopla do microfone indica que a reportagem foi apurada pela TVU.RN. Primeiramente, esse foi o único vídeo classificado como de abordagem parcial do câncer, porque se trata, antes de tudo, de uma cobertura de um congresso internacional de Urologia. Em virtude disso, a narrativa jornalística já começa com forte tom institucional, reproduzindo informações pouco relevantes sobre o evento, que muito provavelmente fogem do interesse de grande parte dos telespectadores. Além disso, o conteúdo inclui algumas informações sobre outras doenças urológicas. O ponto forte, todavia, é um equipamento exposto que vai permitir uma cirurgia robótica para extrair tumores da próstata e dos rins. Uma voz, sem qualquer identificação, em forma de off, explica que a técnica se encontra em experimentação pelo INCA no Rio de Janeiro. Essa mesma voz também diz que a doença é muito curada no estágio inicial. A experiência mostra que esse tipo de informação é dado por especialistas; mas a reportagem não credita nem mostra quem está falando. A jornalista comenta que o procedimento poderá ser usado pelo SUS, mas, pergunta-se: qual a previsão de tempo? Onde? Todos os pacientes poderão ser submetidos a ele? Quem deu essa informação? Considerando que as cirurgias por vídeo tendem a ser menos invasivas, a título de que se divulga essa informação, ainda mais de modo tão superficial? Outra crítica é relativa ao conteúdo quase publicitário oferecido ao lançamento de um livro que ocorreu durante o evento; cuja noticiabilidade também é questionável, por conta da noção de que a obra, muito provavelmente, é de caráter científico e, portanto, é voltada para esse segmento específico e restrito. Dessa forma, a matéria começa e termina com caráter institucional. Notam-se fragilidades no texto, na edição, nas imagens e até na passagem da repórter. Tudo isso dificulta sobremaneira a competição dos produtos noticiosos públicos com os comerciais. Possivelmente, a qualidade ainda é um dos principais gargalos que precisa ser considerada para a melhoria da comunicação pública no país; e isso passa pela questão dos investimentos em infraestrutura e mão de obra e das diretrizes editoriais.

Um VT que mais parece uma nota coberta lida por um repórter divulgou que “Personagens infantis ficam careca [*sic*] no dia do combate ao câncer infantil” (23/11/13). A doença é uma das principais causas de mortes não acidentais no Brasil, sendo que em 2012 ela atingiu 11 mil crianças no país. A matéria tem como mote o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil e vai exibindo imagens de desenhos infantis animados, cujos personagens estão carecas. Mais uma vez, informa-se que, se descoberto cedo, o câncer infantil é curado em 70% dos casos.

Com um tom bastante crítico (no sentido de crise), o telejornal veicula a reportagem “Câncer é a segunda doença que mais mata no Brasil” e no mundo. Continuando nesse tom, a matéria informa que o câncer ‘perde’ apenas para as doenças cardiovasculares e que os casos de neoplasias devem aumentar no próximo ano. Contraditoriamente, pela primeira vez, um conteúdo audiovisual noticia que houve redução em números de casos de câncer. Essa última informação refere-se aos tumores de colo de útero e de pulmão e é atribuída à realização dos exames de Papa Nicolau (preventivo) e à redução do consumo de cigarro. De alguma maneira, parece que há uma valorização do sistema, por conta desse êxito. No Dia Nacional de Combate ao Câncer, essa matéria inclui o pacote de recomendações e de “bons hábitos” para que as pessoas possam agir no sentido de se prevenir da doença.

O último objeto de nossa amostra inclui num mesmo vídeo dois VTs sobre o câncer (RB 20). O primeiro deles exhibe uma manifestação de mulheres na Esplanada dos Ministérios, que reivindica mais investimentos na saúde e um tratamento adequado para a população. Esse grupo se constitui de mulheres que têm ou tiveram câncer de mama. Com isso, o telejornal dá voz novamente às demandas populacionais. Reforça-se, no texto jornalístico, a ideia de que todos os anos 500 mil novos casos de neoplasias são registrados e a de que elas são a segunda maior causa de morte no país. Ao enfatizar a importância do diagnóstico precoce, o jornalista comenta que isso diminui as sequelas (esse dado ainda não tinha aparecido na pesquisa) e aumenta as chances de cura. O segundo VT divulga um trabalho de musicoterapia em Goiás, para crianças com câncer. Essa terapia diminui, de acordo com a reportagem, a dor existencial dos pequenos e leva alegria para o tratamento.

O principal ponto a ser discutido em torno dessa cobertura volta-se muito para as questões políticas que ela suscita, pois o SUS é, por vezes, criticado e, aparentemente, enaltecido pelo telejornal, concomitantemente. No entanto, as críticas, de um modo geral, aparecem nas matérias produzidas pelas TVs que colaboram com a TV Brasil, de caráter universitário, que parecem tentar exercer a crítica de modo mais efetivo. Apesar dessas contribuições de conteúdo provenientes de outros estados brasileiros, percebe-se uma

concentração no eixo Brasília - região Sudeste, mais ainda na capital federal, sede principal da emissora. Destacamos, porém, que por esse fato as políticas públicas são bem mais abordadas nesse canal, em comparação com o comercial. Por outro lado, pelo menos no âmbito do telejornal, há poucas abordagens no sentido de estabelecer objetivos educativos para a informação em saúde. De vez em quando, percebemos que o princípio de equilíbrio, em apresentar visões contrárias de um fato nuclear, não é contemplado. É preciso, ainda, investir na qualidade técnica e editorial dos conteúdos para que a emissora venha a se configurar, verdadeiramente, como uma alternativa comunicativa em meio ao oligopólio brasileiro; que preconize a independência, a autonomia e a pluralidade, enquanto adjetivos desse serviço público, de modo a cumprir sua função social, sobretudo em se tratando de um tema relevante como a saúde.

#### 5.4 O CÂNCER EM PAUTA NO PROGRAMA SER SAUDÁVEL

Foram selecionados, dentro do período de análise, as duas únicas edições que se propuseram a falar, de alguma forma, das neoplasias. As observações de nossa investigação obedecerão aos mesmos critérios dos outros produtos, prescindindo, contudo, de quase tudo que se refere às técnicas jornalísticas; uma vez que o programa parece ter como objetivo se constituir como um outro gênero televisivo, pois os apresentadores, por exemplo, são profissionais da saúde. O programa vai ao ar aos sábados, às 10h, e alguns episódios são reprisados ao término das temporadas.

As edições são sempre gravadas fora do estúdio. Os médico-apresentadores visitam pessoas que vivem ou que viveram uma situação de doença, dialogando com as pessoas, dando informações e entrevistando outros especialistas. Sobre o formato do programa, o sítio eletrônico informa que se trata de uma

escolha de abordagem e de estética que visam apresentar uma perspectiva não apenas médico-científica, mas também humana. A acuidade e atualidade dos conteúdos veiculados são garantidos por equipe multidisciplinar, composta por profissionais de saúde e de comunicação. Além da participação dos especialistas, das explicações e dicas dos médicos-apresentadores, o programa conta com diferentes recursos, como arte gráfica em 3D, para mostrar o funcionamento do organismo em situações de saúde e de doença. Por meio de explicações claras e precisas, o Ser Saudável esclarece a população sobre mitos e verdades, cuidados de saúde e prevenção<sup>39</sup> (TV BRASIL, 2014).

---

<sup>39</sup> Informações disponíveis em <<http://tvbrasil.ebc.com.br/sersaudavel/sobre>> Acesso em 03 jan. 2015.

Essas promessas servirão, assim, também como parâmetros para o trabalho investigativo que desenvolve abaixo. As duas edições em questão abordam o linfoma e o mioma (tumor benigno).

A primeira das duas edições analisadas do programa Ser Saudável se dedicou a abordar o Linfoma de Hodgkin – um tipo pouco retratado na mídia e que não está entre os mais incidentes, de acordo com o INCA. Como já antecipamos, o formato do SS inclui a apresentação de dois médicos de família e comunidade que conversam com pessoas que passaram por determinada doença. Cada episódio tem cerca de 30 minutos. Eles visitam a casa das pessoas, onde conversam sobre as circunstâncias vividas pelas personagens e outras informações sobre elas. Falam um pouco sobre a vida delas, *hobbies*, histórias, casos e memórias. Inicialmente, define-se sistema linfático e qual a sua função no organismo humano; utilizando, para isso, o suporte de recursos gráficos.

Os diálogos vão conduzindo o programa para as diversas informações da doença. Nessa edição, transmitida primeiramente em 31 de maio de 2013 e reprisada em 31 de agosto do mesmo ano (por isso, integrou nosso escopo), não se fala, por exemplo, das causas da doença nem das formas de prevenção. Apesar disso, o médico convidado (onco-hematologista) esclarece que o principal sintoma do linfoma é o aumento assimétrico de um gânglio linfático (um inchaço avermelhado, a famosa íngua). Contudo, há também a informação de que a maioria das ínguas representam um quadro benigno ou simplesmente infeccioso e que são muito comuns. Uma das pacientes conta que teve dor forte na região abdominal e indisposição física. Os médicos elucidam que os sintomas são muitos banais e comuns, dependendo do local, e que a distinção para o correto diagnóstico se faz através do exame de sangue. A cirurgia é normalmente utilizada apenas para diagnosticar (retirando uma parte do gânglio) e, hoje em dia, o PET CT, uma espécie de “tomografia turbinada”, tem permitido a localização exata do tumor, bem como aferir o grau de disseminação.

Em relação ao tratamento, a quimioterapia é a terapia mais eficaz e suas drogas são prescritas de acordo com o tipo de linfoma. Há dois grandes grupos, o de Hodgkin e o não Hodgkin; o segundo possui mais de 30 tipos, podendo ser simples ou grave. A radioterapia é indicada para os linfomas Hodgkin (bem localizado). Os fármacos e a alimentação também são importantes para o tratamento, principalmente porque a doença mexe com o sistema imunológico. Quando a doença se mostra mais agressiva, há a necessidade de transplante de medula óssea, o que é muito raro. Para o tipo não Hodgkin, a imunoterapia também tem sido utilizada. Essas informações aparecem nas falas dos especialistas e dos pacientes. Ressalte-se

o depoimento do médico convidado, que esclarece tudo detalhadamente, em linguagem acessível.

Entre as repercussões dos tumores linfáticos, aparece a baixa imunidade do corpo e, por isso, os pacientes precisam evitar qualquer possibilidade de contrair outras doenças. Os efeitos colaterais da quimioterapia são amenizados pelas duas personagens, que disseram ter lidado bem com este tipo de tratamento. Uma delas apenas demonstrou preocupação com uma possível infertilidade, pois a quimioterapia destruiria células boas também. No entanto, o oncologista afirmou que a maioria das drogas utilizadas não causa esterilidade.

Em tom otimista e informativo, esse tipo de câncer é considerado como um dos que mais cresce no mundo, mas, segundo o apresentador, a “expectativa de cura é bastante positiva”. Um “povo fala” demonstra que as pessoas nas ruas, de um modo geral, têm poucas informações sobre a doença. O marido de uma das personagens afirmou que receber o diagnóstico de câncer é um “baque muito grande” e que não adianta chorar nem achar uma culpa. Os dois apresentadores comentam que o tratamento de linfoma apresenta um bom prognóstico, pois, “apesar de ser um câncer”, são altas as chances de cura e a sobrevida é cada vez maior.

Na voz da apresentadora, há uma crítica sutil ao sistema público de saúde, que deveria garantir um acesso mais rápido e fácil ao atendimento, além de permitir que um mesmo profissional acompanhe a evolução dos casos – especialmente para o tratamento do linfoma. Para ela, isso deve se estender também para o atendimento da rede privada. Uma informação de serviço é a que incentiva as pessoas a se cadastrarem para a doação de medula óssea, que não oferece riscos significativos ao doador e que pode salvar vidas.

Acreditamos que o formato e o conteúdo empregados por esse programa se aproximam muito de um modelo que poderíamos idealizar para a informação em saúde. Em nenhum momento, o SS faz alarde em torno da doença, não estabelece um regime comportamental para prevenção ou tratamento, procura desmistificar a doença (com perguntas no estilo ‘mitos e verdades’) e, principalmente, ao utilizar a personificação como estratégia de cobertura televisiva, o faz muito mais com a perspectiva de humanização do relato, sem apelar para as emoções ou para o sensacionalismo. É um modelo que, de alguma maneira, pode servir de referência para os demais.

Essa avaliação também se faz em relação à outra edição selecionada, que, na verdade, aborda uma doença que não é considerada câncer, mas que pode causar confusão, como afirmam os especialistas do programa.

“O mioma não é câncer”, informou o médico-apresentador nos minutos iniciais do Ser Saudável. Contudo, incluímos essa edição em nossa análise, sobretudo por conta dessa confusão que se faz e, portanto, configura um material de “abordagem parcial”. Na verdade, miomas são tumores benignos, nódulos do útero que, em alguns casos, causam sintomas nas mulheres. Apenas quando a paciente apresenta sangramento menstrual excessivo, dor pélvica, “pressão” no baixo ventre e/ou aumento do volume abdominal é que o mioma é tratado e, por vezes, retirado. Os ginecologistas mostram que se trata de uma doença muito comum, principalmente no período de idade em torno dos 30 e 40 anos. As consequências possíveis são a retirada do útero, a infertilidade e a compressão de outros órgãos próximos do útero.

O formato desse programa foi bem parecido com o primeiro e, nesse sentido, foi importante para este trabalho para compreender que o câncer guarda tantos mitos que chega, inclusive, a ser confundido com outras doenças que apresentam riscos menores. Nesse sentido, explica-se que a retirada do útero, se necessário (em caso de mioma ou câncer do colo de útero) não elimina, do ponto de vista fisiológico, a libido da mulher; isso pode acontecer, eventualmente, por conta de fatores psicológicos. Além disso, a ginecologista também explica que, apenas em menos de 1% dos casos, um mioma pode se “malignizar” e se transformar em sarcoma (câncer).

Nos dois programas, o alvo foi o público feminino, sendo mulheres de diversos lugares do Brasil: Rio Grande do Sul, São Paulo e Bahia; e de diversas profissões (jornalista, professora, dona de casa...). No segundo episódio, uma mulher negra foi entrevistada pela apresentadora de mesma etnia. Isso demonstra que há uma tentativa, por parte do canal público, de representação da diversidade regional e étnica brasileiras, até mesmo em um programa sobre saúde.

## 6 NO MUNDO DO CÂNCER: RELATOS DE UMA PESQUISA DE CAMPO

*“As noções punitivas da doença têm uma longa história e são particularmente atuantes em relação ao câncer. Existe uma ‘luta’ ou ‘cruzada’ contra o câncer. O câncer é a doença ‘assassina’. As pessoas que têm câncer são ‘vítimas do câncer’. Aparentemente, a doença é o réu, mas ao doente também cabe culpa. Teorias psicológicas da doença amplamente difundidas atribuem ao infeliz canceroso tanto a responsabilidade de ter caído enfermo quanto a de curar-se. E as convenções segundo as quais o câncer é tratado, não como uma simples doença, mas como um inimigo satânico, fazem dele não só uma enfermidade letal mas também uma doença vergonhosa” (SONTAG, 1984, p. 75).*

A imersão em um espaço reconhecida e marcadamente dedicado ao combate à dor do câncer nos conduziu a importantes noções acerca dos efeitos sociais predominantes no universo que essa doença delimita. Nosso objetivo foi buscar reconhecer os sentidos que a informação em saúde mobiliza para todos os atores sociais envolvidos, quais sejam: pacientes (ex, em controle<sup>40</sup>, em tratamento ou recém-diagnosticados), familiares, amigos, médicos e todos os outros profissionais que lidam com as neoplasias. Outrossim, pretendíamos compreender e descrever a realidade cotidiana do câncer por si mesma, sem a mediação social direta estabelecida pelos meios de comunicação.

Diante dessas necessidades e objetivos, precisávamos observar, conhecer e dialogar com esses personagens e, nessa perspectiva, encontrar um espaço no qual fosse possível encontrar todos eles e fomentar essas relações. No município de Juiz de Fora, existem três instituições de destaque na área da Oncologia: Instituto Oncológico/Hospital 9 de Julho, Fundação Ricardo Moysés Júnior e Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer (Ascomcer)/Hospital Maria José Baeta Reis. A primeira e a última entidades estão habilitadas, pelo Ministério da Saúde, como unidades para procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia, além do Hospital Dr. João Felício<sup>41</sup>.

O Instituto Oncológico é uma organização especializada em câncer, mas é de natureza privada, apesar de possuir convênio com o SUS. A Fundação Ricardo Moysés Júnior dedica-se, especificamente, ao câncer infantil. O Hospital Dr. João Felício engloba outras especialidades médicas. Por essas razões, selecionamos o Hospital Ascomcer, pois, ademais, é uma instituição filantrópica, tradicional na cidade, próxima à Universidade Federal de Juiz de

---

<sup>40</sup> Após o término do tratamento dos tumores malignos, os pacientes entram na fase denominada de “controle”. Esses pacientes comparecem periodicamente ao consultório para realização de exames e outros procedimentos de prevenção, a fim de diminuir as possibilidades de reincidência. Esse período dura, normalmente, cinco anos.

<sup>41</sup> De acordo com a portaria nº 102, de 3 de fevereiro de 2012, do Ministério da Saúde. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102\\_03\\_02\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html)> Acesso em 24 set. 2014.

Fora e cujos atendimentos são realizados, em sua grande maioria, para pacientes do SUS – cerca de 94%, de acordo com a Assessoria de Comunicação da entidade.

Apesar de ter em seu nome “Associação Feminina”, o Ascomcer atende pacientes de ambos os sexos e de todas as idades e, portanto, trata de todos os tipos de neoplasias. A Associação vive de doações e de repasses de recursos pelo poder público, que, também segundo o setor de Comunicação, não são suficientes para custear todas as despesas. A Associação mantém e provê o Hospital Maria José Baeta Reis que podem ser considerados como uma mesma instituição, localizada no mesmo espaço físico e, por isso, é conhecida como Hospital Ascomcer. Por não ter fins lucrativos, a entidade elabora e promove uma série de iniciativas para captação de recursos e doações; há, inclusive, um setor dedicado exclusivamente a esse fim.

Escolhida a instituição, entramos em contato com a Assessoria de Comunicação do Ascomcer para apresentar e explicar os objetivos da pesquisa e, por conseguinte, solicitar a autorização para a realização da mesma na entidade. Isso ocorreu em meados de julho de 2014, quando foi realizada a primeira visita. Fomos recebidos pela assessora Sara Tellado, que pôde conhecer os objetivos do projeto e as atividades propostas para serem realizadas na instituição. Nesse momento, a assessora de comunicação nos conduziu em um *tour*, para conhecer as instalações do Hospital, e passou uma série de informações institucionais, numa espécie de entrevista não estruturada. Após essa primeira reunião, enviamos um e-mail, com as devidas informações, para que a assessora pudesse solicitar a autorização da Diretoria da entidade. Cerca de duas semanas depois, recebemos o retorno positivo e iniciamos, imediatamente, a pesquisa de campo, cujos dados serão apresentados a seguir.

Foram aproximadamente seis meses de visitas periódicas, com atividades divididas em três fases: (I) observação não participante e conhecimento da rotina do hospital, além dos projetos implementados; (II) entrevistas semiestruturadas com alguns profissionais, já que, pôde-se constatar, o câncer demanda um tratamento multiprofissional, a incluir: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais; e (III) diálogos com os pacientes nas diferentes fases de tratamento. As informações serão dispostas, nesse projeto, na ordem de realização dessas etapas.

## 6.1 OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Para a primeira etapa, recorreremos às informações dispostas no site do Hospital ([www.ascomcer.org.br](http://www.ascomcer.org.br)) e nos materiais institucionais oferecidos pelo setor de Comunicação,

baseando-nos especialmente numa revista, de janeiro de 2013, que publicava quase todas as iniciativas da entidade<sup>42</sup>. Tendo em mente os objetivos que assinalamos no início deste capítulo, verificamos que dentro da entidade havia cinco projetos com os quais poderíamos buscar mais informações para nossa coleta de dados preliminar. Tais iniciativas eram a “Sala de Espera”, o “Grupo de Familiares”, o “Grupo Vitoriosas”, o “Grupo de Estudos” e o “Centro de Estudos”. No âmbito dos projetos voltados para o público, os três primeiros apresentavam reuniões semanais e estavam abertos a todos que tivessem interesse em participar. Os dois últimos, ao contrário, eram mais voltados para profissionais de saúde que quisessem estabelecer debates e estudos mais aprofundados em Oncologia e suas interfaces científicas. Passamos a frequentar os encontros dos três primeiros grupos, cujas visitas consistiam apenas no registro dos assuntos abordados que, em alguma medida, dialogassem com as perspectivas desta pesquisa. Para esse trabalho, realizamos, ao todo, 12 visitas, nos horários determinados, entre os meses de agosto e outubro, e apresentaremos os relatos no item subsequente. Para as experiências de estudos, percebemos que seria mais útil estabelecer um contato com o coordenador das atividades, em forma de entrevista semiestruturada, ao invés de coletar informações em um espaço que se debruça em discussões de ordem estritamente técnica. Esse registro terá lugar em tópico posterior ao relato dos demais projetos.

### **6.1.1 Uma espera informativa**

“Informação é sempre o melhor remédio”. Os cartazes de divulgação do projeto “Sala de Espera” estampam, com destaque, esta frase. Organizado pelo setor de Psicologia da Ascomcer, o projeto consiste basicamente na realização de palestras curtas com espaço para perguntas, no auditório da instituição, que fica próximo às salas de atendimento do ambulatório e da quimioterapia. Realizado sempre às terças-feiras, às 9h, a ideia é transmitir informações aos pacientes em tratamento atendidos pelo hospital.

Nossas primeiras impressões da instituição e do universo do câncer, *in loco*, datam do dia 12 de agosto de 2014, quando estavam presentes na Sala de Espera cerca de 30 pessoas, algumas acompanhadas de seus familiares. Esse número, porém, varia porque muitos são chamados para o atendimento durante a reunião. Da mesma forma que muitas pessoas,

---

<sup>42</sup> Durante toda a pesquisa de campo, recolhemos diversos *folders*, *flyers*, textos, revistas e outros materiais gráficos, oferecidos pelos profissionais e, até mesmo, pelos pacientes. Contabilizamos cerca de 25 tipos de papéis, que continham informações da própria Associação, de outras organizações, textos informativos sobre câncer, doação de sangue, conscientização, serviços etc.

visitantes e acompanhantes, entram e saem o tempo todo. Nesse dia, o tema foi “A importância da nutrição no tratamento oncológico”, cujas discussões ficaram sob a responsabilidade da nutricionista do hospital, Fernanda Machado da Costa.

A comunicação da profissional apresentava um perfil informativo, de caráter expositivo, utilizando recursos multimídia. Destacamos a fala dela de que “a mídia pode estar enganando”, ao se referir aos alimentos *diet* e *light*, que segundo ela são mascarados pelo *marketing*. Apesar de ser uma tentativa de conscientização para o fato de que a mídia nem sempre oferece informações fidedignas, a nutricionista não se aprofundou muito no assunto, nem em se tratando da mídia nem do porquê que ela engana em relação a esses tipos de alimentos.

Após 15 minutos de apresentação, a psicóloga coordenadora do projeto – Adriana Paes – afirma que “a informação é uma arma poderosa, desde que venha de fonte correta”. Mais uma vez há o discurso profissional de que é preciso observar a confiabilidade da informação a que tem acesso. A psicóloga afirma isso dando a brecha para que as pessoas possam fazer perguntas – numa tentativa de que esse trabalho se configure como um método dialógico, de percepção das necessidades de conhecimento das pessoas. Contudo, nesse dia, a participação foi tímida, poucos elaboraram questões.

Ainda assim, a iniciativa parece tentar preencher uma lacuna de ensinamento, porque possivelmente, a exemplo da alimentação, existem muitos aspectos que podem ser explorados com os pacientes. O diálogo aqui se estende a outra área do saber, que pode ser um elemento importante no tratamento – até mesmo como se reitera algumas vezes no discurso televisivo. Porém, nesse espaço, há a abordagem de temas mais específicos e a oportunidade de uma troca de mensagens mais efetiva, sem intermediação.

Ao final dos trabalhos dessa visita inicial, numa conversa informal com a psicóloga, percebemos um tensionamento em relação aos médicos, que supostamente não davam importância a esse tipo de iniciativa; o que representaria um ponto nevrálgico dentro da relação multiprofissional. Durante nossas visitas e analisando as divulgações na página da Ascomcer no Facebook (<https://pt-br.facebook.com/hospital.ascomcer>), o projeto Sala de Espera aparentemente não conta com a participação de médicos. Nesse momento, também ficamos sabendo que os próprios funcionários da entidade não aderiram a um projeto antitabagista, criado pela Ascomcer. Apesar dessas tensões internas e técnicas, acredita-se que a informação seja um agente preponderante no atendimento e, para dar conta dos inúmeros casos, criam-se esses projetos, com a finalidade de atender a uma demanda coletiva.

O segundo contato com o projeto ocorreu na semana seguinte, em 19 de agosto de 2014. Um público bem menor assistia à apresentação, sete pessoas aproximadamente ouviram as informações trazidas por uma representante da Fundação Hemominas (Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais), a convite do setor de Serviço Social, para falar da doação de sangue. Talvez porque o grupo nesse dia fosse menor, a plateia participou efetivamente.

A princípio, estranhamos a seleção do tema para esse espaço, pois os pacientes não são o público-alvo para esclarecimento da doação; aliás, eles são, via de regra, os receptores. Contudo, considerando a presença de outras pessoas e as dúvidas que os próprios pacientes poderiam ter, é de se compreender. Porém, isso pode explicar em parte o fato de haver poucas pessoas. A representante enviada pelo Hemominas, que também é psicóloga, defende a ideia de que a doação de sangue é algo “transparente” ou “invisível” para a sociedade, pois, em sua opinião, as pessoas só se preocupam com isso quando percebem a necessidade por conta de algum acontecimento pessoal ou pela proximidade de um caso de doença que necessite de sangue.

De acordo com ela, a OMS recomenda que 5% da população seja doadora de sangue, a fim de suprir a demanda – uma parcela pequena, em sua visão. No Brasil, a média é de 2% de doadores. Nesse sentido, ela chama a atenção para a responsabilidade das pessoas enquanto cidadãos. Em Juiz de Fora, a Fundação Hemominas precisa de 160 doadores diariamente. A psicóloga do hemocentro refere-se, em seu discurso, duas vezes à ignorância e à falta de informação como uma das principais dificuldades de captação de doadores; uma vez que o desconhecimento em torno do processo seria um obstáculo para que os indivíduos compareçam à entidade. Se isso de fato configura um empecilho, como a profissional sugere, até aqui o problema da desinformação afetaria o tratamento do câncer e de outras tantas doenças que requerem a transfusão sanguínea, o recebimento de plaquetas ou o transplante de medula óssea. A saúde vai demonstrando que se constitui como um campo de forças pela resolução de problemas, cujas disputas são, em grande medida, determinadas pelos elementos simbólicos da (des)informação e do (des)conhecimento.

Em determinado momento da palestra, já que ocorre num provável espaço de mais pacientes que doadores, comentou-se a respeito dos riscos da transfusão para o paciente; pois haveria a possibilidade de os exames laboratoriais não detectarem uma doença no material sanguíneo e que, posteriormente, o paciente poderia detectar e descobrir que a causa foi o procedimento. Nessa ocasião, uma pessoa na plateia identificou-se como ex-funcionária da Fundação, onde atuava no setor de vigilância epidemiológica. Ela esclareceu que uma parte da

amostra de sangue coletada é congelada, para a eventual necessidade de uma análise futura, como se aventou na discussão inicial. De todo modo, a palestrante comentou que há um trabalho de conscientização do doador, além da anamnese<sup>43</sup>, que tenta diminuir os riscos de que o material não tenha boa qualidade para ser utilizado por outra pessoa.

Também nesse dia, uma senhora (familiar de um paciente) relatou que muitos conhecidos dela deixam de doar sangue porque pensam que a pessoa faz a doação gratuitamente, mas o paciente precisa “comprar” o sangue. A mesma foi esclarecida que o sangue em si não é pago, mas o hospital paga as taxas de manutenção, armazenamento e transporte do material e, em alguns casos, ele cobra essas tarifas do paciente. Essa senhora explicou que ouviu essas ideias na sua cidade, localizada no interior mineiro. Isso é mais um sintoma de que as diferenças culturais, às vezes de espaços regionais próximos, também representam gargalos para a saúde pública. Há mitos e desconhecimentos em distintas esferas no âmbito da saúde, que parece demandar um trabalho mais efetivo em locais menos populosos.

Na terceira visita, também na semana seguinte, em 26 de agosto de 2014, havia 23 pessoas presentes e, fato inusitado, muitas delas ficaram de pé, no fundo do anfiteatro, escutando as informações dadas por uma assistente social que integra o Programa de Educação Previdenciária, da Previdência Social. O auditório da Ascomcer fica próximo à recepção e à cantina e também, como já registramos, de alguns ambulatórios e das salas de quimioterapia. Em função dessa posição estratégica, muitas pessoas procuram saber qual o evento do anfiteatro e, em alguns casos, como nesse dia, ficam assistindo à exposição, “como quem não quer nada”.

A assistente social se colocou à disposição para as dúvidas da plateia e explicou rapidamente o que é a Previdência e quais são os benefícios oferecidos, esclarecendo que para usufruir, em quase todos, é preciso que o beneficiário tenha contribuído com a Previdência por, pelo menos, 12 meses. A representante disse, repetidas vezes, que alguns direitos previdenciários não são divulgados e, então, a psicóloga da Ascomcer indagou sobre o porquê desse ocultamento. A primeira respondeu que isso ocorre porque a publicidade é cara e que a mídia e o Estado não têm interesse em divulgar essas informações. Uma paciente presente sugeriu que a Previdência confeccionasse material de divulgação impresso a respeito.

---

<sup>43</sup> Para ser considerado apto à doação de sangue, o indivíduo tem que passar uma anamnese, que consiste em uma entrevista ou questionário realizado por um profissional de saúde, que procura analisar o histórico do doador, os fatores genéticos ou os hábitos de vida que possam se configurar como elementos de risco para a doação. Se o profissional não constatar nenhum problema, o doador é considerado apto.

Embora a sala tenha se esvaziado aos poucos durante a exposição, foram apresentadas muitas dúvidas pelo público e a representante da Previdência, inclusive, se predispôs a ajudar na resolução dos casos narrados, anotando telefones, nomes etc. Percebemos, contudo, que em relação aos direitos previdenciários para os pacientes com câncer, pouco se falou. As pessoas aproveitaram a oportunidade para tirar muitas outras dúvidas sobre aposentadorias, pensões e auxílios, até mesmo de parentes, amigos e conhecidos. Concluimos que os indivíduos, de um modo geral, estão muito mal informados em relação aos direitos previdenciários, sendo que muitos deles, inclusive, apontam falhas e problemas no atendimento e no esclarecimento oferecidos pela Previdência. Esse dia também serviu para perceber que o público da Sala de Espera é bem diverso, justamente pela ideia de que muitos vão à Ascomcer com o intuito de acompanhar os pacientes.

A quarta e última observação desse projeto não trouxe muitos dados relevantes para nossas considerações, principalmente porque ninguém fez perguntas. No dia 16 de setembro de 2014, 13 pessoas participaram de mais uma palestra ministrada pelo setor de Nutrição, que falou especificamente sobre o uso dos adoçantes. Destacamos apenas que um dos slides da apresentação trouxe a seguinte frase: “que a alimentação seja seu único remédio (Hipócrates)”. A frase atribuída ao ‘pai da medicina’ alerta para a importância dos hábitos alimentares, que poderiam até ser uma espécie de medicamento a ser utilizado pelas pessoas.

Em suma, o projeto Sala de Espera se constitui, realmente, como uma estratégia de levar informação para o público, que se mostrou, como se pôde verificar, um tanto carente de conhecimentos sobre direitos e tratamento. É interessante perceber que os assuntos trazidos para esse espaço são justamente os que são pouco explorados na mídia, como se pode verificar analisando os capítulos anteriores. Essa dimensão informativa do tratamento parece ser um investimento da instituição, que estabelece parcerias com outros órgãos e entidades, com o intuito de suprir essa carência dos pacientes; especialmente em um hospital que atende majoritariamente os pacientes que utilizam o SUS e que são oriundos de diferentes localidades, de dentro ou de fora do município.

### **6.1.2 Atendimento aos familiares**

O amparo aos familiares é também uma das frentes de trabalho do setor de Psicologia da Ascomcer. Trata-se de um projeto que tenta auxiliar no tratamento dos pacientes do hospital por intermédio daquelas pessoas que, muitas vezes, são as que estão mais próximas dos atendidos; com quem passam mais tempo, em muitos casos. Esse público

parece “sentir na pele”, cotidianamente, as consequências da doença e, como se verá, todas as dificuldades inerentes às ideias que se reproduzem em torno do câncer.

O Grupo de Familiares se reúne todas as quartas-feiras, a partir das 13h, no refeitório da Radioterapia – uma sala pequena, sem porta, mas que garante um clima mais intimista, até porque o grupo se organiza em forma de roda. A psicóloga Adriana convida todos os acompanhantes dos pacientes internados para que possam participar da reunião, além de outras pessoas que ficam sabendo do Grupo através de outros meios de divulgação. Interessante observar que muitos retornam, trazem notícias, agradecem à psicóloga – tanto os pacientes quanto os seus familiares. Os encontros aqui são sempre conduzidos pela profissional, que traz textos e *folders* com conteúdos voltados para esse público. O público desse Grupo também varia a cada semana, é muito comum que os mesmos temas apareçam no debate, pois as dificuldades são muito parecidas. Os familiares se identificam entre si em relação às emoções, às experiências e às sensações – nota-se uma necessidade de serem ouvidos, poderem falar de suas angústias e de seus problemas, principalmente porque muitos parecem anular a si mesmos, ao dedicar cuidados a outrem. Essa identificação, quando não é verbalizada, é expressada em forma de gestos de aquiescência, olhares e lágrimas.

Nossa primeira visita ocorreu no dia 13 de agosto de 2014, quando havia sete pessoas: seis mulheres e um homem. Três delas participaram ativamente, ouvindo as instruções psicológicas, que tentam abordar questões de ordem familiar, as mais diversas possíveis, que podem vir a prejudicar o tratamento. O material selecionado por Adriana é distribuído, mas não é utilizado nas reuniões. Todos levam para leitura posterior. Há um controle de presença e algumas estagiárias de Psicologia auxiliam na organização e fazem anotações – todas elas usam jaleco branco.

Assim como na Sala de Espera, nossa presença provavelmente passou despercebida para muitos. Era mais um entre eles que fazia anotações; isso, acreditamos, pode assegurar liberdade dos participantes, além de garantir uma precisão maior das narrativas pessoais. Em algumas reuniões, alguns vinham contar detalhes de determinados casos, dar depoimentos; como se também fosse um familiar acompanhante. Isso constitui também um sintoma de ser um público que precisa expressar suas dores e seus dilemas.

A psicóloga ressalta a importância do lado espiritual e, em seu discurso, tenta retratar o ser humano do ponto de vista global – mente, corpo, espírito. Nesse nosso primeiro dia, uma pessoa se emocionou, muito embora o encontro tenha trabalhado muito na esfera da positividade, falando de esperança, força em relação aos problemas; mas, ao mesmo tempo, com um tom realista, “pé no chão”. A psicóloga afirmou que o Grupo era um espaço

justamente para isso, para dar vazão às emoções. Vimos, depois, que episódios assim eram comuns. Ao falar dos aspectos que esse público enfrenta, é natural que as sensações reprimidas sejam extravasadas. Ainda nesse sentido, a profissional recomenda que as emoções sejam demonstradas, sem medo, inclusive para o paciente, porque muitas vezes os gestos e as expressões mostram que nem tudo está tão bem assim, isto é, habitualmente os parentes tentam esconder as preocupações e as angústias, mas deixam transparecer de algum modo. Para a psicóloga, isso é ruim para o paciente e para o familiar.

Um dos pontos mais cruciais, que inclusive fundamenta a necessidade de fazermos essa pesquisa, ficou caracterizado logo nessa primeira visita. Uma pergunta simples feita à psicóloga constituiu algo muito sintomático sobre os desafios que o câncer precisa superar para ser melhor compreendido. O único homem, de aparência humilde e linguagem simples, indagou se todos os tipos da doença levam à morte. Não com essas palavras exatamente, mas a pergunta ocultava o velho mito de que o tumor maligno é incurável e que é necessariamente fatal. Em uma sociedade marcada pelo excesso de informação, parece que não há comunicação efetiva ou, pelo menos, ela se dispersa e muitas vezes não chega a quem precisa.

Com paciência e cuidado, Adriana aproveita a oportunidade e dá esclarecimentos sobre saúde e sobre o câncer, e explica: “não lidamos com certezas, apenas com possibilidades”. Sua fala aparenta uma tentativa persistente de simplificar o conhecimento médico, usando palavras comuns e metáforas. Essa necessidade demonstra que também esses atores têm interesse no conhecimento da doença e, não raro, apresentam suas dúvidas, mesmo sabendo que ela não é médica. A credibilidade fica a cargo da experiência.

A profissional enfatiza a importância de respeitar a vontade do paciente, buscar deixá-lo consciente da situação; agir ao contrário, somente se ele não quiser saber. Ela sempre tenta mostrar como e em que questões cada profissional do hospital pode ajudar. Valoriza o bom humor, embora reconheça a importância dos momentos de tristeza e desabafo. Ao final da reunião, muitos procuram a psicóloga, para conversar mais, até esperam serem atendidos; muito embora eles já tenham exposto seus problemas íntimos durante o encontro em grupo.

A segunda reunião em que fizemos nossa observação ocorreu em 20 de agosto de 2014, com um grupo de 17 pessoas, no qual apenas duas eram as mesmas da semana anterior. Havia uma paciente acompanhada de familiares seus – ela fez questão de participar. O conteúdo da conversa era muito parecido com o da última reunião, pois, como dissemos, o público se diferencia toda semana, predominantemente. A profissional explica que a Psicologia, no hospital, tem o papel de “preencher o buraco” deixado pelos demais

profissionais, sobretudo pela falta de tempo. Ela reforça a abertura e a importância do diálogo, já que “cada caso é um caso”, ressaltando também essa máxima.

A todo momento, a discussão se volta muito para os problemas tangenciais da doença (nesse caso, aqueles que envolvem a família especificamente). Abordam-se as dificuldades de relacionamento que, às vezes, se acentuam (ou se atenuam); os percalços financeiros, esporadicamente causados pelo câncer e até casos de ciúme aparecem nesse espaço, a exemplo do que relatou uma acompanhante – segundo ela, seu marido sentia ciúme dela ajudar nos cuidados com o cunhado dele, internado na Ascomcer.

Também nesse dia, os presentes se sentiam à vontade para falar e participar do debate. Houve um aspecto moral ressaltado pela psicóloga, de que não se deve julgar as pessoas com base em observações “pré-conceituosas”. Isso surgiu porque é comum haver boatos nos quartos, quando familiares estariam julgando os familiares de outros pacientes, que não acompanham, cuidam mal etc. A psicóloga alerta que nunca se sabe quais são os pormenores dos relacionamentos familiares nem dos compromissos que eles assumem.

Mais uma vez, notamos muita atenção do grupo, que corriqueiramente faz gestos de concordância com o que é dito. “O que a boca não fala, o corpo sente”, ponderou a psicóloga sobre a necessidade de expressar pensamentos e sentimentos reprimidos. Ela recomenda que não se deve esconder totalmente a tristeza do paciente, para que ele não seja iludido, achando que está tudo bem, quando nem sempre está.

Registramos, de novo, a emoção de uma senhora ao contar a história da filha. A paciente que estava acompanhada de quatro pessoas falou da felicidade que sente pelo amparo recebido. Também afirmou que procura saber de tudo, sendo que ela mesma deu a notícia para a família. A filha aproveitou a brecha da fala e questionou: “a vida dela lá fora será a mesma? Vida normal?” A psicóloga respondeu que ela deve levar “a vida mais normal possível” e que é necessário perguntar ao médico quais os limites e as possibilidades. “O médico tem a obrigação de dar todas as informações necessárias, é um direito do paciente”, completou Adriana.

Ao final das reuniões, a psicóloga sempre reporta a mim os detalhes dos casos e outras informações de interesse. Ainda nesse dia, uma senhora veio até mim, ao final, para contar a história do ex-marido, em tratamento. Desabafou e falou reiteradamente dos sacrifícios que ela e a família têm feito por ele, sobretudo os financeiros. A queixa pareceu mais intensa ou profunda pela relação deles, provavelmente desgastada pela separação; e, mesmo assim, ela deixava a sua cidade e o seu trabalho para vir acompanhá-lo.

Um outro senhor, ex-paciente e ex-acompanhante, participou da reunião. A mãe tem câncer e outros dois amigos. Sua participação é costumeira e ele sempre traz mensagens escritas por ele mesmo. Não está acompanhando ninguém na Ascomcer, mas frequenta as reuniões do Grupo, possivelmente movido por um sentimento de gratidão e solidariedade.

O terceiro encontro observado deu-se no dia 10 de setembro de 2014, quando havia 11 pessoas, entre elas dois pacientes. A psicóloga iniciou comentando novamente que é preciso evitar julgamentos (aspecto moral) e ensinou o significado de uma palavra nova: resiliência. Ela esclareceu que resiliência é a capacidade de superação, que quase sempre é alcançada, no caso do câncer, com apoio familiar, religioso e com uma boa equipe médica. Essa foi a deixa para um senhor mais participativo endossar a fala da profissional, em um tom religioso, aparentando vir do interior e, mais interessante ainda, ele não usou a palavra “câncer”, referia-se a ele geralmente como “doença” apenas.

Um dos problemas mais recorrentes que emergem nesse Grupo são os casos de pacientes que não têm acompanhantes, que parece ser algo complicado no relato dos familiares. É nessas circunstâncias que a psicóloga fala do não julgamento, porque nunca se sabe a causa de o paciente estar sozinho.

Como já informamos, a funcionária do hospital distribui materiais para os atendidos, porém ela não utiliza, durante a reunião, nenhum papel nem texto – as ideias são quase sempre as mesmas, porque os problemas dos familiares são, invariavelmente, os mesmos. O debate sempre flui com naturalidade.

Há uma ideia premente de valorizar a autonomia do paciente, deixá-lo fazer tudo conforme as suas possibilidades, evitando, assim, dependências desnecessárias. Uma moça se emocionou durante a reunião, em silêncio. Uma paciente em tratamento, mais idosa, reclamou da falta de ajuda e de atenção dos familiares, em especial da filha. Adriana sugeriu formas de auxílio, como falar o que sente e evitar o orgulho (outra questão de ordem moral), principalmente se precisar de ajuda. O público, de maneira geral, aparenta ter nível escolar e econômico baixo; sobretudo em função da linguagem utilizada.

Outra recomendação da profissional é a de que, se possível, mais pessoas se envolvam com o paciente, não concentrar tudo em uma pessoa só, isso seria ruim para o paciente e para o familiar. Isso foi ilustrado por uma senhora que ficou 23 dias consecutivos como acompanhante no hospital, porque a família, apesar de grande, não tinha coragem de ficar; além da vergonha do paciente que usava a “bolsa intestinal” (colostomia) e só se sentia à vontade com ela. A mulher demonstrou satisfação por essa confiança, porém ficava cansada e muito desconfortável.

Ainda nesse assunto, outra história de emoção foi contada por uma mãe que gerou comoção em todo o grupo por causa da filha que, aos 14 anos, teve leucemia. Hoje, aos 19, foi diagnosticada novamente com a mesma doença. A moça chegou a ficar 30 dias internada e a mãe disse não querer se afastar da filha. A mãe carrega um terço enrolado no braço, ao qual se apegou durante os momentos de emoção.

A quarta e última visita ao Grupo de Familiares, em 17 de setembro de 2014, tinha oito pessoas, duas pacientes e seis familiares. Uma dessas pacientes, em forte tom de revolta, falou e reclamou bastante. Ela atribui a causa do câncer a problemas emocionais, conflitos familiares, relacionados à falta de atenção e à falta de assistência financeira. A psicóloga esclareceu que apenas o fator emocional não causa o câncer, mas “pode contribuir”. A manifestação dos tumores está associada ou não à prática de exercícios físicos, à alimentação, à herança genética, a outras doenças (comorbidades), ao uso do cigarro e do álcool etc.

A profissional diz que há/tinha um estigma de que o diagnóstico de câncer equivale/equivalia a uma sentença de morte. Mas não é assim para todo mundo. Ela informa sobre as reações físicas e emocionais do paciente, sendo que cada um reage de um jeito diferente, principalmente porque sempre ocorrem outros problemas que afetam o tratamento.

Uma moça que concordava com tudo, através de gestos, questiona alguns sintomas que o sogro sente. Diz ficar em dúvida porque o câncer é no pâncreas e no peritônio, mas sente dores intensas no intestino. A família acha que pode ser emocional. A psicóloga afirma que a dor é subjetiva, mas que a recomendação é de que sempre se deve acreditar. É preciso esgotar e descartar todas as possibilidades físicas, segundo ela; conversar com o médico e o nutricionista – o primeiro deve dar o medicamento para amenizar a dor e o segundo, a alimentação adequada. Pode-se fazer um paralelo com o lado emocional. Adriana explica a ideia de “dor total”, quando é, ao mesmo tempo, física, emocional e espiritual.

Outra participante também conta que uma amiga sentia muita dor por conta do câncer no pâncreas. Na oportunidade, ela descreve a história do marido. “A vida dela parou”, pois pensava pouco nela mesma. Ela acha errado entregar o resultado do exame para o paciente, logo que seu marido, ao ler o resultado, achou que estava “condenado”. A psicóloga observa que é um choque “num instante comum da vida”... A esposa acha que a reação do marido se deve ao fato de que ele lê muito jornal (logo, “sabe das coisas”). De acordo com ela, ele está um pouco melhor, apesar de ter tirado quase todo o estômago no procedimento cirúrgico. Primeiro, destaca-se a noção de que a pessoa que lê jornal é alguém de muito conhecimento; porém, é algo significativo pensar que esse tal conhecimento o levou a

acreditar que a morte estava próxima. Da parte da audiência jornalística, nota-se, assim, que ela realmente associa o câncer à morte.

A filha de um paciente internado também conta a história do pai que teve câncer de próstata e, seis anos depois, foi diagnosticado com leucemia. Com a quimioterapia, ficou muito debilitado, mas os netos teriam ajudado muito no tratamento, pois o avô é muito apegado aos netos e, para ela, hoje ele está com uma força maior de viver, por causa deles. Em momentos de crise, o pai-avô “pedia para morrer”.

A profissional de Psicologia entende que o paciente deve estar bem informado, na maioria das vezes, já que, para ela, é melhor “conhecer o inimigo para saber quais armas usar”. O grupo concorda, consensualmente, que esconder não é bom, porque o paciente acaba percebendo. Uma participante narrou que a mãe morreu sem saber que tinha câncer de útero, há 23 anos – uma amostra de que há algum tempo, de fato, as pessoas escondiam a doença até mesmo do próprio paciente. Aqui também um indício de que a interdição do tumor perante a sociedade pode ser uma das causas dos estigmas que ainda parecem prevalecer.

Registra-se que as oscilações de humor do paciente são normais; porém, é preciso compreender que tristeza é diferente de depressão e que é necessário estar atento para tratar também essa outra doença que, às vezes, acompanha o câncer. Durante a reunião, um grupo de católicos rezou o “Pai Nosso” e a “Ave Maria”, no saguão da radioterapia, para os pacientes que aguardavam a sua sessão. Os religiosos também deixam uma mensagem.

A observação participante no Grupo de Familiares foi muito rica, do ponto de vista científico, porque permitiu verificar e mapear a maioria dos sentidos sociais que perpassam o imaginário popular acerca do câncer. Além disso, pôde-se identificar, mais uma vez, a centralidade que a informação sobre as neoplasias tem para os pacientes, os profissionais e os familiares. Os estigmas da doença, muito provavelmente, têm origem no total silenciamento de algum tempo atrás e do silenciamento parcial que parece subsistir na atualidade. É preciso falar mais sobre o câncer e os atores sociais que lidam com ele; os últimos também demonstram uma necessidade de ter suas demandas vocalizadas e atendidas. Os problemas comunicacionais mobilizados pelas neoplasias, nesse sentido, evocam uma atenção maior para um público socialmente marginalizado, porque está longe dos grandes centros urbanos e, talvez em função disso, não tenha acesso ao conhecimento, não tenha direito à comunicação e, assim, desconhece outros direitos, tem dificuldades de lidar com os problemas de saúde e ainda não participa da esfera pública. Fruto das diferenças culturais oriundas de regionalismos e práticas de exclusão. Por fim, os familiares são, desse modo,

protagonistas dos casos de neoplasias, que também têm dúvidas, questionamentos e sofrem, sobretudo em razão da face mitológica que envolve a doença.

### 6.1.3 Prazer, *Vitoriosas!*

O terceiro grupo que serviu de observação para nossas reflexões foi o grupo denominado “Vitoriosas”. Constituído apenas por mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama, o Grupo se reúne às quintas-feiras, às 14h30, e é coordenado por uma psicóloga (Ana Karina) e por uma assistente social (Fernanda). Como as participantes são sempre as mesmas, esse foi o único grupo da pesquisa de campo que tinha consciência de nossa presença e de nossos objetivos; de todo modo, as mulheres parecem sempre estar à vontade para falar e fazer comentários. As reuniões também são acompanhadas por estagiários de Psicologia, que nem sempre são os mesmos. Ao final de todas as reuniões, as “vitoriosas” fazem exercícios físicos com uma fisioterapeuta. O Grupo já existe há sete anos e se reúne no auditório da Ascomcer.

Antes de iniciarmos as visitas, as profissionais avisaram o Grupo de nossa presença e, por isso, começamos a observar os encontros no dia 21 de agosto de 2014. Nesse dia, havia 12 mulheres. A reunião começa com informações relativas a encontros e compromissos do Grupo. As impressões iniciais são as de que se trata de um grupo unido, pessoas com vínculos, laços afetivos firmados que, inclusive, permitem fazer confraternizações dentro e fora do hospital. Elas sempre se organizam em forma de círculo. Muitas conversam ao mesmo tempo, mesmo quando tem alguém falando para todas elas. Em geral, são bem participativas. A fisioterapeuta chega sempre muito animada e tenta passar entusiasmo para elas; mas nem todas participam da atividade (umas cinco permanecem sentadas conversando).

Durante a reunião, houve a leitura de um texto<sup>44</sup>. A discussão abordou a identificação dessas mulheres com a temática do texto, atribuindo ao lenço um dos símbolos da doença. Uma participante comentou que nem sabia da existência da Ascomcer antes de ter a doença; mas agora “sabe de tudo” e fica atenta a tudo que lembra a doença. Outra contou que, na sua família, os casos de câncer levaram à morte rapidamente, as pessoas sequer chegaram a ficar carecas, por isso ela também não ficaria, imaginava. A psicóloga informa que, em alguns tipos de câncer, a quimioterapia não causa queda de cabelo. Uma mulher

---

<sup>44</sup> “A convenção mundial dos lenços”, extraído da obra *Força na peruca – tragédias & comédias de um câncer*, de Mirela Janotti (Matrix, 2006).

afirmou que não é tão ruim ficar sem cabelo, porque cresce rápido. Outra disse que não perdeu todo o cabelo.

Mudando o foco da conversa, uma vitoriosa contou que seu medo foi só pelas cirurgias de “tirar” e “colocar” (referindo-se, provavelmente, à mastectomia e à cirurgia de reconstrução da mama). Uma delas fez referência a uma matéria do Jornal Nacional, que mostrou que a família toda de uma paciente raspou a cabeça em solidariedade a ela, e ainda doou os fios cortados. Em seguida, falou-se brevemente do projeto Cabelegria, que utiliza o Facebook para divulgar suas ações (<https://pt-br.facebook.com/cabelegria>).

Uma paciente comentou no Grupo que não gosta de se olhar no espelho nem que os outros a vejam, porque tirou um quadrante muito grande do seio. Sobre a cirurgia de reconstrução, elas apontam que existem diversos problemas, como falta de recursos de pessoal (que é mal remunerado) e de materiais (bisturi, esparadrapo...). Uma delas recomenda fazer repouso com rigor, para evitar problemas posteriores. Além disso, “tem que aproveitar porque só tem uma equipe do SUS que faz essa cirurgia em Juiz de Fora!”.

Esse primeiro encontro já demonstrou que, de fato, existe um problema de autoestima intrinsecamente relacionado ao câncer de mama. Consequências da queda de cabelo e da retirada da mama, que são símbolos de feminilidade e, portanto, geram transtornos de ordem emocional. Contudo, a queda de cabelo, ao contrário do que esperávamos, não necessariamente representa uma dificuldade grande para elas, que parecem lidar bem com isso; em virtude do uso de lenços, perucas e porque a calvície é temporária. De todo modo, notamos esses símbolos materiais como fatores de identificação dessas mulheres, que parecem ter um desejo de comungar experiências e fortalecer vínculos entre si. A vocalização dos problemas do setor de saúde no município é feita em tom de alerta, como quem quer recomendar algo ao outro por experiência própria, como acontece com a recomendação do repouso absoluto. Um direito ainda parece ser pouco reconhecido nessa questão, pois, segundo elas, a cirurgia de reconstrução é um direito das pacientes, que pode ser aproveitado imediatamente à mastectomia. Importante observar também as referências informativas presentes, na leitura do livro, na reportagem mencionada e nas redes sociais.

A segunda visita ocorreu no dia 18 de setembro de 2014, quando estavam presentes 20 participantes. Foi um dia dedicado a informações com a nutricionista (tratava-se da mesma apresentação da Sala de Espera daquela semana, com o tema dos tipos de adoçante). Muitas das participantes chegam atrasadas, mas as mais atentas tiram dúvidas. Há muita conversa paralela, o que sugere vínculos de amizade. Por isso também, sempre uma ou outra faz perguntas ao Grupo sobre alguma participante que está sumida, se viajou, mudou

etc. Nesse dia, a assistente social transmitiu um pedido do setor de Comunicação para participação em um programa de TV, o *Bem-estar*. Algumas demonstraram interesse. Uma delas afirmou que já deu entrevistas na televisão e que acha importante para mostrar que “o câncer não tem só coisa ruim”. O Grupo começava a se preparar para a campanha do “Outubro Rosa”, elas estavam adquirindo, por exemplo, tênis rosa para participarem de uma tradicional corrida realizada pelo hospital nessa época.

Para além dos vínculos afetivos construídos, que estabelecem uma comunidade com relações fortes de identidade, as mulheres também parecem sentir orgulho de suas histórias e da situação em que se encontram; por terem “vencido” a doença ou por estarem se saindo bem nesse objetivo. Cada passo no tratamento é visto como uma vitória, sobretudo quando os resultados dos temidos exames se mostram promissores. Foi bem sintomático o depoimento da participante que carrega implícito a noção de que o câncer é comumente abordado na mídia como uma doença de “coisas ruins”; sua ideia é, portanto, dar visibilidade a “coisas boas” que a doença traz.

Nosso terceiro contato data de 25 de setembro de 2014. Excepcionalmente, a reunião ocorreu no refeitório da radioterapia. Houve a apresentação de uma participante novata, que fez mastectomia há nove anos e, por conta de um linfedema, ela retornou ao hospital e resolveu conhecer o Grupo. As demais participantes logo deram informações sobre dois projetos do município que oferecem ginástica, hidroginástica e outros tipos de exercícios para pacientes com câncer de mama.

A assistente social propôs que este fosse um “dia para falar”. Para a profissional, elas estavam falando muito nas reuniões anteriores e por isso teve a ideia de deixá-las se expressarem livremente. Por conta dos laços construídos, inicialmente, elas deram notícias de outras pessoas do Grupo. Cada uma teve a oportunidade de falar sobre o que quisesse, sobre projetos de que participam, relações familiares, entre outros. As informações sobre os projetos despertaram muito interesse e, então, a assistente ficou de pesquisar mais a respeito, sobretudo em relação às vagas disponíveis.

Na sua vez, uma participante agradeceu ao Grupo e relatou o apoio recebido por ocasião de uma cirurgia: “quase entrei em depressão”. Outra relatou a superação por poder conseguir dançar novamente depois de algum tempo. Muitas delas salientaram a importância do grupo nas lutas pelas quais passaram. A fala de uma delas gerou emoção e, depois, cada uma resolveu falar sobre como passou a lidar com o sofrimento, além de outras mudanças de personalidade e comportamento. Pela primeira vez, notamos certo constrangimento, em razão de nossa presença, quando o assunto se voltou para as relações sexuais – que é um dos

grandes tabus no tratamento do câncer, como já foi comentado numa das edições analisadas do programa Bem-estar. Apesar disso, a participante disse o que queria, mas de maneira sutil ou polida. Novamente, uma falou sobre a importância de mostrar como é o câncer, porque “existem coisas boas”.

O olhar das mulheres desse grupo se volta, frequentemente, para enxergar os fatores possibilitados pela doença, que são sempre relacionados ao amadurecimento pessoal e a uma espécie de autoconhecimento. Elas têm uma grande necessidade de mostrar que, apesar das dificuldades, o câncer não é algo tão tenebroso quanto se imagina e, por isso, querem ser um exemplo vivo disso.

A última visita, em caráter de observação, se deu no dia 2 de outubro de 2014, quando estavam presentes 23 participantes e quando a psicóloga Ana Karina retornou das férias. Em função do “Outubro Rosa”, a equipe de reportagem da afiliada da Rede Globo em Juiz de Fora – a TV Integração – estava presente nesse dia. A cobertura era para o programa Bem-estar, de abrangência nacional. Notamos grande mobilização das participantes, que se preparavam (inclusive esteticamente) para as filmagens e as entrevistas. Outro convite foi feito pela assessora de comunicação da Ascomcer, para um evento no dia seguinte, que também seria coberto pela imprensa, que estava procurando duas fontes. Seria realizado um desfile de lenços na ocasião.

A cobertura feita pela equipe deixou evidente a total construção narrativa da história da “Helô”, uma participante do Grupo, que desde cedo (8h da manhã) estava dando entrevista para a equipe. A entrada dela no auditório foi totalmente simulada e ela cumprimentou todas as participantes. Tudo sob as lentes da câmera. A personagem do dia, Helô, é considerada como uma referência para as demais, e então ela afirma que é preciso ter “autoelogio”, “autoestima” e “autoaceitação”. Em outros encontros, não se percebeu essa referência, talvez fosse algo mais implícito da relação delas e que agora emergiu com a reportagem. Uma paciente não quis aparecer no vídeo e, por isso, ficou do lado de fora da sala quando a gravação começou.

Na reunião desse dia, as “meninas” fizeram uma avaliação positiva do encontro da semana anterior, quando puderam falar à vontade. Mais uma vez, deram notícias de outras participantes. Houve a continuação da leitura do livro *Força na peruca*, com o texto “Na balada”. A psicóloga explica que o livro é um relato autobiográfico de uma ex-paciente, que gera comicidade e identificação com as histórias, que, regra geral, têm um *happy end*.

Nesse dia, algumas relataram o abandono do marido em função da doença e disseram que compreendem a dificuldade deles. Elas questionam se existem ou não

estatísticas sobre isso, mas ninguém soube informar. “O problema é nosso”, emocionou-se uma participante. Outros casos de maridos foram contados, a exemplo de um que fugiu por não suportar ver a mulher sofrer; outro foi se afastando aos poucos e isso, para a paciente, dificultou muito o tratamento, porque a separação foi um dos momentos mais difíceis, para ela, além da queda do cabelo. Cogitou-se a possibilidade de os maridos participarem de algum encontro do Grupo<sup>45</sup>.

Relatou-se o fato de que o câncer motivou o olhar para si mesmo. Comentou uma ‘vitoriosa’: “as pessoas mudam após o câncer”. Uma também contou que, na sua cidade, as pessoas não pronunciam a palavra “câncer”, referem-se a ele como “aquela doença ruim”. E ela questiona: “e existe doença boa?”. Por conta de sua superação, ela se tornou uma referência na cidade. A psicóloga defendeu a ideia de que as campanhas e o ato de dar visibilidade às pessoas que passaram pela doença ajudam na conscientização de outras mulheres. Portanto, para ela, não se deve esconder o câncer.

#### Sobre as entrevistas dadas para a TV

As perguntas da jornalista foram muito superficiais, tinham o objetivo de explorar a emoção das pacientes e despertar o sentimento de esperança. Quando perguntadas pela jornalista sobre o significado daquele Grupo, elas falaram de “amizade” e “segunda família”. Ao receberem o diagnóstico, elas dizem que é como se “abrisse um buraco”. E o nome do Grupo, em resposta à repórter, é porque a superação é a “vitória” delas, “nós vencemos” – “porque lá no fundo, talvez, eu não acreditava nessa vitória”, declarou uma delas.

As participantes Maria do Carmo e Helô (a primeira foi indicada pela segunda) foram as duas mais entrevistadas. Elas abordaram, acima de tudo, as dificuldades do câncer que as inspiram, além do carinho, da “palavra amiga” por ocasião das cirurgias, que teriam marcado a amizade delas. Ambas se emocionam ao final. Maria do Carmo contou, com muita felicidade, que os nódulos encontrados no outro seio são benignos: “mais uma vitória”, contou aliviada. As demais participantes também se emocionaram com os depoimentos das duas. “Nós vencemos todos os dias uma batalha após a outra”.

Para a abordagem televisiva, mostra-se que os acessórios e os objetos de Helô, agora, são todos rosados: “o mundo pode ser rosa. Basta você fazer ele ser rosa”. As colegas estariam aderindo à cor, “por fora e por dentro”. O rosa, para a vitoriosa, simboliza o seu desprendimento, a sua alegria e a sua verdade. A respeito da atuação da repórter, é possível

---

<sup>45</sup> Isso, de fato, ocorreu posteriormente, como contou a assistente social, em entrevista para este projeto (*ver apêndices*).

verificar que houve ampla instrução sobre como as participantes deveriam se comportar. Por vezes, até sobre o que e como dizer. Percebemos, na prática, a intensa e a exclusiva exploração das histórias das personagens. A câmera captou todas as ações construídas – um acontecimento preparado para ser midiaticizado.

O contato com as pacientes evidenciou, assim, a importância que têm as oportunidades de serem ouvidas; tanto entre aqueles que dividem com elas as situações cotidianas, quanto no espaço que possibilita uma visibilidade maior, a exemplo da televisão. A vitória de que elas tanto se orgulham, aparentemente, poderia estimular outras pessoas na mesma situação e, ademais, estimular uma modificação na forma com que as pessoas veem a doença na sociedade. Por isso, para obter um depoimento mais preciso, objetivo e direto, foi realizado um grupo de discussão com as vitoriosas, que integra esse mesmo capítulo.

## 6.2 VOZES DE AUTORIDADE: COM A PALAVRA, OS MÉDICOS

A análise dos produtos televisivos evidenciou que os representantes da Medicina ocupam uma posição hegemônica de suporte especializado, e possuem um poder de fala maior que qualquer outro profissional nas matérias que retratam as questões do câncer. Nesse cenário, encontramos, em um mesmo produto, jornalistas e médicos como porta-vozes dos campos da comunicação e da saúde, que detêm juntos valores de credibilidade informativa frente à sociedade. Essa relação vem permeada de conflitos, principalmente para determinar quem, o que e como se falam das informações sobre saúde. Não é raro verificar que, nas matérias jornalísticas, o médico aparece corriqueiramente apenas para ratificar algo que já foi abordado no discurso jornalístico. Uma lógica que nem sempre acontece nos demais programas televisivos, como foi possível perceber.

As matérias selecionadas refletem, de alguma maneira, a importância de avaliar a informação para o comportamento da população diante da saúde, sobretudo porque a televisão é uma das principais referências informativas da sociedade, capaz de influenciar os cuidados, o estilo de vida, os hábitos e os costumes adotados pelos receptores. É necessário examinar e ponderar, contudo, que não se sabe, a partir do olhar da comunicação, o ponto ideal a que a informação pode chegar, até que momento um leigo pode julgar, sem incorrer no risco de errar ou de gerar mais dúvidas, sobre um sintoma e seu diagnóstico. Um indivíduo comum poderá se autodiagnosticar? Ele deve saber mais sobre o tratamento? Os casos apresentados no vídeo demonstram sucessos na oferta de informação? Essas histórias servem de referência para todas as pessoas?

Outro aspecto a ser observado é o de que cada vez mais a TV e especialmente o telejornalismo parecem absorver o coloquialismo cotidiano, no jeito de narrar, na escolha do vocabulário, no modo de expressão dos apresentadores. No caso da cobertura de saúde, esses fatores podem possibilitar uma maior apreensão pelo público, principalmente aquele que possui menor escolaridade, por poder entender o que está sendo tratado. Aos poucos, quebra-se o paradigma de que o conhecimento sobre saúde deve ficar totalmente restrito aos profissionais que se dedicaram a esse objetivo e que o jornalismo apresentou-se como o elo entre o conhecimento especializado e a sociedade. Porém, o que os médicos acham disso?

Com a finalidade problematizar essas questões, foram realizadas duas entrevistas com médicos da Ascomcer: a oncologista Christiane Maria Meurer Alves e o anestesiolologista Alexandre de Almeida Guedes. A primeira atende na área de oncologia clínica, e o segundo no centro cirúrgico, além de coordenar dois projetos de estudos acadêmicos sobre tratamento oncológico dentro da própria instituição – o que revela uma preocupação de refletir e discutir aspectos técnicos da doença nesse espaço.

Para a médica Christiane Alves (2013), é necessário que a informação veiculada pelos meios de comunicação seja a mais clara possível, a fim de que se tenha um “alcance maior”, tendo em vista as diferenças em relação à apreensão da mensagem pelos diferentes públicos que existem no Brasil. “Muitas vezes o paciente vem trazendo a informação e ele pede que você traduza aquilo para alguma forma que ele consiga entender”, afirma.

Atuando na área há 20 anos, Christiane defende que a informação representa um papel importante para a saúde, principalmente ao enfatizar a questão da prevenção: na realização de exames, no combate ao tabagismo etc. De acordo com ela, também é preciso que a mídia enfatize as especificidades nos casos abordados, ressalte que alguns processos científicos veiculados ainda estão em fase de experimentação e defende a ideia de que as pessoas precisam ter uma visão crítica em torno do que é publicado.

Em termos de prevenção, ela [a informação] é muito importante. Você informar, por exemplo, a importância de uma colonoscopia, um exame de PSA, um exame de mamografia... Isso é importantíssimo. Só que, às vezes, [se] faz de uma maneira muito generalizada. Por exemplo: “apareceu uma droga nova para tumor de mama”. Aí as pessoas vão pensar: “ah, isso vai se aplicar para mim também”. E não vai se aplicar para todo mundo. Não é todo mundo que vai usar um determinado tipo de remédio. [...] eu acho que deveria ter uma informação um pouco maior. Eu acho até que pelo tempo, que é curto; aquilo não é informado da melhor forma possível. Tinha que enfatizar que as exceções existem; enfatizar que aquilo não é para todos. (ALVES, 2013).

Sobre a divulgação de informações novas e do relato noticioso de casos de sucesso, nos quais se deveriam ressaltar as especificidades, a médica acredita que suscita expectativas e esperanças que vão de encontro com a realidade, além de gerar ansiedade.

Eu acho que aquilo ali [casos de interesse humano] dá um pouco de esperança; [...] conta histórias boas, no sentido da superação... Acaba criando uma esperança, que às vezes você não pode atender [...] e aí cabe ao médico, quando estiver com um paciente com essa expectativa: “ah, será que vai acontecer igual comigo?”. Aí a gente fala se a história é diferente, ou a gente não sabe exatamente qual é aquela história toda; porque não descreve o tumor como era no início... Então a gente vai colocando isso para o paciente entender. (ALVES, 2013).

Outro problema apontado por ela é a superficialidade, a falta de aprofundamento que ela atribui à falta de tempo na televisão. No entanto, segundo ela, a sociedade hoje está bem mais informada, já que os pacientes não chegam mais “crus” como antigamente. Por outro lado, ela conta que já recebeu duas vezes uma mãe em seu consultório, com um filho de 13 anos, que estava com seborreia. Para a médica, essa postura mostra que o conhecimento mal assimilado cria confusões e muitas vezes as pessoas pensam no pior; porque levou ao oncologista primeiro, e não ao clínico geral. De qualquer forma, a notícia sobre saúde, para ela,

mesmo sendo superficial, dá mais bagagem para o paciente conversar com a gente; então eles questionam mais. [...] isso é bom, não é ruim. Quanto mais o paciente questiona, mais informado o médico tem que estar e tem que atender melhor, tem que prestar um serviço cada vez melhor para atender essa demanda de informação (ALVES, 2013).

Além disso, Christiane comenta que a mídia deveria, ainda, enfatizar os direitos dos pacientes portadores de câncer. Ela afirma que é muito difícil saber que, às vezes, um paciente poderia ter mais recursos, mas não consegue por desconhecimento ou por dificuldade no acesso, tendo muitas vezes que recorrer à Justiça para obter direitos que estão previstos na própria Constituição. Para ela, essa também seria uma função da mídia de denunciar os deveres do Estado que eventualmente não são cumpridos.

O médico Alexandre de Almeida Guedes (2014) também concorda que atualmente os pacientes chegam ao consultório depois de já terem consultado o “Dr. Google”. Ele alerta, todavia, para a possibilidade de esses pacientes não conseguirem interpretar a informação disponibilizada na web, em função da complexidade do conhecimento médico<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> O assunto também já foi alvo de reflexões no âmbito da comunicação e saúde, que propõe a definição de *neopacientes*: “Esse novo paciente busca informações em outras fontes e propõe um relacionamento mais direto com os responsáveis por sua saúde, alterando a relação vertical, de cima para baixo, para um contato horizontalmente desenhado, num perfil mais colaborativo, em que as opções de tratamento e a eventual cura de seus males são mais bem discutidas, afinal o mais interessado nestas é primeiramente o doente e, depois, o

A ideia de que os pacientes não mais aceitam irrestritamente o conhecimento médico, em função de estar “bem informado”, é exemplificada pelo próprio anestesiológico que, ao prescrever a famosa benzetacil para um paciente, teve a recusa do mesmo. O paciente teria alegado que leu no jornal que essa medicação não tinha mais utilidade. Apesar de sua insistência, o médico se viu obrigado a receitar um medicamento alternativo, menos indicado, na sua visão, porque deve respeitar a decisão do paciente. O caso ilustra ainda o conflito da noção de qual ator social detém, de fato, a verdade – o jornalista ou o médico; cujas disputas saem da esfera simbólico-informativa e se materializam na realidade cotidiana dos hospitais. Ambos os médicos entrevistados defendem, assim, que os profissionais, agora mais do que nunca, precisam estar mais preparados e atualizados para lidarem com esses novos tipos de pacientes.

Assim como Christiane, Alexandre salienta a importância da informação para a prevenção da doença, acima de tudo para evitar os tipos de câncer que estão associados aos hábitos de vida e à hereditariedade. “Filhos de pais ou [netos] de avós que tiveram determinadas doenças neoplásicas, ao terem essa informação, vão obviamente tomar medidas preventivas e isso vai minimizar muito, conseqüentemente, o desenvolvimento da doença” (GUEDES, 2014). Ele acredita que há uma desinformação generalizada na população brasileira, marcada por grandes diferenças socioculturais.

Para ele, as informações veiculadas pela mídia são, muitas vezes, superficiais e tendenciosas. Por isso, ele propõe que passem a existir jornalistas especializados em saúde, da mesma maneira que existem aqueles que dominam áreas como economia e esportes.

Eu acho que deveria ter o que conhecesse um mínimo possível das políticas de saúde, do *modus operandi* do sistema de saúde e também ter o mínimo de conhecimento de, ou procurar esmiuçar um pouco mais a questão de doenças; porque quando vai falar de alguma doença e eu, quando vou ler alguma coisa relacionada à doença, ou patologia, ou tratamentos, na mídia, são totalmente distorcidos do que é na realidade. Ou seja, o autor da matéria não procurou verificar, ou coletou de fontes [não seguras]... (GUEDES, 2014).

O médico condena as reportagens que tentam dar informações dissonantes com a realidade, isto é, os produtos que procuram difundir uma ideia falsa de que já existe a cura para o câncer, baseando-se em descobertas preliminares ou que ainda estão sendo desenvolvidas. Para ele, criam-se, desse modo, falsas esperanças. Ele mesmo já pôde verificar

---

profissional que o atende.” (PESSONI, 2013, p. 137-138) O autor sugere ainda que, independente da veracidade do conteúdo cibernético, isso faz com que “esse paciente seja potencialmente menos disposto a acatar passivamente determinações médicas” (PESSONI, 2013, p. 138).

isso no convívio com a sua esposa, que é leiga no assunto e que, inclusive, teve um caso de câncer na família:

Porque foi mostrada uma determinada notícia de uma esperança de cura muito promissora para uma determinada patologia e ela [a esposa] falou assim: “nossa, mas que coisa legal...” E eu falei assim: “calma, eu já vi esse artigo. Isso aí ainda está em fase dois, está em estudo *in vivo*, em animais”. Então, isso está ainda muito longe de chegar à realidade, se é que vai chegar ao longo desse processo, vai se comprovar que não era eficaz (GUEDES, 2014).

O problema maior, no seu modo de ver, está na falta de aprofundamento do relato e também no estilo “manchete” que, em outras palavras, não dá conta de expressar as nuances das informações sobre saúde ou ciência. Essa manchete pode ser mal compreendida, porque quer chamar a atenção, ser apelativa, sem se preocupar com a realidade concreta do fato.

O médico anesthesiologista comenta que a mídia não tem obrigação de dar todas as informações para população. Para ele, o profissional de saúde, sim, deve se preocupar em transmitir o conhecimento, porque adquiriu a erudição numa área e, por isso, deve transformar esse conhecimento em algo mais acessível. “O paciente tem, de acordo com os princípios bioéticos, direito de receber todas as informações numa linguagem que lhe seja clara e de grande possibilidade de entendimento, a respeito da sua patologia. Isso é um princípio básico, um princípio essencial da assistência médica” (GUEDES, 2014).

Segundo as impressões de Christiane e Alexandre, um ponto positivo na atuação da mídia seria o papel desmistificador da doença. Os dois disseram que a abordagem da doença na imprensa ajuda a diminuir os mitos (mostrando pessoas que superaram a doença, por exemplo), além de operar mudanças culturais significativas, a exemplo da redução do consumo de tabaco, que, para ambos, foi possibilitada graças à atuação da mídia.

Alexandre acredita que há muito pouco espaço para os médicos no espaço jornalístico e, quando tem, nem sempre o profissional convidado é o mais qualificado para falar sobre o assunto; e que, realmente, muitas vezes o médico tem dificuldades de simplificar a linguagem ou diminuir o nível de erudição – “eu não sei como é que vai resolver isso, mas esse muro que separa a informação médica da imprensa e esse muro que separa a imprensa da população, que é mais baixo, eu não sei como é que vai resolver, é uma coisa complexa” (GUEDES, 2014). Uma solução aventada por ele seria, além da especialização dos jornalistas, evitar esmiuçar as questões da doença, que exigem maior profundidade e competências.

A respeito do Grupo e do Centro de Estudos, o médico esclareceu que são propostas muito incipientes de pesquisa no hospital, uma vez que há uma prevalência da vocação assistencialista da Ascomcer, voltada para o diagnóstico e o tratamento de câncer.

Pesquisa, nós somos totalmente incipientes, embora nós tenhamos, no nosso corpo clínico, profissionais muito renomados, profissionais titulados que poderiam estar aqui desenvolvendo alguma pesquisa nessa área; porque nós temos um grande número de pacientes, nós temos um ambiente muito propício para esse tipo de coisa. Porém a pesquisa é muito complexa e pesquisar em seres humanos é absolutamente cercado de muito dogma, cercado de axiomas muito complexos, de uma série de normas internacionais; e nossa instituição ainda não atingiu esse patamar (GUEDES, 2014).

Ele conta que fazer pesquisas efetivas na entidade é um anseio que eles têm, mas que demanda recursos, infraestrutura e vocações de pesquisadores. Ao comparar a Ascomcer com outras grandes instituições brasileiras e internacionais, Alexandre afirma que há uma distância muito grande em relação à pesquisa, mas nem tão grande assim em assistência. O Centro de Estudos da Ascomcer é, então, uma iniciativa que “veio para fomentar e estimular a atualização dos profissionais de saúde da instituição e de fora dela” (GUEDES, 2014).

Finalmente, o especialista explica que o tratamento do câncer, de fato, aumentou muito nos últimos anos. Não descobriu a cura, mas criou mecanismos que possibilitam uma sobrevivência com razoável qualidade de vida para os pacientes. Então, a mídia poderia, sim, divulgar as descobertas científicas, mas atentar para as especificidades e para o caráter experimental de muitas dessas descobertas. Fazendo uma analogia com a Aids, Alexandre sinaliza que talvez não seja possível descobrir uma cura para o câncer, mas um controle que permita viver muitos anos mais, razoavelmente bem.

Os discursos médicos mobilizam, dessa forma, as disputas que caracterizam a determinação de quem está apto ou não a publicizar as informações sobre saúde. As trocas linguísticas e as tensões em campo revelam a complexidade da relação comunicação e saúde; assim, é possível considerar que esses embates podem repercutir na forma e no sentido de transmissão das notícias, refletindo em condutas dos pacientes, como nos casos relatados pelos médicos. Esses profissionais consideram mais importantes as informações relativas à prevenção, ou seja, as pessoas devem ter conhecimento para apenas evitarem a doença. Após o diagnóstico, a mídia não teria obrigação, na visão deles, de dar mais informações a respeito da patologia, que apresenta muitas especificidades e complexidades. Nota-se certo silenciamento na fala de ambos em relação às outras questões que envolvem a doença, sociais e psicológicas, que demandariam a atuação de outros profissionais. A única referência é dada por Christiane, que defende a divulgação dos direitos dos pacientes. Eles também omitem, em grande medida, os sentidos mobilizados pela palavra “câncer” no seio social, talvez porque haja uma preocupação maior, de seus pontos de vista, em cuidar da doença somente em seu caráter orgânico e também porque, possivelmente, lidar com neoplasias já é algo tão habitual

no cotidiano de ambos, que já não evoca metáforas e mitos com os quais se deve ocupar. A fim de ampliar o debate sobre os sentidos do câncer, sob o prisma de outras áreas, conduziremos a seguir reflexões em torno da Psicologia e do Serviço Social.

### 6.3 RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO CÂNCER – QUESTÕES PSICOLÓGICAS E ASSISTENCIAIS

A contribuição de outras áreas no tratamento do câncer é algo que vem se consolidando, em virtude principalmente das diversas demandas dos pacientes. Para discutir essas outras possibilidades de abordagem, selecionamos dois outros setores que também lidam diária e diretamente com a doença, que conhecem de perto tais necessidades e, conseqüentemente, estão aptos a falarem sobre os sentidos e os aspectos outros que influenciam no tratamento, sobretudo no que diz respeito à informação. Ouvimos, dessa maneira, a assistente social Fernanda Guedim Batista e a psicóloga Adriana Pereira Paes. Fernanda é uma das coordenadoras do Grupo Vitoriosas e Adriana, enquanto esteve vinculada ao hospital, conduziu os projetos Sala de Espera e Grupo de Familiares, durante, aliás, nosso período de observação. Nossa conversa com a psicóloga ocorreu quando ela já não mais se encontrava no quadro de colaboradores da Ascomcer; ainda assim, Adriana aceitou conceder a entrevista em seu próprio consultório. Esse fato possibilitou uma liberdade maior, evidenciada em seu discurso, sobretudo quando o assunto abordou os tensionamentos profissionais.

A assistente social afirma que o paciente com câncer, hoje, nem sempre goza de todos os seus direitos, até mesmo pela falta de informação. Ela atribui isso, inclusive, ao fato de a mídia não noticiar esse tipo de informação e também porque, a seu ver, ainda subsiste a noção de que o câncer leva à morte e, claro, preocupam-se mais em cuidar da doença. Fernanda conta que, normalmente, os pacientes e seus familiares vão procurar seus direitos somente quando a doença “mexe financeiramente com a pessoa” (BATISTA, 2014). Outra possibilidade de causa para esse desconhecimento seria, para Fernanda, que as pessoas não têm interesse nesse tipo de informação, porque ninguém “nunca acha que vai ficar doente” e, por isso, são questões que estão fora do cotidiano das pessoas (BATISTA, 2014).

A profissional de Serviço Social apresenta ainda outro problema pelo qual muitos pacientes passam: o preconceito. Ela explica que, aparentemente, os portadores de câncer, de um modo geral, parecem estar bem de saúde, mas não têm condições de exercerem determinadas funções. Ela exemplifica isso com as mulheres do Grupo Vitoriosas, no qual

muitas são cabeleireiras, manicures e domésticas. Isso gera, então, preconceito e o governo não disponibiliza soluções para essa dificuldade. “Na verdade, o governo deixa um buraco aí, ele não dá esse suporte. Porque eu acho que deveria. O paciente teve câncer, está em controle, deveria ter o benefício ou auxílio-doença, que continuasse durante aquele período” (BATISTA, 2014).

Ainda sobre silenciamentos de mídia, a assistente social acredita que a informação está muito voltada para a prevenção, repercutida, por exemplo, na visibilidade dada às campanhas. “Mas e aí, quando está [com câncer], o que a gente pode fazer? Então, acaba reforçando, não é dito, não é falado; acaba reforçando tudo isso, o preconceito”, sendo que, “se você tem um inimigo, como o câncer, se a gente sabe mais sobre ele, acho que é mais fácil de a gente enfrentar” (BATISTA, 2014). Quando perguntada sobre as políticas públicas vigentes, se são cumpridas com rigor, Fernanda entende que o problema maior está na burocracia, pois a Lei até tem dispositivos importantes para os pacientes, mas o cumprimento é a maior dificuldade – a exigência de muitos documentos é algo que atrasa, por exemplo, o início do tratamento, que deve começar em até 60 dias, como diz a Lei. Outro fator complicador é que esses procedimentos burocráticos vêm em momento de fragilidade desses indivíduos. Nesse sentido, além dos vários exames a que eles são submetidos nos hospitais, eles muitas vezes precisam enfrentar o “estresse da perícia” médica para requerer um auxílio-doença no INSS, por exemplo. A própria liberação dos exames é algo moroso no SUS, segundo ela, que, em alguns casos, vai para a instância da Justiça, onde poderes municipal, estadual e federal jogam a responsabilidade um para o outro e o paciente “fica esperando”.

Fernanda aponta ainda outras fragilidades do sistema. Para ela, ainda mais demorado pode ser o diagnóstico. Ela narra um caso que ilustra esse problema:

A gente teve aqui uma paciente internada que fez a mamografia, o exame anual, e não voltou ao médico. Um ano depois ela começou a sentir dores da coluna, e o médico dizia que era problema de coluna, tem que fazer caminhada, tem que emagrecer... No final das contas, ela estava com metástase óssea. Então, talvez, se lá na rede primária eles tivessem investigado, talvez ela não chegasse a esse estágio (BATISTA, 2014).

Em relação às dificuldades de intercâmbio nas relações entre os profissionais, Fernanda admite que existem tensões. Ela acha que o trabalho de todas as áreas é essencial e que deveria haver mais tempo para se “sentar e discutir o caso tal”. De acordo com ela, há uma iniciativa do hospital interessante nessa direção, pois a clínica médica realiza uma reunião quinzenal com todos os profissionais. Porém, “nem todo mundo acha que a sua área é importante; têm aqueles que acham que bastam os médicos, basta a enfermagem... Eu acho

que é um caminho que está sendo trilhado aos poucos. Não é uma coisa que daqui a um ano vai estar perfeita não” (BATISTA, 2014).

Sobre a afetação dos familiares, Fernanda concorda que é preciso atender suas demandas e, por isso, já realizaram, inclusive, uma reunião do Grupo Vitoriosas com alguns parentes.

Porque a gente fica focado no paciente, mas o paciente não está sozinho. O paciente está com a família ali e a família também está com as expectativas, aquelas dúvidas, e às vezes o médico passa correndo, fala alguma coisa, mas não fala tudo; e as pessoas têm necessidade de falar. Mesmo que ela não tenha a resposta ali na hora, ela quer falar, ela quer ser ouvida (BATISTA, 2014).

Essa importância do diálogo e da expressividade é um dos objetivos do Grupo Vitoriosas, que, entre outras coisas, busca dar oportunidade às componentes de falarem e serem direcionadas para outras atividades. “O objetivo é elas trocarem experiências, tirando dúvidas; quando a gente precisa de algum profissional, a gente leva o profissional, o médico, o nutricionista e assim vai... então, está dando suporte para que elas voltem; que, além da doença, elas têm outras possibilidades” (BATISTA, 2014). Entre os questionamentos dessas mulheres, está a questão de que o tratamento não dá certo para todo mundo, ou seja, quando alguma vem a falecer, elas indagam: “por que comigo deu certo e com fulano não deu?”. A seu ver, cada uma fala da sua experiência e aquelas que estão iniciando, normalmente, se espelham naquelas que já estão superando. Em virtude da variedade das etapas em que elas se encontram, ela acredita que todos os assuntos são tratados no Grupo.

Já estabelecendo uma ponte com o discurso psicológico, a assistente social concorda que é muito comum ainda o fato de muitas pessoas não terem coragem de falar a palavra “câncer”. Fernanda comenta que muitas vezes o paciente já sabe, conversa com os profissionais como se tivesse, mas não conversa do mesmo modo com a família. Em alguns casos, os familiares acham que se o paciente souber, ele vai morrer. Essa visão é compartilhada pela ótica da Psicologia, como se observa no depoimento de Adriana Paes:

Porque têm famílias que escondem do paciente e às vezes o paciente quer saber sobre a doença, quer tomar conta da vida dele, do tratamento, mas a família impede. Por isso que é tudo muito delicado e muito complexo. Então, não dá para você generalizar. A informação é poderosa? É, mas é poderosa desde que seja bem dada, bem dosada, sabendo até onde que você vai, se você vai precisar parcelar essa informação. Agora, a gente parte do princípio de que o paciente tem o direito de saber, a não ser que ele não queira (PAES, 2015).

A psicóloga explica que, ao receber o diagnóstico de uma doença como o câncer, a pessoa sempre fica abalada, sofre uma desestrutura emocional, mesmo que ela tenha um bom prognóstico. Isso se dá, na sua visão, porque o câncer ainda é uma doença estigmatizada

e, portanto, o recém-diagnosticado provavelmente vai sempre evocar aquilo que ele já ouviu falar sobre a doença e recordar a sua vivência em relação a ela. Nesse sentido, o sofrimento pode ser maior, pois, segundo Adriana, existem também outras doenças terríveis, mas o impacto das neoplasias costuma ser maior.

“Será que essa informação que as pessoas estão recebendo é suficiente para quebrar esse estigma? Eu penso que melhorou muito, hoje a gente vê... Mas existe ainda muito medo, muito preconceito, muita falta de informação. E aí também vem a questão da vivência de cada um” (PAES, 2015), completa a profissional de psicologia. Ela entende que as pessoas têm dificuldade de se livrar de algumas ideias que ficaram no passado, principalmente quando os pacientes de agora se recordam do sofrimento de pessoas com as quais conviveram. Seria preciso, assim, levar em conta o contexto, os costumes da época, os hábitos de vida da pessoa e os recursos disponíveis. Por conseguinte, a psicóloga defende que a informação sobre prevenção na mídia deve ser mais maciça, tendo em vista que alguns tipos de câncer são evitáveis. Ela lembra, por exemplo, o êxito na campanha contra o tabagismo, que teria modificado a cultura, contribuindo com a promoção da saúde. Ainda sobre esse assunto, ela entende que há uma preocupação muito maior, especialmente no âmbito da formação em Medicina, em curar e salvar vidas, onde a prevenção é algo mais secundário.

Em relação à comunicação com o paciente, sob a perspectiva de mantê-lo informado sobre sua doença, Adriana pensa que a informação é sempre um aliado, desde que venha de fontes corretas. Para mensurar isso, ela propõe que haja um trabalho que busque estabelecer uma relação interdisciplinar<sup>47</sup>, “para ele [o médico] poder perceber o quanto de informação ele pode dar num determinado momento, como ele vai dar essa informação, a quem ele vai dar. Ele precisa conhecer esse paciente, ele precisa da ajuda de outros profissionais para poder dar esse apoio” (PAES, 2015).

Na continuidade de suas reflexões, a psicóloga acredita que prevalece uma visão de que o ser humano ainda é visto pelos profissionais de saúde, sobretudo, como um ser orgânico, em detrimento de uma concepção mais global – ainda que isso tenha melhorado ultimamente. Ela exemplifica afirmando que, em dez anos de trabalho no hospital, recebeu pouquíssimos encaminhamentos de pacientes pelos médicos: “eu posso contar nos dedos”. Ela narra que a irmã de um paciente ficou muito revoltada, certa feita, porque a médica teria ido comunicar o diagnóstico do câncer durante o jantar do paciente; e a médica achou que estava

---

<sup>47</sup> “Isto já vem já de longa data essa falta de capacidade de os profissionais trabalharem interdisciplinarmente. A gente vê muitas equipes multiprofissionais, mas... Você pode dizer: ‘ah, aqui no hospital tem tudo, tem fonoaudiólogo, tem psicólogo, tem assistente social...’ É uma equipe multi, mas ela é inter? Ela é transdisciplinar? Ih, isso está mais distante ainda. Ela não é interdisciplinar” (PAES, 2015).

agindo corretamente, porque recebeu o resultado do exame e quis dar logo a notícia. Para Adriana, independente de quem esteja certa, o fato é que o profissional precisa estar mais bem preparado.

A gente como profissional tem obrigação de estar mais preparado; porque quem está ali, o paciente ou a família, aquilo “caiu de paraquedas”. Eles não são obrigados a estar preparados. Uma família não é obrigada a estar preparada do dia para a noite e amadurecida, e tomar decisões corretas da noite para o dia, porque recebeu o diagnóstico de que seu filho está com leucemia (PAES, 2015).

Quando questionada sobre a importância da informação, do ponto de vista psicológico, a profissional percebe que um paciente mais bem informado consegue aderir melhor ao tratamento, até mesmo para que ele tenha condições de cobrar seus direitos<sup>48</sup>. Ela denuncia, por exemplo, um problema grave – o de que muitos médicos falam para os pacientes que determinadas medicações (em alguns casos, obtidas na Justiça) só podem ser administradas em consultório particular, sendo que, na verdade, eles podem receber esses fármacos no próprio hospital. Com isso, os médicos cobram essa outra consulta, aproveitando a desinformação das pessoas.

Sobre a contribuição da mídia, Adriana diz sentir que é necessário explorar um pouco mais as informações que são relevantes, aquelas que podem servir e ser de interesse de muitas pessoas, dando, inclusive, maior destaque. Ela baseia seu argumento após ler uma reportagem, no jornal O Globo, que teria dado uma nota muito curta para o caso de uma paciente menor de idade que não queria fazer tratamento, mas, mesmo com a concordância da mãe em relação ao seu desejo, ela foi obrigada a fazer. “É uma notícia que deveria ser mais trabalhada, informar mais: o que a Lei no Brasil considera certo ou errado, como as pessoas podem exercer o seu direito de escolha de um tratamento, a questão do seu testamento vital (...) É uma boa oportunidade para ampliar essa informação para outras pessoas” (PAES, 2015).

A ex-funcionária do hospital concorda que seria ótimo se a mídia também desse visibilidade às questões de dimensão psicológica, numa perspectiva global, considerando sempre – logicamente – que a urgência imediata é o atendimento biológico, o tratamento medicamentoso. Sanadas as primeiras necessidades, a atenção deve ser dividida com questões paralelas, fortalecendo o debate interdisciplinar.

a mídia poderia ajudar sim nisso, promovendo debates com profissionais de uma forma mais interdisciplinar com médico, com psicólogo; Serviço Social, que eu acho

---

<sup>48</sup> Essa preocupação, sob o prisma da Psicologia, se comprova também pela execução do projeto Sala de Espera que se baseia, fundamentalmente, no serviço informativo.

que é importantíssimo e que principalmente a classe médica não dá valor. Muitas vezes, eu cansei de ver situações em que o paciente e a família se sentiram tão bem acolhidos, e até psicologicamente melhores, porque o Serviço Social ajudou a resolver uma determinada demanda. Não é psicológico, é social, mas aquela demanda social resolvida, o psicológico também melhora; e eles não veem essa ligação (PAES, 2015).

Lembrando as atividades do Grupo de Familiares, a psicóloga assevera que há uma carência de atenção desse público, que já vem prejudicado por outras dificuldades inerentes ao próprio sistema de saúde.

Você teve oportunidade de acompanhar o Grupo de Familiares e ver o quanto de riqueza que tem aquilo, de demanda de cada um. E que não é que a gente ia resolver o problema deles não, mas você escutar, parar, escutar, conversar; isso já é muito. E, às vezes, vem de uma população que é carente disso, que já está castigada de ser tão mal atendida pelo sistema de saúde, que já chega lá cansado, já foi a um monte de médico, consulta, exame que marca daí a dois meses... É uma população tão castigada que, quando você tem alguém que pare e escute, lógico que isso tem influência na forma que a pessoa vai aderir ao tratamento, que ela vai entender, que ela vai compreender, que ela vai lidar. Eu não tenho dúvida disso (PAES, 2015).

Ela entende que os familiares também precisam de cuidados, especialmente quando se trata de Oncologia. O tratamento oncológico, na sua visão, deveria compreender a unidade de cuidados paciente-família. Porém, a profissional critica algumas posturas e normas hospitalares, quando a instituição impõe horários rígidos de visita e troca de acompanhantes, sem flexibilização em casos excepcionais; quando não permite que homens sejam acompanhantes de mulheres internadas<sup>49</sup>, sendo que o contrário é permitido; quando proíbe visitação de crianças, mesmo a pedido da Psicologia, que já teria avaliado o paciente e a criança – e, em outros casos, o setor responsável pela autorização (Enfermagem) já teria permitido sem o seu parecer<sup>50</sup>; etc. Em virtude de tantos problemas, na sua opinião, o Grupo de Familiares era “o mínimo que eu podia fazer (...) para que eu pudesse, de alguma forma, dar esse apoio para essa família e, infelizmente, eu não tinha autonomia para poder ajudar mais, porque aí entra a questão do poder” (PAES, 2015).

Durante as reuniões do Grupo, Adriana sempre abordou o aspecto do esconder e do silenciar, mostrando que, na maioria das vezes, o ideal é falar e expressar as suas necessidades; mas que cada caso é um caso. Por isso, para ela, “a questão da informação não é o que dizer, é como dizer e quando dizer” (PAES, 2015). Ilustrando esse tema, ela narra:

Um filho vai à reunião muito angustiado porque está mentindo para o pai, porque ele não falou para o pai o que ele tem de verdade. E aí o que eu faço para ajudar esse filho? Eu vou conversar com esse paciente, eu subo, para sondar desse paciente se

<sup>49</sup> “Eu já vi gente lá morrer sozinha porque não podia ficar lá com o filho, que podia ficar com ela, mas não podia” (PAES, 2015).

<sup>50</sup> “É como se eu fosse colocar um curativo em um paciente sem passar pela Enfermagem” (PAES, 2015).

ele sabe, se ele não sabe, se ele desconfia, se ele quer saber, se ele não quer, e esse paciente fala na frente do filho, na frente do filho: “não, eu sei, eu acho que eu estou com uma doença muito grave e eu acho que deve ser câncer”. E esse filho, eu vejo esse filho, fazer isso oh... [respiração de alívio] Não falou nada, eu vejo o corpo dele assim: “ai que alívio! Ele já sabe, então, eu posso conversar com ele sobre isso” (PAES, 2015).

Nesse sentido, ela comenta que, na maioria das vezes, a necessidade de esconder é mais da família do que do paciente. Apesar disso, existem casos em que o paciente nega, como mecanismo de defesa, e às vezes morre negando. A psicóloga endossa a noção de que o silenciamento sustenta os mitos da doença e, talvez por isso, ainda seja tão comum ver pessoas que se referem ao câncer como “aquela doença” ou “doença ruim”.

A assistente social e a psicóloga divergem de opinião em um aspecto. Para Fernanda, a questão da culpa é um problema que ocorre, às vezes, no início do tratamento, quando o paciente fica tentando encontrar uma causa para aquele diagnóstico – algo que, no seu parecer, vai caindo por terra ao longo do tratamento. Já para Adriana, a culpa é algo muito forte, pois está acostumada a ouvir queixas do tipo “por que eu bebi tanto?”, “por que eu fumei tanto?”, “eu estou pagando meus pecados”, “eu mereci isso”, “porque abandonei minha família”. Porém, ela ressalta que, em se tratando de câncer, não é possível afirmar com plena certeza qual foi a causa, até mesmo porque muitos levam uma vida bastante saudável, mas desenvolvem a doença. Ela comenta que muitas pessoas ficam tentando explicar o inexplicável, “igual mãe quando chega com criança lá. Quantas vezes eu escutei mãe falar assim: ‘será que foi porque ele não comia direito?’ ou ‘porque eu saía para trabalhar e ele era muito pequenininho e não dei atenção’, ‘ah! Será que foi aquele tombo de bicicleta que ele tomou?’” (PAES, 2015).

Por conseguinte, indagamos à profissional, sobre a sua concepção em relação ao fato de, habitualmente, a doença oncológica ser associada a fatores de ordem emocional. Ela reflete que isso não é necessariamente um elemento desencadeador preponderante:

Eu penso que aquele fato isolado [trauma ou problema emocional] não é capaz de, sozinho, provocar um câncer; mas aquele fato pode, junto com a predisposição, hereditariedade, genética, estilo de vida, junto, pode acelerar um processo que, às vezes, já estava vindo. Isso para qualquer doença, não só para o câncer. Eu acredito que a questão emocional tem muita influência, mas eu não acho que ela sozinha... (PAES, 2015).

Nosso último questionamento procurou compreender a observação de que, muito corriqueiramente, os familiares se emocionavam durante as reuniões do Grupo de Familiares; muito embora a psicóloga trabalhasse com um discurso positivo e até com humor, às vezes. A psicóloga acredita que isso se deve ao seu conhecimento e a sua vivência, que lhe permitem

falar sobre aquilo que toca fundo nas pessoas do Grupo. Isso se dava também porque muitos deles sequer tinham condições de se expressar, por inúmeras razões, mas também porque eles parecem reprimir certos sentimentos.

Eu acho que era importante até pela falta de condição deles de expressar, até pela falta de vocabulário, de abstração mesmo, por ser uma população mais humilde, com menos estudo. Então, quando eu estava falando, é como se eles estivessem falando aquilo; eu falava por eles, mas ao mesmo tempo depois dava espaço para que eles também falassem. (...) Eles também tentavam reprimir: “será que eu posso falar que eu estou com raiva do meu marido que está doente, porque ele está me agredindo?”, “Será que eu posso chorar perto dele?”. Então isso “opa, espera aí, eu posso chorar, eu posso ter raiva, porque isso é normal”. (...) E aí eles são afetados diretamente, isso não tem dúvida, mesmo aquelas famílias que não têm muito vínculo acabam sendo afetadas de alguma forma... (PAES, 2015).

Por essas razões, a psicóloga está certa de que ajuda indiretamente o paciente, ao auxiliar a família; principalmente quanto ela percebia que a questão era mais familiar. A profissional conta que ensinava os familiares a lidarem com o que estava acontecendo e, assim, eles ficavam mais tranquilos, seguros, compreendiam mais e se permitiam ter sentimentos que achavam que não podiam ter, além de conhecer direitos. Tudo isso, junto, melhorava a relação com paciente.

Percebe-se, em suma, um diálogo entre os discursos da assistente social e da psicóloga, que se enquadram numa condição de profissionais de apoio ao tratamento, solucionando demandas “periféricas” dos pacientes e dos familiares. Essas colaboradoras parecem conhecer mais detidamente os conflitos e os anseios dos portadores de câncer, porque têm mais tempo de observar e de acompanhar os casos. Nesse sentido, compreendem a importância da informação e quais os desafios que as neoplasias precisam enfrentar para serem menos estigmatizadas, uma vez que isso parece prejudicar a aceitação da doença pelo próprio paciente e pela sociedade. É preciso destacar que o multiprofissionalismo no atendimento oncológico armazena tensões de bastidores e que vêm à tona, sobretudo porque a segunda profissional envolvida não possui mais vínculos com hospital e, assim, se vê com mais liberdade para fazer comentários e críticas. A interdição da temática oncológica é algo recorrente até mesmo no universo do câncer, que às vezes costuma persistir, dando manutenção aos preconceitos e aos mitos. Como vimos, o *habitus* de cada campo, de cada área do conhecimento impõe certos condicionamentos inerentes às práticas cotidianas e, por isso, cada representante busca privilegiar os aspectos que lhe competem. Nos casos das últimas profissionais, há uma tentativa de concentrar esforços reflexivos no que tange aos problemas que acompanham a doença, que provavelmente contribuem decisivamente no tratamento. A respeito da informação, por exemplo, elas não veem limites ou não

problematizam a capacidade de entendimento das pessoas; apenas valorizam a informação, de um modo geral; alertam, contudo, para a análise da seguridade das fontes.

Para finalizar e completar as reflexões da pesquisa de campo, passaremos a contemplar, no item subsequente, a visão dos pacientes, que serão representados pelas participantes do Grupo Vitoriosas, no qual foi realizado um grupo de discussão.

#### 6.4 SOBRE REPRESENTAÇÕES – A VISÃO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Com o intuito de registrar e analisar as impressões dos pacientes, escolhemos as participantes do Grupo Vitoriosas para participarem de um grupo de discussão, voltado para as questões propostas nesse projeto. Essa reunião ocorreu no dia 22 de janeiro de 2015, às 14h30, no auditório da Ascomcer. Nesse dia, compareceram ao grupo oito mulheres, além de outras duas que chegaram atrasadas e não participaram do debate, possivelmente porque desconheciam o objetivo e a dinâmica. Na semana anterior, contudo, elas já haviam sido informadas sobre o trabalho do grupo de discussão, mas nem todas se lembravam ou estavam sabendo. De acordo com as profissionais, esse reduzido número se deve ao período de férias; todavia, entendemos que se trata de uma quantidade razoável, em exata medida, para problematizar a temática da informação sobre o câncer com a profundidade que ele carece.

O pesquisador atuou como moderador do grupo, a fim de orientar as discussões e propor as temáticas. Por isso, para perceber outras expressões comunicativas, convidamos três jornalistas e mestrandas para participarem como observadoras, sendo que uma delas ficou responsável por fazer anotações que facilitassem a identificação das falas das participantes. Allana Meirelles, Nara Salles e Roberta Braga ficaram dispostas em lugares estratégicos dentro do auditório, a fim de que pudessem perceber e visualizar todas as ‘vitoriosas’, além das duas profissionais que coordenam o Grupo. Iniciamos a conversa com as devidas apresentações e informações sobre o projeto e, em seguida, pedimos que cada uma se apresentasse também. Mantendo o sigilo da identidade das participantes, o grupo de discussão ficou assim constituído:

<b>Participante</b>	<b>Profissão</b>	<b>Primeiro diagnóstico em</b>
V1	Aposentada	2008
V2	Antes manicure, agora acompanhante de idosas (filha presente na reunião, ao seu lado)	2009
V3	Doméstica	2003
V4	Atleta (está com câncer pela 3ª vez)	2012

V5	Aposentada	2009
V6	Aposentada	2008
V7	Aposentada	2007
V8	Aposentada	2010

Tabela 3: Identificação das participantes do grupo de discussão

As impressões que tanto relatamos durante o período de observação não participante persistiram durante a realização desse grupo; isso, inclusive, foi relatado pelas observadoras. O Grupo Vitoriosas é constituído por mulheres que, em alguma medida, compartilham experiências comuns e isso fortalece os laços entre elas, criando vínculos de amizade. Durante uma hora de conversa, foi possível verificar todas as emoções, entre sorrisos e lágrimas, risadas e tensões. Quando uma fala, ordinariamente as demais fazem gestos de concordância, comovem-se com os depoimentos umas das outras, riem, fazem piadas, emocionam-se, ficam tristes e, invariavelmente, falam simultaneamente, interrompem a fala da outra e às vezes discutem, ao discordarem em determinado aspecto<sup>51</sup>. Como muitas delas mesmo comentam, parecem, de fato, uma família. Registramos apenas uma intervenção da participante V7 e nenhum depoimento das vitoriosas V3 e V5 (bem como das outras duas que chegaram muito atrasadas e não foram identificadas).

A reunião começou com o tema ‘diagnóstico’, sobre como elas reagiram ao receber a notícia de que estavam com câncer de mama. De uma maneira geral, elas afirmam que o primeiro diagnóstico não assusta tanto quanto o segundo (ou quando identificam alguma nodulação suspeita de ser um novo tumor). Essa é a visão das participantes V4, V6 e V7; a segunda chega a contar que teve um tumor benigno seis anos depois do diagnóstico de câncer e então, para ela, “a gente leva um baque, entra meio em pânico. Talvez porque quando você recebe a notícia pela primeira vez, você não sabe pelo que vai passar. Você ainda não entrou na quimio, não entrou na radio; mas depois que você entra numa quimio, aí você começa a ter medo de voltar” (V6, 2015). Para elas, o medo vem pelo conhecimento das consequências, e não pelo desconhecimento, como se poderia imaginar. A participante V2, porém, tem uma experiência diferente, diz ter sentido medo, porque perdeu a irmã, vítima de câncer de mama; mudou, porém, esse sentimento em função do Grupo.

Sobre a reação das pessoas, após o diagnóstico, as vitoriosas começam a contar mais casos vividos. V4, sempre se valendo do humor, narrou:

Um meu [familiar] foi até muito interessante, eu falei com meu irmão assim: “Oh, S., o meu câncer voltou e foi para os ossos”. Aí ele falou comigo assim: “Você não

<sup>51</sup> Esta última observação dificultou, por exemplo, o processo de transcrição da gravação, que captou esporadicamente falas desencontradas e perdidas.

sabe o que aconteceu comigo esta semana...”. Aconteceu horrores, porque pior do que câncer, né?! “Um carro bateu na traseira do meu, afundou tudinho a traseira. A sorte é que estava no seguro”. Tudo bem. Passaram uns 15 dias, eu falei: “já arrumou a traseira do seu carro?” Ele falou: “Já, está novinho, está no seguro”. Aí eu falei: “pois é, o meu capô não tem conserto não”. E mesmo assim ele não se ligou (V4, 2015).

Apesar da comicidade, a vitoriosa parece um tanto revoltada com a possível indiferença do familiar e diz não saber o porquê de ele ter reagido assim. Já para V6, as pessoas conhecidas, a seu ver, ficaram constrangidas de vê-la careca ou por saberem que ela estava doente. A aposentada conta que as pessoas a evitavam, fingiam não vê-la, olhavam assustadas e abaixavam a cabeça. Fugindo um pouco da pergunta, ela aproveita a deixa para declarar que a queda de cabelo foi algo que mexeu muito com a sua autoestima e generaliza isso para as demais. Isso até contradiz a visão de outras mulheres em uma das reuniões que serviram de análise no item da observação não participante. De todo modo, para V6, a queda de cabelo e o constrangimento das pessoas foram coisas que mexeram com ela. V4 complementa dizendo que as crianças apontam o dedo para ela na rua.

Retomando o cerne da questão, perguntamos como foi a reação das pessoas na hora da notícia. Novamente V6 se manifesta e comenta que demorou uma semana para contar para a filha da suspeição, pois ela mora no Rio de Janeiro e deu a notícia por telefone, quando ficou sabendo que era maligno; por isso, não sabe qual foi a reação. A família teria vindo para ajudá-la, mas ela considera que encarou a doença sozinha. “As coisas vão sendo assimiladas aos pouquinhos, parece que você vai... sabe? Deus faz as coisas muito bem feitas, você vai assimilando aos pouquinhos” (V6, 2015).

A respeito do comportamento das outras pessoas (constrangimento, fuga, indiferença), as mulheres não sabem explicar, com plena certeza, a que isso se deve. De qualquer forma, V6 se diz uma pessoa sozinha, que mora sozinha no mesmo prédio há 32 anos e, apesar de sempre conversar com todo mundo, ela lembra que, na época, os vizinhos ficaram tão constrangidos que procuravam ter notícias dela por meio do porteiro. Ela, então, ficava sozinha e acha que, em apenas seis anos, houve uma mudança e o câncer se tornou ‘mais comum’. A participante V8 concorda com V6 e afirma que realmente as pessoas fogem delas e as tratam como se fossem pessoas condenadas à morte. V6, por conseguinte, completa que a morte assusta as pessoas.

O assunto abre precedentes para que outras vitoriosas comentem outras formas de reação externas, que tocam na questão do preconceito: “eu estava com uns caroços aqui assim [na mão direita] e estava coçando assim e tinha uma senhora perto de mim. Ela olhou assim para mim, viu a minha pele soltando, olhou para a minha cabeça e ficou em pé” (V4, 2015).

Pela forma de contar, as demais riem e começam a falar junto; quando sobressai a voz de V2, para relatar outro caso vivido por ela:

Um dia, eu estava no ônibus e uma pessoa do meu lado espirrou. Aí eu olhei para ela e falei assim: “isso é alergia ou gripe?” Aí ela falou comigo assim: “não, não se preocupa não...” “Não, é eu que estou preocupada comigo, porque a minha imunidade está baixa, eu não posso gripar”. Aí eu levantei. A pessoa achou que eu estava preocupada com ela, entendeu? Como se eu fosse passar alguma coisa para ela. Eu falei: “não, a minha imunidade está baixa” e peguei e saí de perto (V2, 2015).

Os casos são indícios da realidade dos pacientes com câncer, que sofrem pela doença em si e pelo desconhecimento da população, que não sabe lidar com a doença, menos ainda com os pacientes. Isso é fruto, muito provavelmente, das interdições do tema de uma maneira geral. Em alguma medida, em espaços mais públicos, os pacientes se veem marginalizados ou excluídos, em função do tratamento que lhe é oferecido e de atitudes que demonstram discriminação e preconceito. Por conta disso, a vitoriosa V1 defende que o câncer ainda é um grande tabu, mas que, ao ser mais divulgado, isso tem se modificado. Por isso, ela acredita que é preciso falar abertamente, como acontece no Grupo. Ela nota que as novatas normalmente têm dificuldade de falar, mas isso vai se modificando à medida que elas vão percebendo o acolhimento e a reação das outras. A frequentadora inicia, assim, um longo depoimento que, entre outras coisas, aborda a sua rápida aceitação, o apoio de sua família, o fato de muitas pessoas terem medo até da palavra “câncer”, e a experiência com os seus sobrinhos, quando ela chega a se emocionar. O menino falava que a careca dela era linda e que queria ficar careca igual a ela; já a menina falava que queria ver o “bulaco” (*sic*) e passar a mão. A paciente procurou ajuda psicológica para saber como agir e a profissional (à época, a Adriana Paes) teria instruído para que ela agisse naturalmente, e o assim o fez.

Aí eu fiquei imaginando, na cabeça, não só das crianças, mas de todo mundo, quando se fala que você vai tirar a mama, fica um buraco; e realmente fica um buraco, mas esse buraco, a gente está tampando ele, é o buraco interior – é o buraco da mágoa, o buraco da incompreensão, que vai juntando tudo ali, então custa a cicatrizar. Agora, quando você procura preencher esse vazão, essa falta, você procura encher ela com amor, encher ela com amizade, com carinho, com alegria, aquilo se torna um fardo mais leve para você poder seguir em frente. Então, esse fato [da sobrinha] me marcou muito no período da minha doença (V1, 2015).

Na sequência, a tia afirma que dá muito valor àquilo que vem das crianças, porque elas estariam isentas da maldade e do preconceito dos adultos. Tal preconceito, no caso delas, seria aquele que vai achar que elas vão morrer ou que a doença é contagiosa. V1 lembra que já ouviu outros pacientes contarem que pessoas disseram que não iam se sentar perto deles porque eles estavam com câncer. V4, em novo depoimento cômico, conta que sua prima

trocou o número de celular, porque achou que ia pegar a doença pelas ondas do sinal do telefone. Mais uma vez, as demais riem. V1 continua falando e comenta que quanto mais a pessoa fala, mas o problema vai saindo de dentro dela. Ela acha que muitas pessoas têm dificuldade de aceitar, ela compreende, mas procura passar para as pessoas que o câncer *passou* por ela e não a pertence mais. A aposentada atribui, de novo, uma grande responsabilidade aos familiares, que precisam apoiar; todavia, quando o paciente não tem isso em casa, o Grupo disponibiliza isso, com acolhimento e união. V4, V2 e V8 concordam, chamando o Grupo de ‘segunda família’. “Essa família que nós temos aqui não é a mesma que a gente pode ter lá fora. Porque de repente eu estou sentindo uma coisa que se você, às vezes, comentar com alguma pessoa lá de fora, dependendo daquilo que eu estou sentindo, a pessoa não vai entender. Aí chega aqui, a gente comenta, às vezes a outra está sentindo a mesma coisa...” (V8, 2015). V6 exemplifica contando que não reclama de dores com a sua filha, pois a última diria que ela está “se fazendo de vítima”.

Há impressões e situações diferentes sobre a sensação de medo vivenciada por elas. Todas assumem que, em algum momento, sentiram medo. V6 tinha medo ou pavor da “picada” da quimioterapia – ela ficava tremendo. V8 contou que teve um grande pavor numa noite, antes de dormir, mas foi apenas dessa vez e depois “enfrentou até o fim”. V4 fala que “aquelas pessoas que levam muito a sério caem na hora” – ela se fundamenta em casos que já viu no Instituto Oncológico, onde algumas pessoas “já se definham antes de avisar e, quando vê, já foi”... V8 ratifica. Em seguida, a atleta conta que tenta conversar com essas pessoas, mas que elas não dão ideia e dizem que ela não “está nem aí” para a doença. V4 e V6 discutem essa questão brevemente:

V4 – Mas você vai conversar com elas, elas não te dão ideia. Elas falam que você é maluca, que não está nem aí para doença. Eu não estou nem aí para a doença, não!

V6 – Não, eu estou sim. Eu previno o máximo que eu posso.

V4 – Eu previno, mas não fico chorando isso o dia inteiro não...

V6 – Eu não fico chorando, mas *não vou pegar de graça de novo não, eu vou brigar muito.*

V4 – Têm umas que caem mesmo, sabe? (V4; V6, 2015)

Possivelmente, as meninas do Grupo Vitoriosas têm uma disposição maior de enfrentamento à doença. O compartilhamento das experiências e o apoio oferecido pelo hospital possibilitam desnudar o câncer de seus mitos e isso parece favorecer a forma com que essas pacientes lidam com a neoplasia. Elas procuram reproduzir isso, porque julgam que pode ser útil para outras pessoas; porém, os estigmas em outros espaços e circunstâncias podem ser mais resistentes.

Essa ideia pode ser verificada na fala de V4, ao abordar a sua visão de antes e depois da doença: “antes, era como a minha mãe falava: ‘aquela doença’, ‘aquela doença’. Aí a gente tinha aquele medo. Aí quando eu fiquei sabendo que ‘aquela doença’ estava comigo, eu levei aquele choque assim e depois passou. Eu nem falava ‘aquela doença’ mais não, eu falava ‘câncer’, normal” (V4, 2015). V6 assume que tinha muito medo de desenvolver câncer de intestino, porque o pai teve e, naquele momento, não sabia de nada, mas ficou sabendo que podia ser hereditário. Além disso, ela já tinha feito duas cirurgias de hemorroida. No entanto, ela teve câncer de mama: “eu sempre tive uma ligação assim meio esquisita com a doença e um pouco de medo. O medo rondava” (V6, 2015).

Para V1, a doença modificou a sua personalidade. Ela teria descoberto coisas que antes ela achava que não era capaz de fazer, valorizar coisas que não valorizava, como qualquer coisa que elas ganham. V2 conta que uma palavra de qualquer pessoa é muito importante para elas. V8 vai além, falando que até a água é mais valorizada agora, porque a quimioterapia dificulta até a ingestão de água; ela dá valor também ao ato de varrer a casa. V4, nesse momento, exibe uma de suas medalhas, por ocasião de uma de suas corridas, e afirma que aquilo para ela tem um valor enorme. V2 também tira de uma sacola vários troféus e entrega para algumas vitoriosas.

Indagamos, depois, sobre o fato de elas terem afirmado, quando do convite para participação em matérias de TV, que o câncer também tem coisas boas e que era preciso mostrar isso. Antes de completar a pergunta, V4 já solta, com empolgação, que já “apareceu no Globo Esporte”. Na continuidade, V2 fala que elas ganham muita qualidade de vida e enumera as atividades que lhes garantem essa qualidade: exercício físico, hidroginástica, alongamento, drenagem linfática, caminhada, artesanato e dança do ventre. Nesse momento, ela aproveita para “ensinar” as demais que não se deve falar “meu câncer”, mas “o câncer”. Isso parece, para ela, fazer toda diferença. A atividade mais valorizada por algumas delas é, indubitavelmente, a participação nas corridas. Por conta disso, V1 explica que elas não correm para competir, porque a competição delas é a saúde, é competir com os próprios limites. Apesar disso, elas se surpreenderam em uma corrida recente, quando V2 teria conquistado o primeiro lugar em sua categoria e V1 a segunda colocação; sem saberem que o tempo estava sendo marcado. O caso gerou entusiasmo no grupo, que falou muito e soltou várias risadas.

Nessa hora, perguntamos o que elas achavam sobre se a mídia dava visibilidade a essas “coisas boas”. Há um consenso de que está começando a mostrar. V6 ilustra com a ideia de que já é possível encontrar, por exemplo, matérias sobre maquiagem, sobre como usar uma

echarpe, lenços etc. V2 contou da participação de V4 no Globo Esporte, por ocasião também de uma corrida; a segunda já teria sido, inclusive, reconhecida na rua depois disso. Elas contam isso com certo orgulho e vaidade. V1 conta que os corredores e os organizadores dão instruções para elas do tipo “olha, levanta a cabeça, não anda de cabeça baixa”, porque elas participam “por nossa livre e espontânea responsabilidade e vontade” (V1, 2015). V2 causa risadas ao contar: “tem gente que fala assim: ‘essa corrida não é para vocês’. E a gente vai” (V2, 2015).

Da alegria para a tristeza, é a própria V2 que narra uma situação ruim vivida por elas em uma corrida realizada em Rio Novo-MG. Na fila aguardando para pegar os kits, o rapaz da organização teria dito que elas iam receber o material apenas “se sobrasse”. Elas, então, ficaram indignadas porque não sabiam disso. V1 esclarece que elas são isentas da taxa de inscrição, mas não foram informadas de que não teriam direito a nada. V1 conta ainda que, para completar, o organizador teria dito que ia tentar arrumar uma “quentinha” para elas, pois a corrida oferecia almoço para os participantes. “A gente teve que falar para ele que o importante para gente não era a alimentação, que a gente não estava ali por causa da alimentação, o que importava para gente era a medalha e a corrida, que a gente queria a medalha e camisa” (V1, 2015). Ao final, o rapaz teria perguntado se elas já tinham perdoado ele, V2 teria falado, contudo, que a palavra já havia sido proferida. “Para nós, foi tipo uma discriminação, porque não foi avisado que a gente não ia ter direito à medalha, nem à camisa nem a nada (...) foi como se tivesse jogado um balde de gelo em cima da gente. Mas depois eles reconheceram o erro deles, mas aquilo ficou na nossa cabeça” (V1, 2015). A história gerou comoção no Grupo, como registraram as observadoras, até porque a acompanhante de idosos, que narrou o caso, se emocionou e passou a falar mais baixo; uma vez que foi ela que protagonizou a situação discriminatória.

Para suavizar o clima, V1 e V2 falam de outras corridas, onde elas sempre são muito bem recebidas, a exemplo da que mandou para elas os troféus entregues por V2 no início da reunião. Elas habitualmente são identificadas pelos demais participantes e pelos produtores e são acolhidas por essas pessoas. Essa atenção e esse cuidado são valorizados e reconhecidos por elas.

Então meio que eles ficam tomando conta da gente. Meio que eles ficam preocupados. Sabem que a gente faz tratamento aqui, sabem que a gente participa aqui. Então, quer dizer, eu me sinto com milhares de olheiros em cima de mim. Qualquer coisa que aconteça, você tem aquela sensação, aquele pressentimento de que alguém vai te acolher, alguém vai te socorrer, você não vai ficar sem socorro (V1, 2015).

V1 considera que elas estão conquistando, aos poucos, o espaço delas na sociedade. Nos momentos de baixa autoestima e de risco de depressão, as medalhas e os troféus são símbolos de capacidade, superação e vitória. Aos poucos também, a mídia estaria acompanhando elas nesse sentido.

No que diz respeito à importância da informação para o tratamento, V6 é a mais efusiva ao comentar que procura informações na internet, com os médicos e com os demais profissionais. Ela acha que qualquer informação é importante e não concorda com o chavão de que “ignorar é um privilégio”.

Nesse ínterim, V2 conta que, após fazer uma mamografia no ano passado, ela teria feito uma pesquisa na internet sobre o diagnóstico. Depois de fazer a pesquisa, ela teria ficado desesperada porque entendeu que estava com câncer novamente. Ela marcou a consulta com a médica e chegou ao consultório apavorada. Porém, a médica teria dito que a consulta com o “Dr. Google” teria provocado desespero desnecessário, porque o exame não indicava a existência de um novo tumor. Depois disso, V2 (2015) afirma: “nunca mais eu mexo na internet para poder ver nada sobre câncer. Mas sobre outras coisas pode deixar que eu olho”.

Outro quesito colocado em discussão foi a noção de que muitos pacientes se sentem culpados por terem desenvolvido o câncer. Sobre a experiência individual delas, V6 entende que, na verdade, são as outras pessoas que tentaram passar isso para ela, pois ela teria guardado mágoa ou raiva. Ela, porém, não acredita nisso e argumenta que as crianças não têm mágoa nem raiva, mas têm câncer. V8 diz que não sentiu culpa, mas que chegou a pensar e a se questionar sobre o que ela teria feito de errado para ter câncer, pensado em seus defeitos etc. Isso teria sido temporário. Outras duas vitoriosas afirmaram que também chegaram a pensar o mesmo que V8.

Ampla concordância gera no grupo a respeito da importância de os pacientes serem ouvidos e entrevistados em produtos jornalísticos. V4 (2015) acha que é importante “até para ajudar as pessoas que ficam depressivas. Têm umas que sabem da resposta e não saem nem de casa mais”. V2 defende que é bom para “abrir os olhos” de outras pessoas, para elas prestarem atenção. V1 pensa que isso pode ajudar outras pessoas a vencerem o câncer também. Na oportunidade, V2 descreve outra situação vivida por ela, que também a deixou revoltada. À época do “Outubro Rosa”, elas fazem um trabalho de conscientização em diversos lugares. Porém, muitas pessoas as rejeitam, não dão atenção e jogam fora os panfletos distribuídos por elas. Essa situação a deixa consternada. V2 narra ainda que foi oferecer um chaveiro para um senhor, no Calçadão da Rua Halfeld, e ele teria sido ríspido, dizendo que já conhecia. Ela teria sugerido que levasse um panfleto para sua esposa, e ele

então teria respondido abruptamente: “eu sou médico”. V2 achou a atitude dele um absurdo, ela o teria parabenizado e saído de perto, revoltada, porque acha que os profissionais de saúde deveriam valorizar ações como essa. V1 acha que as pessoas não dão importância e V4 acredita que elas têm medo de pensar que podem ter.

Após esse preâmbulo sobre a informação acerca do câncer, exibimos o vídeo veiculado pelo programa Bem-estar<sup>52</sup> no dia 29 de outubro de 2014, que teve como personagem principal a participante V1. O VT foi ao ar 27 dias depois da gravação na Ascomcer, cujas observações integram o item 6.1.3. O conteúdo, com cerca de dois minutos, aborda basicamente a história dessa participante e de parte do Grupo Vitoriosas, explorando o interesse humano e a sensibilização. A veiculação do vídeo no grupo de discussão tinha objetivo de relembrar o evento para que interpelássemos a elas sobre a representação realizada no âmbito televisivo. Todas elas se disseram bem representadas e V4 (2015) já dispara com seu argumento: “tem que tirar essa coisa da cabeça do pessoal, esse preconceito que eles têm da gente. Você entrar no ônibus e já arreda todo mundo. É uma coisa estranha. Aí, fazendo umas reportagens, vai tirando né? A pessoa vai associando. Porque antes era a Aids...”.

V1 e V4 declaram que é preciso eliminar os mitos da doença. V1 reforça a ideia de que matérias dessa natureza servem para dar esperança para outras mulheres, para que possa transformá-las assim como ela, porque isso não pode ser imposto. V6 completa que o câncer antes era escondido e, por isso, a mídia ajuda nesse sentido – “as pessoas que tinham na família escondiam dos outros” – porque atrai outros olhares e até voluntários para ajudá-las. Habitadas com um modelo noticioso consolidado e em um espaço de abrangência nacional, as pacientes parecem não atentar para as limitações estruturais da televisão, seus sentidos e significados, nem para seus elementos construcionistas, como ficou evidente durante a gravação no hospital – até mesmo pela generalizada falta de alfabetização para leitura crítica dos meios. A possibilidade de visibilidade e o próprio orgulho de ver sua identidade publicizada na TV aberta parecem prevalecer acima de qualquer outro eventual problema de cobertura ou representação. A realização desse próprio grupo de discussão é um forte exemplo de quantos e variados aspectos são silenciados pela mídia.

O discurso da esperança que tanto caracteriza a cobertura televisiva é visto, pelo senso comum, como algo positivo para elas. O debate se volta para o Grupo, quando V6 e V1

---

<sup>52</sup> Este conteúdo não integra o escopo de análise desse projeto, porque foi exibido fora do período selecionado. “Maria do Carmo usa arte para inspirar mulheres que enfrentam o câncer de mama” está disponível em <<http://globotv.globo.com/rede-globo/bem-estar/v/maria-do-carmo-usa-arte-para-inspirar-mulheres-que-enfrentam-o-cancer-de-mama/3728410/>> Acesso em 28 jan. 15. A chamada está equivocada, porque quem usa a arte, de acordo com o vídeo, não é a Maria do Carmo.

valorizam o apoio das profissionais, que foram importantes até para que ele seja hoje um grupo mais autônomo ou independente, porque propõe e realiza atividades fora do hospital por conta própria – o que não acontecia no início, como a psicóloga confirma. Ana Karina afirma que o objetivo é esse mesmo, que o Grupo “exista por ele mesmo”.

O último tópico de debate foi bem produtivo, porque retratou um tema de interesse: direitos. V6 conta que procurou saber imediatamente e logo conseguiu fazer jus a vários deles:

Eu consegui comprar meu carro com desconto, não pago IPVA, eu consegui a carteirinha do ônibus, eu consegui IPTU, corri atrás por causa do câncer e depois eu descobri que, por causa do salário, eu também podia conseguir isenção de IPTU e fui por aí fora. Eu peguei na internet a lei número dois mil e não o quê e olhei tudo a que eu tinha direito ali. Tudo. Eu só dancei porque já tinha aposentado; porque eu teria aposentado por invalidez que seria muito melhor. Eu não consegui, eu já estava aposentada quando o câncer veio (V6, 2015)

V1 e V2 acham a mídia pouco dá informações sobre direitos. Essa visão não é a mesma de V6, que diz que tem muita coisa sim, que é só as pessoas procurarem e lerem mais. V1 comenta que sabe informações graças às coordenadoras do Grupo que trazem outros profissionais para ministrarem palestras. V2 não argumenta, mas afirma categoricamente que a mídia não oferece informações sobre direitos. Após a discussão, V1 afirma que é preciso fazer com que esse tipo de notícia seja mais específico, pois nem todos os tipos de câncer dão direito a tudo, como a passagens rodoviárias para outros estados, que ela mesma não tem e já se certificou. V2 esclareceu que só quem foi mutilado é que tem direito – ela pede desculpas por usar a palavra “mutilado”, porque já foi censurada no grupo por usá-la em outra ocasião. Talvez por conta do calor da discussão, a assistente social interfere endossando a concepção de a mídia fazer parecer que todo mundo tem direito, mas não é assim.

Quantas vezes as pessoas vão à minha sala: “ah, porque o meu médico mandou eu vir aqui porque eu tenho direito de aposentar”. Não é assim. Para você aposentar, você tem que ser contribuinte e a gente lida com um público que nem contribui. Então aí as informações chegam assim: “ah, mas o meu médico falou que eu tenho direito...” Aí você começa a perguntar: “você é contribuinte? Como é a sua situação com o INSS?” “Não...” E aí você fala que não tem, a pessoa acha que você está mentindo (BATISTA, 2015).

A assistente dá muitos outros exemplos nos quais há restrições e condições em relação aos direitos, que devem ser analisados caso a caso. Por conseguinte, encerrados nossos questionamentos, as pacientes presentes fazem muitas perguntas à Fernanda, sobre quais direitos elas têm, em perspectiva individual.

Embora estejamos abordando um Grupo que lida com a doença de uma maneira mais autônoma ou livre de certos mitos, as vivências descritas por elas materializam

amplamente os sentidos que o câncer ainda mobiliza na sociedade e de que já falamos reiteradamente ao longo deste trabalho. Porém, chamaram-nos atenção fortemente os depoimentos e os casos que colocam esse público em condição de certa exclusão ou marginalização social, simplesmente por terem desenvolvido uma doença de caráter crônico, não epidêmico e não contagioso. Essa questão aponta, nesse sentido, para a real necessidade de que suas vozes sejam ouvidas aberta e abrangentemente, e o jornalismo tem um importante papel nisso, que não pode se restringir à simples ação de contar seus casos e dramatizá-los, como se faz em ficção. Falamos, portanto, de debates, aprofundamentos, dar visibilidade a ingerências e a demandas que caracterizam o sistema, na prática. O preconceito é, desse modo, um dos grandes desafios do câncer para ser inserido na agenda pública, a fim de combatê-lo. Esses problemas sociais, pouco problematizados pela mídia, possivelmente acentuam a dificuldade dos pacientes em aceitar a doença, sem querer fugir ou esconder. Ademais, a luta do câncer não parece ser travada somente no organismo, mas em nível social e moral, para além de mecanismos medicamentosos ou terapêuticos disponibilizados pelas instituições de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“o câncer será parcialmente desmitificado e, então, poder-se-á comparar alguma coisa com o câncer sem que isso implique um diagnóstico fatalista ou um excessivo apelo à luta por todos os meios contra tudo o que seja um inimigo mortífero e insidioso (...) a metáfora do câncer se tornará obsoleta – eu ousaria vaticinar – muito antes que os problemas por ela refletidos de modo tão persuasivo tenham sido resolvidos” (SONTAG, 1984, p. 107-108).*

É sempre muito complicada a tarefa de pôr termo às reflexões de um estudo desta natureza; até mesmo porque estamos lidando com um objeto que não tem fim em si mesmo. Aliás, dinâmicas sociais estão sempre em constante modificação, representando assim um grande desafio para todo aquele que se predispõe a problematizar as relações estabelecidas pelo homem, dentro de sua cultura.

De todo modo, a maturidade e a intensidade com que se mergulhou no universo do câncer, partindo da mídia como foco de reflexão, possibilitam apontar algumas considerações que podem, em alguma medida, contribuir – talvez até de maneira contundente – com o conhecimento acadêmico no âmbito das ciências da comunicação em associação com o das ciências da saúde.

De antemão, já é possível afirmar, por exemplo, que a informação tem posição central nas questões de saúde pública. O conhecimento de seu corpo, das mazelas que pode vir a ter, dos direitos que lhe competem nessa seara, das escolhas que pode livremente fazer, pode determinar, para os indivíduos, uma série de relações simbólicas, que estabelecem uma hierarquia do corpo social. Os médicos são os grandes detentores desse saber, isso data de tempos imemoriais, e, dessa forma, estão aptos a deliberar em função de normas de conduta, decisões de políticas públicas e a definirem, com autoridade e propriedade, o que é verdade ou não no âmbito da saúde. A mídia vem, então, legitimar esse *status* e, em alguns casos, é razoável considerar que tal credibilidade pode acarretar algum autoritarismo. Em se tratando ainda de poder, percebe-se também uma competição com o Estado, representado pelos políticos, e com a imprensa, que detém poder de dizer quem, o que, quando e como fala.

Com isso, tendo em vista a preocupação das ferramentas comunicativas para a promoção da saúde, além de outras questões mais complexas, percebemos que também no caso do câncer a informação está no meio do campo de batalhas para que este se torne mais aceitável, ou menos estigmatizado pela população. E, sendo produtos de nossa cultura, notícias e reportagens tentam abordar esses mitos, às vezes desconstruindo e, em outros momentos, mantendo-os, ainda que de maneira indireta.

Nesse sentido, a problemática das neoplasias no espaço televisivo vem demarcada por todas as metáforas a que a doença esteve sujeita durante as últimas décadas. A terrível doença é um dos grandes males a ser combatido, pois, ainda incurável, é uma das principais causas de morte, gerando dor e sofrimento, além de ocasionar mutilação. Em vários momentos, a TV tenta dizer que o tratamento oncológico avançou muito e tem tido resultados promissores; mas, concomitantemente, esse mesmo meio de comunicação associa a doença às suas graves consequências, valendo-se em não raros momentos do que se denomina “discurso do medo” – como se verifica nos telejornais, mas, acima de tudo, no programa Bem-estar. Esse programa assume também, sob a alegação de estar ensinando o público, uma linguagem que se torna quase infantil; ela é, ao mesmo tempo, cheia de eufemismos, mas também inclui uma tentativa de ser prosaica (reduzindo ou simplificando algo que é extremamente complexo) e aí, em alguma medida, banaliza determinadas informações e presume uma audiência infantil, que quer ser “mimada”.

A ideia de discurso do medo a que nos referimos, nesse caso, seria a noção de que a provocação desse sentimento vai fazer com que as pessoas busquem se prevenir; afinal, se é tão ruim, as pessoas teoricamente vão se ver instadas a empreender medidas e esforços para evitar a manifestação de um tumor maligno. Porém, nem sempre a adoção de toda a profilaxia recomendada, em se tratando de neoplasias, é eficaz no combate à doença, simplesmente porque a ciência ainda não descobriu o que, de fato, ocasiona o aparecimento de células cancerosas.

Ainda assim, a mídia investe massivamente na veiculação de maneiras de como prevenir a doença e, num regime rigoroso de “boas condutas”, difunde um pacote de ações que deve minimizar as chances de desenvolver um tumor. Em síntese, falamos da prática de exercícios físicos regulares, da alimentação saudável, das consultas médicas periódicas, de ser uma pessoa magra, de não fumar e não beber, de evitar o estresse e a poluição, de usar protetor solar, dentre outras medidas. De alguma maneira, também se recomenda ser uma pessoa de bom humor, alegre, tranquila, calma etc. E aí, na vida urgente das grandes cidades, das exigências sociais, culturais e econômicas, será mesmo possível seguir à risca esse ‘pacotão’ do bom comportamento? Dessa forma, o sujeito estará realmente livre de ter um câncer? Será que tudo isso não parece ser tão utópico quanto a definição de saúde estabelecida pela OMS? Mas, por outro lado, se não é algo possível, a mídia não deve divulgar essas recomendações? Qual seria, então, a solução para esse impasse?

A resposta pode ser ou é ainda mais complexa do que o trabalho de compreender as disputas informativas da saúde na mídia e na realidade social. De qualquer forma, o

substrato que se pode extrair está muito voltado para a forma e o sentido da mensagem veiculada, isto é, como se fala; e, para saber como, é imprescindível conhecer aquele para quem se fala. Outra ideia de suma importância nessa relação de trocas linguísticas está direcionada para aquilo que é silenciado, aquela informação que se quer esconder, independente de quem seja o interesse; logo que é possível inferir que a saúde mobiliza questões de poder. Porém, o ato deliberado ou não de esconder ou de interditar determinados temas faz com que a informação permaneça restrita a determinados grupos privilegiados e, com isso, uma maioria se veja dependente e sujeita ao autoritarismo daquele que detém o conhecimento. O silenciamento também, especialmente em relação às questões oncológicas, leva ao preconceito e à discriminação, o que potencializa, em alto grau, a dor e o sofrimento de estar com uma degenerescência física.

Por não ser conhecida a causa do câncer, há muita especulação na própria mídia, que ventila incertezas e possibilidades, dando abertura para mitos como os de que os tumores se desenvolvem em função de problemas morais ou emocionais, por um trauma, pela falta de atenção, pelo ressentimento ou pela mágoa. Por conseguinte, os pacientes, ao serem diagnosticados, evidentemente farão as tradicionais perguntas: “por que eu?”, “o que eu fiz de errado?”, “e agora?”. E, se já tinha ou não transtornos psicológicos, a culpabilização enquanto processo comum pode desencadear essas dificuldades de ordem psicológica, seja porque o próprio portador se viu nessa condição ou porque outras pessoas incutiram nele pensamentos dessa natureza. O câncer assume para si, portanto, para além de todos os outros dilemas que lhe são característicos, um efeito moralizante, que vem logo depois do diagnóstico, com o término do tratamento ou pelo seu estadiamento. A TV materializa, assim, essas lições morais que vêm travestidas de prescrições médicas, num momento em que se poderia ampliar o debate com outros segmentos. É possível encontrar até, na análise da cobertura do câncer, a mobilização de temas como fé e espiritualidade.

Estimamos que a afetação das neoplasias seja muito maior do que mensura o Instituto Nacional do Câncer. A pesquisa deixa evidente que são muitos os atores envolvidos, que participam efetivamente de diversas formas, mas isso talvez não seja nenhuma novidade. Porém, um grupo de pessoas não pacientes se revelou como verdadeiros protagonistas: os familiares, que, independentemente da intensidade dos vínculos firmados, são agentes importantes no combate à doença, mas principalmente indivíduos que transparecem em sua linguagem e em sua personalidade as marcas deixadas pelo enfrentamento, seja em razão de questões afetivas, financeiras ou psicológicas.

No sentido político, o diagnóstico, o tratamento e a prevenção do câncer ainda apresentam muitos desafios. Isso porque é relativamente recente a consideração de que a doença é um caso de saúde pública e, por essa razão, o Estado ainda não investiu suficientemente em estrutura hospitalar, mão de obra, pesquisa, tecnologia e políticas públicas para atenuar os efeitos da doença. Por isso, ainda é comum ver pacientes viajando longas distâncias em busca de tratamento, com dificuldades no transporte, amplo desconhecimento sobre a doença (especialmente no interior), poucos hospitais de referência ou habilitados a realizarem procedimentos de Alta Complexidade, profissionais despreparados ou pouco qualificados para trabalhar com Oncologia, poucos projetos científicos desenvolvidos no país (principalmente se comparar com a realidade de outros países), além de políticas sociais que deixam lacunas na assistência ao paciente com câncer e sua família.

Quase tudo isso foi, em algum aspecto, abordado pelo serviço televisivo. Contudo, percebe-se que a TV comercial faz, muito esporadicamente, críticas indiretas a problemas do sistema, reproduzindo a concepção de uma nação subdesenvolvida até nesse setor; e o canal público promove críticas mais frequentes, mas nem sempre promove equilíbrio jornalístico – por outro lado, divulga com maior clareza, assiduidade e objetividade as políticas públicas oferecidas pelo governo.

Há um grande paradoxo discursivo, como já dissemos, na tessitura telejornalística de abordagem do câncer. Ao mesmo tempo em que ela veicula informações promissoras sobre avanços no tratamento, descobertas científicas que suscitam esperanças, que não se deve ter tanto medo quanto existia há algum tempo; é a própria TV que transmite, com frequência e veemência, que os tumores são a segunda maior causa de morte no mundo, que ela mutila, que causa transtornos psicológicos, que gera fragilidade física e emocional e tantos outros desdobramentos negativos. Constitui-se aqui um jogo de disputas de sentido que, de um lado, reforçam todos os velhos mitos e, de outro, tentam propor novas formas de encarar a doença. Soma-se a isso, a questão cultural que permeia o exame diagnóstico do câncer de próstata, que é um legítimo sintoma do machismo que ainda impera na sociedade. A própria televisão também incorpora linguisticamente esse dilema, quando diz que os homens precisam “encarar” o constrangimento e o urologista – uma espécie de “mal necessário” para evitar um mal maior, que seria um processo metastático ou a morte.

É quase impossível não associar a questão da informação com o acontecimento histórico de um século atrás, quando a população carioca se recusava a tomar a vacina contra a varíola, fruto do desconhecimento e da desinformação. Na atualidade, ainda existem aquelas pessoas que não vão ao médico, recusam-se até a receber informações sobre “aquela doença

ruim”, porque têm medo de “pegar”; aliás, também ainda vige a noção de que câncer é contagioso, talvez porque há algum tempo as famílias escondiam. Hoje ainda, a família esconde do paciente que ele está com câncer, por medo de que ele, ao saber, venha a morrer.

Essas condutas abrem precedentes para que pacientes sejam discriminados, marginalizados e excluídos, como se pôde verificar no grupo de discussão. Essa questão também nos coloca em posição confortável para defender a ideia de que é preciso falar mais sobre câncer, é preciso incluir na agenda, extirpar velhos mitos; mas, mais do que falar, também é imperioso ouvir, estabelecer diálogos com pluralidade de vozes, a fim de evitar reducionismos exacerbados, informações dissonantes e descontextualizadas e discursos ruidosos ou não comunicantes, sobretudo por conta de erudições dos operadores linguísticos.

Pensar a comunicação no âmbito da saúde requer, desse modo, um compromisso ético e um engajamento com o outro, para que ele tenha segurança e autonomia em suas atitudes para com o próprio corpo. E, quando esse outro já está acometido por uma doença, é necessário maior tato ainda para focar seu sofrimento. Narrativas sensíveis podem ser construídas sem sensacionalismo e sem coerção, a exemplo da experiência do programa de saúde produzido pela TV pública, o *Ser Saudável*. Esse programa, inclusive, carrega um sintoma ou um indício muito interessante, porque não é apresentado por jornalistas nem se autodenomina jornalístico; mas parece ser o mais “ideal”.

Se o telejornalismo já carrega, por si mesmo, um tom dramático no seu modo de fazer notícias e reportagens, isso se potencializa sobremaneira quando a pauta é o câncer, uma vez que ele é o grande vilão que ameaça a saúde pública, fazendo um número incomensurável de vítimas, que nem sempre conseguem ser salvas pelos heróis da saúde, que se veem limitados pelos algozes do sistema público.

Esperamos, enfim, que essa narrativa clássica da televisão possa ter um desfecho no modo *happy end*, não necessariamente no sentido de que se descobrirá a sua cura definitiva, mas, pelo menos, que alguns sentidos cristalizados sejam eliminados, com vistas a criar um novo paradigma que não seja fatalista e no qual as metáforas utilizadas não o comparem a um inimigo letal e aniquilador.

## REFERÊNCIAS

- ALSINA, Miquel Rodrigo. **A construção da notícia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- ALVES, Christiane Maria Meurer. **Entrevista** concedida a Allan Gouvêa no dia 26 jul. 2013.
- ARAÚJO, Inesita; CARDOSO, Janine. Comunicação e saúde: In: DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>> Acesso em 27 jun. 2014.
- \_\_\_\_\_. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_; LERNER, Kátia. Comunicação e saúde: um olhar e uma prática de pesquisa. **ECO-PÓS** – publicação da pós-graduação em comunicação e cultura, v. 10, n. 01, p. 79-92, jan.-jun. 2007.
- AZEVEDO, Ana Paula Margarido de. Jornalismo de saúde: novos rumos, novas literacias. In: **Comunicação e sociedade** – Mediatização jornalística do campo da saúde, Número especial, p. 185-197, 2012.
- BATISTA, Fernanda Guedim. **Entrevista** concedida a Allan Gouvêa no dia 12 dez. 2014.
- \_\_\_\_\_. **Participação no Grupo de Discussão** realizado em 22 jan. 2015.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.
- \_\_\_\_\_. **Modernidade, pluralismo e crise de sentido**: a orientação do homem moderno. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BOLAÑO, César. **América Latina e Economia Política da Comunicação**. Aula proferida no 1º Curso de Verão da Associação Latino-americana de Investigadores da Comunicação. Brasília: UnB, 2014.
- BONNER, William. **Jornal Nacional**: modo de fazer. São Paulo: Globo, 2009.
- BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- \_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.
- \_\_\_\_\_. **A economia das trocas linguísticas** – o que falar quer dizer. São Paulo: Edusp, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Sobre a televisão** – seguido de: A influência do jornalismo e os jogos olímpicos. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. **Pesquisa brasileira de mídia 2014**: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. Brasília: Secom, 2014.
- CARVALHO, Carlos Alberto de. **Atores em disputa de sentido**: jornalismo e homofobia nas narrativas da Folha de S. Paulo e O Globo. Tese, UFMG, 2010.

- COELHO, Zara Pinto. Saúde, sociedade, cultura e comunicação. In: LOPES, Felisbela *et. al.* **A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação.** CECS/Universidade do Minho: Braga, 2013. Disponível em <<http://www.comunicacao.uminho.pt/cecs>> Acesso em 28 jun. 14.
- COHN, Gabriel. **Sociologia da Comunicação: teoria e ideologia.** São Paulo: Pioneira, 1973.
- COUTINHO, Iluska. **Dramaturgia do telejornalismo brasileiro: a estrutura narrativa das notícias em televisão.** 2003. 215 f. Tese (Doutorado em Comunicação Social) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo. 2003.
- \_\_\_\_\_. **Notícias em televisão: material didático (apostila).** Juiz de Fora: FACOM-UFJF, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Dramaturgia do telejornalismo: a narrativa da informação em rede e nas emissoras de televisão de Juiz de Fora-MG.** Rio de Janeiro: Mauad X, 2012.
- \_\_\_\_\_; MUSSE, Christina. O lugar público do telejornalismo: uma avaliação da informação na TV Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM JORNALISMO, 10., 2012, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: PUCPR, 2012. Disponível em <[http://sbpjour.kamotini.kinghost.net/sbpjour/admjour/arquivos/10encontro/comunicacoes\\_coord\\_enadas/iluska\\_coutinho\\_christina\\_musse.pdf](http://sbpjour.kamotini.kinghost.net/sbpjour/admjour/arquivos/10encontro/comunicacoes_coord_enadas/iluska_coutinho_christina_musse.pdf)> Acesso em 06 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. (org.). **A informação na TV pública.** Florianópolis: Insular, 2013.
- FAUSTO NETO, Antonio. **Mortes em derrapagem – os casos Corona e Cazuza no discurso da comunicação de massa.** Rio de Janeiro: Rio Fundo Editora, 1991.
- \_\_\_\_\_. Entrevista Comunicação e Saúde. In: **ECO-PÓS – publicação da pós-graduação em comunicação e cultura**, v. 10, n. 01, p. 198-206, jan.-jun. 2007.
- FERRARA, Lucrécia D'Alessio. A estratégia empírica da comunicação. In: BRAGA, José Luiz; LOPES, Maria Immacolata Vassallo de; MARTINO, Luiz Cláudio (org.). **Pesquisa empírica em Comunicação.** São Paulo: Paulus, 2010.
- FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso – aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** São Paulo: Loyola, 2009.
- \_\_\_\_\_. **Segurança, território e população – curso dado no Collège de France (1977-1978).** São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GITLIN, Todd. **The whole world is watching: mass media in the making and unmaking of the new left, with a new preface.** California: University of California Press, 2003.
- GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana.** Tradução de Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis, Vozes, 1985.
- GOUVÊA, Allan. **Telejornalismo e saúde: abordagens do câncer nos noticiários da televisão brasileira.** 2013. 99p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação Social) – Faculdade de Comunicação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.
- GUEDES, Alexandre de Almeida. **Entrevista** concedida a Allan Gouvêa no dia 27 ago. 2014.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública** – investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

INCA. **Estimativa 2014** – incidência de câncer no Brasil. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em 25 dez. 2014.

JOHN, Valquíria; COSTA, Felipe da; TONINI, Jamile. Jornalismo científico, ambiental e de saúde: análise dos trabalhos apresentados nos dez primeiros encontros da SBPJor. In: **Ação Midiática** – estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura, n. 07, p. 1-17, 2014.

KOVACH, Bill; ROSENSTIEL, Tom. **Os elementos do jornalismo**. São Paulo: Geração Editorial, 2003.

KUSCINSKY, Bernardo. Jornalismo e saúde na era neoliberal. In: **Saúde e sociedade**, v.11, n. 1, p. 95-103, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/10.pdf>> Acesso em 12 jan. 15.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde In: **Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos**, n. 03, p. 1037-51, 2003.

LOPES, Felisbela; ARAÚJO, Rita; FERNANDES, Luciana. Jornalismo da saúde: pistas para a delimitação de um campo em desenvolvimento. In: **A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação**. CECS/Universidade do Minho: Braga, 2013. Disponível em <<http://www.comunicacao.uminho.pt/cecs>> Acesso em 28 jun. 14.

MARQUES DE MELO, José. Prefácio. In: VIZEU, Alfredo; PORCELLO, Flávio; COUTINHO, Iluska (org.). **60 anos de telejornalismo no Brasil – história, análise e crítica**. Florianópolis: Insular, 2010.

MORAES, Nilson A. Comunicação e saúde: entre sentidos, interesses e estratégias. In: **ECO-PÓS** – publicação da pós-graduação em comunicação e cultura, v. 10, n. 01, p. 64-78, jan.-jun. 2007.

MOTTA, Luiz Gonzaga. A análise pragmática da narrativa jornalística. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 28., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2005. Disponível em <<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/105768052842738740828590501726523142462.pdf>> Acesso em 21 mar. 15.

MOURA, Dione Oliveira. Comunicação em saúde: apenas remediar ou participar e prevenir? In: MENDONÇA, Valéria (org.) et. al. **Comunicação da informação em saúde: aspectos de qualidade**. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação (UnB), 2008.

OMS. **Health Promotion Glossary**. Division of Health Promotion, Education and Communications: Switzerland, 1998.

PAES, Adriana Pereira. **Entrevista** concedida a Allan Gouvêa no dia 15 jan. 2015.

PAILLET, Marc. **Jornalismo** – o quarto poder. São Paulo: Brasiliense, 1986.

PESSONI, Arquimedes. Comunicação para a saúde. In: MARQUES DE MELO, José (org.). **O campo da comunicação do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. História da interface Comunicação e Saúde. In: PAULINO, Fernando Oliveira (org.). **Comunicação e saúde**. Brasília: Casa das Musas, 2009.

\_\_\_\_\_. Inovações na comunicação entre neopacientes e profissionais de saúde. In: PESSONI, Arquimedes & PERAZZO, Priscila Ferreira (orgs.). **Neorreceptor no fluxo da comunicação** . – Dados eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0403-3.pdf>> Acesso em 01 jun. 2014.

RIBEIRO, Ana Paula Goulart; SACRAMENTO, Igor. Mikhail Bakhtin e os estudos da comunicação. In: **Mikhail Bakhtin: linguagem, cultura e mídia**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2010.

ROCHA, Heitor Costa Lima da; SIQUEIRA, Fabiana Cardoso de; VIZEU, Alfredo Eurico. A influência do telejornalismo na construção social da realidade: o poder da mídia na definição da realidade e a contribuição da coprodução. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 36., 2013, Manaus. **Anais eletrônicos...** Manaus: UFAM, 2013. Disponível em <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2013/resumos/R8-1433-1.pdf>> Acesso em 12 jan. 15.

RODRIGUES, Adriano Duarte. **Estratégias da Comunicação**. Lisboa: Editorial Presença, 1990.

RODRIGUEZ, Fidela Navarro; VILLANUEZA, Ernesto. **Medios de servicio público y transparencia** – análisis y medición de su desempeño. Quito: Ciespal, 2010. (Livre tradução nossa)

ROTHBERG, Danilo. **Jornalismo público: informação, cidadania e televisão**. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

RUÃO, Teresa. Estratégias de comunicação na saúde – na promoção da igualdade. In: LOPES, Felisbela *et. al.* In: **A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação**. CECS/Universidade do Minho: Braga, 2013. Disponível em <<http://www.comunicacao.uminho.pt/cecs>> Acesso em 28 jun. 14.

\_\_\_\_\_; LOPES, Felisbela; MARINHO, Sandra. Comunicação e saúde, dois campos em intersecção. In: **Comunicação e sociedade** – Mediatização jornalística do campo da saúde, Número especial, p. 5-7, 2012.

SAINT CLAIR, Ericson. **A depressão como atualidade midiática no Brasil contemporâneo: fazendo o arquivo falar (1970-2010)**. Tese. UFRJ: Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, Rogério. Blogues e a promoção da saúde. In: PAULINO, Fernando Oliveira (org.). **Comunicação e saúde**. Brasília: Casa das Musas, 2009.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 05, p. 538-542, out. 1997.

SODRÉ, Muniz. O “ethos” midiaticizado. In: **Antropológica do espelho** – uma teoria da comunicação linear em rede. Petrópolis: Vozes, 2006.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes. In: **Análise Psicológica**, Set 2004, vol. 22, n.3, p. 615-620. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>> Acesso em 03 jul. 2014.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessoa. A mistura dos gêneros e o futuro do telejornal. In: VIZEU, Alfredo; PORCELLO, Flávio; COUTINHO, Iluska (orgs.). **60 anos de telejornalismo no Brasil: história, análise e crítica**. Florianópolis: Insular, 2010.

TRAQUINA, Nelson (org.). **Jornalismo: questões, teorias e “estórias”**. Lisboa: Veja, 1993.

VIZEU, Alfredo; CORREIA, João Carlos. A construção do real no telejornalismo: do lugar de segurança ao lugar de referência. In: VIZEU, A. **A sociedade do telejornalismo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

WANZO, Maria Cristina. El outro discurso de las ciencias sociales en salud. In: **História, Ciências, Saúde**, v. 5, n. 02, p. 331-347, jul-out. 1998.

WHO CONSTITUTION, Nova York, 1946. Disponível em <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>> Acesso em 31 jan. 2015.

WILLIAMS, Raymond. **Televisión: tecnología y forma cultural**. Buenos Aires: Paidós, 2011. (Livre tradução nossa)

WOLTON, Dominique. **Elogio do grande público** – uma teoria crítica da televisão. São Paulo: Ática, 1996.

## APÊNDICES

## LINKS DAS MATÉRIAS DO JORNAL NACIONAL

Ref.	Link	Veiculação
JN 1	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/cientistas-ingleses-testam-bisturi-que-pode-ajudar-no-tratamento-do-cancer/2699244/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/cientistas-ingleses-testam-bisturi-que-pode-ajudar-no-tratamento-do-cancer/2699244/</a>	17/07/2013
JN 2	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/john-casablancas-morre-aos-70-anos/2705958/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/john-casablancas-morre-aos-70-anos/2705958/</a>	20/07/2013
JN 3	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/diagnosticos-de-cancer-aumentam-apesar-das-conquistas-da-medicina-contra-a-doenca/2737901/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/diagnosticos-de-cancer-aumentam-apesar-das-conquistas-da-medicina-contra-a-doenca/2737901/</a>	05/08/2013
JN 4	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/brasil-tem-poucos-hospitais-de-referencia-na-rede-publica-para-tratamento-de-cancer/2740439/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/brasil-tem-poucos-hospitais-de-referencia-na-rede-publica-para-tratamento-de-cancer/2740439/</a>	06/08/2013
JN 5	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/centros-de-tratamento-de-cancer-ajudam-milhares-de-criancas-e-jovens-no-brasil/2743038/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/centros-de-tratamento-de-cancer-ajudam-milhares-de-criancas-e-jovens-no-brasil/2743038/</a>	07/08/2013
JN 6	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/veja-como-e-importante-descobrir-o-cancer-no-estagio-inicial/2745655/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/veja-como-e-importante-descobrir-o-cancer-no-estagio-inicial/2745655/</a>	08/08/2013
JN 7	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/hospital-nos-eua-e-referencia-mundial-em-tratamento-de-cancer/2748333/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/hospital-nos-eua-e-referencia-mundial-em-tratamento-de-cancer/2748333/</a>	09/08/2013
JN 8	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/pacientes-atravesam-pais-de-onibus-para-serem-atendidos-no-hospital-de-barretos/2750278/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/pacientes-atravesam-pais-de-onibus-para-serem-atendidos-no-hospital-de-barretos/2750278/</a>	10/08/2013
JN 9	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/cientistas-britanicos-descobrem-mutacoes-que-dao-origem-a-maioria-dos-tipos-de-cancer/2761438/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/cientistas-britanicos-descobrem-mutacoes-que-dao-origem-a-maioria-dos-tipos-de-cancer/2761438/</a>	15/08/2013
JN 10	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-o-publicitario-e-artista-plastico-francesc-petit/2808733/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-o-publicitario-e-artista-plastico-francesc-petit/2808733/</a>	06/09/2013
JN 11	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/corpo-de-luiz-gushiken-e-enterrado-em-sao-paulo/2825438/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/corpo-de-luiz-gushiken-e-enterrado-em-sao-paulo/2825438/</a>	14/09/2013
JN 12	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-compositor-arranjador-e-violonista-oscar-castro-neves/2855547/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-compositor-arranjador-e-violonista-oscar-castro-neves/2855547/</a>	28/09/2013
JN 13	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-a-atriz-e-cineasta-norma-bengell/2878492/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-a-atriz-e-cineasta-norma-bengell/2878492/</a>	09/10/2013
JN 14	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/onu-inclui-poluicao-entre-principais-responsaveis-pelo-cancer-de-pulmao/2895981/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/onu-inclui-poluicao-entre-principais-responsaveis-pelo-cancer-de-pulmao/2895981/</a>	17/10/2013
JN 15	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/paulinho-tapajos-morre-aos-68-anos/2914059/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/paulinho-tapajos-morre-aos-68-anos/2914059/</a>	25/10/2013
JN 16	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/projeto-usa-o-remo-para-ajudar-na-reabilitacao-">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/projeto-usa-o-remo-para-ajudar-na-reabilitacao-</a>	26/10/2013

	<a href="#">de-mulheres-em-tratamento-de-cancer-de-mama/2915978/</a>	
JN 17	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/iluminacao-azul-no-congresso-alerta-para-prevencao-do-cancer-de-prostata/2933984/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/iluminacao-azul-no-congresso-alerta-para-prevencao-do-cancer-de-prostata/2933984/</a>	04/11/2013
JN 18	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/medicos-propoe-exame-de-prostata-so-depois-dos-50-anos/2948909/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/medicos-propoe-exame-de-prostata-so-depois-dos-50-anos/2948909/</a>	11/11/2013
JN 19	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/medicos-usam-impressora-3d-para-ajudar-no-tratamento-do-cancer/2963714/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/medicos-usam-impressora-3d-para-ajudar-no-tratamento-do-cancer/2963714/</a>	18/11/2013
JN 20	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/criancas-em-tratamento-de-cancer-se-surpreendem-com-apoio-em-desenho-animado/2973493/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/criancas-em-tratamento-de-cancer-se-surpreendem-com-apoio-em-desenho-animado/2973493/</a>	22/11/2013
JN 21	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/treze-mulheres-desafiadas-pelo-cancer-sao-personagens-de-exposicao-de-fotos-em-bh/2980749/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/treze-mulheres-desafiadas-pelo-cancer-sao-personagens-de-exposicao-de-fotos-em-bh/2980749/</a>	26/11/2013
JN 22	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/presidente-do-stf-determina-que-roberto-jefferson-seja-avaliado-por-junta-medica/2988376/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/presidente-do-stf-determina-que-roberto-jefferson-seja-avaliado-por-junta-medica/2988376/</a>	29/11/2013
JN 23	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/inca-divulga-nome-de-junta-medica-que-examinara-roberto-jefferson/2990094/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/inca-divulga-nome-de-junta-medica-que-examinara-roberto-jefferson/2990094/</a>	30/11/2013
JN 24	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/governador-de-sergipe-morre-apos-luta-contracancer/2993278/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/governador-de-sergipe-morre-apos-luta-contracancer/2993278/</a>	02/12/2013
JN 25	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/roberto-jefferson-e-avaliado-por-junta-medicano-inca/2998086/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/roberto-jefferson-e-avaliado-por-junta-medicano-inca/2998086/</a>	04/12/2013
JN 26	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/jackson-barreto-assume-o-cargo-de-governador-de-sergipe/3010684/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/jackson-barreto-assume-o-cargo-de-governador-de-sergipe/3010684/</a>	10/12/2013
JN 27	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/defesa-de-roberto-jefferson-recorre-ao-stf-para-que-ele-nao-cumpra-pena-na-cadeia/3015841/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/defesa-de-roberto-jefferson-recorre-ao-stf-para-que-ele-nao-cumpra-pena-na-cadeia/3015841/</a>	12/12/2013
JN 28	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-no-recife-o-cantor-e-compositor-reginaldo-rossi/3033385/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-no-recife-o-cantor-e-compositor-reginaldo-rossi/3033385/</a>	20/12/2013
JN 29	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-aos-80-anos-o-maestro-claudio-abbado/3091044/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-aos-80-anos-o-maestro-claudio-abbado/3091044/</a>	20/01/2014
JN 30	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/pesquisa-promete-revolucionar-tratamento-com-celulas-tronco/3112295/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/pesquisa-promete-revolucionar-tratamento-com-celulas-tronco/3112295/</a>	29/01/2014
JN 31	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/deputado-federal-sergio-guerra-morre-aos-sessenta-e-seis-anos/3195546/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/deputado-federal-sergio-guerra-morre-aos-sessenta-e-seis-anos/3195546/</a>	06/03/2014
JN 32	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/campanha-de-vacinacao-contrao-hpv-comecna-segunda-feira-10/3200161/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/campanha-de-vacinacao-contrao-hpv-comecna-segunda-feira-10/3200161/</a>	08/03/2014
JN 33	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-">http://globo.com/rede-globo/jornal-</a>	13/03/2014

	<a href="http://g1.globo.com/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-em-sao-paulo-aos-81-anos-o-ator-paulo-goulart/3211037/">nacional/t/edicoes/v/morre-em-sao-paulo-aos-81-anos-o-ator-paulo-goulart/3211037/</a>	
JN 34	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/ator-paulo-goulart-morre-aos-81-anos-em-sao-paulo/3211584/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/ator-paulo-goulart-morre-aos-81-anos-em-sao-paulo/3211584/</a>	13/03/2014
JN 35	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/parentes-amigos-e-fas-se-despedem-do-ator-paulo-goulart/3214328/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/parentes-amigos-e-fas-se-despedem-do-ator-paulo-goulart/3214328/</a>	14/03/2014
JN 36	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/dados-da-oms-indicam-que-poluicao-do-ar-matou-sete-milhoes-de-pessoas-em-2012/3238442/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/dados-da-oms-indicam-que-poluicao-do-ar-matou-sete-milhoes-de-pessoas-em-2012/3238442/</a>	25/03/2014
JN 37	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/campanha-muda-visual-de-mulheres-no-interior-paulista/3248437/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/campanha-muda-visual-de-mulheres-no-interior-paulista/3248437/</a>	29/03/2014
JN 38	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/tatuadores-sao-treinados-para-identificar-cancer-de-pele/3271411/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/tatuadores-sao-treinados-para-identificar-cancer-de-pele/3271411/</a>	09/04/2014
JN 39	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-aos-87-anos-o-escritor-e-jornalista-gabriel-garcia-marquez/3289195/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-aos-87-anos-o-escritor-e-jornalista-gabriel-garcia-marquez/3289195/</a>	17/04/2014
JN 40	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-gabriel-garcia-marquez/3288612/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/morre-gabriel-garcia-marquez/3288612/</a>	17/04/2014
JN 41	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/corpo-de-gabriel-garcia-marquez-sera-cremado-no-mexico/3291443/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/corpo-de-gabriel-garcia-marquez-sera-cremado-no-mexico/3291443/</a>	18/04/2014
JN 42	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/feminista-rose-marie-muraro-morre-aos-83-anos-no-rio/3441610/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/feminista-rose-marie-muraro-morre-aos-83-anos-no-rio/3441610/</a>	21/06/2014
JN 43	<a href="http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/governo-federal-acaba-com-a-cobranca-de-pis-cofins-sobre-174-medicamentos/3460361/">http://globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/governo-federal-acaba-com-a-cobranca-de-pis-cofins-sobre-174-medicamentos/3460361/</a>	27/06/2014

## LINKS DAS MATÉRIAS DO BEM-ESTAR

Ref.	Link	Veiculação
BE 1	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sutias-preservam-ligamentos-responsaveis-por-manter-posicao-das-mamas/2695316/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sutias-preservam-ligamentos-responsaveis-por-manter-posicao-das-mamas/2695316/</a>	16/07/2013
BE 2	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quanto-antes-for-detectado-o-cancer-de-intestino-maior-e-a-chance-de-cura/2700076/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quanto-antes-for-detectado-o-cancer-de-intestino-maior-e-a-chance-de-cura/2700076/</a>	18/07/2013
BE 3	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/prevencao-de-cancer-no-intestino-deve-ser-feita-a-partir-dos-50-anos/2700095/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/prevencao-de-cancer-no-intestino-deve-ser-feita-a-partir-dos-50-anos/2700095/</a>	18/07/2013
BE 4	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/orlando-e-curado-de-cancer-descoberto-em-exame-de-rotina/2700066/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/orlando-e-curado-de-cancer-descoberto-em-exame-de-rotina/2700066/</a>	18/07/2013
BE 5	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/hpv-pode-causar-cancer-de-boca/2709731/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/hpv-pode-causar-cancer-de-boca/2709731/</a>	23/07/2013
BE 6	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/ana-maria-braga-conta-como-enfrentou-o-cancer/2712204/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/ana-maria-braga-conta-como-enfrentou-o-cancer/2712204/</a>	24/07/2013
BE 7	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/cerca-de-70-da-">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/cerca-de-70-da-</a>	30/07/2013

	<a href="http://g1.globo.com/populacao-brasileira-tem-bacteria-que-provoca-dor-de-estomago/2723794/">populacao-brasileira-tem-bacteria-que-provoca-dor-de-estomago/2723794/</a>	
BE 8	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pintas-pelo-corpo-aumentam-chance-de-cancer-de-pele/2736149/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pintas-pelo-corpo-aumentam-chance-de-cancer-de-pele/2736149/</a>	05/08/2013
BE 9	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/exame-registra-presenca-de-melanoma-em-homem-de-porto-alegre/2736109/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/exame-registra-presenca-de-melanoma-em-homem-de-porto-alegre/2736109/</a>	05/08/2013
BE 10	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/conheca-os-futuros-tratamentos-para-o-cancer-de-pele/2736146/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/conheca-os-futuros-tratamentos-para-o-cancer-de-pele/2736146/</a>	05/08/2013
BE 11	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/veja-o-que-as-pessoas-sabem-sobre-o-cancer/2756876/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/veja-o-que-as-pessoas-sabem-sobre-o-cancer/2756876/</a>	14/08/2013
BE 12	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/confira-os-diferentes-tratamentos-para-o-cancer/2756838/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/confira-os-diferentes-tratamentos-para-o-cancer/2756838/</a>	14/08/2013
BE 13	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/chia-quinua-gergelim-e-linhaca-sao-boas-opcoes-para-inserir-as-fibras-na-alimentacao/2841755/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/chia-quinua-gergelim-e-linhaca-sao-boas-opcoes-para-inserir-as-fibras-na-alimentacao/2841755/</a>	23/09/2013
BE 14	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/nutricionista-da-dicas-de-como-as-fibras-podem-deixar-os-alimentos-mais-nutritivos/2841798/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/nutricionista-da-dicas-de-como-as-fibras-podem-deixar-os-alimentos-mais-nutritivos/2841798/</a>	23/09/2013
BE 15	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/bem-estar-alerta-para-riscos-a-saude-dos-homens/2852072/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/bem-estar-alerta-para-riscos-a-saude-dos-homens/2852072/</a>	27/09/2013
BE 16	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quanto-menos-invasiva-for-a-cirurgia-mais-rapida-e-a-recuperacao-do-paciente/2891743/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quanto-menos-invasiva-for-a-cirurgia-mais-rapida-e-a-recuperacao-do-paciente/2891743/</a>	16/10/2013
BE 17	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/emagrecer-ajuda-no-tratamento-contr-a-cancer/2901840/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/emagrecer-ajuda-no-tratamento-contr-a-cancer/2901840/</a>	21/10/2013
BE 18	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/incidencia-de-cancer-e-cerca-de-30-maior-entre-os-obesos/2901929/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/incidencia-de-cancer-e-cerca-de-30-maior-entre-os-obesos/2901929/</a>	21/10/2013
BE 19	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/medico-comenta-ligacao-entre-poluicao-e-casos-de-cancer/2901812/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/medico-comenta-ligacao-entre-poluicao-e-casos-de-cancer/2901812/</a>	21/10/2013
BE 20	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/alimentacao-balanceada-e-essencial-no-tratamento-do-cancer/2901934/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/alimentacao-balanceada-e-essencial-no-tratamento-do-cancer/2901934/</a>	21/10/2013
BE 21	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pesquisadores-estudam-como-se-formam-as-metastases/2901879/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pesquisadores-estudam-como-se-formam-as-metastases/2901879/</a>	21/10/2013
BE 22	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quem-come-mais-frutas-legumes-e-verduras-tem-menos-chance-de-ter-cancer/2939853/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quem-come-mais-frutas-legumes-e-verduras-tem-menos-chance-de-ter-cancer/2939853/</a>	07/11/2013
BE 23	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pele-e-olhos-devem-ser-protegidos-do-sol-todos-os-dias/2952167/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pele-e-olhos-devem-ser-protegidos-do-sol-todos-os-dias/2952167/</a>	13/11/2013
BE 24	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/entenda-por-que-a-mamografia-precisa-apertar-os-seios/2969256/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/entenda-por-que-a-mamografia-precisa-apertar-os-seios/2969256/</a>	21/11/2013
BE 25	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sodio-e-muito-presente-na-fabricacao-de-alimentos/3009016/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sodio-e-muito-presente-na-fabricacao-de-alimentos/3009016/</a>	10/12/2013
BE 26	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/reni-busca-recuperar-autoestima-apos-cirurgias-de-reconstrucao-de-mama-mal-sucedidas/3023791/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/reni-busca-recuperar-autoestima-apos-cirurgias-de-reconstrucao-de-mama-mal-sucedidas/3023791/</a>	17/12/2013
BE 27	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/conheca-os-tratamentos-para-hemorroida/3028885/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/conheca-os-tratamentos-para-hemorroida/3028885/</a>	19/12/2013
BE 28	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/antonio-supera-cancer-de-intestino-e-promete-visita-periodica-ao-medico/3028779/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/antonio-supera-cancer-de-intestino-e-promete-visita-periodica-ao-medico/3028779/</a>	19/12/2013

BE 29	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sangue-nas-fezes-e-sinal-de-alerta-para-hemorroida-ou-cancer-no-intestino/3028852/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sangue-nas-fezes-e-sinal-de-alerta-para-hemorroida-ou-cancer-no-intestino/3028852/</a>	19/12/2013
BE 30	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/tranquilidade-e-importante-no-tratamento-de-cancer/3051475/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/tranquilidade-e-importante-no-tratamento-de-cancer/3051475/</a>	01/01/2014
BE 31	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/cancer-e-uma-das-consequencias-do-uso-indiscriminado-de-anabolizantes/3089394/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/cancer-e-uma-das-consequencias-do-uso-indiscriminado-de-anabolizantes/3089394/</a>	20/01/2014
BE 32	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/uso-indiscriminado-de-anabolizantes-oferece-riscos-para-a-saude/3089503/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/uso-indiscriminado-de-anabolizantes-oferece-riscos-para-a-saude/3089503/</a>	20/01/2014
BE 33	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/veja-como-prevenir-o-aparecimento-do-cancer/3126337/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/veja-como-prevenir-o-aparecimento-do-cancer/3126337/</a>	05/02/2014
BE 34	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/idosa-que-fumava-ha-50-anos-descobre-cancer-de-pulmao-ao-participar-de-pesquisa/3126215/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/idosa-que-fumava-ha-50-anos-descobre-cancer-de-pulmao-ao-participar-de-pesquisa/3126215/</a>	05/02/2014
BE 35	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/exame-especifico-ajuda-a-localizar-e-combater-tumores-cancerigenos/3126248/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/exame-especifico-ajuda-a-localizar-e-combater-tumores-cancerigenos/3126248/</a>	05/02/2014
BE 36	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/radioterapia-e-um-dos-tratamentos-eficazes-para-destruir-as-celulas-cancerigenas-no-corpo/3126272/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/radioterapia-e-um-dos-tratamentos-eficazes-para-destruir-as-celulas-cancerigenas-no-corpo/3126272/</a>	05/02/2014
BE 37	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/entenda-como-age-o-protetor-solar-na-pele/3139561/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/entenda-como-age-o-protetor-solar-na-pele/3139561/</a>	11/02/2014
BE 38	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/saliva-artificial-e-usada-por-pacientes-em-tratamento-de-cancer/3158384/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/saliva-artificial-e-usada-por-pacientes-em-tratamento-de-cancer/3158384/</a>	19/02/2014
BE 39	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/fibras-gordura-monoin saturada-e-probioticos-fazem-bem-ao-coracao/3172176/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/fibras-gordura-monoin saturada-e-probioticos-fazem-bem-ao-coracao/3172176/</a>	25/02/2014
BE 40	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/falta-de-protecao-solar-cao-causa-cancer-de-pele-em-vendedor-ambulante/3174847/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/falta-de-protecao-solar-cao-causa-cancer-de-pele-em-vendedor-ambulante/3174847/</a>	26/02/2014
BE 41	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/comeca-a-vacinacao-contr-o-hpv-em-todo-o-brasil/3201773/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/comeca-a-vacinacao-contr-o-hpv-em-todo-o-brasil/3201773/</a>	10/03/2014
BE 42	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quimioterapia-personalizada-diminui-efeitos-colaterais/3255199/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/quimioterapia-personalizada-diminui-efeitos-colaterais/3255199/</a>	02/04/2014
BE 43	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/mensagens-de-desconhecidos-ajudam-na-recuperacao-de-quem-tem-cancer/3255135/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/mensagens-de-desconhecidos-ajudam-na-recuperacao-de-quem-tem-cancer/3255135/</a>	02/04/2014
BE 44	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/grafites-nas-ruas-de-sao-paulo-chamam-a-atencao-das-mulheres-para-o-cancer-de-mama/3255085/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/grafites-nas-ruas-de-sao-paulo-chamam-a-atencao-das-mulheres-para-o-cancer-de-mama/3255085/</a>	02/04/2014
BE 45	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/humanizar-o-tratamento-contr-o-cancer-ajuda-na-recuperacao-dos-pacientes/3255158/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/humanizar-o-tratamento-contr-o-cancer-ajuda-na-recuperacao-dos-pacientes/3255158/</a>	02/04/2014
BE 46	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sol-sem-protecao-bebida-alcoolica-e-cigarro-sao-causas-conhecidas-de-cancer/3255165/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/sol-sem-protecao-bebida-alcoolica-e-cigarro-sao-causas-conhecidas-de-cancer/3255165/</a>	02/04/2014
BE 47	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/saiba-quais-sao-os-principais-sintomas-do-cancer-de-laringe/3264607/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/saiba-quais-sao-os-principais-sintomas-do-cancer-de-laringe/3264607/</a>	07/04/2014
BE 48	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/melissa-convive-com-sequelas-deixadas-por-um-cancer-de-laringe/3264551/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/melissa-convive-com-sequelas-deixadas-por-um-cancer-de-laringe/3264551/</a>	07/04/2014
BE 49	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/protese-de-laringe-da-esperanca-a-quem-nao-tem-as-cordas-vocais/3267073/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/protese-de-laringe-da-esperanca-a-quem-nao-tem-as-cordas-vocais/3267073/</a>	08/04/2014
BE 50	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/varios-tipos-de-">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/varios-tipos-de-</a>	15/04/2014

	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/iodo-radioativo-e-um-dos-tratamentos-contracancer-de-tireoide/3324487/">cancer-podem-causar-depressao/3282414/</a>	
BE 51	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/iodo-radioativo-e-um-dos-tratamentos-contracancer-de-tireoide/3324487/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/iodo-radioativo-e-um-dos-tratamentos-contracancer-de-tireoide/3324487/</a>	05/05/2014
BE 52	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/formol-e-acidogloxilico-sao-proibidos-pela-anvisa/3327135/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/formol-e-acidogloxilico-sao-proibidos-pela-anvisa/3327135/</a>	06/05/2014
BE 53	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/vania-descobriucancer-de-mama-durante-a-gravidez/3390722/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/vania-descobriucancer-de-mama-durante-a-gravidez/3390722/</a>	03/06/2014
BE 54	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pacientes-com-cancer-podem-encontrar-apoio-nas-redes-sociais/3390774/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/pacientes-com-cancer-podem-encontrar-apoio-nas-redes-sociais/3390774/</a>	03/06/2014
BE 55	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/marcio-descobriutumor-no-intestino-apos-ver-as-dicas-do-bem-estar/3390744/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/marcio-descobriutumor-no-intestino-apos-ver-as-dicas-do-bem-estar/3390744/</a>	03/06/2014
BE 56	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/jeniffer-ganha-uma-peruca-e-da-exemplo-de-otimismo/3390790/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/jeniffer-ganha-uma-peruca-e-da-exemplo-de-otimismo/3390790/</a>	03/06/2014
BE 57	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/estabelecer-vinculos-ajuda-no-tratamento-contrao-cancer/3390830/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/estabelecer-vinculos-ajuda-no-tratamento-contrao-cancer/3390830/</a>	03/06/2014
BE 58	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/entenda-como-ootimismo-favorece-pacientes-de-cancer/3390763/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/entenda-como-ootimismo-favorece-pacientes-de-cancer/3390763/</a>	03/06/2014
BE 59	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/couve-e-rica-em-substancia-anticancer/3422524/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/couve-e-rica-em-substancia-anticancer/3422524/</a>	16/06/2014
BE 60	<a href="http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/consumo-frequentedetomate-pode-ajudar-na-prevencao-de-cancer-de-prostata/3422555/">http://g1.globo.com/bemestar/videos/t/edicoes/v/consumo-frequentedetomate-pode-ajudar-na-prevencao-de-cancer-de-prostata/3422555/</a>	16/06/2014

## LINKS DAS MATÉRIAS DO REPÓRTER BRASIL

Ref.	Link	Veiculação
RB 1	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/outroolhar/episodio/outro-olhar-historias-de-superacao-do-cancer">http://tvbrasil.ebc.com.br/outroolhar/episodio/outro-olhar-historias-de-superacao-do-cancer</a>	08/04/2013
RB 2	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil-noite/episodio/tratamento-contrao-cancer-sera-mais-acessivel">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil-noite/episodio/tratamento-contrao-cancer-sera-mais-acessivel</a>	28/05/2013
RB 3	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/na-bahia-mulheres-que-superaram-o-cancer-de-mama-usam-a-musica-para">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/na-bahia-mulheres-que-superaram-o-cancer-de-mama-usam-a-musica-para</a>	02/10/2013
RB 4	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/voluntarios-produzem-peruca-para-pacientes-com-cancer-exclusivo-para-web">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/voluntarios-produzem-peruca-para-pacientes-com-cancer-exclusivo-para-web</a>	03/10/2013
RB 5	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/cancer-de-mama-tambem-atinge-homens">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/cancer-de-mama-tambem-atinge-homens</a>	12/10/2013
RB 6	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/oms-afirma-que-poluicao-pode-causar-cancer">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/oms-afirma-que-poluicao-pode-causar-cancer</a>	17/10/2013
RB 7	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/especialistas-esclarecem-mitos-e-verdades-sobre-o-cancer-de-mama-o-bate-papo">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/especialistas-esclarecem-mitos-e-verdades-sobre-o-cancer-de-mama-o-bate-papo</a>	18/10/2013
RB 8	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/planos-de-saude-arcarao-com-tratamentos-de-cancer-em-casa">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/planos-de-saude-arcarao-com-tratamentos-de-cancer-em-casa</a>	22/10/2013
RB 9	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/atriz-marcia-cabrita-relata-proprias-experiencias-com-cancer">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/atriz-marcia-cabrita-relata-proprias-experiencias-com-cancer</a>	30/10/2013
RB 10	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/grafites-chamam-atencao-para-prevencao-de-cancer">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/grafites-chamam-atencao-para-prevencao-de-cancer</a>	31/10/2013
RB 11	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/mamografia-tem">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/mamografia-tem</a>	01/11/2013

	<a href="#">baixa-procura-mesmo-na-rede-publica-exclusivo-para-web</a>	
RB 12	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/brasil-tera-80-novos-aparelhos-para-tratamento-de-cancer">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/brasil-tera-80-novos-aparelhos-para-tratamento-de-cancer</a>	01/11/2013
RB 13	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/ministro-da-saude-anuncia-compra-de-80-aparelhos-para-o-tratamento-de-cancer">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/ministro-da-saude-anuncia-compra-de-80-aparelhos-para-o-tratamento-de-cancer</a>	01/11/2013
RB 14	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/novembro-azul-busca-a-conscientizacao-dos-homens-para-o-cancer-de-prostata">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/novembro-azul-busca-a-conscientizacao-dos-homens-para-o-cancer-de-prostata</a>	02/11/2013
RB 15	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/e-publicada-lei-que-obriga-planos-de-saude-a-cobrirem-custos-de-37-medicamentos">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/e-publicada-lei-que-obriga-planos-de-saude-a-cobrirem-custos-de-37-medicamentos</a>	14/11/2013
RB 16	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/medicos-discutem-novas-tecnicas-e-metodos-de-tratamento-contr-o-cancer-de">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/medicos-discutem-novas-tecnicas-e-metodos-de-tratamento-contr-o-cancer-de</a>	19/11/2013
RB 17	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/arquiteta-gaucha-faz-sucesso-na-internet-com-blog-de-dicas-de-beleza-para">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/arquiteta-gaucha-faz-sucesso-na-internet-com-blog-de-dicas-de-beleza-para</a>	20/11/2013
RB 18	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/personagens-infantis-ficam-careca-no-dia-do-combate-ao-cancer-infantil">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/personagens-infantis-ficam-careca-no-dia-do-combate-ao-cancer-infantil</a>	23/11/2013
RB 19	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/cancer-e-a-segunda-doenca-que-mais-mata-no-brasil">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/cancer-e-a-segunda-doenca-que-mais-mata-no-brasil</a>	27/11/2013
RB 20	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/grupo-de-mulheres-chama-a-atencao-para-o-cancer-na-esplanada-dos-ministerios">http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterbrasil/bloco/grupo-de-mulheres-chama-a-atencao-para-o-cancer-na-esplanada-dos-ministerios</a>	27/11/2013

#### LINKS DAS MATÉRIAS DO OPÇÃO SAÚDE

Ref.	Link	Veiculação
OS 1	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/opcaosaude/episodio/cancer-de-mama">http://tvbrasil.ebc.com.br/opcaosaude/episodio/cancer-de-mama</a>	13/08/2013
OS 2	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/opcaosaude/episodio/o-cancer-de-prostata">http://tvbrasil.ebc.com.br/opcaosaude/episodio/o-cancer-de-prostata</a>	27/05/2014

#### LINKS DAS MATÉRIAS DO SER SAUDÁVEL

Ref.	Link	Veiculação
SS 1	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/sersaudavel/episodio/linfoma-de-hodgkin">http://tvbrasil.ebc.com.br/sersaudavel/episodio/linfoma-de-hodgkin</a>	31/08/2013
SS 2	<a href="http://tvbrasil.ebc.com.br/sersaudavel/episodio/mioma">http://tvbrasil.ebc.com.br/sersaudavel/episodio/mioma</a>	28/12/2013

## ROTEIRO DE ANÁLISE DOS PRODUTOS MIDIÁTICOS

VEÍCULO: ( ) JN ( ) RB ( ) BE ( ) SS

DATA:

TEMPO:

### 1. TIPO DE MATÉRIA

A) VT:

a.1) Notícia:

a.2) Reportagem:

B) NOTA SECA:

C) NOTA COBERTA:

D) CONVERSA EM ESTÚDIO:

E) OUTROS:

### 2. ANGULAÇÃO

A) CIÊNCIA:

B) SAÚDE:

C) POLÍTICA:

D) EDUCAÇÃO:

E) OBITUÁRIO:

H) COMPORTAMENTO:

I) OUTROS:

3. **CÂNCER É TEMA PRINCIPAL?** (seguir, apenas se A ou B)

A) INTEGRALMENTE

B) PARCIALMENTE

C) MINIMAMENTE

### 4) SUGERE CAUSAS? QUAIS?

A) BIOLÓGICAS:

FISIOLÓGICOS:

GENÉTICOS:

AMBIENTAIS:

OUTRAS DOENÇAS (QUAIS):

OUTROS (QUAIS):

B) PSICOLÓGICAS:

C) COMPORTAMENTAIS (MAUS HÁBITOS):

D) OUTROS:

4.1) COMO SUGERE OS SINTOMAS:

EM QUE ESPAÇO?

NA VOZ DE QUEM?

5) **INFORMA SOBRE TRATAMENTO?** ( )

SIM ( ) NÃO

QUIMIOTERAPIA:

RADIOTERAPIA:

FÁRMACOS:

OUTRAS TÉCNICAS OU TERAPIAS

(QUAIS):

5.1) COMO INFORMA:

A) OFF

B) INFOGRÁFICO

C) PASSAGEM

D) ENTREVISTA/SONORA

6) **INFORMA SOBRE PREVENÇÃO?** ( ) SIM ( ) NÃO

EM RELAÇÃO AOS HÁBITOS: O QUE (NÃO) FAZER?

7) **ESPECIALISTA CONSULTADO:** ( )

PRESENTE ( ) AUSENTE

A) MÉDICO (ESPECIALIDADE):

B) OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE

(QUAL?):

C) OUTROS ESPECIALISTAS (QUAIS):

8) **DIVERGÊNCIA DE OPINIÕES ENTRE ESPECIALISTAS**

( ) SIM ( ) NÃO

QUE TIPO DE ESPECIALISTA?

DIVERGEM SOBRE QUE ASPECTO?

9) **CATEGORIAS IDENTITÁRIAS GENÉRICAS**

( ) PRESENTES ( ) AUSENTES

A) MULHERES:

B) HOMENS:

C) CRIANÇAS:

D) JOVENS:

E) IDOSOS:

F) FAMILIARES:

G) FIGURAS PÚBLICAS:

10) **CONSEQUÊNCIAS DO CÂNCER:**

( ) PRESENTES ( ) AUSENTES

A) MORTE:

B) PROBLEMAS PSICOLÓGICOS:

C) PROBLEMAS SOCIAIS:

D) MUTILAÇÃO:

E) MISTOS:

MORTE E PROBLEMAS

PSICOSSOCIAIS:

MORTE E MUTILAÇÃO:  
 MUTILAÇÃO E PROBLEMAS  
 PSICOSSOCIAIS:  
 MORTE, MUTILAÇÃO E PROBLEMAS  
 PSICOSSOCIAIS:

**11) TIPO QUANTO AO ÓRGÃO AFETADO**

(marcar todos que forem abordados)

- A) MAMA:
- B) COLO DE ÚTERO:
- C) PULMÃO:
- D) APARELHO GASTROINTESTINAL:
- E) PRÓSTATA:
- F) LINFOMA:
- G) CEREBRAL:
- H) LEUCEMIA:
- I) OUTRO (ESPECIFICAR):
- J) NÃO TIPIFICA:

**12) DEPOIMENTOS PESSOAIS**

( ) PRESENTES ( ) AUSENTES

- A) PACIENTE EM TRATAMENTO:
- B) EX-PACIENTE:
- C) FAMILIARES OU AMIGOS:

**13) RESSALTA A IMPORTÂNCIA DO  
 DIAGNÓSTICO PRECOCE**

( ) SIM ( ) NÃO

**14) TESTE OU QUADRO DE SINTOMAS  
 PARA AUTOEXAME DO TELESPECTADOR**

( ) PRESENTE ( ) AUSENTE

**15) TOM PRINCIPAL DO DISCURSO**

- A) INFORMATIVO:
- B) CRÍTICO:
- C) OTIMISTA:
- D) PESSIMISTA:
- E) MESSIÂNICO:
- F) CATASTRÓFICO:

**16) CRÍTICA AO SISTEMA PÚBLICO DE  
 SAÚDE**

Quem explicita: médico, paciente ou emissora?

**17) RECURSOS GRÁFICOS ( ) PRESENTES**

( ) AUSENTES

## TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS E DO GRUPO DE DISCUSSÃO

Christiane Maria Meurer Alves  
CRM 26945  
Especialidade: Oncologia clínica  
Formação: Mestrado em Saúde Coletiva  
Atuação: há 20 anos

*Entrevista concedida a Allan Gouvêa no dia 26 jul. 2013.*

*Vinte e três minutos e dez segundos.*

### **1. O que caracteriza o câncer?**

De uma forma geral, algumas células que, numa divisão, elas se dividiram e se formaram de uma forma errada; então ela não tem mais controle do organismo. Ela é diferente de uma célula normal, no DNA, e ela perde esse controle. E começa a se reproduzir, tem a característica de invadir, de se disseminar, porque ela não é uma célula normal. Ela perde essa normalidade.

### **2. Você saberia dizer quantos tipos de câncer existem?**

Não, são muitos. Se você pensar assim: pra tumor de pulmão, você vai ter pelo menos quatro tipos grandes; duas divisões e aí uma delas com três grupos grandes. Só que hoje você tem especificidades em cada grupo. Então, por exemplo, hoje o tumor de mama não é lá ter “câncer de mama”; ele é lobular, ductal, ele é triplo negativo, ele é receptor hormonal positivo... Então você, hoje, dentro desses subtipos, você tem outras variações também. Então cada dia você está tentando fazer um tratamento mais inteligente.

### **3. Qual é a importância da informação para a prevenção do câncer?**

Eu acho que em termos de prevenção, ele é muito importante. Você informar, por exemplo, a importância de uma colonoscopia, um exame de PSA, um exame de mamografia. Isso é importantíssimo. Só que, às vezes, faz de uma maneira muito generalizada, por exemplo: “Apareceu uma droga nova para tumor de mama”. Aí as pessoas vão pensar: “Ah, isso vai se aplicar pra mim também”. E não vai se aplicar pra todo mundo. Não é todo mundo que vai usar um determinado tipo de remédio. Por exemplo, um tumor de mama que é receptor hormonal positivo usa comprimido; se é negativo, não usa. Então, às vezes, as pessoas, se faz uma coisa muito geral, o paciente fica...

**4. Então você diria que, algumas vezes, algumas informações criam uma esperança?**

Uma esperança e uma expectativa que não é pra todo mundo e isso causa, às vezes, uma ansiedade muito grande no paciente.

**5. As informações de descobertas científicas também causam essa esperança?**

Sim, isso de fato acontece. O que tem de gente que acha que se fizer um “PET Scan”, que agora tem em Juiz de Fora: “Ah, eu vou fazer um PET Scan pra descobrir se eu estou com câncer...” Não, o PET Scan não é pra isso. O PET Scan tem as suas indicações; ele é para o paciente que já tem o diagnóstico; em algumas situações, é importante que ele faça esse exame. Por exemplo, um tumor de mama em estágio 1, não tem que fazer PET Scan, não precisa; são os exames convencionais é que são feitos, não tem que fazer PET Scan. Uma pessoa que nunca teve câncer tem que fazer PET Scan? Não tem. No Brasil tem muita tuberculose. Tuberculose capta em PET como câncer. Então, isso às vezes cria uma confusão.

**6. Você acha que, além da esperança, pode acontecer de uma pessoa que às vezes não tem nenhum sintoma e, ao ver uma informação desse tipo, pode se sentir alarmada?**

Com certeza. Tem uma senhora que trouxe o filho dela de 13 anos aqui duas vezes porque ele está com seborreia, eu fui examinar e era seborreia. Aí ele sai com um ‘machucadinho’ na cabeça e traz para o oncologista. E eu perguntei a ela: “mas a senhora não acha muito radical, não seria melhor um pediatra ou um clínico?” Primeiro, no pior, pensa que é um câncer. Uma criança saudável, até o menino está achando graça. Ele já veio aqui duas vezes; quando veio aqui de novo, eu tive que comentar.

**7. Como que você avalia, de uma maneira geral, a informação que é passada pela mídia? Qual seria o seu balanço principalmente no telejornalismo?**

Eu acho importante, eu acho que é interessante, mas eu acho que tinha que uma informação um pouco maior. Eu acho até que pelo tempo, porque o tempo é curto, que aquilo não é informado da melhor forma possível. Tinha que enfatizar que as exceções existem; enfatizar que aquilo não é pra todos. Isso eu acho que seria importantíssimo.

**8. Você acha que seria uma falta de aprofundamento?**

É, é... Talvez aprofundar um pouco mais e principalmente ressaltar isso: que é experimental, ou que não é pra todo mundo, “pergunte para o seu médico”; e não chegar: “Ah, eu quero fazer...” Não é assim.

**9. A gente nota uma presença mais efetiva nos últimos anos do tema saúde na televisão. Como você avalia, por exemplo, o programa da TV aberta, Bem-estar, que dedica grande parte do seu tempo aos temas de saúde com a presença recorrente de especialistas?**

Eu nunca assisti; eu realmente não tenho como te dizer algo que eu realmente nunca assisti. É um horário que eu estou sempre trabalhando, então eu não tenho noção de como é.

**10. De todo modo, você já apontou alguns problemas, a exemplo da superficialidade, então, além de aprofundar, o que mais você acha que é preciso fazer para que essa informação fosse passada de maneira mais adequada? O que mais falta?**

Eu acho que, além disso, não. Eu acho que se aprofundasse um pouco mais e ressaltasse essa especificidade, talvez fosse ficar um pouco mais interessante para as pessoas pra poder pensar aquilo de uma forma mais crítica.

**11. Você que de alguma maneira a mídia e jornalismo de uma forma geral podem reduzir as dúvidas, os conflitos e aos anseios dos pacientes que chegam ao seu consultório?**

Eu acho que pode. Eu acho que informando, ao ressaltar a prevenção; eu acho que ressaltar a prevenção, o combate ao tabagismo, essas coisas com certeza ajudam. A gente não tem como falar disso em números, mas visão crítica que as pessoas tem hoje em relação ao cigarro tem muita relação com a mídia. Não é quando ela vai ao médico e pelo o que ele fala. É o que é colocado, é o que ficou na cabeça das pessoas. Por exemplo, teve uma época em que o Serra teve um papel muito importante; ele abraçou essa causa como ninguém tinha abraçado. Isso sim faz diferença.

**12. Você disse que acha importante, sobretudo, ressaltar a questão da prevenção. Mas principalmente em relação ao câncer, você acha importante que o jornalismo apresente outros enquadramentos, como o tratamento e a disponibilidade de políticas públicas no SUS? Você acha que é importante que o jornalismo tenha outros enquadramentos?**

Sim, isso tudo seria relevante. A gente fala muito da prevenção porque é uma doença muito complicada e muito ingrata, às vezes. Porque a pessoa que se prevenir e não ter ainda é a melhor saída. Então, é importante ressaltar as políticas públicas, ressaltar direitos, os direitos

que ela tem enquanto portadora de câncer. Isso é uma questão muito importante porque eu acho que falta um pouco e poderia ser melhor e mais abordado. O direito até ao tratamento, essa briga que fica às vezes por medicação, o paciente às vezes tem até que entrar na Justiça. A Justiça vai e manda o hospital... Não é um dever do hospital, é um dever do Estado, que está em Constituição. A pessoa tem direito a tudo isso. Às vezes, é muito ruim pra gente enquanto médico saber que às vezes o paciente não tem tudo que ele poderia ter ou que ele demora a obter alguma coisa porque ele tem que entrar na Justiça pra conseguir um remédio. Um remédio que é o direito dele, que faz diferença. Essa questão do direito do paciente é algo também que você vai ter uma visualização seria bom.

**13. Você acha então que, nesse sentido, um dos papéis do jornalismo seria esse, o de denúncia?**

Sim, eu acho que sim.

**14. Você acha que os seus pacientes se informam por meio da TV...**

“Dr. Google” hoje... É muito!

**15. Eles falam com você que consultaram?**

Muito. Eles pesquisam, eles procuram. A prática disso hoje é muito grande. A paciente não chega hoje cru como antigamente. Ele chega sabendo e querendo que tire... E mesmo o paciente do SUS, não tem essa diferença.

**16. E você acha que essa informação, seja pela Google ou pela TV, às vezes é passada de forma equivocada?**

Às vezes é passada de forma equivocada e às vezes é passada de forma superficial. Mas, por outro lado, mesmo sendo superficial, nos dá mais bagagem para o paciente conversar com a gente; então eles questionam mais. Sério, isso é bom, não é ruim. Quanto mais o paciente questiona, mais informado o médico tem que estar e tem que atender melhor, tem que prestar um serviço cada vez melhor pra atender essa demanda de informação. E às vezes de aprofundar essa informação.

**17. Você acha que, de alguma forma, essa informação que está disponível ela tem um quê de não ser inteligível? Como assim: se o paciente às vezes vê uma informação,**

**ou mesmo uma pessoa que não tem a doença, mas que não conseguem compreender a mensagem que está sendo passada, por um termo científico... Isso acontece?**

Acontece. Mas aí muitas vezes o paciente vem trazendo a informação e ele pede que você traduza aquilo para alguma forma que ele consiga entender.

**18. Você recomendaria aos seus pacientes a busca de informação através de outros meios?**

Isso é uma prática muito comum nos Estados Unidos. A sociedade americana tem uma página, ela tem uma informação para o paciente; coisa que aqui a gente não tem, mas que lá tem muito. O que a gente encontra de dificuldade aqui de mandar o paciente acessar é porque são informações em inglês. E tem isso lá de uma forma muito... por ser produzida pela própria sociedade [médica]. Então eles têm uma informação segura. Eu acho que isso falta no Brasil, porque poderia ajudar. Então às vezes essa informação vem errada. A gente pode ajudar, acompanhar, ver TV pra mostrar... Mas se isso tivesse no Brasil seria muito bom.

Tem alguns pacientes que acessam, que sabem inglês. Você mostra como faz o acesso e ele faz e é muito bom, é muito informativo.

**19. Mas só esse meio que você classificaria como 100% seguro?**

Esse seria o melhor. Eu não acho que os outros são ruins, mas acho que a informação produzida pelo médico, ela vai tentar ser uma coisa mais fiel.

**20. Muitos pesquisadores da própria Medicina e de outras áreas dizem que o câncer é uma doença que ainda tem muitos tabus, muitos preconceitos e muitas ideias estereotipadas. No seu ponto de vista, como você acha que a imprensa atua em relação a isso? Ela legitima ou ela tenta desmistificar?**

Eu acho que ela tenta desmistificar, eu não acho que ela legitima não e acho que isso está melhorando muito e a gente vê isso muito com a pessoa mais idosa. A pessoa com a idade mais avançada até hoje ela ainda vive com muito medo da doença. A pessoa mais jovem ela lida com isso não de uma forma mais tranquila, mas de uma forma mais aberta. Porque antigamente as pessoas nem contavam, parecia que só de você contar ia progredir.

**21. Existem pessoas que não têm coragem de dizer que tem a doença?**

Eu acho que isso vai muito da pessoa. Tem gente que é mais introvertida, que não...

**22. Então você acha que os meios de comunicação contribuíram com isso, já que isso modificou ao longo do tempo?**

Com certeza.

**23. Os médicos e os profissionais da saúde, de um modo geral, você acha que eles têm um espaço adequado na grande imprensa para esclarecer e educar as pessoas para a saúde?**

Me parece que sim. Uma coisa que a gente nota muito... O congresso americano é em maio, final de maio, início de junho. Sempre tem uma capa de *Veja* logo depois. “É batata”. Todo congresso... Ainda mais se for um congresso assim com mais novidades, é certo que vai ter uma capa da *Veja*; porque eu assino a *Veja*, então é por isso que eu estou falando da *Veja*. Então sempre tem uma capa da *Veja* falando do câncer. O congresso europeu é mais “apagadinho”. O americano é o maior que tem e ele é anual. Sempre nessa época tem uma capa da *Veja* falando do câncer.

**24. Já que você citou a *Veja*, você acha que ela tem um papel importante de divulgação da informação em saúde?**

Eu acho que sim. O que eu leio ali é interessante.

**25. Você acha que, às vezes, eles se aproveitam, por exemplo, para contar um caso de uma pessoa para que, de certa forma, possa despertar o interesse humano?**

Sempre tem. Sempre tem aquela lateral com a foto e ali contando a história. Isso é...

**26. E você vê isso com bons olhos?**

Eu acho que aquilo ali dá um pouco de esperança. Eu acho que aquilo ali conta histórias boas, no sentido da superação... Acaba criando uma esperança, que às vezes você não pode atender como na revista e aí cabe ao médico, quando estiver com paciente com essa expectativa: “Ah será que vai acontecer igual comigo?”. Aí a gente fala se a história é diferente, ou a gente não sabe exatamente qual é aquela história toda; porque não descreve o tumor como era no início... Então a gente vai colocando isso para o paciente entender.

**27. Você acha que isso estaria de acordo, portanto, com uma ideologia médica de se humanizar o tratamento?**

Eu não sei, eu acho que de certa forma... Não sei se 100%, mas ao mostrar pessoas que passaram por isso e estão ali, eu acho que isso pode ajudar às vezes... pra personalizar um pouco mais.

**28. E em relação à divulgação científica, porque são fronteiras muito tênues. Talvez aí a divulgação pudesse criar um pouquinho mais de esperança. Você acha deveria ser trabalhada a divulgação científica nesses meios de comunicação de massa?**

Eu só acho que a informação científica, quando ela vem, ela tem que ressaltar as diferenças, ressaltar às vezes o experimental, ressaltar que não é igual em todo mundo. Mas eu não acho que nos traga os bons exemplos seja o condenável; mostrar os bons exemplos é bom, no entanto que no final o exemplo é bom pra todo mundo. Se a informação científica for colocada de uma forma científica demais talvez as pessoas não entendam, eu acho que tem que balancear isso. Eu acho que desempenha um bom papel, não acho que o papel seja ruim. Eu acho que o papel é bem feito.

**29. E você acha também que às vezes a informação tem diferença no sentido de uma pessoa entender melhor que a outra, em virtude de classes sociais e nível intelectual?**

Tem, com certeza.

**30. Você acha que, nesse sentido, a informação deveria ser a mais clara possível para abranger todo esse público?**

Sim e você conseguiria ter um alcance maior.

**31. Existe algum outro ponto que você gostaria de comentar em relação à comunicação para a saúde?**

Não, era isso mesmo.

Alexandre de Almeida Guedes  
CRM-MG 31993  
Especialidade: Anestesiologia  
Atuação: há 16 anos; há 8, na Ascomcer

*Entrevista concedida a Allan Gouvêa no dia 27 ago. 2014.*

*Cinquenta e dois minutos e vinte e nove segundos.*

### **1. O que caracteriza o câncer?**

O câncer é uma doença caracterizada por um distúrbio na reprodução celular, onde as células do nosso corpo perdem os controles da sua autoduplicação e elas passam a se reproduzir de modo descoordenado. Essas células crescendo de modo desordenado, levam à invasão de tecidos adjacentes, assim como leva a uma série de alterações metabólicas, que vão progressivamente ganhando magnitude, à medida que esse grupo de células, que agora perderam o controle da reprodução, passam a aumentar ainda mais em termos de população.

### **2. Você acha que é importante a informação para a prevenção do câncer?**

Não há dúvida. Não há dúvida porque uma grande gama de patologias neoplásicas está relacionada com hábitos de vida, está relacionada com comportamento hereditário. Então só com essas duas aí, já dá pra você ter uma ideia. Se a pessoa recebe a informação de que o hábito de vida que ela leva não é um hábito de vida saudável e que predispõe à doença, essa pessoa já entra no grupo de risco para o desenvolvimento da doença. Existem determinadas patologias que tem uma incidência familiar, um caráter hereditário muito forte. Então, filhos de pais ou de avós que tiveram doenças, determinadas doenças neoplásicas, ao terem essa informação, vão obviamente tomar medidas preventivas e isso vai minimizar muito, consequentemente, o desenvolvimento da doença.

### **3. No contato com os pacientes, você percebe que, de fato, há uma carência de conhecimento das pessoas, em relação a essas informações sobre saúde, não só do ponto de vista da prevenção?**

Há uma carência absurda de informação das pessoas. Mas eu não vou dizer pra você que isso é um fenômeno típico do sistema de saúde; isto é, ou melhor, não é uma desinformação que acomete só a questão da saúde, da prevenção e do bem-estar, a desinformação da população brasileira é geral. O sujeito não usa cinto de segurança porque

ele não sabe por que aquilo... Enfim, a desinformação é global e, como ela é global, ela atinge a área de saúde. Então, as pessoas são desinformadas na área da saúde também.

#### **4. Como você avalia, de uma maneira muito geral, de acordo com as suas impressões, a informação sobre saúde veiculada pela mídia?**

Eu acho que as informações de saúde veiculadas pela mídia são muito superficiais, as informações de saúde veiculadas pela mídia são tendenciosas, e as informações veiculadas pela mídia... Assim como eu acho que existe na mídia, o jornalista que se especializa em economia, o jornalista que vai para a seara do esporte, o correspondente internacional ou o correspondente de guerra; eu acho que deveria ter o que conhecesse um mínimo possível das políticas de saúde, do *modus operandi* do sistema de saúde e também ter o mínimo de conhecimento de, ou procurar esmiuçar um pouco mais a questão de doenças; porque quando vai falar de alguma doença e eu, quando vou ler alguma coisa relacionada à doença, ou patologia, ou tratamentos, na mídia, são totalmente distorcidos do que é na realidade. Ou seja, o autor da matéria não procurou verificar, ou coletou de fontes... Então, por exemplo, quando você vê no Fantástico, o Fantástico anuncia – um programa de grande repercussão –, quando anuncia lá uma matéria inovadora sobre a área de saúde; por exemplo, eles gostam muito de citar a *Nature* ou o *The Lancet*, que são jornais que eles gostam de ‘encher’ e de falar. Só que quando eles pegam a informação lá, eles... Para você ter uma ideia: quando você faz uma pesquisa, por exemplo, eu vou pesquisar um novo medicamento para tratar a hipertensão arterial. Primeiro eu tenho que começar a fazer essa pesquisa *in vitro*, depois eu tenho que começar a fazer *in vivo*... Mas eu não posso começar a testar isso em seres humanos, eu tenho que começar a testar isso em animais, aí depois eu começo a testar em pequenos grupos populacionais, depois eu tenho que começar a testar em grandes grupos populacionais e submeter isso à análise estatística rigorosa, para eu aí, finalmente, lançar para o mundo que aquele medicamento novo é eficaz. A mídia não, às vezes ela pega um artigo que foi lançado numa dessas revistas, que está em uma fase de estudos ainda muito preliminares, e anuncia aquilo. “Foi descoberto o tratamento para o câncer”. Não, não foi descoberto o tratamento para o câncer. Foi descoberto um novo método diagnóstico, que ainda está sendo testado lá nas fases iniciais da pesquisa clínica, ainda não chegou. Então...

#### **5. É nesse sentido que você acha que elas são tendenciosas?**

Não, eu acho que elas são tendenciosas porque a mídia... Por exemplo, eu acho que ela, me permita fazer essa reflexão, quando a mídia vai falar de segurança pública, que é um

outro item da sociedade tão crítico que nós vivemos atualmente, eu acho que os jornalistas são muito tendenciosos. Porque eles não analisam a questão profundamente. Quando se analisa, por exemplo, que uma bala perdida atingiu uma criança de oito anos e possivelmente essa bala saiu da arma de um policial, essa notícia chega crua, chega perversa ao leitor ou a quem a assiste. Mas, a pergunta é, será que o fato de um projétil ter saído da arma de um policial e, desafortunadamente, ter atingido uma pessoa inocente, que não fazia parte de um conflito, nós devemos julgar aquele policial e condená-lo? A opinião pública deve fazer isso com base numa notícia, que não teve um enfoque, que não pesquisou, não soube, por exemplo, que em um determinado local se vive num conflito armado de proporções iguais ou até superiores a áreas conflagradas aí mundo afora? E aí tem efeito colateral, então aí não se analisa isso, analisa a consequência, não se analisa o fato. Então, quando eu falo que a mídia é tendenciosa, tem, por exemplo, esse programa do governo, o “Mais Médicos”, isso é uma verdadeira falácia e a mídia abraçou isso. A mídia abraçou isso, mostrando para a população que isso seria a salvação da medicina brasileira. Quando a gente sabe que a medicina... E a saúde é uma coisa muito complexa, porque doença não significa, segundo a Organização Mundial da Saúde, a simples ausência de saúde. Doença também entra em jogo uma série de outras coisas, como saneamento básico, a educação, o lazer, o trabalho, a religião... E aí vem o “Mais Médicos” e a mídia, a grande mídia abraçou isso assim como uma coisa salvadora e todos nós sabemos que isso é uma medida paliativa; é um curativo que está se colocando em cima de uma ferida com um avançado grau de deterioração. Uma outra questão que me chama muito a atenção é com relação, por exemplo, a mídia muitas vezes abraça situações, por exemplo, a gente vive hoje uma discussão do parto normal e do parto cesariano. O Brasil é considerado, e as estatísticas mostram que no Brasil a cesariana é uma epidemia, e o parto normal, que deveria ser a rotina, é a exceção. E a mídia simplesmente abraçou isso sem analisar a questão. A questão é complexa, a questão desnuda uma série de coisas muito graves, muito sérias; que vai desde a formação do médico, a remuneração até a estrutura aonde isso é feito. Então, não se pode hoje, no século XXI, pegar uma parturiente e fazer um parto normal numa casa de parto com doula, sem estrutura; porque se houver um evento adverso... As pessoas hoje são informadas, as pessoas querem os seus direitos. Elas pagam os seus impostos e querem os seus direitos. Então ela quer ter o direito de ter uma assistência que tenha um desfecho muito favorável. E se não tiver um desfecho favorável? E aí a mídia crucifica os médicos – “os médicos não querem mais fazer parto normal”. Então, existe uma série de coisas... Quando você vai noticiar, por exemplo, que uma determinada paciente; essa semana, por exemplo, foi noticiado que um determinado paciente está com meningite,

internado lá na UPA [Unidade de Pronto Atendimento] Norte e, mesmo com o mandado judicial, não se consegue internar o paciente num leito público de UTI. Bom, isso é o que foi noticiado. Então, as pessoas pegam essa informação e falam: “mas isso é um crime, é um absurdo!”. Eu concordo. Mas aí cadê o gestor municipal, na presença do prefeito ou do secretário de saúde? Eles foram perguntados sobre cadê o leito para esse paciente? A estrutura da cidade está adequada para receber a população? E se tiver uma catástrofe, a cidade está preparada para isso? Então, é preferível mostrar a notícia e deixar a família se entender com aqueles que estão na linha de frente, com aqueles que estão na linha da infantaria. Mas quem está vindo na retaguarda, dando as ordens? Então, é por isso que eu falo que ela é tendenciosa, é nesse sentido.

**6. E quando você cita para mim o caso do Fantástico que, rotineiramente, vem abordando descobertas científicas desse modo que você descreveu, ou até mesmo, de um modo geral, quando a mídia vem falar do “Mais Médicos”, que está à disposição da população; você acha que isso gera uma esperança para os pacientes ou para a população, que não condiz com a realidade?**

Com certeza. Eu não tenho dúvida de que esses dois problemas que você pontuou, no caso, por exemplo, das revistas; a minha esposa, por exemplo, é leiga e, às vezes, assistindo ao Fantástico, ela já me questionou muitas vezes assim. Porque foi mostrada uma determinada notícia de uma esperança de cura muito promissora para uma determinada patologia e ela falou assim: “Nossa, mas que coisa legal...” E eu falei assim: “Calma, eu já vi esse artigo. Isso aí ainda está em fase 2, está em estudo *in vivo*, em animais”. Então, isso está ainda muito longe de chegar à realidade, se é que vai chegar, ao longo desse processo, vai se comprovar que não era eficaz.

**7. Muitas vezes, eles até avisam que está em estudo com animais, mas a população não sabe que depois dos animais tem todas essas fases que você citou...**

Não sabem. É por isso que eu acho que a mídia precisa, eu posso estar enganado, mas ela precisa ser um porta-voz muito fidedigno do fato que acontece até a população. É o caso da segurança pública, é o caso, por exemplo, do ‘Mais Médicos’; é isso que eu estou falando. Eu acho que faltam essas coisas; falta um aprofundamento maior, falta ‘desmanchetizar’ o fato. Até porque, criar uma manchete parece que... eu estava lendo outro dia sobre artigos científicos, técnicas para você pôr título num artigo científico. Os profissionais da área de saúde, no caso específico dos médicos, nós temos um volume de

artigos, de publicações científicas que chegam diariamente, que são publicadas diariamente, assombroso. De modo que se você fosse ler todos esses artigos para se manter atualizado, você não ia praticar medicina, tampouco você ia se atualizar, tamanho o volume de informações. E aí como é que se escolhe, qual é o filtro que se utiliza? Então nós temos um filtro psíquico que eu acho que vale para todo mundo. Por exemplo, você está numa livraria, está correndo o livro lá, como é que um livro te chama a atenção? É pelo título... E os artigos científicos, o que mais chama a atenção para você fazer a leitura do artigo, o primeiro pré-requisito é o título. Então eu estava lendo um artigo que falava que se você quiser fazer um artigo e quer que as pessoas leiam, a primeira coisa que você tem que fazer é se preocupar com o título, como fazer o título... Eu acho que é isso que acontece. A imprensa é ótima pra dar títulos e dar manchetes, mas os conteúdos são deficientes. Então, na área de saúde, eu noto isso com muita clareza.

**8. Então, além do aprofundamento do relato noticioso ou da prática do jornalismo especializado de saúde ou até mesmo das limitações do estilo ‘manchetado’, você acha que haveria ainda outras formas de se produzir matérias que possam ser adequadas à informação em saúde?**

Eu não posso condenar toda a imprensa nesse quesito específico de saúde que nós estamos tratando, porque às vezes eu leio em revistas gerais; por exemplo, na “Veja” ou, por exemplo, na “IstoÉ”, essas revistas gerais, revistas que têm assuntos diversos: economia, denúncia, entretenimento, saúde... Eu vejo, às vezes, artigos muito bem escritos lá; às vezes, nos jornais, artigos muito bem escritos, ouve-se o especialista. Eu não condeno. Eu acho que quando a coisa é muito bem feita, a informação chega com muita fidedignidade e austeridade ao objetivo final, que é a população.

**9. Você acha que as dúvidas, os conflitos, os anseios dos pacientes que chegam ao seu consultório ou até mesmo chegam aqui ao centro cirúrgico poderiam ser amenizados se a mídia exercesse um papel de comprometimento, de engajamento com o interesse público?**

Eu acho que ajudaria. Eu não acho que isso, eu até acho que isso não é um papel da mídia. Eu acho não, eu tenho certeza; isso é uma coisa ensinada nas faculdades de Medicina. O paciente tem, de acordo com os princípios bioéticos, direito de receber todas as informações numa linguagem que lhe seja clara, numa linguagem que lhe seja de grande possibilidade de entendimento, a respeito da sua patologia. Isso é um princípio básico, um

princípio essencial da assistência médica. Porém, será que os médicos estão fazendo isso a contento? Em segundo lugar, será que os nossos pacientes – e nós estamos falando de sistema público, onde o nível sociocultural da população é muito deficiente, a gente nota isso – às vezes a orientação pode ser feita com muita clareza, mas a pessoa às vezes não entende ou não aplica. Eu acho que é por aí. Mas eu não acho que isso seria uma questão de transferir a responsabilidade dessa informação não, isso é uma obrigação do profissional de saúde, quem quer que seja; se for o fisioterapeuta, se for o farmacêutico, se for um enfermeiro, se for um técnico de enfermagem, se for um médico. Eles têm a obrigação, porque são eles que ganharam uma erudição muito grande em uma determinada área e, conseqüentemente, são eles que têm que transformar essa erudição numa coisa muito clara e muito singular para o paciente. Não, não acho que a mídia tenha que fazer isso, mas eu acho que a mídia tem que participar disso.

**10. Você chegou a comentar comigo que hoje os pacientes são mais bem informados do que em alguns tempos menos recentes, um pouco talvez por conta da profusão de meios que se tem hoje. Então, como você avalia isso, do ponto de vista do paciente, se ele está bem informado ou não? Como isso modifica, na prática, o enfrentamento à doença?**

Eu acho que, como eu disse a você, as patologias, a prática da medicina, ela é extremamente complexa. Para você ter uma ideia, a gente estava falando agora há pouco sobre a produção de conhecimento na área médica. A produção de conhecimento na área médica é uma coisa assombrosa. A inserção de novas tecnologias é uma coisa que tem até gerado uma síndrome, a “síndrome do Burnout” que é a síndrome do esgotamento físico e emocional do médico, que é multifatorial. Então, carga excessiva de trabalho, o estresse, lidar com a morte, o sistema de saúde que não provê condições adequadas de trabalho e aí vêm as tecnologias e a informação médica, que são avassaladoras. Tão avassaladoras que se você piscar o olho, elas ‘engolem’ você; elas te dominam, você fica para trás, você passa a ficar desatualizado. Só que essas informações estão disponíveis para quem quer que seja, a gente tem até um jargão que a gente usa, que é o “Dr. Google”. O paciente recebe o diagnóstico de uma patologia e aí ele corre lá na internet e tem todas as informações possíveis, mas aí eu pergunto para você, com base na complexidade que a Medicina vai avançando, com base nos novos conhecimentos que vão adquirindo, será que o leigo tem condições de interpretar isso corretamente? E tem um segundo questionamento que eu faço, será que essa interpretação não vai me gerar mais estresse, ao invés de alívio? Então, a pessoa mais importante para

esclarecer isso é aquele que convive no dia a dia com essa questão. É preciso filtrar e saber como um profissional de saúde; o médico precisa estar muito bem atualizado, senão o paciente... Eu já tive pacientes que: “Doutor, esse medicamento que o senhor está prescrevendo, eu li no jornal que ele já não tem mais utilidade...” E aí você precisa falar: “Não, é um medicamento...” Por exemplo, eu me lembro, há algum tempo, que eu fiz o diagnóstico de um paciente com faringoamigdalite. Isso tem algum tempo e aí eu prescrevi para ele um medicamento, que é a penicilinagembezatina, que é o famoso benzetacil. De pronto o paciente falou: “Doutor, eu não quero tomar esse medicamento, porque eu li no jornal que ele não presta mais para essa situação”. Eu respondi para ele o seguinte: “Esse é o medicamento considerado mais eficaz para o tratamento da faringoamigdalite. Ele é o medicamento que tem por características próprias do medicamento, isto é – pensei comigo –, pela sua farmacocinética, pela sua farmacodinâmica e pelas questões farmacoeconômicas, é o medicamento mais indicado para o senhor”. Claro que eu não usei esses termos, mas eu falei: “É o medicamento mais indicado para o senhor”. “Não, eu não quero tomar, porque esse é um medicamento ultrapassado e eu li num jornal que ele não deve ser usado mais...” “E aí entra a questão do seguinte, do direito do paciente, e aí, tudo bem, eu vou passar um alternativo. Passei o alternativo que, do ponto de vista farmacocinético, do ponto de vista farmacodinâmico e farmacoeconômico, foi pior para ele.

**11. Muitos pesquisadores apontam que o câncer ainda é uma doença muito cercada de tabus, de desconhecimentos... Aqui mesmo, é muito notório que as pessoas não gostam de falar do câncer, alguns fazem o ‘sinal da cruz’. Muitos ainda acreditam que ter o diagnóstico de câncer é praticamente uma sentença de morte. Você acha que a imprensa atua no sentido de manter esses mitos ou ela vem desmistificar isso? Como você avalia isso?**

Nesse aspecto particular, eu acho que a imprensa tem contribuído positivamente no sentido de desmistificar, de ver mostrando pacientes que tiveram cura, depoimentos de pacientes, eu acho isso extremamente profícuo. Eu acho que, nesse sentido, a imprensa tem contribuído muito no sentido da desmistificação da doença.

**12. E você acha que os médicos e os profissionais de saúde, na sua visão, têm um espaço adequado na mídia para esclarecer e educar as pessoas para a saúde?**

Eu acho que não. Eu acho que é muito pouco espaço. Quando esse espaço é dado, por exemplo, a gente tem um programa que é matinal, que passa aí na televisão, que é

especificamente voltado para a área de saúde. E aí eu estava me atendo a dois programas que foram voltados para o tema “anestesia”, “medo da anestesia”, que é a minha especialidade; obviamente eu não perdi nem o primeiro nem o segundo programa. O primeiro programa quem falou, quem foi convidado, não era anestesiológico e, no segundo programa, convidaram um anestesiológico, o âncora (e eu vou chamá-lo assim porque é o médico que está lá todos os dias) é que coordenou a condução do esclarecimento para a população sobre a anestesia. Quer dizer, existe por trás disso tudo aí, nos bastidores, um diretor, um editor – eu não sei bem como é a sistemática – mas aí, “vamos falar de infarto”, “vamos chamar um cardiologista”, não vamos ao ginecologista, esta não é a pessoa apropriada para falar de infarto. Vamos chamar um cardiologista. E como a mídia tem um atrativo muito grande, poderia selecionar o melhor de todos para falar. Então, eu acho que esse exemplo mostra tudo. Num programa de canal aberto, que é destinado à área de saúde, às vezes o profissional que está lá não é o grande entendedor do negócio, não tem grande *expertise* naquilo.

**13. Você já até chegou a comentar um pouco sobre isso, mas talvez um dos grandes tensionamentos, um dos grandes problemas seja justamente o fato de que a imprensa, os jornalistas que trabalham com matérias de saúde ou até os jornalistas generalistas, porque a gente não tem, de fato, muitos jornalistas especialistas nessa área da saúde; talvez eles acusem muito os profissionais da saúde de trazerem níveis de erudição muito grandes e aí não trazem uma informação mais acessível para a população – sobretudo na televisão, que está em todos os lares brasileiros e atinge a grande maioria da população. Então, como a gente poderia fazer para que houvesse menos ruído, nesse sentido da comunicação, para que a informação fosse passada de uma maneira mais clara e objetiva?**

Primeiro, eu não vou defender o médico porque realmente o grau de erudição, conforme eu destaquei, é extremamente elevado, muito complexo; e a cada dia que o conhecimento científico anda e ele vai aprofundando cada vez mais em searas cada vez mais complexas. Por exemplo, vamos resumir, antigamente a medicina começou a ser praticada olhando o indivíduo. Hoje, a atenção já é voltada para mecanismos intracelulares, biológicos, extremamente complexos. Então, transformar isso numa linguagem fácil e acessível para que isso seja espalhado para a população é extremamente difícil. Você deve saber bem sobre, por exemplo, o cientista Albert Einstein, que era um físico teórico. Eu estava lendo há pouco tempo a biografia dele e ele, depois da Teoria da Relatividade Geral e depois da Teoria da Relatividade Especial, ele ganhou uma notoriedade mundial. Então ele aí, depois que houve

aquela questão da perseguição aos judeus e tal, ele foi para os Estados Unidos, foi para uma universidade renomada e ele vivia dando palestras e tal... E uma das coisas que ele mais tinha dificuldade era de responder e de tentar explicar para os leigos sobre a Teoria da Relatividade. Qual a aplicabilidade disso? Era extremamente difícil para ele e acho que é extremamente difícil para nós médicos também, explicarmos mecanismos muito complexos, muito difíceis. Por outro lado, a economia é uma ciência complexa, mas existem jornalistas especializados em economia. Por exemplo, existem jornalistas que são economistas, ou seja, eu não sei o que começou primeiro; se o cara começou com jornalismo e depois resolveu fazer economia, para entender essa ciência complexa que é a economia, ou se ele fez economia e resolveu virar jornalista. Eu sei que quando você vê, por exemplo, uma Miriam Leitão falando de economia, você entende. Quando você via o Joelmir Betting falando de economia, você entendia. Agora, quando você vê o Pedro Bial falando de saúde, você não entende. Então, eu acho que falta também alguém se especializar mais nisso aí, estudar mais, começar a estudar e começar a entender um pouquinho mais isso. Então, isso é uma coisa extremamente complexa; porque para você ter um pouquinho de conhecimento, por exemplo, de doença, você precisa conhecer mecanismos básicos como fisiologia, como farmacologia. Eu não sei como é que vai resolver isso, mas esse muro que separa a informação médica da imprensa e esse muro que separa a imprensa da população, que é mais baixo, eu não sei como é que vai resolver, mas é uma coisa complexa. Mas eu penso que, por exemplo, quando eu vejo a Miriam Leitão falando de economia, eu entendo o que ela está falando e é uma ciência extremamente complexa. Então, quando ela explica o que é um superávit primário, eu entendo. Mas quando eu vejo um jornalista falando, por exemplo, de uma determinada coisa voltada para a área da saúde, as pessoas podem não entender. Então é complexo.

**14. Esse debate entre o geral e o particular, trazendo para questão específica do câncer, que tem vários tipos, várias complexidades; como você acha que a mídia complica ou descomplica, em relação às especificidades?**

No caso específico do câncer, eu acho que o grande inimigo dessa patologia... as pessoas não querem saber os mecanismos biológicos nem moleculares do câncer, ninguém quer saber isso, isso não interessa para a população. Não precisa ficar explicando sobre mutações gênicas em determinados cromossomos; isso não interessa. Interessa é: o câncer é uma doença extremamente prevalente, é uma doença crônica, grave, e a população precisa se informar sobre isso. Eu acho que o que a imprensa faz desmistificando, informando; por exemplo, tabagismo, tabagismo caiu em desuso. Eu lembro que, quando eu era adolescente,

eu era tentado a fumar porque eu achava muito chique, muito bacana, pelas propagandas que passavam... Com o tempo, os veículos de comunicação perderam interesse em veicular o tabagismo e começou a se falar que o tabagismo, tabagismo, doença, doença, doença. Então as pessoas começaram a ter aquela impressão: “Nossa, fumar é um negócio gostoso, mas faz mal, faz mal demais”. Certamente a mídia foi importantíssima para isso e acho que, para o câncer, não interessa o mecanismo biológico ou molecular, imunohistoquímico do câncer, não interessa; não interessa que o jornalista esmiúce isso para a população. Interessa que a imprensa fale: “olha, o câncer é uma doença grave, vocês têm que se prevenir! Isso está associado com a idade, quanto mais avançada a idade da população em geral, mais as pessoas vão ter câncer. Só tem uma forma de a doença ser controlada: prevenção. Então, tem que procurar mais os médicos, tem que ir ao sistema de saúde, tem que ter hábitos de vida mais saudáveis...” E isso eu acho que a imprensa faz muito bem. Quando você vê aquele programa lá no Fantástico, o ‘Medida Certa’; essas coisas que vão estimular, vão mostrar às pessoas que, se um *popstar* é capaz de perder peso, a população também é capaz. “Ele é, por que eu não sou?” Então, cria-se isso porque, no fundo, a obesidade é uma epidemia mundial e ela tem que ser combatida. Então eu acho que a mídia faz bem esse papel. Repito, eu acho que quando a mídia tenta esmiuçar, aí fica difícil. Aí é o que eu falei com você, se quer esmiuçar, tem que se especializar, como é o caso do jornalista especializado na economia. Quando ele é bom no negócio e você vê que ele entende, quando ele te passa, você entende. Mas todo mundo sabe que a economia vai muito mal. Tá aí, todo mundo já sabe; mas se você quiser saber um pouco mais, aonde você vai recorrer?

**15. O fato de eu vir de procurar, Alexandre, se deve um pouco ao fato de você estar ligado aos estudos, coordenando-os, que são realizados aqui na Ascomcer. Eu gostaria que você falasse um pouquinho desses projetos, seus objetivos etc.**

A nossa instituição é assistencial, basicamente assistencial. Isto é, ela presta diagnóstico e tratamento a pacientes com câncer. Pesquisa, nós somos totalmente incipientes, embora nós tenhamos, no nosso corpo clínico, profissionais muito renomados, profissionais titulados que poderiam estar aqui desenvolvendo alguma pesquisa nessa área; porque nós temos um grande número de pacientes, nós temos um ambiente muito propício para esse tipo de coisa. Porém a pesquisa é muito complexa e pesquisar em seres humanos é absolutamente cercado de muito dogma, cercado de axiomas muito complexos, de uma série de normas internacionais; e nossa instituição ainda não atingiu esse patamar. Nós temos instituições no Brasil que estão num patamar muito próximo de instituições de tratamento de câncer que

presta assistência, mas que tem uma vocação muito grande para a pesquisa. A nossa instituição é uma instituição de excelência em assistência ao paciente oncológico. Mas em termos de pesquisa, nós somos absolutamente incipientes; mas isso não é apenas uma questão da instituição Ascomcer, isso é uma questão nacional. Para você ter uma ideia, nós temos um centro de tratamento de câncer no Brasil, que é o Hospital A.C. Camargo, em São Paulo, que é uma instituição que tem caminhado muito nessa questão da pesquisa, além da extensão, isto é, do diagnóstico, do tratamento... É um sonho nosso, mas isso demanda recurso, demanda estrutura, demanda vocações de pesquisador, que nós ainda não temos. Então nós prestamos um serviço assistencial. Então o Centro de Estudos entra em que cenário? Na pesquisa? Não, não é isso porque realmente a nossa instituição não tem essa vocação ou ainda não tem; tomara que daqui a alguns anos, ou algumas décadas, a gente tenha essa vocação. Diferente desse hospital que eu citei para você, que tem lá em São Paulo, que é um hospital que começa a se... que tem uma excelência na assistência e que agora começa também a ganhar uma excelência na pesquisa, tanto que ganhou uma titulação – e os americanos gostam muito de criar títulos, então nos EUA eles têm os chamados *cancer centers*, que são os centros de ensino, pesquisa e tratamento de câncer – então nós temos lá, por exemplo, três grandes centros, um deles muito famoso, que é aquele de Anderson Houston, no Texas, que é realmente um centro de pesquisa, de ensino e de tratamento de câncer extremamente avançado. Nós estamos a anos-luz deles, em termos de pesquisa, talvez em termos de ensino; mas não tão distantes assim em termos de assistência. Então, onde que entra o Centro de Estudos no Hospital Ascomcer? Tem que entrar na realidade da instituição, e a realidade da instituição é essa. Então o Centro de Estudos veio para fomentar, estimular a atualização dos profissionais da instituição e fora dela; profissionais da área de saúde, o Centro de Estudos é voltado para os profissionais da área da saúde, principalmente os profissionais de área de saúde de nível superior, no quesito fomentar e atualizar esses profissionais na matéria ‘câncer’.

**16. Você estava comentando a respeito da produção do conhecimento. Trazendo um pouco para a questão da oncologia especificamente, a gente procura fazer, dentro da área da comunicação, uma certa distinção entre divulgação científica, que é você dar visibilidade ou publicizar os estudos de qualquer maneira (seja pela publicação de um *paper* ou enfim, qualquer outra coisa), através do jornalismo científico, que é feito por aqueles meios que se propõem a ser justamente, através das técnicas do jornalismo, dar conhecimento acerca das descobertas científicas. E aí também o**

**jornalismo de saúde, que não necessariamente tem uma preocupação com a ciência. E aí, do ponto de vista da oncologia e da sua produção do conhecimento, você acha que é importante que se dê visibilidade a essas descobertas científicas recentes?**

Eu acho que é importante dar visibilidade, mas é importante também fazer para levar à população esse discernimento de que aquilo ainda é experimental e daquilo que já tem aplicabilidade, que é um longo caminho. As pessoas falam assim: “ah, o câncer avança muito pouco... Continua matando, e a gente vê na imprensa tanta coisa falando, que tanto avanço? A gente não vê avanço”. Aspas entre essa citação minha, porque isso é uma observação pessoal da minha esposa, que perdeu a mãe por câncer e ela falava pra mim: “minha mãe está morrendo de câncer. Cadê o avanço que eu vejo tanto falar e não chega? Eu vejo falando, eu leio jornal, mostra avanço, cura, e não cura a minha mãe... Minha mãe está morrendo de câncer...” Como veio a falecer. E eu disse para ela: “olha, a sua mãe, quando ela foi diagnosticada com câncer, ela tinha uma expectativa de vida de dois anos. Sua mãe sobreviveu sete anos. Dos sete anos que ela sobreviveu, ela sobreviveu cinco anos com uma qualidade razoável de vida”. Acho que isso responde. Avançamos, não podemos falar que não avançamos. Por exemplo, no século XVII, a expectativa de vida da população era de 40 anos. Nossa expectativa de vida hoje, do brasileiro, que é de um país subdesenvolvido, é de 70 anos. Melhoramos a medicina. Medicina avançou. Não só a medicina, mas as condições sociais, passamos pela era da Revolução Industrial, poluição, enfim... o que eu quero dizer é que é complexo tentar levar à população dados muito preliminares, mas a população precisa saber que houve avanços; ainda mais, em se tratando de uma doença tão agressiva em algumas situações, tão agressiva, que pode, às vezes, o paciente ter expectativa de vida de alguns meses. Agora, se ele tiver expectativa de alguns meses e, nesses alguns meses, tiver uma qualidade de vida razoável, isto é, conseguir dormir bem, conseguir ter uma boa interação com seus entes queridos, não ter dor – porque queixa de dor é absolutamente de altíssima prevalência no câncer – não ter dor, poder se alimentar, poder caminhar um pouco; isso é um avanço, um avanço que há 40 anos não tinha. Concluindo, então é importante veicular as descobertas, perfeitamente – para que as pessoas tenham a noção de que nós estamos lidando com algo muito agressivo, uma doença realmente muito agressiva, porém avanços já foram construídos e avanços virão. Só não entendo o fato de fazer chover informações superficiais, porque a produção de tratamentos é, conforme eu acho e expliquei para você com poucos detalhes, extremamente morosa; é um caminho muito longo a se percorrer. No câncer, especificamente, uma nova droga para conter o avanço de um determinado tipo celular neoplásico, para você começar uma pesquisa aqui e essa droga ser

aprovada pelos órgãos de cada país, órgãos nacionais de vigilância de cada país, o FGA americano, a Anvisa brasileira; até isso acontecer, isso pode demorar, às vezes, 30 anos. Então, é um longo caminho. E aí o que eu falo é, às vezes, faz uma pesquisa muito promissora lá em animais e aí as pessoas recebem essa informação, como eu disse a você, pessoas sem uma... já em se tratando de Brasil, pessoas com nível sociocultural baixo, que já é capaz de digerir com muita dificuldade coisas básicas, pega um ‘troço’ daquele ali e fala: “o câncer está curado”, “Fiquei sabendo que curou, vizinho”... E aí não é assim, não é assim, isso é uma coisa, uma coisa longa. Você pode ver, por exemplo, o caso da Aids, a quanto tempo se chegou para... Curou? Não, controlou. Talvez o câncer é isso que vai acontecer; não vai curar a pessoa, vai controlar. Ou seja, a pessoa tinha uma expectativa de vida de dois anos, ela passa a ter uma expectativa de vida de 15 a 20 anos, fazendo os controles com os medicamentos habituais. Então, existe um grande... entre o que... e é isso que eu insisto. É importante noticiar, eu acho que a grande importância é noticiar que tabagismo causa câncer, e são muitos os tipos de câncer; hábitos de vida poucos saudáveis também podem ter participação, procurar um médico preventivamente; quando chegar a determinadas idades, começar a fazer, isso eu acho que é importante para a imprensa, e a imprensa eu acho que vem fazendo isso. Mas toda vez que eu vejo que a imprensa vai entrar na nuance dos estudos, aí eles não conseguem explicar e, às vezes, passam informações inadequadas ou inapropriadas.

Fernanda Guedim Batista  
CRESS 05044 – 6ª Região/MG  
Assistente social  
Atuação: há mais de 7 anos

*Entrevista concedida a Allan Gouvêa no dia 12 dez. 2014.*

*Vinte e oito minutos e cinquenta e dois segundos.*

**1. Do ponto de vista do Serviço Social, hoje, na prática, um paciente com câncer goza, de fato, de todos os direitos que ele tem e que estão previstos em Lei?**

Não. Às vezes, por falta de informação, já chega sem se informar, e a questão da doença. Descobriu que está doente, então a gente percebe que o câncer é como se estivesse fadado à morte. Eles dizem assim: “Eu vou morrer; então deixei de viver”. E, no decorrer da doença, eles acabam não vendo isso; por exemplo, direito a tirar o Fundo de Garantia... Então é uma coisa que, para eles, naquele momento, não é importante. Ou porque quer cuidar da doença ou porque também não tem essa informação, de fato. Porque a mídia não coloca isso para eles, que eles têm direito. Na verdade, a pessoa adoece, começa o tratamento o mais rápido possível e a gente percebe, às vezes, que o paciente chega e já está... solicita alguma coisa, alguma informação, mas durante o tratamento; no início, não. Porque está voltado para o tratamento diretamente, para a medicação, para o que pode fazer, como que é... essa é a maior preocupação. Até nos atendimentos a gente percebe isso: “Ah, eu vou ver isso depois, agora não.”

**2. E você acha que esse adiamento em relação aos direitos que ela tem, isso pode prejudicar de alguma maneira o tratamento que elas vão ter, já que elas desconhecem, ou mesmo conhecendo deixam para resolver depois?**

Quando a gente atende os pacientes que são mais humildes, mais simples, às vezes tem um benefício, às vezes trabalhou a vida toda, mas não tem vínculo com o INSS. Então, sim, isso atrapalha sim o tratamento, porque às vezes ele é o único provedor. E aí, de uma hora pra outra, para tudo, ele não pode mais trabalhar e aí tem a conta para pagar. Então, esse, a gente orienta, quando é o primeiro atendimento, a gente pergunta: “você trabalha? Já é aposentado? Tem carteira assinada?” Ou até mesmo, às vezes, o médico já fala, porque normalmente ele pergunta ao médico primeiro: “ah, eu preciso de um atestado...” E o médico fala assim: “vai lá ao Serviço Social”. Então, a gente aproveita essa ponte. Então, quando mexe financeiramente com a pessoa, aí eles acabam procurando a informação, porque a conta vence, chega o final

do mês... Quem está na casa tem que comer. Às vezes ele fica internado aqui, então tem alimentação e tudo, mas e os que estão em casa? Não tem. Então tem uma preocupação sim.

**3. Essa informação que deveria ser veiculada pela mídia, ela é suficiente para que o paciente saiba dos direitos e dos deveres dele?**

Eu acredito que ele não sabe, porque você nunca acha que vai ficar doente. Você acha que vai acontecer com o seu vizinho, mas “comigo não”. Então, no seu dia a dia, você não vai pensar que vai ter uma doença, não só o câncer, mas qualquer tipo de doença. Você não pensa nisso, você pensa em viver bem, com saúde e tudo. Então, quando adocece, não é uma coisa que chama a atenção. Às vezes, quando a gente faz campanha, até na rua mesmo, a pessoa fala sim: “ah, eu vou levar porque eu não sabia disso, o meu vizinho tem, então eu vou levar para ele...” Porque não é uma coisa que a pessoa vai ler, não tem interesse em ler. Às vezes você ouve no jornal alguma coisa, um artista porque às vezes chama a atenção: “ah, o artista tal está com leucemia”. Mas não é uma coisa que faz parte do cotidiano dela, de estar lendo alguma coisa relacionada ao câncer...

**4. Você chegou a comentar que a mídia não mostra esses direitos, você acha que se ela mostrasse isso, se de alguma maneira ela desse visibilidade a esses direitos e deveres, dentro da informação em saúde, você acha que isso facilitaria em alguma medida o tratamento ou a forma com que as pessoas lidam com a doença?**

Eu observo muito aqui que tem paciente, por exemplo, que a medicação tal não é liberada pelo SUS, aí ela vai entrar na Justiça e aí, às vezes, o paciente acaba morrendo e a família deixa pra lá. Eles não buscam, numa comparação bem... Eu trabalhei em Psiquiatria e eu lembro que estava naquele movimento de desospitalização. Então as famílias se reuniam porque é uma doença prolongada. Então, às vezes, a pessoa luta naquele momento que tá com câncer, a família busca os direitos e tudo, mas se perdem, eles não estão envolvidos e querem esquecer aquilo tudo, o motivo; são poucos os que... A gente não vê assim nenhum movimento, na rua, buscando direito: a cirurgia tem que ser rápida, o exame tem que sair rápido; às vezes, pelos exames que os pacientes fazem, demora a liberação. Eu acho que deveria ser uma prioridade. Aí tem que entrar na Justiça: aí o governo, a Prefeitura diz “não cabe a mim, é ao Estado” e assim vai jogando... E o paciente fica esperando.

**5. Uma coisa que eu observei aqui nos projetos é que a doença em si é um problema, claro, que dificulta muito a vida das pessoas; mas muito potencialmente também, não sei**

se acarreta, ou se potencializa muitos outros problemas tangenciais; em questões de ordem familiar, financeiras. E isso me parece que, talvez, nas matérias veiculadas sobre saúde, a imprensa quase sempre mostra a doença, casos de pessoas que se deram bem, conseguiram superar a doença; mas, por outro lado, silencia muitas questões, como a pessoa que, após um câncer, não consegue um emprego facilmente, porque muitas estão em controle, têm que vir ao hospital etc. Acho que até no Grupo Vitoriosas isso já foi notado. Então você acha que esse fato de as coisas ficarem silenciadas, interditadas, não serem faladas, isso também dificulta a vida dessas pessoas?

Ah sim, a gente vê pelo Grupo. Se você olha para as pacientes do Grupo, elas estão bem; se você encontrar elas na rua, você não fala que ela teve câncer, que está em controle, tomando remédio, fazendo controle hormonal. Então, acaba que tem um preconceito muito grande, porque “ah não, ela está bem”. E muitas ali são manicures, cabeleireiras, domésticas; como que elas vão voltar às atividades delas? E não consegue mesmo. Na verdade, o governo deixa um buraco aí, ele não dá esse suporte. Porque eu acho que deveria. O paciente teve o câncer, está em controle, deveria ter o benéfico ou auxílio-doença, que continuasse durante aquele período. Como se não bastasse o estresse do exame, do pré-exame, que tem que fazer de novo para ver como que está, se está tudo bem, ainda tem o estresse da perícia. E muitas dizem que não conseguem voltar a trabalhar: “como que eu vou ser manicure? Como que eu vou fazer faxina?” E aí, fecham-se os olhos.

**6. Muitos pesquisadores apontam que o câncer, ainda hoje, apesar de muito tempo passado, ainda é símbolo de tabus, preconceitos e desconhecimentos. Isso eu também pude perceber aqui, que ainda o é para muitas pessoas. Mais ainda talvez para esse público que vem do interior, que não tem muita escolaridade e às vezes até evitam falar o nome da doença...**

Não gostam de falar a palavra e a família, às vezes, não quer que fale também: “não pode falar com ele, porque senão aí que ele morre mesmo”. E às vezes o paciente sabe que tem, conversa com você que tem, mas eles não trocam, não fazem essa conversa de família. Um acha que o outro não sabe e o outro acha que o outro não sabe.

**Ainda tem essa questão de esconder, que pode ser problemática. Nessa questão dos mitos e dos tabus, você acha que a imprensa ajuda a desmistificar essas questões do câncer ou você acha que ela ainda reforça esses tabus e preconceitos?**

A gente observa que, hoje em dia, está muito voltado para a prevenção, fala-se muito em prevenção: “campanha do câncer de mama”, “campanha do câncer de próstata”. Mas e aí,

quando tá, o que a gente pode fazer? Então, acaba reforçando, não é dito, não é falado; acaba reforçando tudo isso, o preconceito.

**7. Essa informação que é muito voltada para a prevenção, isso também nos leva a pensar, que é algo que a gente ainda vem discutindo, que se há tanta informação para a pessoa se prevenir, como assim ela ainda tem a doença? Você acha que acontece de muitas pessoas se sentirem culpadas por terem contraído a doença?**

Eu acho que, num primeiro momento, o paciente acaba se perguntando: “o que eu fiz de errado? Onde eu deixei?” Mas aí, depois, com o tempo, ele percebe que não é assim. Tem paciente que já fez exame regularmente, fez seis meses antes exame de sangue e durante esse tempo ficou com leucemia. E aí? E, assim, ia ao médico regularmente...

**8. Você acha que as políticas públicas que nós temos hoje, implementadas pelo governo, atendem às demandas dos pacientes com câncer?**

Eu acho que na hora de cumprir nem tanto. O paciente tem 60 dias para começar o tratamento e às vezes demora. Porque tem papel, eles pedem muito papel. Uma coisa básica, por exemplo, aqui em Juiz de Fora: o paciente para começar o tratamento de quimioterapia, ele tem que apresentar uma documentação e é muito engraçado, porque ele tem que apresentar essa documentação na Prefeitura, no setor de Oncologia, apresenta aqui também e aqui a gente tem que mandar para lá de novo. Comprovante de residência; a pessoa às vezes não tem comprovante de residência, não tem água, luz, mora de aluguel, não tem conta em banco e assim vai... E aí, qual é a orientação? Pegar no posto de saúde, próximo a sua residência, um comprovante de que ela mora ali. O posto de saúde pertence a quem? À Prefeitura. E essa documentação a gente apresenta para quem? À Prefeitura. E aí na Constituição está que a saúde é um direito de todos... a Lei é muito bonita, mas na prática tem essa dificuldade. Às vezes, a pessoa fica rodando até conseguir a documentação.

(A Ascomcer, mesmo sendo filantrópica, tem que se submeter a essa burocracia por conta do convênio com o SUS)

O paciente que não é de Juiz de Fora. A Prefeitura de onde ele mora tem que enviar para gente um documento que chama TFD – “Tratamento Fora do Domicílio”. Esse documento é para falar que esse paciente realmente reside lá e que ele não pode fazer tratamento lá, porque não tem tratamento especializado em Oncologia. Então, na verdade, o paciente não tem direito de escolher aonde ele quer fazer o tratamento; porque tem as cidades que são

pactuadas com Juiz de Fora, então a gente atende àquelas cidades. Então, a gente vê que, na Constituição, é um direito de todos, a saúde; mas falta muita coisa ainda...

**9. Essa lei dos 60 dias foi vista como um avanço nesse sentido. Você acha que, na prática, os pacientes conseguem iniciar o tratamento nesse prazo?**

A gente observa, no relato dos pacientes, que o pior é o diagnóstico, depois do diagnóstico, vai rápido. Cirurgia e tratamento são mais rápidos. Mas às vezes o paciente fica dias sem saber o diagnóstico, vai ao médico e volta... Porque às vezes não é feito um exame que, por exemplo, eu acho que o SUS não libera; a cintilografia, o médico tem que estar embasado em alguma coisa pra sugerir esse exame. A gente teve aqui uma paciente internada que fez a mamografia, o exame anual, e não voltou ao médico. Um ano depois ela começou a sentir dores da coluna, e o médico dizia que era problema de coluna, tem que fazer caminhada, tem que emagrecer... No final das contas, ela tava com metástase óssea. Então, talvez se lá na rede primária eles investigassem, talvez ela não chegasse a esse estágio.

**10. Você falou muito que hoje a informação é voltada para a prevenção que, de certa forma, é uma coisa que ajuda. Mas você acha que essa informação, na sua avaliação, apresenta a qualidade necessária para que as pessoas possam se informar, pelo menos no sentido de se evitar a doença?**

Eu acho que hoje em dia se fala muito de prevenção, eu acho que pode sim, só que não sei como que funciona, em outros países, em relação a isso. Mas é um caminho, mesmo que o nosso caminho ainda não esteja 100%, eu acho que é esse o caminho da informação.

**11. Você acha que as pessoas, tendo conhecimento, podem levar um tratamento mais eficaz? Tanto em relação aos direitos quanto em relação à própria saúde...**

Acho que sim, tudo que... Acho que se você tem um inimigo, como o câncer, já que estamos falando sobre ele, se a gente sabe mais sobre ele, acho que é mais de a gente enfrentar. Qualquer situação. Então eu acho que sim. Porque se você tem informação, você tem conhecimento dos seus direitos, eu acho que é mais fácil de você enfrentar

**12. Eu pude ver um pouco na teoria e, até mesmo pela própria estrutura da Ascomcer, que de fato o câncer é uma doença que demanda uma relação**

**multiprofissional. São várias áreas atuando juntas no combate à doença. Essa relação na prática, no cotidiano do hospital, apresenta tensões? É harmônico ou tem problemas?**

Lógico que tem. As coisas não são 100%. Acho que o trabalho de todas as áreas é fundamental, mas nem todo mundo está aberto a todas as áreas. Eu acho que deveria ter mais tempo para sentar e “vamos discutir o caso tal”. Porque, por exemplo, um paciente que está para ter alta, que está aqui fazendo radioterapia, se ele poderia estar em casa, quem pode falar, eu acho; sobre o estado emocional, lógico, é a Psicologia, mas ele tem suporte familiar? Como nós podemos fazer isso? Um carro para buscar e levar... Então, se tivesse todo o conhecimento, de toda a equipe, seria mais fácil para encaminhar os casos, os pacientes para os devidos lugares; ou para casa ou para uma casa de apoio. A gente percebe que tem, mas fica muito assim... Acho que a gente está evoluindo. Nós temos uma equipe que faz uma reunião quinzenal e aí são discutidos os casos dos pacientes da clínica médica; então eu acho que é um bom caminho. Mas a gente tem o ambulatório, que atende muita gente... Às vezes o médico fala: “ah, tem o paciente tal, você pode ver isso pra mim?” Mas, formalmente, não tem. Nem todo mundo acha que a sua área é importante; tem aqueles que acham que só basta os médicos, só basta a enfermagem... Eu acho que é um caminho que está sendo trilhado aos poucos. Não é uma coisa que daqui a um ano vai estar perfeito não. Não é assim.

**13. Uma coisa que a gente nota através da análise do que é veiculado pela mídia é que nas matérias que cobrem especificamente o câncer, quando se dá voz é prioritariamente ao médico e, às vezes, a um pesquisador. Você acha que seria importante também que essas matérias levassem em conta outras áreas, como psicologia e assistência social, tendo em vista que o paciente com câncer tem essas outras demandas?**

Eu acho que sim. Ontem a gente fez o primeiro encontro de familiares das pacientes. Então a gente ouviu os esposos, os filhos... E foi muito legal, porque a gente trabalha com elas, mas a gente não vê o outro lado, o que eles acham, essas mudanças que ocorrem na vida delas, tanto por causa do tratamento e aí acarreta na vida familiar também. E foi muito bom, pela resposta que eles passaram pra gente sobre o hospital, sobre o tratamento, sobre elas... Foi muito gratificante.

**Foi no Grupo Vitoriosas isso?**

Foi. A gente marcou às 17h com eles, num horário mais tarde, porque eles trabalham e, por ser o primeiro, a gente teve uma participação muito boa. Foi muito legal.

É um momento para eles falarem. Porque a gente fica focado no paciente, mas o paciente não está sozinho. O paciente está com a família ali e a família também está com as expectativas, aquelas dúvidas, e às vezes o médico passa correndo, fala alguma coisa, mas não fala tudo; e as pessoas tem necessidade de falar. Mesmo que ela não tenha a resposta ali na hora, ela quer falar, ela quer ser ouvida. E aí deu um retorno muito bom pra gente esse encontro.

**14. Você que está no Grupo [Vitoriosas] desde o começo, como é que foi a idealização, ao que vocês visavam e quais os objetivos dele?**

O Grupo surgiu em 2007 e foi uma... a gente percebia que o paciente fazia a cirurgia, iniciava o tratamento, mas não tinha esse apoio, essa troca de experiências com outras pacientes. Porque tem a sala de espera, aí um fica falando ali com outro: “faz isso”, “faz aquilo”, não tem aquela... E a necessidade da fisioterapia também, porque elas precisam da fisioterapia, as drenagens e tudo. Então a gente sentou e viu que poderia trabalhar especificamente com as pacientes do câncer de mama. E aí a gente começou a convidar as pacientes, aquelas que fazem cirurgia e que vão iniciar o tratamento... A Ana [Karina, psicóloga] já faz isso quando a paciente está na clínica cirúrgica, quando elas passam pela cirurgia, já é falado sobre o Grupo. E o Grupo sempre funcionou às quintas-feiras e sempre teve participação do Serviço Social, da Psicologia e a Fisioterapia. O objetivo é elas estarem trocando experiências, tirando dúvidas; quando a gente precisa de algum profissional, a gente leva o profissional, o médico, o nutricionista e assim vai... então, está dando suporte para que eles voltem; que, além da doença, elas têm outras possibilidades, porque a pessoa: “Ah, eu tô com câncer, não posso fazer isso, não posso fazer aquilo...” De repente ela ficou doente e teve que largar o emprego, teve que largar as suas atividades diárias, em casa mesmo, e ficou limitada a algumas coisas. E o Grupo dá a oportunidade de a pessoa estar falando isso e ser encaminhada para essas outras coisas, atividade física, artesanato... Então, elas acabaram inseridas em outras atividades: “ah, eu não posso trabalhar, mas eu posso fazer isso”. Atividade física é importante pra elas e a gente observa, no relato delas mesmo, que antes elas faziam tudo. A responsabilidade delas na casa e elas percebem que isso não é só delas, como mulher, como dona de casa, como esposa, como mãe dos filhos, elas aprenderam a dividir. Então, até nisso, a doença ajudou elas a observar isso. A gente observa que as pessoas que falam assim: “ah, porque lá em casa sou eu que resolvo tudo. E aí quando eu adoeci, eu tive que dar aquela parada. E aí? E agora? Será que eu quero isso pra minha vida, ser ‘burro de carga’ para o resto da vida?” Eu acho que o Grupo serve muito para isso. Lógico que tem

momentos difíceis. A gente já perdeu paciente no Grupo e isso mexe muito com elas também e perguntam: “ah, por que comigo deu certo e com fulano não deu?” Então a gente tem esses momentos, mas eu acho que é muito gratificante.

**15. Eu pude notar uma coisa também e gostaria que você falasse a respeito. É que, diferentemente dos outros grupos que eu pude acompanhar aqui, ali foi um Grupo muito interessante, porque é formado por pessoas que criaram laços de amizade muito importantes e tem pacientes ali em diferentes estágios... Então você acha que isso também é um ponto positivo?**

Acho. Elas mesmas fazem esse trabalho de convidar as pessoas: “ah, vai ao Grupo”. Elas fazem essa ‘propaganda’ do Grupo. E é bom porque tem pacientes que estão iniciando o tratamento e outras que já passaram por isso. Então, o paciente que está iniciando se espelha: “olha como que eles estão bem, superou...” E elas estão sempre falando sobre essa questão da superação. Então eu acho que isso... é um grupo misto: tem aquelas que estão iniciando, aquelas que estão em tratamento e aquelas que estão em controle. Então, são questões que, em todos os momentos, é falado tudo, como que está, como que foi... Cada um fala da sua experiência: “ah, na quimio eu senti isso”, “eu não senti nada”, “meu cabelo não caiu”. Então eu acho que isso dá força. O nome, a gente fez uma eleição, e esse nome foi sugerido.

**16. Ainda do ponto de vista da Assistência Social, a gente nota que o forte, o foco da Ascomcer é o caráter assistencialista. E aí, tendo em vista a conjuntura do nosso país, ampliando os nossos horizontes, você acha que se não tivessem instituições como a Ascomcer, o poder público, representado pelo Sistema Único de Saúde, daria conta de atender a essa demanda dos pacientes com câncer?**

Aqui é uma instituição filantrópica, mas é vinculada ao SUS. Talvez teria aquele atendimento básico, não seriam oferecidas tantas outras coisas. A gente sabe que tem hospital que não fornece alimentação, nem para quem está em tratamento laboratorial, que vem e fica em tratamento o dia inteiro, é cada um por si. Então eu acho que aqui é um diferencial sim. Lógico que tem suas coisas que têm que melhorar, que tem suas limitações, mas pra Juiz de Fora e região, eu acho que ele está caminhando; do jeito certo que está sendo caminhado, com a atenção certa que tem que ser dada.

**17. Juiz de Fora dá conta de atender à demanda da cidade e da região?**

A gente está crescendo, tem o projeto de ampliar o hospital e tudo. Eu acredito que deve dar conta, porque vai mandando conforme as vagas, porque não é só Juiz de Fora que atende; não só a Ascomcer, tem outro hospital que atende também. Mas eu acho que tem que ampliar sim. São muitos casos, porque aí até seria mais rápido o tratamento.

Adriana Pereira Paes

CRPMG 9093

Psicóloga, especialista em Educação Infantil e mestre em Educação

Atuação: há 25 anos, trabalhou durante 10 no Ascomcer

*Entrevista concedida a Allan Gouvêa no dia 15 jan. 2015.*

*Uma hora, cinco minutos e quarenta e nove segundos.*

**1. Do ponto de vista psicológico, o que o diagnóstico do câncer costuma representar na vida de uma pessoa?**

Partindo da ideia de que o câncer ainda é uma doença bastante estigmatizada, que ela representa na pessoa morte, sofrimento; psicologicamente, inevitavelmente, a pessoa vai ficar abalada, vai causar uma desestrutura no emocional dessa pessoa, mesmo que ela tenha um diagnóstico bom. Bom no sentido assim, que tenha um prognóstico bom, que tenha um câncer localizado num determinado órgão, que tenha um tratamento que o médico veja que pode realmente ser curado; mesmo assim, o paciente, quando recebe o diagnóstico, fica com medo, com receios; ele fantasia muito, até por falta de informação e aí vem tudo aquilo que ele já ouviu e já vivenciou com relação a essa doença.

**2. O sofrimento é maior, então, por causa do estigma?**

Sim. Por conta do estigma, eu acho que isso tem um peso enorme. Porque, veja bem Allan, não sei se você concorda comigo, mas existem outras doenças aí terríveis, com sintomas incapacitantes para o resto da vida, doenças progressivas... O próprio diabetes, a doença renal... Tem doenças terríveis, mas o câncer causa esse impacto.

**3. A que você atribui a causa desse estigma?**

Eu penso que isso foi em função de quando descobriram a doença e foram começar a pesquisar medicações, tratamento e tal... No início, realmente as pessoas não tinham nenhum recurso terapêutico para poder se cuidar. Não tinha medicações, como a gente tem hoje; de tratamentos, como a gente tem hoje; então era realmente aquilo que todo mundo fala: “o câncer é uma sentença de morte”. *Era* assim, o câncer *era* uma sentença de morte. Não tinha muita possibilidade de tratar nem de curar. Já não tinha de tratar, quanto mais de curar. Porque hoje, mesmo que não há cura, a pessoa consegue às vezes sobreviver muitos anos com câncer. Virou, em muitos casos, uma doença crônica; igual você vive com diabetes, com hipertensão, você muitas vezes vive 10, 12, 15 anos com câncer. Claro que a gente tem que

ver o tipo de câncer, têm cânceres que são mais agressivos que outros. Mas hoje a gente consegue ver isso. Mas no imaginário coletivo ainda ficou... a gente fala, às vezes, nas palestras, a gente ficou com aquela ideia lá de trás ainda, e isso é muito forte. E ainda a questão da informação. Será que essa informação que as pessoas estão recebendo são suficientes para quebrar esse estigma? Eu penso que melhorou muito, hoje a gente na mídia etc. e tal. Mas existe ainda muito medo, muito preconceito, muita falta de informação. E aí também vem a questão da vivência de cada um. A pessoa descobre hoje que tem um câncer, aí se lembra do avô que teve e o quanto que esse avô sofreu lá atrás e não põe essa coisa de referência. Mas lá atrás. Primeiro, o câncer é nome de várias doenças; então a pessoa já generaliza: “tá com câncer!” Então é uma doença só, mas não é. A pessoa não consegue colocar as coisas em compartimentos – a época do avô, o tipo de vida que aquele avô tinha, o tipo de alimentação, o contexto da vida dele, financeiro, social, o que tinha de recurso para tratar... Aí já começa a comparar e a achar que é sempre a mesma coisa. Isso é a pior coisa que tem, essa comparação.

**4. Você uma vez disse o seguinte: “a informação é uma arma poderosa, desde que venha de uma fonte correta”. Você acha que a informação é importante para a prevenção?**

Sim. Para a prevenção, é muito importante; porque têm muitos casos de câncer que poderiam ser evitáveis, que é o caso do tabagismo, por exemplo. Uma má alimentação, o sol – o câncer de pele, agora está em voga aí porque está esse ‘calorão’ todo, vira e mexe a gente vê reportagens na televisão de câncer de pele, dos cuidados que têm que ter. Ainda tem gente que não está... Eu vi agora, na praia, uma mulher lotou de óleo bronzeador, era três horas da tarde, e ela esticada lá no sol. Se você queima estando debaixo da barraca e usando protetor 50... Então, assim, tem que ser mais maciço. Eu acho que o trabalho que fizeram com a questão do tabagismo tem funcionado muito, já caiu bastante o número de tabagistas, se você for ver nas pesquisas...

**5. Como você acha que uma pessoa bem informada lida com a doença?**

Quando eu falo que a informação é uma arma poderosa que você tem, ela é, desde que, igual eu coloquei, vinda de fontes corretas. Mas essas fontes – vamos colocar o médico aí, que é o primeiro a dar o diagnóstico... Eu acho que é dever do profissional que está trabalhando com isso, ele ter uma formação humana muito grande para poder perceber ou, no mínimo, trabalhar junto com a equipe interdisciplinar (psicólogo, assistente social...), para ele poder

perceber o quanto de informação ele pode dar num determinado momento, como ele vai dar essa informação, a quem ele vai dar. Ele precisa conhecer esse paciente, ele precisa da ajuda de outros profissionais para poder dar esse apoio, para poder dar essa informação para o paciente.

#### **6. Então, você acha que precisa de um pouco de sensibilidade?**

Sim, eu não vou nem dizer sensibilidade de... mas treinamento, competência mesmo, sabe? A gente aprende isso, como dar más notícias. Isso é pouco trabalhado entre o profissional de saúde. É pouco importante. No hospital mesmo, eu me deparei com paciente reclamando: “ah, o médico deu a notícia para mim assim, na lata”. Têm uns que pedem que seja assim, outros já não gostam. Por isso a importância de você conhecer bem o paciente. Antes de você dar a notícia, é importante que você primeiro pergunte ao paciente, para você saber: “olha, o resultado dos seus exames estão aqui...” de preferência, se tiver uma equipe, com o psicólogo lá do lado, ou alguém para poder ajudar. “O que você quer saber? O quanto você quer saber do que eu tenho aqui? Você quer que eu fale tudo? Você quer que eu parcele as informações? Você quer que eu fale com alguém antes de você?”

**Eu até me lembro de uma queixa de uma das senhoras, cujo marido estava internado, e ela achava um absurdo eles entregarem o resultado do exame para a pessoa.**

Pois é, mas aí por isso que é muito complexo. Porque tem famílias que escondem do paciente e às vezes o paciente quer saber sobre a doença, quer tomar conta da vida dele, do tratamento, mas a família impede. Por isso que é tudo muito delicado e muito complexo. Então, não dá para você generalizar. A informação é poderosa? É, mas é poderosa desde que seja bem dada, bem dosada, sabendo até onde que você vai, se você vai precisar parcelar essa informação. Agora a gente parte do princípio que o paciente tem direito de saber, a não ser que ele não queira. E às vezes a família chega para você muito angustiada: “ah, eu não quero que você fale com ele não”. Então, isso aí também vai depender da postura de cada médico.

**7. Com relação aos profissionais de saúde, você acha que há uma preocupação demasiada com a parte orgânica, em detrimento dessa parte que tenta ver o homem como um ser global?**

Também melhorou um pouco, muito pouco; melhorou, mas ainda é secundário. Eu trabalhei dez anos em um hospital, eu posso contar nos dedos quantos pareceres eu recebi de médico pedindo para “bater um papo”, “trocar uma ideia”, às vezes até um atendimento. Eu posso contar nos dedos. Pouquíssimos. Aí você vê, um mês antes de eu sair de lá, uma médica

estava muito angustiada, porque foi falar com o paciente sobre o diagnóstico e ela estava angustiada e queria falar logo, foi à noite, ela tinha uma reunião, foi à noite, resolveu visitar o paciente. O paciente estava jantando e ela falou naquele horário. A irmã do paciente ficou revoltadíssima com a médica, brigou com a médica, porque achou que aquela não era a hora de ela falar. E a médica indignada, porque ela se preocupou, querendo dar a notícia... Quem está errado? Quem está certo? Talvez ela pudesse ter um pouco: “ah, ele tá jantando, tá almoçando...” Segurado um pouco a angústia dela para poder conversar isso no dia seguinte, ou esperar um pouco, ele acabar de jantar, não sei. Mas se criou um estresse ali. A irmã ficou extremamente aborrecida, depois pediu desculpas para a médica, a médica também mudou um pouco com o paciente porque ficou chateada. Enfim, é uma falta de preparo emocional mesmo, sabe? E eu penso, Allan, que a gente como profissional tem obrigação de estar mais preparado; porque quem está ali, o paciente ou a família, aquilo caiu de paraquedas. Eles não são obrigados a estar preparados. Uma família não é obrigada a estar preparada do dia para a noite e amadurecida, e tomar decisões corretas da noite para o dia, porque recebeu o diagnóstico de que seu filho está com leucemia. Então, nós profissionais, temos obrigação de estar mais preparados. Então, existe família e paciente chato, pegajoso e às vezes até mal educado... Mas a gente tem que estar preparado para tudo isso, para perceber se aquele comportamento está ligado a tudo que está acontecendo, às vezes é isso, são reações; às vezes, o paciente já é grosso mesmo, mal educado desde que nasceu. Mas, para isso, a gente precisa ter bom senso, aprender, juntar equipe: “olha, o que você acha? Estou achando fulano assim, você acha que é reação de tudo que ele está vivendo ou ele é assim mesmo?”. Não existe esse trabalho junto e aí, por isso, eu acho que é obrigação do profissional se preparar; porque ele é obrigado a saber lidar, ele é obrigado a saber lidar.

#### **8. Dentro das suas impressões, qual seria a sua avaliação acerca da informação em saúde que é veiculada pela mídia?**

Também acho que melhorou de uns tempos para cá, eu acho até que quando começou a se proibir a veicular essas propagandas de cigarro, estimulando, apareciam mulheres lindas fumando, era chique. Dou o exemplo do cigarro só para a gente ter uma referência, eu acho que isso já foi um avanço muito grande. Acho que falta muito ainda e se você me perguntar o que é, eu não sei dizer, mas acho que falta mais informação, uma coisa mais ostensiva. Eu acho até que isso deveria ser... os profissionais de saúde, durante a graduação, isso deveria ser muito enfatizado, a questão da prevenção e eu acho que é pouco, principalmente com relação a médico; então, é muito aquela coisa do curar, do salvar e o prevenir fica mesmo em terceiro

lugar. Então, eu sinto essa falta na graduação dessa consciência, desse papel social que o profissional de saúde tem. Eu acho que a gente tem um papel social fundamental, não é só com relação à saúde, é político, é em todos os sentidos. Então eu acho que talvez a informação da mídia, do governo etc. e tal. Acho que ainda falta mais um pouco, não sei como faria isso, mas acho que, se na graduação do profissional de saúde tivesse esse aprendizado mais consistente, acho que o próprio profissional de saúde, que depois vira deputado, vereador, eu acho que ele poderia influenciar mais, sabe? Porque acaba que a gente vê um monte de médico que vai para ministro da Saúde, vereador, deputado... São médicos que se tornam depois, vão para a carreira política. Se esses médicos tivessem sido bem preparados com relação a isso, na hora que eles chegam lá, eles vão ser capazes de disseminar mais essa informação e influenciar mais – o que eu acho que não acontece, acontece? Eu estou errada? Acho que não.

**9. Você acredita que as dúvidas, os anseios e os conflitos dos pacientes que chegam ao seu consultório poderiam ser amenizados se a mídia exercesse, de fato, um papel comprometido com o interesse público?**

Sem dúvida. A gente vê isso em outros exemplos, o próprio exemplo do tabagismo que está acontecendo hoje. Eu já ouvi pessoas dizerem que têm vergonha de fumar hoje, que era uma coisa bonita, mas que hoje tem vergonha de fumar, mas por quê? Porque já mudou um pouco esse olhar, esse valor, e a mídia ajudou muito nisso. Então eu não tenho dúvida de que essa questão da informação e da educação, de uma maneira geral, vai sim favorecer a esse paciente que recebe o diagnóstico de uma doença grave, por mais grave que seja, por mais incapacitante, vai ter uma condição melhor de aderir ao tratamento; na questão da adesão ao tratamento, a questão de poder cobrar os direitos dele de atendimento, de tratamento – porque, às vezes, nem isso eles sabem. Eu cansei de ver paciente lá no hospital que não sabia que tinha direito de andar de ônibus de graça, que é a carteirinha lá, o negócio do Fundo de Garantia; direitos mesmo! Nem isso às vezes eles sabem, sobre o que têm direito, a ponto de você ver um médico... Um paciente que ganha na Justiça uma medicação e o médico dele vira para ele e fala que essa medicação só vai poder ser aplicada em um consultório particular, e aí ele cobra desse paciente a consulta, sendo que esse paciente tinha o direito de fazer isso no hospital. E eu já vi isso muito. É falta de informação, é um profissional da saúde que está agindo completamente errado; ao invés de ele favorecer, ele está enganando. Às vezes, a pessoa não tem estudo, não tem muita informação, acha que tem que ser assim. E às vezes até quer trocar de médico, mas não troca porque tem medo. Não está satisfeito com o médico,

mas não vai trocar porque acha que vai dar problema... Então, essa questão que você coloca da informação que auxilia e favorece o paciente, não tenho dúvida, tanto no momento do diagnóstico, quanto posteriormente; nos tratamentos, nos direitos que ele têm, para ele saber quem procurar, aonde procurar, em todos os sentidos, socialmente... então, eu não tenho dúvida disso, isso a gente vê claramente.

**10. Muitas pesquisas, de diversas áreas, apontam que o câncer ainda guarda muitos tabus e muitos preconceitos. Do seu ponto de vista, e aí eu gostaria que você pensasse do ponto de vista da atividade jornalística, como ela atua em relação a isso? E se ela poderia ou deveria modificar esse aspecto, se de fato ele existe.**

Eu não sei se tem a ver com o que você está me perguntando, mas quando você me perguntou eu lembrei. Eu vi, na semana passada, eu estava até em Cabo Frio, n' O Globo, numa página inteira do jornal, várias notícias e uma pequenininha aqui, bem pequena, falando sobre o caso de uma paciente de 17 anos ou 16 anos, que não queria fazer o tratamento, entrou na Justiça; mas como ela era menor, ela foi obrigada a fazer o tratamento mesmo com a mãe concordando que ela não fizesse. Então, isso é uma notícia importante, porque quantas pessoas não devem viver isso, com relação às escolhas que quer fazer? Então, isso aqui deveria estar mais, a meu ver, eu estou falando porque é uma coisa do meu interesse – é claro que cada um vai “puxar a lenha” para o seu lado – mas como é coisa de meu interesse, é uma coisa que eu vivenciei tantos anos, é uma notícia que deveria ser mais trabalhada. Informar mais, o que a Lei no Brasil considera certo ou errado, como as pessoas podem exercer o seu direito de escolha de um tratamento, a questão do seu testamento vital, que é aquela coisa de a pessoa já deixar escrito se ela precisar ir para o CTI etc. e tal e ela não quer fazer isso. Então, essas informações, é uma boa oportunidade para ampliar essa informação para outras pessoas. Entende o que eu estou dizendo?

**Acho que você quer dizer que falta um pouco de aprofundamento, de ampliação, de discussão ou de repercussão do tema...**

É, eu sei que às vezes a coisa em um jornal existe, eu não sei como é, mas talvez uma limitação etc. e tal. Mas eu achei a reportagem pequena na página, não estava chamando a atenção; tanto é que eu olhei para a página e não vi, meu marido que falou: “Adriana, tem uma notícia aqui que te interessa.” Ele achou e me mostrou que poderia ter um título, uma manchete maior, ou uma referência maior onde os leitores pudessem buscar mais informações, em determinados sites etc. e tal. Então eu penso que poderia sim, a questão jornalística poderia explorar um pouco mais isso.

**11. Você acha que a dimensão psicológica do paciente e de seus familiares poderia ou deveria ser explorada de alguma maneira pela mídia? Se sim, de que maneira?**

Poderia sim, seria ótimo. Mas aí tem a questão da visão que a gente fala que deveria ser global. O paciente recebeu o diagnóstico de câncer, claro que a urgência... Por exemplo, descobriu que está com leucemia, a urgência imediata é o biológico, imediata. Ele tem que internar, ele tem que começar a fazer o tratamento, porque não pode esperar. Você entende o que eu estou dizendo? Determinadas doenças, não dá tempo para você trabalhar essa pessoa... Por exemplo, vamos supor uma pessoa que queira fazer cirurgia bariátrica, para fazer a cirurgia bariátrica, precisa de um laudo psicológico, porque a gente sabe que afeta um monte de coisa. Então, eu trabalhei com ela e aí eu fiz o meu laudo anteriormente à cirurgia, falando que ela estava apta e ciente das consequências que viriam após a cirurgia. Então, não é só fazer a cirurgia e emagrecer, é uma série de questões que envolvem aí complicadíssimas. Então, determinadas doenças que caem de paraquedas, a urgência imediata é a biológica, é o tratamento medicamentoso. A gente vê pacientes assustadíssimos porque estavam, na semana passada, trabalhando, “eu estava viajando de férias”, “eu comecei a passar mal do nada”, “eu não sentia nada, eu passei mal, fui fazer alguns exames e estava com leucemia”. Você entende? Não dá tempo nem para aquela pessoa absorver aquilo tudo. Então, naquele momento, a urgência é mesmo essa. A partir do momento que essa doença é diagnosticada, que ela é sanada, vamos dizer assim, foi internado, está sendo tratado, tomando as primeiras providências, paralelamente esse apoio psicológico às famílias e aos pacientes é essencial até para ajudar esse paciente e essa família, nesse período, para poder até prevenir futuros problemas psicológicos lá na frente; porque se não trabalha naquela hora, a coisa lá na frente explode. Então a mídia poderia ajudar sim nisso, promovendo debates com profissionais de uma forma mais interdisciplinar com médico, com psicólogo; Serviço Social, que eu acho que é importantíssimo e super, assim, que principalmente a classe médica não dá valor. Muitas vezes, eu cansei de ver situações em que o paciente e família se sentiram tão bem acolhidos, e até psicologicamente melhores, porque o Serviço Social ajudou a resolver uma determinada demanda. Não é psicológico, é social, mas aquela demanda social resolvida, o psicológico também melhora; e eles não veem essa ligação. Então, muitas vezes, eu vou conversar com um paciente, eu vejo que a demanda dele maior não é nem a psicológica... Às vezes, eu falava assim: “Márcia ou Fernanda, você tem que ir lá resolver essas questões, ele está preocupado com o negócio do dinheiro dele, que ele tem que receber, ou a esposa que quer que faz uma procuração, ou o filho que não via há muito tempo e o filho está vindo e está cobrando...”

Enfim, são questões mais sociais e que eu passava para elas. Depois podia até retornar ou trabalhar junto, mas a questão imediata ali era essa. Então, é fundamental sim e seria muito bom que a mídia explorasse mais esses outros...

Você teve oportunidade de acompanhar o Grupo de Familiares e ver o quanto de riqueza que tem aquilo, de demanda de cada um. E que não é que a gente ia resolver o problema deles não, mas você escutar, parar, escutar, conversar; isso já é muito. E, às vezes, vem de uma população que é carente disso, que já está castigada de ser tão mal atendida pelo sistema de saúde, que já chega lá cansado, já foi a um monte de médico, consulta, exame que marca daí a dois meses... É uma população tão castigada que, quando você tem alguém que pare e escuta, lógico que isso tem influência na forma que a pessoa vai aderir ao tratamento, que ela vai entender, que ela vai compreender, que ela vai lidar. Eu não tenho dúvida disso. Por isso, eu saí, porque eu falei coisas que mexiam com essa dinâmica e que eu não estava querendo mais ser conivente com isso. Essa dinâmica precisa mudar.

**12. Ficou claro, pela experiência de observação no hospital e em algum sentido pela teoria, que de fato o tratamento do câncer demanda essa atuação conjunta de diversos profissionais. É óbvio isso. Essa relação multiprofissional apresenta tensões cotidianamente? Se sim, de que maneira?**

Isso já vem já de longa data essa falta de capacidade de os profissionais trabalharem interdisciplinarmente. A gente vê muitas equipes multiprofissionais, mas... Você pode dizer: “Ah, aqui no hospital tem tudo, tem fonoaudiólogo, tem psicólogo, tem assistente social...” É uma equipe multi, mas ela é inter? Ela é transdisciplinar? Ih, isso está mais distante ainda. Ela não é interdisciplinar. Faltam relações de, até de respeito; acho que até o que eles falam “equipe de apoio ao médico”, é o médico e a equipe de apoio, apoio ao médico... tudo bem! Porque se é hospital, eu entendo que é a casa do médico, a urgência imediata ali é qual? Se eu estiver atendendo uma paciente, como já aconteceu várias vezes, no leito e o médico chegar, ele me interrompe na hora e eu saio. Por que a urgência ali é qual? Não posso ficar magoada, não posso, a urgência ali é essa. O que eu posso, às vezes, querer, que não acontece, é um mínimo de educação... “Oh fulano, eu sei que você está aí, mas eu preciso conversar, dá licença”. Isso, às vezes, não tinha. Você estava conversando e a pessoa já chegava entrando: “Oh, fulano, não sei o quê...” e você com a paciente conversando, conversando. E aí já acha que você está batendo papo mesmo, não conhece o que é o seu trabalho. Então, esse respeito eu acho que falta, mas tenho consciência – e isso eu acho que é fundamental – principalmente para o psicólogo que, ao entrar no hospital, saber que a casa é do médico, e a prioridade é

dele, a prioridade. Mas isso não quer dizer que você não possa ser educado, que você não possa respeitar, que não possa trabalhar junto. Então, essas tensões, a questão do poder, a questão do paciente: “o paciente é meu!” O paciente não é seu, o prontuário *é do* paciente, não é nem do médico. Se a família quiser ver o prontuário, ela tem direito de ver, ela tem direito de saber o que ele está tomando, de perguntar qual remédio que ele está tomando. Então, assim, essas questões de vaidade, de poder, de achar que o paciente é dele, que a prioridade é a médica, mas, por ser prioridade, não quer dizer que a equipe não possa estar junta trabalhando. Então isso eu senti, sinto muito, o que eu mais vivenciei lá foi isso.

**13. Você coordenou dois projetos lá, o Sala de Espera e o Grupo de Familiares. Quais eram os objetivos de ambos?**

A Sala de Espera surgiu, num primeiro momento, por causa de uma demanda, principalmente às terças-feiras, que é quando ela funcionava, muitos médicos marcavam as suas consultas na terça. E aí havia uma superlotação de pacientes e familiares na sala de espera, muita falação, muito barulho; pacientes e familiares, às vezes, irritados e, às vezes, não sendo muito respeitados os horários de atendimento. Às vezes, chegavam ali 7h da manhã e iam embora meio-dia, uma hora, esperando serem atendidos. Então, para otimizar esse tempo, a gente pensou na Sala de Espera, onde a gente pudesse trazer as informações e tirar as dúvidas que pudessem ocorrer durante o tratamento do paciente e do familiar. Então, a intenção foi otimizar esse tempo, fazendo com que esses pacientes e familiares pudessem estar num local onde pudessem receber informações, orientações, tirando suas dúvidas enquanto aguardavam serem chamados para a quimio, para pegar medicação, para consultar. Então a ideia foi essa: informação.

**E o Grupo de Familiares?**

O Grupo de Família, partindo do princípio de que tanto o paciente quanto o familiar precisam de cuidados, não tem como você não ter um grupo de familiares, especialmente se tratando da Oncologia. O tratamento deveria ser, deveria ser, uma unidade de cuidados família-paciente. Então, tudo que eu falo de paciente, eu falo de família e paciente, família e paciente e, ainda de quebra, o profissional que às vezes também precisa de apoio. Mas família e paciente. Então, não entra na minha cabeça um paciente internado que só tem filhos homens, uma paciente que só tem filhos homens, o filho não poder ficar com ela porque é homem. Você entendeu o que eu estou te falando? Não entra na minha cabeça uma família que tem dificuldade de horário e não ser flexibilizado esse horário, tem que ter a regra, horário de entrada, de saída, de troca de acompanhante, tem que ter isso, mas não ser

flexibilizado isso em determinadas famílias que têm dificuldade de chegar na hora da troca. A dificuldade para dormir com o paciente; às vezes, precisa sair mais cedo ou um chegar mais cedo e não pode porque não está no horário de troca. Isso não entra na minha cabeça porque se você cuida do paciente e da família, o resultado é muito melhor; não tenho dúvida disso porque ambos sofrem um impacto muito grande. Igual a gente falava lá na reunião, a “casa cai”. Se você tem um pai de família que trabalha, que era o único que trabalhava em casa, tem um monte de criança que tem que levar para a escola, não tem empregada, tem que fazer comida, tem que arrumar casa, esse pai fica doente, como é que faz? Se você não atender essa família e proporcionar a essa família uma condição para que ela possa dar o apoio a esse paciente, como é que faz? Impondo horários rígidos demais de visita, de troca de pacientes [=acompanhantes], impondo gênero na questão de acompanhar. Lá no hospital, por exemplo, a mulher não pode ficar acompanhada por homens, os homens podem ficar acompanhados pelas mulheres, mas as mulheres não podem. Então, eu já vi gente lá morrer sozinha porque não podia ficar lá com o filho, que podia ficar com ela, mas não podia. Isso me cansou, eu lutei contra isso dez anos, não estava dando conta mais disso. Então, o mínimo que eu podia fazer é proporcionar essas reuniões para que eu pudesse, de alguma forma, dar essa apoio para essa família e, infelizmente, eu não tinha autonomia para poder ajudar mais, porque aí entra a questão do poder. É a Enfermagem que manda, é a enfermagem que libera. Então, eu tenho que pedir à Enfermagem, eu, como psicóloga, tenho que pedir à Enfermagem para o neto do paciente vê-lo, que está morrendo, ele quer ver o neto e esse neto não pode entrar por causa da idade, mas esse paciente quer ver esse neto. E aí eu peço, eu tenho que pedir para a enfermagem, eu sei que para o paciente seria muito bom, para eu poder entrar com essa criança e essa criança ver o paciente, o avô, e o avô ver essa criança; sendo que eu faço uma avaliação antes com essa criança, eu converso com essa criança, para saber se essa criança tem condições, o que ela está pensando, informação que ela tem... aí sim eu vou subir com essa criança e junto com ela, ou não. Mas quem decidia isso era a enfermagem, não eu. Você entendeu? Aí um dia, não pode, mas no outro dia eu fico sabendo que a enfermagem deixou uma criança ver o pai, sem passar por mim, aí já passou por cima do meu trabalho; eu teria que avaliar essa criança antes. Você entendeu? É como se eu fosse colocar um curativo em um paciente sem passar pela Enfermagem. É aí que está o tensionamento, é o respeito que cabe a cada profissional. Olha, se eu estou dizendo que psicologicamente, emocionalmente para essa esposa, se o marido puder ficar com ela, que vai ser muito bom, é porque é importante, eu vou avaliar. Se eu perceber que dá pra... Eu acho que devia ser liberado total, homem poder ficar, mas já que lá não podia a gente fazia até uma avaliação: “ah, vamos ver

se a gente dá um jeitinho, a irmã, o irmão...” Gente, uma mulher que viveu 50 anos com o marido, que estava na Santa Casa, que o marido ficou com ela lá um mês e agora passou para o hospital e agora não pode ficar com ela e tem uma ligação muito forte... Eu não entendo isso! Não entendo. Essa é a questão da unidade de cuidado. Então o Grupo de Família é o mínimo que eu podia fazer para poder dar esse suporte para essas famílias. Poder levantar alguma demanda, saber como é que estava a situação; em algumas situações, poder “dar a cara à tapa” e tentar fazer alguma coisa por eles. E o Grupo de Família veio para isso porque, no meu entender, o tratamento é uma unidade de cuidado: paciente-família.

**14. Durante a observação ficou muito patente a noção de que o câncer é uma doença muito rodeada de outros problemas para todas as pessoas que estão em volta dele. E você chegou também a dizer em alguma das reuniões que o silenciamento dessas dificuldades é prejudicial, no sentido de que havia muitos problemas e a família escondia aquilo do paciente... Por que o fato de interditar, esconder determinadas coisas pode complicar mais ainda?**

Não existe uma coisa geral, você tem que avaliar caso a caso. Vai ter situação que você vai precisar ajudar essa família a conversar com esse familiar sobre o que está acontecendo, a partir do momento que você atende o paciente, vê como que ele está vendo isso, o que ele sabe, o que ele não sabe, por que ele não sabe, se é porque ele não quer, porque ele não quer saber, porque não contaram para ele, se ele quer saber, entender um pouco sobre a estrutura dele, dessa família, para poder saber como fazer isso. A questão da informação não é o que dizer, é como dizer e quando dizer, não é o que dizer. Então, eu vou te dar um exemplo, não sei se você estava nesse dia da reunião lá. Um filho jovem, o pai internado, uma situação gravíssima, o pai já em final de vida, mas ainda lúcido, consciente, eu pergunto para esse paciente se ele sabe o que ele tem... Não, antes disso, o filho vai à reunião e aí o filho muito angustiado porque está mentindo para o pai, porque ele não falou para o pai o que ele tem de verdade. E aí o que eu faço para ajudar esse filho? Eu vou conversar com esse paciente, eu subo, para sondar desse paciente se ele sabe, se ele não sabe, se ele desconfia, se ele quer saber, se ele não quer, e esse paciente fala na frente do filho, na frente do filho: “não, eu sei, eu acho que eu estou com uma doença muito grave e eu acho que deve ser câncer”. E esse filho, eu vejo esse filho, fazer isso oh... [respiração de alívio] Não falou nada, eu vejo o corpo dele assim: “ai que alívio! Ele já sabe, então eu posso conversar com ele sobre isso”. É o mesmo pai que queria ver o neto, o avô que queria ver o neto. E que um determinado médico, que é o Bruno, que é fantástico, vira e fala assim: “se eu pudesse, eu trazia até o neném para

ele ver, o menino. Paramentava o paciente todo, a cama tem rodinha, leva essa cama para um outro ambiente, põe o neném aqui [no colo] nele...” Mas isso não é permitido. Então, têm casos e casos. O que a gente fala é que, na maioria das vezes, quando o paciente sabe o que ele tem, ele consegue aderir melhor ao tratamento, a família também consegue ter uma comunicação melhor com o paciente. Amanhã ou depois, se esse paciente precisar tomar uma decisão, ele pode tomar por ele o que ele quer, se faz cirurgia, se não faz, se faz tratamento, se não faz, amputa a perna ou não amputa. Então, essa é a questão, é aquilo que eu falava lá. Se você começa com uma mentirinha pequenininha, depois essa mentira vai ficar muito grande e aí vai ser mais difícil, vai ser mais complicado. Então esse problema de esconder, na maioria das vezes, a dificuldade é mais da família do que do paciente. Agora, têm casos que o paciente nega, é um mecanismo de defesa; você fala com ele, eu já tive casos de falar com o paciente e o paciente continuar negando; aí já é outra questão, e morre negando.

**Isso foi uma coisa com a qual eu me deparei e que eu não esperava, foi algo que apareceu ao longo do desenvolvimento da pesquisa, é que talvez muitos dos problemas de âmbito social que têm em torno da doença, já que falávamos dos estigmas, vêm muito desse silenciar das coisas. O silêncio em relação aos direitos que o paciente tem, os silêncios em relação às questões de dimensão psicológica, o silenciamento de que muitas vezes os pacientes não são ouvidos pela mídia. Então esse silenciamento que perpassa e que faz com que o paciente não queira saber, querer negar, muitos não gostam de falar sequer o nome da doença...**

“Aquele doença”, “doença ruim”... Sim, isso acontece muito, ainda é muito forte, principalmente nessa população. E aí têm tantas situações que a gente vai vivenciando... às vezes você vê um paciente que teve uma vida difícil, bebia, fumava, às vezes morador de rua, uma vida extremamente desregrada e que acaba adoecendo, se não for câncer, vai ser outra coisa. Agora, e aqueles que sempre se cuidaram e aqueles que, igual a gente teve um que até morreu agora, o Bruno até mandou uma mensagem para mim falando dele; porque alguns pacientes, a coisa foi tão repentina que eu fiquei assim... Eu saí na sexta e não voltei mais, entendeu? Tinha pacientes que eu estava atendendo, então o Bruno manda umas notícias para mim, fulano, sicrano, a maioria que morre, a maioria... Fabiano, de 29 anos, professor de Educação Física, *personal trainer*, alimentação extremamente balanceada, corria e de repente se deparou com um câncer de intestino extremamente devastador. Ele internou no hospital num mês, no mês seguinte ele faleceu, 29 anos. Então aí a revolta é maior também, por causa da idade, por causa do tipo de vida que levava, como assim? “Eu me cuidei tanto, como assim? Como explica isso?” Então aí vem a questão da informação também que não tem

como prevenir, tem como você controlar as variáveis; mas mesmo você se cuidando você pode se ver com um câncer, amanhã ou depois, quantos casos eu vi disso! De pessoas com vida muito saudável...

**15. Eu li também alguns trabalhos que apontavam e quero saber o que você pensa a respeito... Porque há dois tipos de grupo: aquele que não sabe de quase nada, que normalmente é aquele público mais velho, do interior, de baixa escolaridade, de baixo poder aquisitivo; então normalmente não sabe muita coisa. Mas tem aquele grupo que sabe muito, se informa, sabe das coisas. E aí, talvez, o que parece, às vezes, é que você ter muita informação sobre prevenção, mas mesmo assim ele tem a doença; alguns pesquisadores apontam isso, mas não é um consenso, haveria a possibilidade de algumas pessoas se sentirem culpadas?**

Sim, culpa, isso acontece muito. Culpa por ter bebido, por ter fumado tanto, “eu estou pagando os meus pecados”, “eu mereci isso”, é culpa não só por conta da saúde física, mas sei lá, “porque eu abandonei minha família”, culpa, tem muita culpa. Existe muito isso. E aí, muitas vezes, é lógico que se a pessoa era alcoolista e tabagista, ela tem uma possibilidade maior de adquirir uma doença. Mas têm pessoas que não tem, mesmo sendo alcoolista e tabagista, têm pessoas que não são e têm. Eu acho que essa informação também é importante. Eu falava uma coisa que parecia meio contraditório, mas eu acho que era isso mesmo; para ficar doente, você tem que ter saúde. Você entende isso? Então, assim, se o cara viveu uma vida saudável, se ele se vê doente de uma hora para a outra, ele tem condição de lutar mais; mas, claro, depende do tipo de tumor. O tipo de tumor do Fabiano, nem com toda a saúde que ele tinha, com a vida saudável que ele tinha, não deu. Mas aí o tumor que era agressivo. E aí, eu lembro que ele tomava uns suplementos e nisso até a família achou que era isso que tinha provocado, mas ele tomava com orientação médica, não era um consumo exagerado, era uma coisa saudável, segundo ele. Mas ele mesmo chegou a pensar nisso, ele mesmo chegou a pensar nisso. Será que foi isso? Porque você fica tentando uma explicação. Igual mãe quando chega com criança lá. Nossa! Quantas vezes eu escutei mãe falar assim: “será que foi porque ele não comia direito?” ou “porque eu saía para trabalhar e ele era muito pequenininho e não dei atenção”, “ah! Será que foi aquele tombo de bicicleta que ele tomou?” Fica procurando alguma explicação para o inexplicável, porque é inexplicável, não é?

**16. Alguns teóricos vão sugerir, e isso também aparece na mídia, que a manifestação e a cura do câncer estão ligadas a questões de ordem emocional. O que você pensa a respeito disso?**

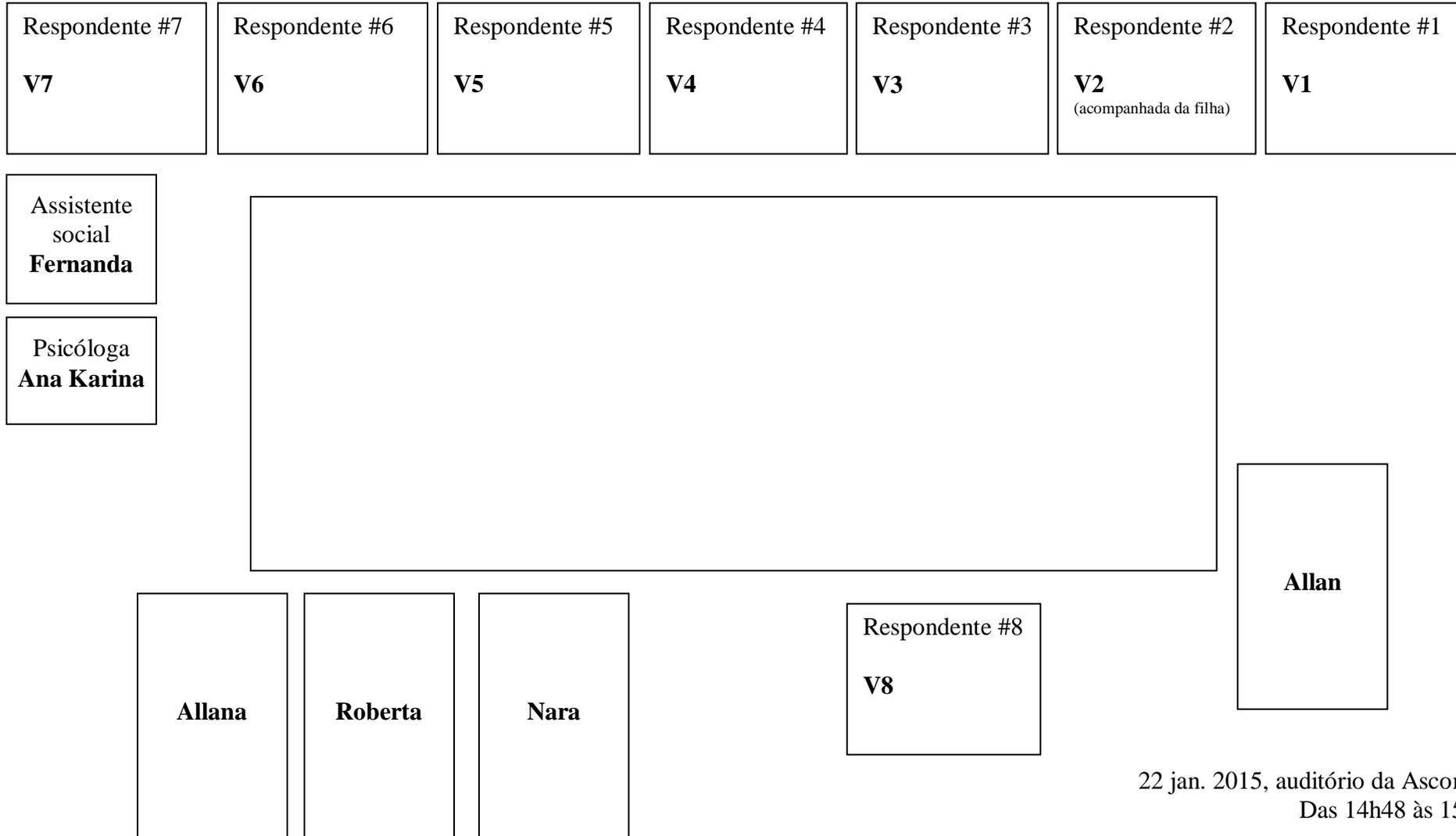
Eu acho que é um conjunto de coisas. Eu não penso que, vamos supor, uma paciente fala assim: “olha, eu desenvolvi essa doença depois que meu marido me largou”. Acontece, às vezes, de contar isso. Ou “depois que a minha filha morreu, eu fiquei muito deprimida, hoje eu estou doente”, “depois que eu separei...”, “depois que eu perdi minha casa...”, “depois que eu perdi meu emprego...” Enfim. “Depois que minha mãe morreu”. Isso eles relatam, tentando às vezes até entender essa explicação. Eu penso que aquele fato isolado não é capaz de, sozinho, provocar um câncer; mas aquele fato pode, junto com a predisposição, hereditariedade, genética, estilo de vida, junto, pode acelerar um processo que, às vezes, já estava vindo. Isso para qualquer doença, não só para o câncer. Eu acredito que a questão emocional tem muita influência, mas eu não acho que ela sozinha... “ah, eu fiquei doente, tive câncer de mama depois que minha mãe morreu”. Não foi porque a mãe morreu que ela teve câncer de mama, foi por uma série de situações. Agora, a morte da mãe pode ter causado nela uma depressão, vamos dizer, um luto muito difícil, imunidade cai, fica sem se alimentar, fica muito triste; e aí, o que acontece? É um prato cheio para outras coisas que você já tem. Eu acredito dessa forma.

**17. Trazendo a questão especificamente para o Grupo de Familiares. Eu notava que era muito nítido neles, eles prestavam muita atenção na sua fala, faziam muitos gestos de aquiescência e muitos se emocionavam corriqueiramente – eu acho que, das quatro reuniões, em três, pelo menos, alguém chorou. Como você poderia mensurar o quanto que essas pessoas são afetadas pela doença, mesmo não estando com ela?**

Para eu estar ali, eu preciso ter conhecimento. Então, as coisas que eu falava, é porque eu tinha conhecimento e vivência. Então, quando eu falava, batia direto no que eles estavam vivendo, senão a maioria, coisas que eles poderiam se ver na situação; por isso essa anuência. Se eu não tenho conhecimento, teórico mesmo, estudar; se eu não tenho vivência e não tenho conhecimento teórico, eu vou falar o quê? Então, assim, eu acho que era importante até pela falta de condição deles de expressar, até pela falta de vocabulário, de abstração mesmo, por ser uma população mais humildade, com menos estudo. Então, quando eu estava falando, é como se eles estivessem falando aquilo; eu falava por eles, mas ao mesmo tempo depois dava espaço para que eles também falassem. Às vezes mesmo, por falta de condição de eles se expressarem, vergonha de falar; às vezes porque não fala direito. Eles também

tentavam reprimir: “será eu posso falar que eu estou com raiva do meu marido que está doente, porque ele está me agredindo? Olha que absurdo, eu falando isso...”, “Será que eu posso chorar perto dele?”. Então isso dava “opa, espera aí, eu posso chorar, eu posso ter raiva, porque isso é normal”. Então eu acho que era isso. E aí eles são afetados diretamente, isso não tem dúvida, mesmo aquelas famílias que não têm muito vínculo acabam sendo afetadas de alguma forma; que não seja emocionalmente, mas em outras formas, socialmente... aí acontecem aquelas confusões, quem vai ficar com fulano, quem vai ficar com sicrano, quem vai ficar no hospital, quem não vai, quem vai buscar; enfim, eles são afetados diretamente até por causa do vínculo, muitas vezes por causa do vínculo. E se você não trabalha essa família, você corre o risco de... Eu indiretamente estou ajudando o paciente, ajudando a família. Não estou ajudando ele diretamente, conversando com ele. Muitas vezes, quem eu mais atendia era a família do que o próprio paciente, porque eu sentia que a questão era mais familiar. Então eu ajudava essa família a saber lidar com as questões que estavam acontecendo e, por isso, a família ficava mais tranquila, mais segura, entendendo mais, compreendendo mais, se permitindo também alguns sentimentos que achava que não podia ter, conhecendo mais os direitos e aí tendo mais uma relação melhor com aquele paciente e que, às vezes, nunca foi boa; às vezes, ela nunca foi boa. Quantas mulheres – isso merece um estudo – quantas esposas eu vi que os maridos foram péssimos, batiam, alcoólatras... eu estou atendendo a filha de uma paciente, da esposa de um paciente que eu atendi lá no hospital, ele morreu e ficou muito tempo, mas muito, ele custou muito para morrer. Totalmente dependente. E essa mulher teve uma “vida do cão” com esse homem e ela ficou ali, do lado, o tempo inteiro. Eram muitas esposas. “Ah, ele foi péssimo...” Mas por que está cuidando? O que acontece? Que sentimento é esse que a pessoa tem de cuidar de uma pessoa que abandonou seus filhos, que te bateu, que tornou sua vida um inferno? O que acontece? Isso é uma coisa que me intriga que eu gostaria de estudar um pouco mais. São muitas, Allan! São muitas mulheres, muitas esposas... Era começar a conversar, você via que... E claro que isso tem influência ali, no tratamento, porque você, pensa bem, aquele marido ali que fez o diabo com a esposa e agora está ali dependente dela, que ela está cuidando dele. Deve ser complicado isso.

### MAPA DO GRUPO DE DISCUSSÃO – GRUPO “VITORIOSAS”



Participantes do Grupo Vitoriosas (pacientes ou ex-pacientes de câncer de mama)

- V1 - Diagnóstico em 2008, aposentada;
- V2 - Diagnóstico em 2009, manicure – acompanhante de idosas;
- V3 - Diagnóstico em 2003, doméstica;
- V4 - Diagnóstico em 2012, atleta;
- V5 - Diagnóstico em 2009, aposentada;
- V6 - Diagnóstico em 2008, aposentada;
- V7 - Diagnóstico em 2007, aposentada;
- V8 - Diagnóstico em 2010, aposentada.

*Grupo de discussão realizado no dia 22 jan. 2015.*

*Uma hora e cinquenta e três segundos.*

## **Apresentação da pesquisa e autoapresentação das participantes**

### **1. Como foi receber o diagnóstico de câncer?**

V4 – Eu, no primeiro, eu não levei susto não, não apavorei não; eu levei numa boa, mas no segundo eu fiquei com muito medo. Eu não aceitava de jeito nenhum e aí, como resposta, veio mais um. Aí começou na mama, foi para os ossos e agora na mama de novo; aí eu vou operar este mês, a mama e uma parte do osso.

**Você vai operar a outra mama?** V4 – A mesma mama.

**E por que você acha que teve essa diferença do primeiro para o segundo diagnóstico?** V4 – É que no primeiro eu estava assim, sei lá, eu não sei, com o apoio da família, eu não estava ligando muito para isso, entendeu? Aí eu falei “eles também não descobriram e morreram, porque não descobriu a tempo; o meu foi a tempo”. Mas aí eu fazendo o da mama, foi para os ossos e, fazendo o dos ossos, foi para a mama. É metástase.

V6 – Allan, eu acho que quando a gente recebe a notícia a primeira vez, a expectativa não deixa você assustar muito não; mas quando vem a segunda o pânico entra pesado. O meu voltou agora em outubro, mas não deu malignidade dessa vez, mas eu levei muito susto dessa vez. Cinco, seis anos depois, voltou na mesma mama, exatamente no mesmo lugar, só que não tinha malignidade. Eu tive que operar, mas a gente leva um baque, entra meio em pânico. Talvez porque quando você recebe a notícia pela primeira vez, você não sabe pelo que vai passar. Você ainda não entrou na quimio, não entrou na radio; mas depois que você entra numa quimio, aí você começa a ter medo de voltar.

V7 – É porque a primeira vez a gente não sabe de nada né?! Já a segunda vez, já sabe pelo que vai passar.

## **2. Alguém teve algum trauma maior quando teve pela primeira vez?**

V2 – No meu caso, a minha irmã morreu com câncer [...] e eu pensei que eu ia morrer.

### **E como foi que você mudou essa ideia?**

Eu mudei por causa daqui, do Grupo [...] Como a V4 disse, a gente agora é esportista, faz nossos exercícios físicos, das nossas corridas, e o apoio aqui do hospital e da minha família [acena e abraça a filha que está ao lado].

## **3. Qual foi a reação das pessoas quando vocês deram a notícia do diagnóstico para elas?**

V4 – Um meu [familiar] foi até muito interessante, eu falei com meu irmão assim: “Oh, S., o meu câncer voltou e foi para os ossos”. Aí ele falou comigo assim: “Você não sabe o que aconteceu comigo esta semana...”. Aconteceu horrores, porque pior do que câncer, né?! “Um carro bateu na traseira do meu, afundou tudinho a traseira. A sorte é que estava no seguro”. Tudo bem. Passaram uns 15 dias, eu falei: “já arrumou a traseira do seu carro?” Ele falou: “Já, está novinho, está no seguro”. Aí eu falei: “pois é, o meu capô não tem não conserto não”. E mesmo assim ele não se ligou.

**Ele não entendeu?** Eu sei lá. Ou fez de besta, né?!

**Você acha que...** Os deles doem mais do que o da gente. A batidinha do carro, eu acho, era pior do que o meu câncer.

V6 – Eu acho que quando você tem um câncer, existe uma coisa muito engraçada em relação às pessoas na sua volta. Primeiro, eu particularmente participei disso, parece que as pessoas que te conhecem, não são amigas, mas são conhecidas, ficam constrangidas de te ver careca ou de te ver que você está com uma doença. Parece que ficam constrangidas. Eu sentia que as pessoas me evitavam, um pouco de passar por mim, passavam e me viam, olhavam assustadas e abaixavam a cabeça. Isso eu senti realmente. E outra coisa, o fato de você ficar careca mexe muito com a autoestima da mulher, o cabelo de uma mulher é tudo; e você encarar isso, porque se ainda ficasse uma ‘penunginha’ ou alguma coisa, não fica, fica lisinha, é horrível; são os cílios, são as sobrancelhas. Então, isso também mexe muito com a gente. Foram duas coisas que me...

[muitas falam ao mesmo tempo] V4 - As pessoas encaram, crianças olham, mas tem gente que encara, elas apontam o dedinho assim, oh... V6 – Mas depois acostumam, depois as coisas entram no eixo.

**4. Mas, no momento em que vocês deram a notícia para essas pessoas, qual foi a reação delas?**

V6 – Eu moro sozinha. Na época eu fiquei uma semana para dar a notícia para a minha filha que mora no Rio, eu custei, eu fiquei pensando se eu falava, se eu não falava... Mas quando eu vi a gravidade, que era maligno, que tinha malignidade, aí eu tive que contar. Mas eu não sei qual foi a reação, porque foi pelo telefone. Ela logo se prontificou, a minha família veio, se juntou; mas, assim, de início, eu encarei tudo sozinha. Eu, na época, fumava muito, eu lembro que eu estava com um maço de cigarro na hora e a médica falou assim: “eu, se fosse você, jogava fora esse maço de cigarro a partir de agora”. Aí eu falei assim: “ah não, vou fumar pelo menos mais esse cigarrinho”. Eu fui, acendi mais um e depois fiquei com medo. Mas não foi assim nenhum baque com a primeira notícia não... As coisas vão sendo assimiladas aos pouquinhos, parece que você vai... sabe? Deus faz as coisas muito bem feitas, você vai assimilando aos pouquinhos.

**5. A que se deve o fato de as pessoas terem medo de encarar (como no caso do irmão da V4) ou de fugirem de vocês?**

V4 – Só se for, porque o caso mais grave aconteceu com ele – “você não sabe o que aconteceu comigo...”

V6 – Eu não sei, mas há seis anos quando eu tive, era menos comum do que hoje. Eu não sei porque eu sou uma pessoa que sempre conversa com todo mundo, eu senti isso, que as pessoas ficaram constrangidas com a minha careca. Eu moro em um prédio há 32 anos e ninguém ia me visitar, eles procuravam saber pelo porteiro notícia minha. O constrangimento foi tanto, nesse ponto. Eu ficava sozinha.

V8 – As pessoas fogem da gente sim, [muitas falam ao mesmo tempo concordando] as pessoas de fora, como se a gente fosse uma condenada. Quando você fala assim, as pessoas sabem “está com câncer!”, vai morrer.

V6 – É, parece que a morte assusta as pessoas. [muitas falam ao mesmo tempo concordando]

V8 – Está associado a isso, entendeu?

V4 – Eu estava com uns caroços aqui assim [na mão direita] e estava coçando assim e tinha uma senhora perto de mim. Ela olhou assim para mim, viu a minha pele soltando, olhou para a minha cabeça e ficou em pé.

[risos e muita falação]

V2 – Um dia, eu estava no ônibus e uma pessoa do meu lado espirrou. Aí eu olhei para ela e falei assim: “isso é alergia ou gripe?” Aí ela falou comigo assim: “não, não se preocupa não...” “Não, é eu que estou preocupada comigo, porque a minha imunidade está baixa, eu não posso gripar”. Aí eu levantei. A pessoa achou que eu estava preocupada com ela, entendeu? Como se eu fosse passar alguma coisa para ela. Eu falei: “não, a minha imunidade está baixa” e peguei e saí de perto.

V1 – Allan, eu acho que ainda há um tabu muito grande a respeito da doença. Agora, graças a Deus, está sendo mais divulgado, as pessoas estão aceitando mais. Você tem como falar. Você tem como... Hoje em dia, pelo menos aqui no nosso grupo, a gente já consegue falar abertamente. Não as pessoas que estão chegando de primeira, mas a gente acolhe e depois elas vão vendo a reação que a gente tem... Eu acho que o mais importante é você falar daquilo que você sente. Então, para mim, como a minha médica mesmo já falou comigo: “oh, o câncer passou na sua vida e você não viu”. Graças a Deus! Porque eu tive uma reação diferente das outras pessoas. Eu não me revoltei, eu não perguntei nada, até hoje eu não fiz pergunta, eu aceitei. A minha doença passou, eu tive uma aceitação que é de Deus, que eu falo porque eu falo que essa aceitação que eu tive foi graças às orações, ao apoio total da minha família, que eu acho que isso é um dos pontos mais importantes, a gente ter o apoio total da família. É claro que nem toda família te acolhe, umas têm rejeição, outras têm o próprio medo da própria palavra do câncer. Então, é um conjunto; cada família tem uma coisa diferenciada. Na minha família, graças a Deus, a minha irmã cuida de mim até hoje, a minha mãe já não é mais viva, mas o que me marcou muito, no período da minha doença, foi que eu fiquei careca, eu precisei de uma quimio só, foi os meus sobrinhos, os dois sobrinhos que eu tenho: a A., a loirinha que aparece aí na reportagem e o menino, o rapaz. E ele chegava perto de mim e passava a mão na minha cabeça e falava assim: “tia, você está linda, careca, tia. Eu vou ficar careca quem nem você.” Quer dizer, hoje eu tenho até, assim, a minha sobrinha chegava perto de mim: “tia, deixa eu passar a mão em você...” Aí eu tive que vir ao psicólogo para saber como é que ia lidar com essa situação, porque ela queria ver. Então, eu já estava de ponto, já estava de curativo e eu fiquei com medo porque, na época, ela tinha uns quatro aninhos. E foi até a Adriana, psicóloga daqui, que falou comigo: “olha, age naturalmente”. Eu estava tomando banho na minha casa, a minha irmã estava me ajudando. Ela entrou no banheiro, abraçou as minhas pernas, que era a altura em que ela dava, e olhou para mim: “tia, não tem bu/aco. Passar a mão”. A minha irmã pegou ela no colo, ela passou a mão, passou, passou,

passou... me abraçou e falou: “tia, não tem buraco”. Aí eu fiquei imaginando, na cabeça, não só das crianças, mas de todo mundo, quando se fala que você vai tirar a mama, fica um buraco; e realmente fica um buraco, mas esse buraco, a gente está tampando ele, é o buraco interior – é o buraco da mágoa, o buraco da incompreensão, que vai juntando tudo ali, então custa a cicatrizar. Agora, quando você procura preencher esse vazio, essa falta, você procura encher ela com amor, encher ela com amizade, com carinho, com alegria, aquilo se torna um fardo mais leve para você poder seguir em frente. Então, esse fato me marcou muito no período da minha doença. E no mais, ela muito carinhosa comigo até hoje...

V4 – Ela tem até um retrato meu...

V1 – Ela viu a V4 careca, ela falou, ela passou a mão na careca dela e falou: “você está linda, V4! Igual minha tia carequinha. Eu quero uma foto sua”. Então, quer dizer, a criança, a criança, para mim, é pura. E tudo que vem de uma criança para mim tem muito valor, porque ela não tem motivo desse mundo nosso de maldade, de preconceito; a criança não tem preconceito. O câncer ainda tem hoje um grande preconceito porque a pessoa acha que você vai morrer ou que você vai acabar, ou que pode ser contagioso, quantas vezes eu já escutei que pega, que só de olhar pega... Eu escutei gente contar para mim que chegaram perto dela e: “olha, eu não vou sentar perto de você porque você está com câncer”.

V4 – Minha prima trocou o número do celular dela porque ia pegar pelo... [assobios]  
[risadas]

V1 – Então depende do apoio que você tem, da sua família, para que você se recupere bem, para você ter uma liberdade maior para você falar sobre isso. Graças a Deus aqui no Grupo, o pessoal está começando a falar e eu acho isso muito importante. Quanto mais você fala do seu problema, mais aquilo vai saindo de dentro de você. E como eu falo que o câncer nunca me pertenceu, que ele já foi embora para o espaço há muito tempo... ele veio, foi tirado e, a partir do momento que eu fiz a cirurgia, que foi tirado, ele não me pertenceu mais, eu não tenho mais. Isso é a minha cabeça, funciona nesse sentido. Mas eu sei que é difícil de as pessoas terem esse tipo de aceitação. Hoje eu compreendo, quando eu entrei aqui no Grupo – eu tenho três anos só de Grupo, três anos mais ou menos – aí eu comecei a observar cada uma das meninas. A gente chama a gente de menina. [risos] Então, hoje eu vejo, eu olho para as meninas aí e fico pensando assim: “gente, como que a transformação delas é a nossa transformação”. A transformação, a vitória de cada uma delas, para mim, é minha vitória também. Se elas conseguem resultados bons, se elas conseguem superar uma etapa, eu também consigo. Então, é o que eu falo, quando a gente está aqui em grupo, a gente está junto

e misturado; cada um na sua etapa de tratamento, cada um no seu período, e a gente consegue hoje essa unidade, essa união e uma consegue entender a outra. Se a gente não consegue esse entendimento em casa, pelo menos aqui a gente consegue intermediar isso aqui, esse acolhimento.

V4 – Eu considero minha família, elas, entendeu? Porque a gente fala a mesma língua.

V2 – Eu falo que aqui é a minha segunda família.

[muitas falam ao mesmo tempo]

V8 – Essa família que nós temos aqui não é a mesma que a gente pode ter lá fora. Porque de repente eu estou sentindo uma coisa que se você às vezes comentar com alguma pessoa lá de fora, dependendo daquilo que eu estou sentindo, a pessoa não vai entender. Aí chega aqui, a gente comenta, às vezes a outra está sentindo a mesma coisa, a outra... [falação] Existe isso. Então faz parte de todos nós.

V6 – A gente sente muita dor aqui, dor ali, a gente comenta entre nós... Eu, por exemplo, com a minha filha fala eu não reclamo, porque se eu reclamar, ela vai falar que eu estou me fazendo de vítima.

## **6. Em algum momento, vocês sentiram medo?**

Ampla concordância.

V6 – Eu só sentia medo na hora de vir ‘picar’ para fazer a quimio. Eu ficava em pânico. Depois que eu ‘picava’ não. Mas na hora que ia ‘picar’, eu ficava tremendo.

V8 – Eu só tive um dia. Uma noite que eu já estava deitada, aí que eu parei, pensei e me deu pavor. Me deu um pavor! Mas aí depois o sono me pegou e eu dormi. Depois daquele dia, eu não tive mais não. Enfrentei até o fim.

V4 – Aquelas pessoas que levam muito a sério, elas recaem na hora. Você vê, lá no [Instituto] Oncológico, as pessoas já se definham antes de avisar e quando vê já foi, antes de vir, já foi.

V8 – Se entrega antes, antes do resultado.

V6 – Mas isso também é muito relativo, porque a gente vê pessoas também que mudam até o final e...

V4 – Mas você vai conversar com elas, elas não te dão ideia. Elas falam que você é maluca, que não está nem aí para doença. Eu não estou nem aí para a doença, não!

V6 – Não, eu estou sim. Eu previno o máximo que eu posso.

V4 – Eu previno, mas não fico chorando isso dia inteiro não...

V6 – Eu não fico chorando, mas não vou pegar de graça de novo não, eu vou brigar muito.

V4 – Têm umas que caem mesmo, sabe?

### **7. O que o câncer significava para vocês antes e o que passou a significa depois?**

V4 – Antes, era como a minha mãe falava: “aquela doença”, “aquela doença”. Aí a gente tinha aquele medo. Aí quando eu fiquei sabendo que “aquela doença” estava comigo, eu levei aquele choque assim e depois passou. Eu nem falava “aquela doença” mais não, eu falava “câncer”, normal.

V6 – Eu, desde que eu sei e tenho noção do que é câncer, eu sempre tive um pouco de medo, porque meu pai teve câncer de intestino; então, antes, a gente não sabia nada sobre câncer e já falaram que pode ser hereditário. Então, eu sempre tive medo. Eu fiz duas cirurgias de hemorroida e pensava que ia ter câncer de intestino igual ao meu pai, sempre pensava isso. E, no entanto, não foi no intestino, mas na mama. Mas eu sempre tive uma ligação assim meio esquisita com a doença e um pouco de medo. O medo rondava.

#### **Alguém mais teve alguma modificação sobre a forma como encarava a doença?**

V1 – A doença, no caso do câncer, para mim, eu divido ela em duas partes: antes da minha doença e agora, depois. Antes da doença, eu era uma pessoa, igual eu falo com o meu pessoal, até os meus 49 anos, quando eu tive o câncer, eu era uma pessoa. Depois que eu tive o câncer, eu sou uma outra pessoa completamente diferente. Eu dou graças a Deus, assim, mudei para eu ser uma pessoa melhor do que eu já era. Porque nesse meio da doença, nessa convivência que a gente tem, a gente começa a descobrir coisas que a gente achava que a gente não era capaz. Então, a gente começa a descobrir coisas, a gente começa a valorizar as coisas que a gente não valorizava. Hoje, para a gente, essa revista aqui, por exemplo, ela tem um valor muito grande para gente; qualquer papel que a gente ganha, qualquer coisa que a gente ganha, a gente pega e fala...

V2 – Uma palavra que qualquer pessoa fala para gente significa muito para gente.

V8 – Até uma água. Porque quando a gente está fazendo quimio, nem uma água a gente consegue tomar direito. Varrer uma casa.

V1 – É valorizar. Você valoriza.

V4 – Isso aqui [uma medalha] tem um valor enorme.

[muita falação]

V2 – A água, a gente sente um gosto muito ruim.

V1 – Muitas das nossas descobertas e que cada um está fazendo a sua, é que a gente consegue caminhar, consegue participar das corridas, das caminhadas. Isso, para gente, tem um valor imenso. A pessoa não tem noção, não tem noção. Nosso troféu, não é V2?

[V2 tira troféus de uma sacola e entrega para as colegas]

V1 – Não pertence só a mim, pertence a todas vocês.

**Esse troféu aí é pelo que?**

V2 – Esse troféu aqui é da nossa corrida.

**Da Ascomcer?**

V2 – Não, domingo, nós fizemos uma corrida de São Sebastião lá em Senador Côrtes. Aí eles deram para gente [...] eu trouxe para poder entregar para elas. Está faltando duas, está aqui dentro. E essa é a nossa vitória.

**8. Algumas de vocês já disseram aqui, enquanto eu estava observando, em duas oportunidades em que vocês foram chamadas para participar de reportagens para a televisão, que era bom porque vocês tinham que mostrar que o câncer também tem coisas boas. Quais seriam essas coisas boas?**

V4 – Eu já apareci no Globo Esporte...

V2 – Então, nós ganhamos muita qualidade de vida depois do câncer. E câncer não é nosso câncer, tá gente? Vocês falam “meu câncer” e não é, é o câncer. Nós ganhamos qualidade de vida porque a gente faz exercício físico, a gente faz hidroginástica, a gente faz alongamento, aqui tem drenagem linfática, caminhada, artesanato, a Débora faz a dança do ventre com a gente... e nós estamos participando, nós começamos participando da corrida do “Outubro Rosa”. Aí, a partir dali, nós começamos. Quem começou eu acho que foi a Mara, que começou com esse negócio de corrida, ninguém gostava, aí agora todas nós, a maioria, vai... Da outra vez, nós ganhamos uma medalha, dessa vez, nós ganhamos um troféu [... muita falação simultânea] Para a gente poder enxergar a vida de outra forma.

V1 – Porque a gente vai para as nossas caminhadas, vai para as nossas corridas, a gente não vai para marcar tempo, a gente não vai para competir. A nossa competição é a nossa saúde. Então a gente vai, a gente compete, entre aspas, com a gente mesmo, nos nossos limites. Então, cada um tem o seu limite, cada um vai no seu tempo, cada um vai na sua velocidade. Então, a gente não marca tempo. E a gente não estava sabendo que estava sendo marcado o tempo nessa corrida e, no final lá de tudo, quando estava todo mundo, que vieram

lá para receber suas medalhas, receber seus troféus, a V2 ficou em primeiro lugar na etapa dela... [risos e falas soltas]

V2 – Foi até muito engraçado. A gente não estava sabendo. Quando a moça falou “V2”, aí eu fiquei parada, eu falei “falou meu sobrenome”. Foi assim, na nossa categoria não é? Aí eu fiquei parada, não é comigo.

V1 – Eu fiquei em segundo... [muita falação]

V2 – As meninas falaram: “é você”, eu falei: “não acredito”. Aí eu fui lá e subi no pódio e falei: “eu não estou acreditando”.

V6 – Mas você sabe que há muitos anos foi uma mulher lá nos Estados Unidos, uma artista lá, perdeu um seio, e ela participou de uma maratona lá, ela correu 22km...

V2 – Eu fui à São Silvestre, uai... eu andei e corri 10 km.

**9. Vocês acham que essas coisas boas que vocês estão me falando, essas conquistas de vocês, a mídia mostra essas coisas?**

V6 – Agora está mostrando.

V2 – Eu e a V4, nós fomos...

V6 – Agora eles começam, já aparecem programas que mostram como usar uma echarpe no cabelo, na carequinha, para aquelas que ficam carecas, como usar uma maquiagem... começou a mexer mais nessas áreas.

V2 – Eu e a V4, nós fomos a uma corrida que chama endurance. Aí o rapaz falou assim: “eu não quero entregar a medalha para vocês...” [fala muito baixa] Aí ele fez uma reportagem com ela e aí ela apareceu no Globo Esporte. Está acontecendo algumas coisas, não é gente? [risadas, porque a V4 falou que tem sido reconhecida na rua e falação]

V1 – Está tendo uma abertura. Aqui na nossa roupa, está a nossa marca [aponta para o símbolo do Grupo na camisa], o Grupo das Vitoriosas. Então, numa corrida, todo mundo mexe com a gente, todo mundo que passa e vê a gente com a nossa camisa, porque a gente vai com ela, [fala simultânea] aí tem um que passa e cumprimenta; aí têm uns que passa e fala assim: “olha, levanta a cabeça, não anda de cabeça baixa”. Têm uns que vêm e dão instrução para gente e a gente vai por nossa livre e espontânea responsabilidade e vontade.

V2 – E tem gente que fala assim: “essa corrida não é para vocês”. E a gente vai. [muitas risadas e falas ao mesmo tempo]

V1 – Justamente. Agora a gente descobriu, não é V2? Que a gente pode ir para essas cidadezinhas menores aí, porque de primeiro a gente ficava só aqui.

V2 – Há alguns dias, na última do ano passado que nós fomos, infelizmente aconteceu um problema. Na hora que nós chegamos lá, todo mundo na fila, para entregar as fichas e não sei mais o que, e nós lá, normal né?! Aí a gente estava lá na fila e agarra [falas inaudíveis] Aí ele pegou e falou: “se sobrar”. Aí lá é um hotel fazenda, lá em Rio Novo. Aí ele foi e falou com a gente, falou comigo que ia dar um jeitinho de conseguir uma quentinha; porque nessa corrida, quem participava, ganhava um almoço. Aí ele falou assim: “Eu vou ver se consigo arrumar um almoço para vocês...” Aí eu falei: “nós não viemos atrás de almoço”... [falas se misturam com as de V1, V2 se emociona e fala muito baixo]

V1 – A gente teve que falar para ele que o importante para gente não era a alimentação, que a gente não estava ali por causa da alimentação, o que importava para gente era a medalha e a corrida, que a gente queria a medalha e camisa.

V2 – No final, eu pedi para ele. Aí ele veio e falou: “vocês já me perdoaram?”... [som inaudível, ele teria pedido desculpas, mas V2 disse que a palavra foi dita]

V1 – Para nós, foi tipo uma discriminação, porque não foi avisado para gente que a gente não ia ter direito à medalha, nem à camisa e nada. Fizemos a nossa inscrição, igual nós fizemos [...], mas não nos foi avisado nada. A gente chegou na hora, que a gente foi pegar, ele falou que a gente não tinha direito, aí foi aonde que a gente reivindicou – “ah, foi um erro da pessoa que fez a inscrição de vocês é que deveria ter falado que vocês não tinham direito à medalha e ao kit”. Mas como a gente é isenta, a gente é isenta, a gente não paga, a gente tem uma carteirinha, as meninas têm um cartão; e todas as corridas que a gente vai, a gente graças a Deus é muito bem acolhida. O pessoal já chega, já acolhe a gente muito bem; então isso, para gente, foi como se tivesse jogado assim um balde de gelo em cima da gente. Mas depois eles reconheceram o erro deles, mas aquilo ficou na nossa cabeça, você está entendendo? Ficou porque a gente...

V2 – Em compensação, agora, nessa última...

V1 – As pessoas, só faltaram carregar a gente... Eu acho interessante que, apesar de as pessoas não conhecerem a gente, a gente chega assim... a gente já “chega chegando”. A gente “chega chegando”. Cumprimenta os que a gente já conhece logo, ou com o pessoal, mesmo que a gente não saiba o nome, que a gente não sabe, o pessoal conhece a gente, identifica a gente onde que a gente está. Então meio que eles ficam tomando conta da gente. Meio que eles ficam preocupados. Sabe que a gente faz tratamento aqui, sabe que a gente participa aqui. Então, quer dizer, eu me sinto com milhares de olheiros em cima de mim. Qualquer coisa que aconteça, você tem aquela sensação, aquele pressentimento de que alguém vai te acolher,

alguém vai te socorrer, você não vai ficar sem socorro. Por quê? Isso a gente foi adquirindo aos poucos, a gente já participa da corrida todinha, do ranking de corrida de Juiz de Fora. Esse ano a gente participou de todas, não é V2? Todas elas. Então quando o moço foi entregar esse troféu para gente, quer dizer, esse troféu não é só meu, esse troféu é nosso, do Grupo. Eu não quero ele só para mim, eu não sou sozinha no Grupo, eu tenho todas as minhas outras companheiras. Então o troféu fica guardado lá na minha casa, mas não é só meu, é de todos. É uma vitória nossa; uma vai ajudando a outra; mesmo que não esteja todo mundo, a gente está pensando “ah fulano, sicrano...” A gente lembra o nome de todo mundo. Isso é muito importante para gente porque a nossa autoestima é, muitas das vezes, a gente pode achar que está lá em cima, mas no seu dentro, para você, ela está lá embaixo. Mas para que você encare, para que você não deixe que a depressão tome conta de você, você vai lá olha as suas medalhas, porque no momento que você está precisando de uma moral: “eu consegui”, “a vitória é nossa”, “eu posso”. Então, é muito importante para gente; não que a gente queira assim aparecer em tudo, a gente quer o nosso espaço que a gente conquistou aos pouquinhos. E aos pouquinhos a mídia está conseguindo entrar com a gente, eu acho isso muito importante.

#### **10. Vocês acham que a informação foi importante para vocês durante o tratamento?**

V6 – Foi. Eu entrava na internet, procurava saber com o médico, com o nutricionista tudo, tudo eu procurava saber. As pessoas às vezes falam que ignorar é um privilégio, porque você não desconfia tanto da doença; mas cada vez que eu escutava alguma coisa, eu procurava saber mais.

##### **Que tipo de informação vocês procuravam?**

V6 – Eu procurei muito na internet, perguntava para o médico, aqui mesmo na Ascomcer eu perguntava as coisas, eu perguntava para Christiane, a médica.

V2 – Há um ano eu fiz mamografia e deu câncer de novo. Aí, assim, eles me entregaram [... voz muito baixa. Filha interrompe e mãe: “calma, deixa eu falar”] Aí eu peguei e fui para casa, entrei na internet e pesquisei [...] Aí eu desesperei [...] Aí passou uns dias, eu consegui marcar, eu fui na médica, desesperadas, chorando... [...] Aí chegou lá, ela perguntou: “por que você está apavorada?” “É porque eu pesquisei na internet...” “Ah, o Dr. Google!” [risos] [...] Aí ela pegou a chapa. A foto está a mesma coisa, o resultado não. Pelas fotos, vi que não teve nenhum câncer [ela recebeu o exame, procurou na internet e achou que estava com câncer de novo. Mas a médica disse que não, que era normal que aquilo acontecesse] Aí ela

falou: “isso acontece. É normal, fica tranquila, espera”. Nunca mais eu mexo na internet para poder ver nada sobre o câncer. Mas sobre outras coisas pode deixar que eu olho... [risos]

### **11. Alguma vez vocês já se sentiram culpadas por terem tido câncer?**

V6 – Muitas pessoas tentaram me passar isso, que era porque eu guardei mágoa, raiva... eu não acho que é assim não. Criança não tem raiva, mágoa, e tem câncer. Eu não acredito não. Mas eu nunca pensei nisso não.

V8 – Culpa não, mas eu sempre ficava assim me questionando: “mas o que foi que eu fiz de errado para eu ter câncer?”. Isso eu pensei. Aí eu ficava pensando: “eu tenho uns defeitos, eu tenho isso, eu tenho aquilo...” Mas depois também eu parei de ficar me questionando.

VX e VX – Isso eu também pensei.

### **12. Vocês acham que as pessoas que têm câncer devem ser ouvidas nas notícias e nas reportagens?**

Um as três vozes dizem que sim.

V4 – Acho que até para ajudar as pessoas que ficam depressivas. Têm umas que sabem da resposta e não saem nem de casa mais.

V1 – Eu acho que é importante...

V6 – Esse negócio da depressão é pesado mesmo.

V2 – Eu acho que é importante ouvir... Essa divulgação, porque acaba que é uma divulgação, não é? É bom para abrir os olhos das pessoas, para eles prestarem atenção, sabe? E ver que o câncer...

V6 – Qualquer tipo de informação é bom.

V1 – Para mostrar para a pessoa que, se você conseguiu, ela também pode conseguir. Então a partir do momento que você consegue falar, que você consegue jogar alguma coisa de positivo para uma mídia grande...

V2 – No mês de outubro, no “Outubro Rosa”, a gente vai e faz uma conscientização em alguns lugares. Várias pessoas rejeitam, entendeu? Tem gente que joga fora, o panfleto. Essa atenção, que fazem ali na cara da gente [... voz baixa] A gente vê essa resposta, é muito triste, a gente vê os panfletos jogados no chão. Porque esse ano é o ano que vai ter mais caso de câncer de mama. Então, a gente tenta fazer... só tinha uns três panfletos no chão, a maioria fica na lixeira. A gente estava em frente ao Banco do Brasil, vendendo chaveirinho para ajudar o hospital... [caso do homem que falou “eu já conheço” – “então leva para a sua

esposa” – “eu sou médico” – “oh, Parabéns!” e saí de perto] Eu achei um absurdo o que ele falou, sinceramente. Era pra ele, por ele ser médico, “oh... não sei o que...” né? [valorizar a atitude]

V1 – As pessoas não dão importância.

V4 – As pessoas têm medo de pensar que podem ter, sabe?

### ***EXIBIÇÃO DA MATÉRIA DO BEM-ESTAR***

#### **13. Vocês se sentiram bem representadas com essa matéria que foi feita?**

Geral: “Com certeza”.

V4 – Tem que tirar essa coisa da cabeça do pessoal esse preconceito que eles têm da gente. Você entrar dentro do ônibus e já arreda todo mundo. É uma coisa estranha. Aí, fazendo umas reportagens, vai tirando não é? A pessoa vai associando. Porque antes era a Aids, quando um com Aids estava lá, o outro corria... [falas simultâneas]

#### **O câncer ainda tem essas coisas?**

V1 – Tem esse mito ainda.

V4 – Tem muito ainda.

V1 – Tem. Toda vez que eu falo da doença que eu tenho [fala interrompida por outra]

V4 – A própria família já dá...

V1 – Eu tento passar para as pessoas que, como eu venci, elas também podem vencer. Claro que cada um tem as suas dificuldades, tem o seu tempo de, que cada um vai vencer ao seu tempo. E cada vez que eu vejo que eu consegui passar mesmo que seja para uma pessoa só que o câncer hoje é diferenciado, sempre teve tratamento, mas que hoje as pessoas estão buscando mais, isso para mim é uma vitória muito grande. Porque você passar para o outro aquilo que você está sentindo, a importância que você dava para o tratamento e você passar para uma pessoa que está fazendo o tratamento, é muito difícil de... tem que ser com graça de Deus mesmo, porque você não pode chegar e impor. Então, depois que o câncer foi embora de mim, eu virei uma pessoa falante, eu era uma pessoa calada. Então é uma das coisas boas, entre aspas, que a doença [risos – alguém zomba de que de fato ela fala muito]

V6 – O câncer era assim muito escondidinho. As pessoas que tinham na família escondiam dos outros. Então é fundamental hoje isso, a mídia; eu acho que é fundamental a psicologia, que dá um apoio, um suporte maravilhoso. Eu pelo menos que moro sozinha, eu sou sozinha, a Ana me conhece, ai de mim, por exemplo, eu já tive uma depressão pesada, ai

de mim se eu não fosse... de vez em quando, eu chegava aqui chorando, já chega chorando. Porque a gente fica chorona mesmo. Mas a mídia, então, nesse ponto é bom. Esse apoio total, é fisioterapeuta, é uma drenagem, é uma voluntária que vem aqui para dançar conosco. Isso tudo é através da mídia que vai chegando e as pessoas vão se oferecendo como voluntárias, para fazer isso, para fazer aquilo, é salão de beleza, não é meninas? É maquiagem, é artesanato. Então isso tudo por causa da mídia. Boca a boca...

#### **14. Essa coisa da esperança que aparece na mídia é importante?**

“Claro”, “lógico”, “claro”...

V1 – Eu acho que tudo isso é muito importante, a gente estar aqui falando, mas a gente não pode esquecer nunca de uma coisa, que a gente não está só, que a gente tem o suporte do hospital. A gente tem o suporte da Ana Karina, da Fernanda, dos médicos, dos nutricionistas que vêm nos dar palestras, dos médicos que, quando tem oportunidade, vêm falar para gente. Então, quer dizer, a gente se sente amparada porque se fosse só a gente, sozinho, a gente não conseguia. Igual, outro dia, a Ana Karina outro dia falou uma coisa que eu achei muito engraçado. Eu cheguei em casa e comecei a rir. Ela falou que, no princípio, quando o Grupo era menorzinho, ela tinha que dar as diretrizes de tudo que o Grupo dava, a gente ia fazer alguma coisa, ela tinha que: “olha, tem que fazer isso, isso e aquilo”. E hoje em dia eu vejo que o Grupo cresceu bastante e que cada uma está tendo uma individualidade de chegar e de falar: “oh Ana Karina, oh Fernanda, a gente tem uma proposta para fazer isso, para fazer aquilo...” Então eu acho que é um crescimento. Mas esse crescimento vem de que? Do apoio, da confiança que elas tem na gente e que a gente adquiriu com elas essa confiança. Se a gente chega hoje e fala: “hoje nós vamos fazer uma, a gente vai fazer uma festa junina...” E chega e fala para Ana Karina, ela nos ajuda, nos acolhe. Então, quer dizer, a gente tendo esse suporte, a gente tem como caminhar.

V2 – Antes a gente era totalmente dependente. No nosso primeiro passeio, nós arrastamos as duas juntas... [risos]

V1 – A gente era muito dependente.

V2 – Nós fomos a um hotel fazenda de uma conhecida minha. Aí juntamos uma turma e elas foram para dar suporte para gente. Em geral, a gente dependia muito e elas vêm falando com a gente...

Ana Karina – Agora, elas vão e depois trazem a notícia para gente... [muitas risadas] No início, é como ela falou, no início, a gente precisava dar esse suporte. Mas o objetivo é que o Grupo exista por ele mesmo.

[muitas falas desencontradas e simultâneas – algumas contam sobre a primeira caminhada, onde “começou a motivação”]

### **15. Como vocês tomaram conhecimento dos direitos do paciente com câncer?**

V6 – Eu procurei saber imediatamente. E faço de tudo para poder receber.

V4 – Eu não sei de nada...

V6 – Eu consegui comprar meu carro com desconto, não pago IPVA, eu consegui a carteirinha do ônibus, eu consegui IPTU, corri atrás por causa do câncer e depois eu descobri que, por causa do salário, eu também podia conseguir isenção de IPTU e fui por aí afora. Eu peguei na internet a lei número dois mil e não o que e olhei tudo a que eu tinha direito ali. Tudo. Eu só dancei porque já tinha aposentado; porque eu teria aposentado por invalidez que seria muito melhor. Eu não consegui, eu já estava aposentada quando o câncer veio.

### **Vocês acham que a mídia tem dado visibilidade a esses direitos e a essas políticas públicas?**

V1 – Eu acho que isso tem que ser mais divulgado.

V2 – Isso não tem divulgação nenhuma.

VX – Não tem.

V1 – Eu acho que tem que ser divulgado sim, o que a gente sabe assim, o que a gente procura saber é graças às meninas que conseguem alguém lá do INSS, que veio para dar uma palestra para gente, que vem dar uma orientação...

V6 – Mas, gente, tem muita coisa que a gente ouve, que sai no jornal, isso tem sim. É porque às vezes a pessoa não tem tempo de ler muito, mas tem sim. Você olha, você procura, você acha aquilo que você quer. Se você correr atrás, você tem, pergunta a um, pergunta a outro, é boca a boca, o jornal, a televisão... Eu acho que tem sim.

V2 – Não tem não.

V1 – Eu acho que teria que ser uma informação diferenciada, é porque eles fazem uma divulgação não específica, não tem uma especificação [...falas ao mesmo tempo...] A gente sabe que são vários tipos de seara, no nosso caso, e aí informar quais seriam os direitos que em cada seara a gente tem. Quem tem câncer de fígado, quem tem câncer de pâncreas, de

estômago tem direito nas passagens para São Paulo. Eu fui semana passada para saber se eu tinha direito, estou até com o papel na bolsa aqui, eu não tenho direito.

V6 – Não tem?

V1 – Para viajar para São Paulo, não tem.

V6 – Ah, é porque é por idade, né?!

V1 – Pelo tratamento, pela pessoa ter tido um câncer... [confusão de vozes] Eu não tenho pelo tipo.

V2 – É o seguinte. Quem tem câncer, que foi – desculpa a palavra tá gente? Porque uma vez eu falei e ficaram com raiva de mim, a pessoa não gostou – é a pessoa que for mutilada, aí tem direito. No meu caso não tem, pelo diagnóstico...

VX – Eu não consegui nem ficar encostada.

[muitas falas – uma amiga que ficou 12 anos na Justiça e conseguiu receber uma pensão do pai que já era falecido, foi, procurou advogado, correu atrás...]

Fernanda – Oh, gente, na verdade, os direitos, a mídia às vezes coloca como se todos tivessem direito e, na verdade, quando você vai ver... quantas vezes as pessoas vão lá na minha sala: “ah, porque o meu médico mandou eu vir aqui porque eu tenho direito de aposentar”. Não é assim. Para você aposentar, você tem que ser contribuinte e a gente lida com um público que nem contribui. Então aí as informações chegam assim: “ah, mas o meu médico falou que eu tenho direito...” Aí você começa a perguntar: “você é contribuinte? Como é a sua situação com o INSS?” “Não...” E aí você fala que não tem, a pessoa acha que você está mentindo.

V6 – Outro dia, um coronel do Exército teve leucemia e veio me perguntar: “aqui, como é que eu faço para conseguir esse negócio da isenção do carro?” Eu falei: “Não, eu tenho um problema aqui para poder mexer o ombro...”.

Fernanda – Então, assim, cada caso é avaliado de uma forma. Então, têm pessoas que conseguem o passe para viajar para outro estado, tem tipo de câncer que dá direito para viajar para outra cidade, tem outros que não, têm pessoas que têm direito ao passe-livre e outras não têm; porque têm regras na questão do direito. Porque, por exemplo, tem a renda familiar, tem que ser tanto; têm pessoas que tem direito à isenção da conta de luz, tem que ter um consumo mínimo. Então tudo isso... Aí você tem que discutir cada caso.

[Elas começam a tirar dúvidas pessoais com a assistente social] V4 quer isenção da conta de luz (paciente do Oncológico); V6 - diz que conseguiu um papel para estacionar em área de

deficiente com validade de dois anos – um guarda veio questionar e ela mostrou toda metida e ficou orgulhosa com o papel.

Fernanda – Cada caso vai ser encaixado para ver se tem direito ou não. Às vezes, a gente não consegue falar isso com todo mundo que faz tratamento aqui, então é importante que vocês que são poderem comunicar...

[Chegou uma participante muito atrasada, brincam com ela, por conta do atraso]

### **Finalização e agradecimentos**