

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais



Dissertação de Mestrado

A construção social da doença: câncer de pulmão e suas ressignificações

Tatiane da Cruz Lang

Pelotas, 2014

TATIANE DA CRUZ LANG

**A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA: CÂNCER DE PULMÃO E
SUAS RESSIGNIFICAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Dr. Marcus Vinícius Spolle

Pelotas

2014

Banca examinadora

.....

.....

.....

.....

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pai de infinita bondade pelas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Ao meu querido e dedicado orientador Marcus Spolle, por todo suporte, ajuda e confiança dedicadas. Agradeço também pela sua prestatividade em ler rapidamente o material que eu lhe enviava, bem como, pela pertinência das suas sugestões, as quais, sem dúvidas, enriqueceram meu trabalho.

Agradeço aos professores do Programa, Flávia Rieth e Pedro Robertt; Às professoras Elaine Leite e Maria Thereza Ribeiro, integrantes da minha banca de qualificação, pelo apoio e pela sugestão de mudanças importantes na pesquisa.

Agradeço ainda à Gári Glass, Claudia Daiane e aos demais colegas de Curso pelas importantes trocas de conhecimento.

Agradeço a minha amiga e colega Eugênia Oliveira, que me incentivou à ingressar neste curso.

À Gilce, pela rapidez e eficiência na correção do trabalho.

À minha prima Patrícia Nascente, pela ajuda e dedicação.

Às minhas colegas e amigas de serviço Letícia Correa e Michele Chaves, por toda paciência que tiveram durante meus momentos de crise.

A minha amiga e afilhada Juliana Maia que, com sua amizade carinhosa e com palavras de estímulo e compreensão, sempre me incentivou a não desistir.

A minha amiga Viviane Torre que, mesmo longe, apoiou-me com suas palavras de incentivo durante esta caminhada;

Ao meu amigo Bruno Maestrini, pela ajuda no trabalho;

Agradeço também aos meus vizinhos e amigos Sabrina Gonçalves e Felipe Serpa, pela ajuda e apoio.

Aos meus queridos e amados pais, Denis e Leila, meus grandes amigos e incentivadores, ouvintes das minhas inquietações e angústias.

Em fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram – direta ou indiretamente – para a realização deste trabalho, auxiliando-me nesta conquista.

A todos vocês, o meu muito obrigada!

Lista de abreviaturas

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome.

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

SUS – Sistema Único de Saúde

Lista de tabelas

- Tabela 1** - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de pulmão segundo localização primária do tumor em mulheres, período 2002 - 2006 e 2005-2010 16
- Tabela 2** - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de pulmão segundo localização primária do tumor em homens, período 2002 - 2006 e 2005-2010.....17
- Tabela 3** - Taxa de mortalidade por câncer de traqueia e pulmão, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.00 mulheres, entre 2005 e 2010.....18
- Tabela 4** - Taxa de mortalidade por câncer de traqueia e pulmão, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.00 mulheres, entre 2005 e 2010.....19

Lista de figuras

Figura 1 - Pânico Moral e suas variáveis	45
-------------------------------------------------------	-----------

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Pânicos Morais.....	46
Gráfico 2 - Matérias sobre prevenção	61
Gráfico 3 - Matérias de jornais analisadas sobre as variáveis, medidas de prevenção da doença câncer de pulmão e ressignificação/prevenção.....	62

Resumo

O presente estudo tem como objetivo compreender o processo de construção social da doença câncer de pulmão feito pela mídia impressa brasileira, no período que compreende os anos de 2005 a 2010. Nesse sentido, foram analisadas reportagens em importantes jornais e revistas do país, divulgadas durante esses anos, período em que ocorreu o maior índice da moléstia no Brasil. Da mesma forma, questiona-se se o discurso gerado pelos empreendedores morais cria um pânico moral que desloca a eficiência simbólica, que elege o cigarro como o bode expiatório da doença, em eficácia efetiva por fazer a sociedade crer que o fumo seja a principal causa da enfermidade. Buscou-se identificar ainda se, com o avanço do conhecimento científico acerca do câncer, houve, paralelamente, o aumento significativo das políticas de prevenção. Dessa forma, na presente pesquisa defender-se-á a tese de que há uma ressignificação da doença câncer, em especial, o câncer de pulmão na sociedade brasileira. A metodologia utilizada para a realização e análise dos dados é a Análise de Conteúdo.

Palavras-chave: Câncer de Pulmão. Pânico Moral. Tabagismo. Prevenção.

Abstract

Abstract: This study aims to comprehend the process of social construction of illness lung cancer made by Brazilian media in the period comprising the years 2005-2010. Accordingly, reports on important newspapers and magazines in the country, disclosed during those years, during which the highest index of the disease occurred in Brazil were analyzed. In the same way, it is questionable whether the speech generated by moral achievers creates a moral panic that displaces the symbolic efficiency, which elects the cigarette as the scapegoat of the disease in effective efficiency by make society believe that smoking is the main cause of the illness. We sought to identify whether still with the advancement of scientific knowledge about cancer, there was in parallel, the significant increase of prevention policies. In this way, in the present research will defend itself-the thesis that there is a redefinition of the disease cancer, in particular the lung cancer in Brazilian society. The methodology utilized for the realization and analyzing the data is content analysis.

Keywords: Lung Cancer. Moral Panic. Tobacco smoking. Prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1 CÂNCER: A DOENÇA E SUAS RESSIGNIFICAÇÕES	7
1.1 CÂNCER UMA DOENÇA RESIGNIFICADA NA HISTÓRIA	7
1.2 O CÂNCER DE PULMÃO E SEU ALIADO	14
1.3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA E SEU ESTIGMA	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1 CÂNCER: UMA DOENÇA CULTURALMENTE ESTIGMATIZADA	28
2.2 FOUCAULT E A BIOPOLÍTICA: A DOENÇA ENQUANTO CONTROLE SOCIAL	32
2.3 A CONSTRUÇÃO DO TABAGISMO COMO FENÔMENO SOCIAL	36
3 PERCURSO METODOLÓGICO E ANÁLISE DOS DADOS	39
3.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	42
4 ANÁLISE DOS DADOS	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	74

INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão é uma das doenças crônicas mais temidas no mundo (SÓRIA et al., 2009). Tal doença atinge milhões de pessoas do planeta inteiro, independentemente de classe social, cultural ou religiosa, sendo que o impacto do diagnóstico da enfermidade é – na maioria dos casos – angustiante tanto para o doente, como para seus familiares e amigos.

Apesar dos avanços terapêuticos que possibilitam, em alguns casos, uma maior taxa de sobrevivência, convive-se com os aspectos da desinformação e com o medo, que acabam por tornar o câncer um mito ancorado em torno da noção de estigma, sendo a doença vista como incapacitante, dolorosa e mortal (GOFFMAN, 1978; SONTAG, 2007).

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer) o câncer acompanha o mesmo ritmo do envelhecimento populacional e da expectativa de vida, sendo resultado de enormes mudanças mundiais que influenciam a vida dos indivíduos através dos novos estilos de vida, urbanização e o crescimento do consumo desenfreado (INCA, 2012).

As estratégias para o controle da doença – segundo a World Health Organization (2002) – são principalmente o conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce. Essas estratégias são conhecidas como prevenção primária, e envolvem a redução dos agentes cancerígenos relacionados a fatores ambientais e comportamentais; preveem ainda a disponibilidade de informações à população acerca dos fatores de risco para a doença e os meios para diminuir a exposição a tais fatores (INCA, 2012).

De acordo com o INCA (2012), o câncer aparece como um fenômeno social no Brasil, devido ao aumento das taxas de incidência da doença no país e, em decorrência disso, há o aumento das políticas públicas e das propagandas educativas voltadas para a prevenção e o tratamento da enfermidade, buscando assim, uma diminuição do número de casos da doença.

Segundo estimativas, houve 17.210 novos casos de câncer de pulmão em homens e 10.110 em mulheres, no Brasil, no ano de 2012. Esses valores

correspondem a um risco estimado de 18 casos novos a cada 100 mil homens e 10 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2012). A maioria dos casos da doença ocorre entre os 40 e 70 anos e, em raras ocasiões, em pessoas com menos de 40 anos.

Para a realização desta pesquisa, fez-se uma revisão de literatura, a qual consistiu na etapa inicial do estudo. Trata-se de um suporte indispensável para compreender o assunto, definir os conceitos teóricos e analisar os dados adquiridos.

Cabe destacar, de acordo com Oliveira e Cury (2002), que no início do século passado, o câncer de pulmão era visto como uma patologia rara, todavia, percebe-se nos últimos um aumento significativo da doença, que a constitui como a principal causa de mortes entre os diversos tipos de cânceres. Desse modo, pode-se afirmar que o câncer de pulmão transformou-se em uma verdadeira epidemia mundial. Para a área médica, a referida patologia apresenta-se como a enfermidade mais mortal em todo mundo, devido ao seu diagnóstico tardio, diferente de outros tipos de câncer, que são passíveis de exames periódicos como, por exemplo, o câncer de mama nas mulheres e o de próstata nos homens. Além disso, a discussão sobre a doença câncer de pulmão, a resignificação, e a construção social da doença são justificativas plausíveis para estudar esse fenômeno, já que tais temas são relativamente novos na sociologia.

Os estudos sobre o câncer de pulmão – na sua maioria – fazem referência a Mário Kroeff e ao seu trabalho como médico na luta contra a doença. Um dos trabalhos que tem relação com a temática da pesquisa é o de Mary Jane P. Spink (1992), “A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial”, no qual a pesquisadora explora as contribuições da psicologia social para a compreensão do processo de adoecimento. Outro trabalho que merece ser destacado é o livro lançado pelos pesquisadores Luiz Antônio Teixeira e Cristina Oliveira Fonseca: “De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil”. Tais autores analisam o desenvolvimento do câncer no Brasil desde o século XX até a criação do INCA.

Vanessa Lana (2008) – no texto “Câncer: construção social da doença e abordagens sobre o tema na literatura brasileira” – discute a enfermidade como uma experiência construída socialmente, defendendo a tese de que a construção social de uma doença reflete e incorpora valores e atitudes inseridos em contexto cultural. Esses trabalhos foram os incentivadores para a realização desta pesquisa.

Assim, o desenvolvimento da pesquisa deu-se a partir da necessidade de buscar um maior aprofundamento na compreensão do fenômeno investigado: a doença, ou seja, a visão da mídia acerca do câncer de pulmão nos dias atuais. Assim sendo, pretende-se discutir e questionar se: com o avanço do conhecimento científico sobre o câncer e, principalmente, com o aumento significativo das políticas de prevenção ao longo do tempo, houve uma ressignificação da doença câncer, em especial, o câncer de pulmão na sociedade brasileira.

Para isso, abordar-se-á a repercussão desse fato na mídia impressa brasileira. Nesse sentido, foram analisadas reportagens em importantes jornais e revistas do país, divulgadas durante os anos de 2005 a 2010, período em que ocorreu o maior índice da moléstia câncer de pulmão no Brasil, de acordo com os dados do INCA (2012).

Vale ressaltar que a especificidade dessa pesquisa é relacionada ao fato de que o câncer de pulmão é a doença que possui o maior índice de mortalidade no Brasil e no mundo, quando em comparação com outros tipos de cânceres, sendo responsável por 1,3 milhões de mortes em todo o mundo (INCA, 2012).

No início da pesquisa documental, notou-se que as campanhas de prevenção apareciam com frequência nas reportagens, porém, em algumas delas, o foco não era a figura do doente com câncer, mas sim, os malefícios do cigarro como protagonista das matérias que envolviam o câncer de pulmão.

Dessa maneira, pode-se pensar que a sociedade – quando não encontra resposta para determinado problema – procura os seus culpados. Atualmente, o cigarro é visto como o “bode expiatório”, que deve ser combatido por ser considerado o principal causador do câncer de pulmão.

A prevenção é a temática central abordada pelos peritos, em especial, aqueles oriundos da área médica, já que a cura para a doença ainda é um grande obstáculo a ser descoberto pela ciência. No decorrer da pesquisa, foi possível notar que o cigarro é considerado uma ameaça e é visto como um “mal” que deve ser combatido a todo custo, sendo o culpado pelo surgimento da enfermidade. Nesse sentido é que se percebe a forte associação da doença com as campanhas contra o cigarro.

Esta pesquisa tem como objetivo geral entender o processo de construção social do câncer de pulmão feito pela mídia brasileira no decorrer dos anos; como objetivo específico, buscou-se investigar como o avanço do conhecimento científico

acerca da doença e, em especial, se as campanhas de prevenção interferiram na construção do contexto social da doença. Partiu-se do princípio de que verificar, analisar e construir categorias podem apontar ressignificações a partir da mudança da concepção da doença.

O presente trabalho tem como hipótese a questão de que houve uma virada cognitiva na percepção que se tinha do câncer, sendo a ciência médica responsável pela mudança de foco. Em outras palavras, a doença passa de algo centrado no indivíduo e a centraliza-se, agora, na prevenção social da enfermidade.

Nesta perspectiva, o foco da doença antes centrado no medo, agora parece tender à valorização da vida. Os materiais impressos atualmente, chamam a atenção para a necessidade de práticas saudáveis, tais como: alimentação adequada, prática de exercícios físicos, controle sobre o tabagismo, diminuição de consumo de bebidas alcoólicas, buscando assim, um estilo de vida mais responsável e enfatizando a realização de exames periódicos, tendo em vista uma melhor qualidade de vida.

Assim, apresentada a problemática central desta dissertação e o objetivo geral da mesma, passa-se de imediato às justificativas da pesquisa.

Usou-se como referência no presente trabalho, a mídia impressa – textos publicados em jornais e revistas –, uma vez que esta é uma das fontes através das quais a população pode adquirir conhecimento e entendimento sobre o câncer.

Foram utilizados também dados do INCA acerca do câncer. O INCA é o órgão do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, que tem como objetivo auxiliar no desenvolvimento e coordenação de ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil (INCA, 2012). Segundo o instituto, a ocorrência de casos da doença é determinada por uma ampla exposição ao tabagismo. Os episódios de câncer de pulmão relacionados com o tabaco representam 80% ou mais dos casos desse câncer na população mundial. Os fumantes têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver a doença se comparados com os não fumantes. Assim, as taxas de incidência da enfermidade que ocorrem em um determinado país mostram a quantidade de cigarros consumidos nesse país.¹

¹ Informações disponíveis em:
<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=doencas.htm>. Acesso em 22 mar. 2011.

Nesse sentido, através do INCA, órgão que promove informações sobre o câncer, é possível notar que esses dois mundos começam a ganhar conexão, ou seja, o câncer de pulmão está sendo associado ao hábito de fumar, afetando homens e mulheres no mundo todo. No Brasil, as taxas de incidência da doença estão aumentando consideravelmente, principalmente entre as mulheres, devido à aceleração do consumo da população feminina.

Porém, de acordo com (OLIVEIRA, CURY, 2002) existem outros fatores que podem estar relacionados com o desenvolvimento da doença como as causas ocupacionais, as fibras minerais (cromo, arsênico, sílica) e herança genética. Nos países industrializados, estima-se que entre 5% e 10% dos casos de câncer de pulmão sejam conferidos a esse tipo de exposição. Além desses, outros fatores também são vistos como de risco para o desenvolvimento e crescimento da moléstia, como as infecções pulmonares, a tuberculose e a deficiência e excesso de vitamina A.

O câncer de pulmão é uma enfermidade altamente letal, haja vista que, quando detectado, já se encontra em estágio avançado, contendo uma alta taxa de incidência e mortalidade, as quais chegam a 86%.² Os registros oficiais dão conta de comprovar a gravidade do problema, pois é marcante a progressão dos números de casos da doença.

Para a coleta dos dados empíricos da pesquisa, foi utilizado o método de análise de conteúdo, que consiste em uma prática de análise textual desenvolvida dentro das ciências sociais empíricas. Tal técnica é utilizada para produzir deduções de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada (BAUER e GASKELL, 1998). Para auxiliar na construção dos dados adquiridos no estudo, foi utilizado também o software de computador Nvivo (versão 9), por facilitar a montagem da base das informações coletadas.

No capítulo 1, que compõe a primeira parte desta dissertação, o leitor será conduzido a conhecer o objeto a ser estudado, através de uma explanação sobre a história do câncer e do câncer do pulmão.

A seguir, no capítulo dois, será exposto o referencial teórico que orientou a elaboração do estudo e serão analisadas as questões que norteiam essa pesquisa,

² Informação disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acesso em 8 jun. 2012.

tais como: o corpo, a biopolítica, o biopoder, a resignificação da doença, a construção do fato científico, o estigma da doença e os pânicos morais.

Já no terceiro capítulo, será apresentada a questão metodológica, a identificação do campo da pesquisa e os métodos de análise, assim como o desenvolvimento da mesma em suas etapas de realização.

Ao final, são apresentadas as considerações finais.

1 CÂNCER: A DOENÇA E SUAS RESSIGNIFICAÇÕES

1.1 CÂNCER: UMA DOENÇA RESSIGNIFICADA NA HISTÓRIA

Os primeiros registros sobre o câncer na história são encontrados em documentos da literatura hindu, no antigo Egito, e na civilização persa, onde se comentava sobre a prática de mastectomia e a existência de tratamentos à base de ervas medicinais. Por diversos anos a enfermidade foi considerada a “encarnação do mal absoluto” (SONTAG, 2007), sendo associado a um desfecho fatal devido à falta de tratamento exitoso, sendo que, após o diagnóstico, não se poderia fazer muito pelos doentes.

No ano de 1740, na França, foi construído o primeiro hospital oncológico, financiado pela Igreja Católica, com a finalidade de isolar os doentes da sociedade, uma vez que o câncer era considerado uma doença contagiosa (KOWALSKI e SOUZA, 2002). Por esse motivo, os enfermos eram mantidos afastados dos familiares e amigos.

Além do mais, na história do câncer, a moléstia era associada à pobreza, à sujeira e à falta de higiene. Segundo Sant’Anna, essa associação foi marcante para os doentes:

[...] a má higiene é responsável pela quinta parte dos casos de câncer [...] das várias moléstias que examinamos até aqui, a tuberculose, a lepra e o câncer, é esta última que mais claramente mostra o valor da higiene, seja qual for o aspecto sob o qual se encare essa infecção (SANT’ANNA *apud* SILVA, 2008, p. 14).

Galeano (131– 230. d. C) – criador da Fisiologia e da Patologia – concretizou a teoria humoral, na qual reforçava que a doença habitava na deficiência ou no excesso de sangue, muco ou bile (KOWALSKI e SOUZA, 2002).

O câncer, ao longo da história, sempre foi associado à destruição do corpo e a terríveis experiências. Atualmente, segundo os dados do INCA, a enfermidade está atrás apenas da doença cardiovascular como a principal causa de morte no mundo, tornando-se, assim, um amplo problema de saúde pública, tanto pela extensão e custo social da doença, como pela despesa financeira necessária ao seu adequado diagnóstico e tratamento. Além disso, ainda de acordo com o instituto,

estimavasse para o ano de 2012, o surgimento de trinta mil novos casos da doença no Brasil (INCA, 2012).

Segundo Smeltzer e Bare (2005)

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente a célula. Essas células infiltram-se nos tecidos e ganham acesso aos vasos sanguíneos e linfáticos, os quais transportam as células para outra região do corpo (SMELTZER e BARE, 2005. p. 336).

O câncer era visto como uma doença degenerativa, pelo fato de as células doentes tornarem-se agressivas e desenvolverem-se incontrolavelmente, sendo divididas mais rápidas do que o normal e, dessa forma criando tumores e metástases pelo acúmulo de células cancerosas. Tais células podem ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro. Há também os tumores chamados “benignos”, que consistem de massas de células que se multiplicam, mas que raramente representam algum risco de vida (BRASIL, 2006).

A origem da palavra câncer vem do grego *Karkinos*, que significa caranguejo. O nome da doença deve-se à similaridade entre as veias ao redor de um tumor externo e as pernas do caranguejo (KOWALSKI e SOUSA, 2002; SONTAG, 1984).

O câncer é uma doença que pode induzir a diversos significados, tanto àqueles que desenvolvem a doença, como à sociedade, podendo desencadear variados sentimentos nos indivíduos, principalmente o medo do desconhecido – o que causa, muitas vezes, um impacto emocional e psicológico muito intenso, podendo acarretar em sérias dificuldades no tratamento.

Sontag (2007. p 89) diz que “toda uma sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença com o próprio mal, uma doença que torne culpadas as suas ‘vítimas’”. Igualmente ao câncer, doenças como a sífilis, a peste negra a tuberculose e a AIDS sofreram metáforas desse tipo.

O câncer era considerado como um invasor do corpo e os médicos não demonstravam muitas esperanças em controlá-lo, sendo. Desta forma, a doença foi vista pela sociedade, durante muito tempo, como sinônimo de morte.

Segundo Rasia (2002), a questão da enfermidade acentua-se devido ao fato de que o câncer era considerado uma doença suja, mutiladora, com odores fortes e que normalmente produzia um afastamento do doente do convívio social.

Sontag (1984) discorre por meio de metáforas sobre forma como a doença age no organismo do doente:

A tuberculose é desintegração, estado febril, desmaterialização [...] uma doença de líquidos. O câncer é degeneração, transforma os tecidos do corpo em matéria dura [...] mesma forma que a gangrena, como 'parasitas emplumados – eles crescem, são engendrados, engendram, tem sua estrutura, segregam, comem... [...] Na tuberculose, é 'consumida' queimada [...]. No câncer o paciente é 'invadido' por células estranhas, as quais se multiplicam, causando uma atrofia ou um bloqueio das funções corporais. O paciente de câncer se 'enruga' [...] A tuberculose é uma doença da pobreza e da privação [...] O câncer é uma doença da classe média, uma doença ligada à afluência, ao excesso. [...] A tuberculose é indolor. Quanto ao câncer... invariavelmente muito doloroso. Admite-se que a tuberculose traga uma morte fácil, enquanto o câncer, uma morte horrível (SONTAG, 1984, p. 19-22).

Sendo assim, o câncer causava vergonha aos enfermos, em virtude da associação da doença à sujeira do corpo.

Da mesma forma que a “cura”, as causas do surgimento do câncer ainda não são bem explicadas, podendo aparecer no organismo de formas internas ou externas. As de ordem externas são relacionadas aos hábitos, aos vícios, ao meio ambiente, à irradiação, aos vírus, às substâncias químicas etc. As causas internas são determinadas pela capacidade das defesas do organismo (BRASIL, 2006).

Alguns tipos de cânceres já são conhecidos da população: a exposição durante longo tempo ao sol pode causar câncer de pele; o uso do cigarro pode causar câncer de pulmão, boca, laringe, faringe etc. Sabe-se também que determinadas pessoas possuem uma pré-disposição para ter alguns tipos de câncer, independente do meio ambiente em que vivem.

Por vários anos não se sabia muito sobre o câncer e era inexistente a capacidade da medicina em impedir o sofrimento que a doença causava aos doentes. A situação começou a mudar a partir do século XX, devido ao desenvolvimento de novos tratamentos contra a enfermidade, porém, mesmo assim, a moléstia ainda continuava sendo vista como o flagelo dos tempos modernos.

As primeiras ações criadas para o controle do câncer no Brasil tiveram início no ano de 1920, tendo como objetivo principal o diagnóstico e o tratamento da doença. As preocupações com a prevenção somente se fortaleceram mais tarde, quando os médicos descobriram que os doentes teriam um melhor prognóstico no tratamento se realizassem o diagnóstico precocemente.

Várias iniciativas foram adotadas pelo Estado brasileiro, as quais possibilitaram a criação e a organização de serviços de cancerologia. Alguns médicos sanitaristas foram enviados aos Estados Unidos e à Europa para estudarem e conhecerem mais sobre a luta contra o câncer, já que esses países estavam mais adiantados e desenvolvidos nas pesquisas sobre a doença (TEIXEIRA e FONSECA, 2007). Além disso, o câncer começou a ser destaque nos congressos de medicina de todo mundo, o que possibilitou um melhor entendimento sobre a doença.

No ano de 1937, foi criado o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro)³, como a primeira tentativa de reprimir a doença. Tempos depois, o Centro veio a transformar-se no atual Instituto Nacional do Câncer (INCA), tornando-se um órgão do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, auxiliar no desenvolvimento e coordenação de ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil. O objetivo de todas as atividades do INCA, como prevenção, diagnóstico, formação de profissionais especializados, dentre outras, são efetuadas com a intenção de reduzir a incidência e mortalidade do câncer, sendo realizadas gratuitamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Devido ao crescimento das técnicas cirúrgicas, surgiu o interesse dos médicos em realizar cirurgias contra vários tipos de cânceres, mas, apesar destas técnicas, somente a partir do surgimento do raio-X, é que as cirurgias começaram a obter melhores resultados contra a doença, já que os médicos ficaram cativados com a capacidade de diagnosticar a enfermidade. Em 1919, foi criado o Serviço de Radiologia da faculdade de Medicina; a partir desse momento surgiu a radioterapia, outra técnica utilizada no tratamento contra a doença (CARVALHO, 2006).

O INCA, a cada ano, organiza campanhas educativas com a intenção de prevenir o câncer. Com relação ao câncer do pulmão, a meta é mostrar à população os males causados pelo tabagismo e assim buscar uma mudança de comportamento dos fumantes, que podem possibilitar a prevenção e o diagnóstico precoce, que são fundamentais no controle da doença.

Um importante nome na criação e no desenvolvimento das propagandas educativas contra o câncer foi o médico Mario Kroeff, que fundou o Centro de

³ O Estado do Rio de Janeiro foi a primeira capital do Brasil.

⁴ Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988.

Cancerologia no Estado do Rio de Janeiro. Através deste centro, o médico pôde começar a difundir as primeiras noções e os perigos sobre o câncer, estimulando a população brasileira a realizar exames periódicos e a ter cuidados paliativos, tornando a prevenção uma atividade extremamente importante no combate à doença.

Mario Kroeff começou sua carreira na área da saúde pública como inspetor sanitário de doenças venéreas, da lepra e do câncer. Através deste trabalho, deu início à produção de materiais gráficos que mostravam imagens de lesões e alguns tipos de deformações causadas pela enfermidade. Essas fotos tinham como finalidade alertar a população sobre os riscos da doença, sendo, tais materiais disponibilizados às escolas, aos centros de saúde, aos consultórios médicos, às faculdades e demais instituições. Nessa mesma ocasião, Kroeff solicitou auxílio aos meios de comunicação para divulgar – através de jornais e revistas – os estudos que vinham sendo realizados pelos pesquisadores contra o câncer (TEIXEIRA, FONSECA, 2007).

Outra personalidade que contribuiu para o conhecimento sobre o câncer foi o também médico Antônio Prudente (1965) que, através da Associação Paulista de Combate ao Câncer, desenvolveu diversas campanhas educativas sobre a doença.

Em 1968, no INCA, foi criada a campanha nacional de combate ao câncer com a finalidade de:

Intensificar e coordenar, em todo território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de formação de técnicos especializados, de pesquisa, de educação, ação social e de recuperação relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência (DECRETO 61.9688, de 22/12/1967, INCA 2012).

Nesse sentido, o INCA mostrava a preocupação com o câncer no país, vindo a criar e divulgar campanhas educativas sobre a doença, principalmente em relação ao diagnóstico precoce e a prevenção da enfermidade, tentando dessa forma reduzir o número de casos da doença.

Com um desenvolvimento cada vez maior, o INCA, no final dos anos de 1980, tornou-se um centro de referência no Brasil para a prevenção, controle e tratamento do câncer. Neste período veio a construir e fortalecer as políticas públicas,

auxiliando na formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (INCA, 2012).

No ano de 1980, a instituição teve um crescimento nas áreas de pesquisa, ensino, assistência médica e dessa maneira conseguiu ampliar as formas de tratamento. Já em 1989, foi criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com a intenção de desenvolver ações educativas para a prevenção do tabagismo e controle dos produtos relacionados ao tabaco (INCA, 2012).

Nos anos seguintes, houve enormes modificações no sistema de saúde do país, nas indústrias farmacêuticas, no avanço da tecnologia e nos centros médicos, buscando melhores conhecimentos sobre a evolução da enfermidade e também em tentar oferecer um tratamento mais eficaz aos doentes. Sendo assim, com o avanço no diagnóstico e no tratamento, os doentes conseguiram perspectivas de sobrevivência. Dessa maneira, alterou-se de certa forma a visão que prevalecia sobre a doença.

Hoje em dia, o câncer é visto como uma moléstia, em alguns casos tratável, podendo vir até mesmo a ser curada, caso seja diagnosticada precocemente. No entanto, o câncer ainda continua no imaginário da sociedade como uma enfermidade em que o doente sofre absurdamente. Desse modo, persiste um profundo “pavor” por parte das pessoas em desenvolver a doença.

A realização do diagnóstico da enfermidade é feita para classificar cada caso, independente da fase em que o câncer é detectado. O nome para essa classificação é chamado de *estadiamento*; ele é responsável por avaliar o grau em que se encontra a disseminação da doença. Através dessa classificação, os médicos podem propor o tratamento mais adequado a cada pessoa.

Para cada tipo de câncer há algumas opções de tratamento oferecidas. As formas terapêuticas disponíveis são principalmente a erradicação completa da doença maligna, ou seja, a “cura”, a busca da sobrevivência e a diminuição do crescimento da célula “controle”, ocasionando o alívio dos sintomas associados à doença como “paliativos”. Outras formas de tratamento são a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, podendo ser utilizadas em vários momentos durante o processo (SMELTZER e BARE, 2005).

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), a quimioterapia é um tipo de tratamento à base de substâncias químicas que visam controlar e eliminar o processo de desenvolvimento celular, podendo ser combinada à cirurgia, à radioterapia, à hormonioterapia ou em combinação com outras formas de tratamento, tendo como

meta diminuir o tamanho do tumor. Essa forma de tratamento transformou-se em uma das mais importantes armas da medicina contra o câncer. A partir de 1941, pesquisadores norte-americanos mostraram que alguns compostos químicos tinham a capacidade de destruir os leucócitos e proporcionavam o desaparecimento dos tumores.

Na radioterapia, a radiação é usada para interromper o crescimento da célula, podendo ser utilizada para o controle da enfermidade, quando é impossível retirar um tumor por meio da cirurgia. Existem dois tipos de radiação, a de forma externa usada para eliminar as células cancerosas nas superfícies mais profundas do corpo, e a radiação interna que libera uma dose de radiação para uma específica área do corpo (SMELTZER e BARE, 2005).

Outra forma de terapia frequentemente utilizada é a cirurgia, no entanto, sua realização depende do histórico e da necessidade do doente. A cirurgia pode acontecer como forma primária, profilática, paliativa ou reconstrutora de tratamento.

Sendo assim, as formas de tratamento irão depender do diagnóstico realizado, o tipo de câncer, bem como, da maneira em que se encontra a saúde do doente no momento do tratamento. Um dos principais pontos de preocupação dos enfermos acerca a doença é a questão da existência dos efeitos colaterais, que trazem imenso desconforto. Na quimioterapia tais efeitos são as náuseas, os vômitos, as tonturas, as diarreias, a anorexia, dentre outras. Tais efeitos podem manter-se por até 24 horas após a administração da medicação. Na cirurgia, os efeitos colaterais são as dores, as mutilações, e o tempo de internação. Na radioterapia, o doente pode apresentar reações colaterais devido aos efeitos tóxicos do tratamento (SMELTZER e BARE, 2005).

Um dos efeitos colaterais mais impactantes nos doentes com câncer é a alopecia, que é a perda dos pelos durante o tratamento, um efeito causado pelos medicamentos usados na quimioterapia – pode ocorrer também a perda de outros pelos corporais, tais como barba, bigode, sobrancelhas etc. A perda dos cabelos tem um imenso significado para os enfermos, representando uma agressão à sua imagem corporal, podendo, assim, resultar em casos de depressão, tristeza profunda, isolamento, raiva e dificuldades interpessoais.

Segundo Michelle Perrot (2008, p. 51), os cabelos fazem parte da pessoa: “A mecha de cabelos é uma lembrança que o século XIX elevava à dignidade de relíquia.” Ainda de acordo com a autora, raspar os cabelos cria um enorme

sofrimento para o doente, em especial para as mulheres, já que o cabelo normalmente é visto como um sinal de feminilidade e está fortemente vinculado à imagem corporal.

Em alguns casos, o tratamento do câncer é percebido como uma terapêutica militar, já que o corpo sofre diversos tipos de ataques. Corroborando com essa ideia, (SONTAG, 2007, p. 59) salienta que “a radioterapia emprega metáforas de guerra aérea; os pacientes são “bombardeados” com raios tóxicos e a quimioterapia é a guerra química, que emprega venenos”. Dessa maneira, o câncer é uma doença que causa medo e “pânico” no imaginário social e, conseqüentemente, os doentes veem a romper com os seus sonhos e projetos de vida em virtude de começarem a realizar um tratamento que, muitas vezes, tornar-se-á longo e desgastante, acarretando uma mudança no seu estilo de vida.

1.2 A DOENÇA CÂNCER DE PULMÃO E SEU ALIADO

O câncer é um assunto que preocupa e incomoda a população em geral, principalmente para aqueles que se julgam com perfeita saúde e descobrem a doença, o que causa um impacto aterrorizante, mudando as suas trajetórias de vida.

Para a Sociedade Americana do Câncer, o câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer entre homens e mulheres no mundo, devido ao seu diagnóstico tardio, o que dificulta e muitas vezes impossibilita um tratamento curativo. Com o passar dos anos, a incidência da doença nos homens está diminuindo, mas, em relação às mulheres, ela continua a aumentar (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2002).

A enfermidade câncer de pulmão origina-se a partir de uma única célula modificada nas vias aéreas traqueobrônquicas. Essa célula conecta-se ao DNA lesionando-o. Em consequência disso ocorrem alterações nas células, o desenvolvimento celular anormal e, logo em seguida, a transformação em uma célula maligna. O tumor maligno do pulmão é dividido em dois tipos: o carcinoma de pequenas células e o de não pequenas células (SMELTZER e BARE, 2005).

A incidência da doença pode ser observada em indivíduos com cerca de 60 anos de idade e em raros casos em pessoas entre 40 e 30 anos⁴. Os índices da

⁴ Informação disponível em: www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao.

enfermidade têm diminuído nos homens, mas, por outro lado, há um aumento crescente nas mulheres, pelo fato de que a população feminina começou a fumar anos mais tarde do que a população masculina, devido às restrições sociais (INCA).

Assim, esse aumento da moléstia nas mulheres manifesta a mudança no perfil da doença, que antigamente era um tipo de câncer que acometia mais os homens. De acordo com Smeltzer e Bare (2005), o câncer de pulmão nas mulheres ainda não recebeu a devida atenção das autoridades de saúde, o que a torna ainda mais preocupante.

As Tabelas 1 e 2 apresentam as taxas de mortalidade por câncer de pulmão no Brasil, segundo localização primária e sexo, em todas as capitais do país, nos anos de 2002 a 2006 e de 2005 a 2010. Ao analisar os números das tabelas, podemos constatar um aumento dos índices de mortalidade da doença.

Tabela 1 - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de pulmão, segundo localização primária do tumor, em mulheres (todas as capitais, para os períodos entre 2002-2006 e 2005-2010)

Topografia	2002 - 2006	2005 - 2010
Mama	17,6	17,8
Cólon e Reto	9,7	10,0
Traquéia, Brônquios e Pulmões	9,4	10,1
Colo do útero	6,7	6,4
Estômago	6,2	6,0
Pâncreas	4,6	5,0
Encéfalo	3,9	3,8
Leucemias	3,6	3,6
Fígado e vias biliares intrahepáticas	3,6	3,6
Neoplasia Maligna sem Especificação de Localização	3,6	3,4
Tecido linfático	3,0	3,0
Vesícula Biliar	2,7	2,6
Esôfago	1,4	1,5
Cavidade Oral	1,2	1,2
Laringe	0,5	0,5
Outras Localizações	22,2	21,8

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

Tabela 2 - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer de pulmão, segundo localização primária do tumor, em homens (todas as capitais, para os períodos entre 2002-2006 e 2005-2010)

Topografia	2002 - 2006	2005 - 2010
Traquéia, Brônquios e Pulmões	16,7	16,2
Próstata	12,7	12,8
Estômago	9,6	9,3
Cólon e Reto	7,6	8,2
Esôfago	4,9	4,8
Cavidade Oral	4,6	4,5
Fígado e vias biliares intrahepáticas	4,5	4,7
Pâncreas	3,9	4,3
Leucemias	3,8	3,6
Encéfalo	3,8	3,7
Laringe	3,5	3,6
Neoplasia Maligna sem Especificação de Localização	3,4	3,1
Tecido linfático	3,2	3,1
Vesícula Biliar	1,2	1,2
Outras Localizações	16,5	16,8

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

As estatísticas acima demonstram que no país, os tumores que causam maior mortalidade no sexo masculino é o câncer de pulmão, o qual está em primeiro lugar com 16,2%, seguido do câncer de próstata 12,8%, estômago 9,3% e cólon e reto 8,2%. Nas mulheres, predominam o câncer de mama 17,8%, seguidos pelo câncer de cólon e reto 10,0%, pulmão 10,1% e cólon do útero 6,4%.

Dessa forma, podemos constatar que nos homens houve uma pequena redução dos números de mortalidade da doença, já no caso das mulheres, houve um aumento do índice de mortalidade desse tipo de câncer.

Tabela 3 - Taxas de mortalidade por câncer de traqueia e pulmão, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 mulheres, entre 2005 e 2010

Estado	Taxas Específicas								Taxa Bruta	Classificação	Taxas Padronizadas	
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais			Pop. Mundial (1)	Pop. Brasil (2)
Acre	0,00	0,00	0,36	4,26	15,38	19,10	51,07	51,31	3,24	24	5,37	4,54
Alagoas	0,10	0,23	0,98	3,53	13,88	21,19	38,86	43,12	4,04	20	4,93	4,15
Amapá	0,00	0,81	1,15	4,31	10,05	30,51	41,34	51,27	2,88	27	5,58	4,67
Amazonas	0,18	0,15	0,64	4,30	16,52	42,82	71,81	100,53	4,75	16	8,28	6,92
Bahia	0,02	0,14	0,66	2,92	10,79	18,50	29,54	34,29	3,71	22	3,96	3,31
Ceará	0,12	0,09	0,74	5,75	18,41	40,29	55,56	58,30	7,10	7	7,55	6,22
Distrito Federal	0,00	0,06	0,65	3,34	13,31	43,09	70,11	87,18	5,69	13	7,68	6,35
Espírito Santo	0,00	0,31	0,91	4,08	13,59	31,06	61,79	92,47	6,85	9	6,82	5,80
Goiás	0,12	0,15	0,92	4,79	17,21	37,52	72,02	102,73	6,90	8	8,08	6,82
Maranhão	0,19	0,20	0,74	2,88	8,30	19,93	29,62	32,80	2,98	26	3,86	3,22
Mato Grosso	0,00	0,30	1,44	3,91	12,33	33,19	68,11	87,97	4,94	15	7,05	5,98
Mato Grosso do Sul	0,00	0,32	0,73	6,40	17,51	44,59	89,01	81,34	8,05	6	9,09	7,58
Minas Gerais	0,06	0,15	0,82	4,04	12,68	24,44	44,39	66,07	6,03	12	5,47	4,63
Pará	0,17	0,17	0,73	3,06	9,50	22,59	40,38	50,94	3,15	25	4,67	3,93
Paraíba	0,09	0,10	0,93	4,61	12,69	21,48	30,49	43,64	5,01	14	4,70	3,95
Paraná	0,07	0,22	0,84	4,98	18,55	46,30	84,95	104,25	9,43	3	9,24	7,72
Pernambuco	0,04	0,25	0,70	5,06	13,44	30,96	48,72	65,67	6,23	11	6,23	5,21
Piauí	0,10	0,06	0,78	2,87	9,28	23,72	39,39	39,79	4,06	19	4,54	3,78
Rio de Janeiro	0,08	0,23	0,98	7,12	22,42	40,96	61,91	77,73	10,75	2	8,54	7,12
Rio Grande do Norte	0,32	0,29	1,43	6,13	15,33	29,15	36,00	76,77	6,31	10	6,25	5,32
Rio Grande do Sul	0,07	0,24	1,36	9,42	29,53	66,94	99,70	107,99	16,03	1	12,76	10,55
Rondônia	0,00	0,23	1,28	5,15	12,08	36,93	58,56	52,12	4,29	18	6,78	5,63
Roraima	0,00	0,00	0,59	8,81	8,14	22,99	93,56	72,46	3,49	23	7,00	6,07
Santa Catarina	0,06	0,12	1,04	6,86	19,87	44,07	63,31	81,75	8,70	5	8,57	7,12
São Paulo	0,06	0,20	0,88	5,90	18,44	38,86	66,46	92,02	9,02	4	8,15	6,84
Sergipe	0,00	0,26	0,87	3,09	11,78	25,82	43,67	47,88	4,44	17	5,17	4,32
Tocantins	0,24	0,27	1,24	4,24	12,50	20,58	46,51	45,04	3,81	21	5,13	4,38

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

Tabela 4 - Taxas de mortalidade por câncer de traqueia e pulmão, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000 homens, entre 2005 e 2010

Estado	Taxas Específicas								Taxa Bruta	Classificação	Taxas Padronizada	
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais			Pop. Mundial (1)	Pop. Brasil (2)
Acre	0,00	0,26	0,73	3,21	17,53	44,19	74,82	95,70	5,20	26	8,47	7,04
Alagoas	0,21	0,30	1,66	4,86	17,04	46,91	63,15	81,93	5,93	23	8,39	6,96
Amapá	0,00	0,56	2,31	4,10	8,45	77,72	133,32	145,18	5,63	25	12,51	10,39
Amazonas	0,00	0,31	0,78	4,30	24,75	77,93	133,54	169,45	7,36	20	14,04	11,62
Bahia	0,07	0,21	0,77	3,74	16,70	41,18	68,07	76,54	6,35	21	7,78	6,44
Ceará	0,19	0,29	0,92	5,96	20,43	60,99	103,80	127,11	9,46	12	11,41	9,50
Distrito Federal	0,14	0,35	0,58	5,37	23,64	88,39	216,50	326,02	11,10	10	18,87	16,07
Espírito Santo	0,20	0,21	0,57	7,19	29,88	83,99	161,44	175,52	13,67	7	16,16	13,41
Goiás	0,00	0,27	0,86	6,56	25,48	74,99	133,95	157,05	11,15	9	14,09	11,70
Maranhão	0,19	0,22	0,64	4,05	16,06	34,88	65,24	75,89	5,13	27	7,22	6,04
Mato Grosso	0,22	0,24	0,63	6,51	27,57	71,64	134,10	143,49	9,84	11	13,87	11,50
Mato Grosso do Sul	0,15	0,47	0,67	6,84	29,97	94,47	153,07	183,37	14,05	6	16,74	13,80
Minas Gerais	0,00	0,25	0,90	5,06	22,24	62,41	120,68	145,48	11,36	8	12,21	10,19
Pará	0,17	0,28	0,69	3,58	16,67	48,48	99,62	95,80	5,82	24	9,42	7,83
Paraíba	0,09	0,00	0,80	3,69	20,83	41,39	61,95	97,56	7,57	19	8,15	6,78
Paraná	0,10	0,25	1,05	7,60	34,00	95,68	182,50	223,16	16,74	4	18,56	15,46
Pernambuco	0,23	0,38	0,86	5,80	24,04	57,19	95,51	119,72	9,39	13	11,12	9,25
Piauí	0,50	0,35	0,83	4,25	18,42	45,11	94,73	124,38	7,91	18	9,63	8,14
Rio de Janeiro	0,08	0,22	0,87	8,51	40,21	102,50	203,55	208,26	20,31	3	20,15	16,71
Rio Grande do Norte	0,11	0,23	0,91	5,95	21,14	53,52	99,77	116,92	9,15	14	10,71	8,94
Rio Grande do Sul	0,07	0,20	1,34	13,19	65,47	184,15	351,31	364,11	35,55	1	34,75	28,73
Rondônia	0,41	1,13	0,71	4,45	25,70	63,53	118,43	145,83	8,30	17	12,61	10,53
Roraima	0,00	0,84	0,00	5,90	27,62	83,41	187,14	259,40	8,51	16	17,45	14,71
Santa Catarina	0,24	0,37	1,37	10,35	47,70	136,19	255,35	284,95	22,06	2	25,83	21,43
São Paulo	0,05	0,22	0,88	7,36	34,05	91,24	182,50	225,28	16,54	5	18,22	15,22
Sergipe	0,16	0,27	0,83	6,29	29,77	68,99	99,65	92,05	8,77	15	12,33	10,07
Tocantins	0,00	0,26	1,41	2,39	16,20	40,45	68,45	100,28	5,96	22	7,85	6,58

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação.

As Tabelas 3 e 4 mostram as taxas de mortalidade por câncer de pulmão e traqueia em mulheres e homens nos estados do Brasil nos anos de 2005 a 2010, em relação aos números brutos da população mundial.

Analisando as tabelas, pode-se constatar que os estados com maior número de casos de mortalidade da doença nas mulheres foram: Rio Grande do Sul, que ficou em primeiro lugar, seguido de Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e São Paulo. Já nos homens, o maior índice foi no Rio Grande do Sul, seguido de Santa Catarina, Rio de Janeiro, Paraná e São Paulo.

Assim, essas informações servem para se ter a visão da magnitude da doença no país, podendo vir a pensar, que as estatísticas funcionam como uma forma de quantificar as pessoas em relação aos números de casos da moléstia e das mortes ocorridas e as que venham a ocorrer por causa do câncer de pulmão.

Através destes dados, pode-se constatar também que as regiões sul e sudeste apresentam as maiores taxas de mortalidade em relação ao câncer de pulmão. Esses números ao serem revelados constantemente pela mídia podem ser vistos como um pânico moral, pelo fato da enorme incidência e mortalidade da doença no Brasil, vindo a preocupar não somente a área médica e os governantes, mas também a população como um todo, especialmente as mulheres, pelo aumento significativo de casos da enfermidade neste grupo nos últimos anos.

Dessa maneira, por meio dos índices da moléstia, o Estado brasileiro – através do INCA –, a ciência médica e a mídia buscam alterar sensibilidades sociais em relação à doença, isto é, nota-se a concretização de uma espécie de pânico moral, vinculando principalmente, essa causa ao tabagismo, como será visto no próximo capítulo.

Segundo o INCA (2012), diversos fatores estão relacionados ao desenvolvimento do câncer de pulmão, tais como: a fumaça do cigarro, o tabagismo passivo, a exposição ambiental, a tuberculose, doenças respiratórias e a genética. Na literatura sobre o câncer de pulmão, atribui-se ao uso do cigarro a responsabilidade por diversas mortes em razão de doenças pulmonares. Mais de 85% desses tipos de casos de cânceres estão ligados à inalação de várias substâncias químicas, como a fumaça do tabaco (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2002). Segundo a Associação Americana de Câncer, a doença é 10 vezes mais comum nos fumantes do que nos não fumantes. Outro fator importante é que quanto maior o uso do cigarro, maior será o risco de desenvolver a moléstia.

Conforme Rosemberg (1981), a fumaça do cigarro não é somente responsável pelo câncer de pulmão, mas também em outros órgãos como: boca, laringe, esôfago, rim, pâncreas, estômago dentre outros. Ainda segundo o autor, “o

tabagismo constitui uma das mais sérias pandemias criadas pelo próprio homem” (ROSEMBERG, 1981, p. 225).

Em diversos casos, devido ao diagnóstico tardio da enfermidade, existe uma impressão de que há um maior e mais rápido desenvolvimento do tumor no câncer de pulmão do que em outros tipos de cânceres, dessa forma dificultando um tratamento positivo.

Outro fator levantado é a ligação do tabagismo passivo com o câncer de pulmão, pelo fato de que este foi identificado como uma possível causa da doença nos não-fumantes, por estarem expostos à “poluição ambiental” causada pelo cigarro. O tabagismo passivo acontece quando indivíduos que não fumam inalam a fumaça do cigarro, cigarrilhas, charutos, cachimbos dentre outros principalmente em ambientes fechados. Essa fumaça é extremamente nociva à saúde.

Segundo Carvalho (2001, p. 61) “o cigarro talvez tenha conquistado o mundo não por seus efeitos fisiológicos, mas pelo simbolismo que carrega. Ele é o mais ocidental dos símbolos da passagem da infância para um mundo mais autônomo.” Nesse sentido, pode-se pensar que esse simbolismo seja um fator definitivo para o crescente consumo na população feminina, para quem o cigarro passou a ser um forte símbolo de emancipação.

Devido à maior participação e às crescentes conquistas das mulheres na sociedade, nas últimas décadas, houve significativos avanços no que se refere a sua independência, principalmente com relação ao mercado de trabalho, onde a mulher teve um enorme destaque. A partir do século XX, as mulheres começaram a demonstrar mais autonomia diante dos homens, mas juntamente com essas conquistas vieram algumas consequências. Uma delas consiste no uso do cigarro, que tem sido considerado por muito tempo como referência simbólica da emancipação social da mulher. De acordo com a publicação no relatório sobre o uso do cigarro:

As mulheres estão adotando papéis mais dominantes na sociedade; elas têm aumentado o poder de consumo; elas vivem mais do que os homens. E de acordo com o que um recente relatório oficial mostrou, mulheres parecem ser menos influenciadas por campanhas contra o tabagismo do que os homens. Tudo isso faz das mulheres um alvo de primeira. Dessa forma, apesar das dúvidas anteriores, podemos deixar de considerar agora um ataque mais definido sobre esse importante segmento de mercado

representado por fumantes do sexo feminino? (TOBACCO REPORT, 1982).⁵

A publicidade e a propaganda contribuíram para a propagação do cigarro pelo mundo, demonstrando que o ato de fumar era extremamente prazeroso e relaxante e que funcionaria como um regulador de humor. Todavia, na verdade o que vinha a acontecer era a dependência do cigarro devido uma de suas substâncias: a nicotina.

O cigarro funcionou como um aliado na emancipação das mulheres, já que era associado a um desejo de independência, liberdade, *status*, apelo sexual, que as feministas buscavam em suas vidas, tornando-se, assim, um acessório elegante e glamoroso às fumantes. Outro fator que contribuiu para o crescimento do consumo do fumo entre as mulheres deve-se ao fato de que muitas das indústrias fabricantes criaram propagandas, nas quais anunciavam que os cigarros possuíam efeitos dietéticos. Com efeito, o cigarro foi sendo associado à magreza, vindo a despertar enorme interesse na população feminina (INCA, 2012).

Outro importante incentivador do fumo foi a indústria cinematográfica que – através do cinema e dos personagens que fumavam durante os filmes – expandiram o charme do cigarro como um item sensual. Filmes como “Casablanca” (1942), “Gilda” (1946) e “Bonequinha de luxo” (1968) mostravam a elegância dos atores fumando. Atores como James Dean, John Wayne, Gregory Peck e Marlon Brandon apareciam nos filmes fumando, sendo esse ato era visto como sinal de rebeldia, o que fazia sucesso entre os fãs. Os comerciais na TV da marca de cigarros Hollywood eram bastante chamativos e receberam enormes destaques na época (BRASIL, 2005).

Desde aquela época, pesquisadores norte-americanos começaram a se interessar e a estudar pela relação entre saúde, fumo e doenças, não vendo com “bons olhos” os fumantes. Devido a isso, o cigarro passou por diversos estereótipos, pois o que antigamente era visto como independência, charme, *status*, começou a ser questionado pelos estudiosos, por causa do aparecimento das doenças, principalmente o câncer de pulmão.

⁵ O trecho descrito acima se refere a documentos de companhias de tabaco dos Estados Unidos da América.

1.3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA E SEU ESTIGMA

As doenças estão em constantes transformações e mudam conforme as épocas e as condições sociais. As epidemias do passado, tais como tuberculose, cólera, malária, lepra, varíola e sífilis foram substituídas por doenças da era moderna como a AIDS⁶, as doenças cardiovasculares, o estresse, assim como o câncer.

O câncer sempre esteve presente na história da humanidade, vindo à doença a permanecer associada a questões pessimistas e negativas. O medo da enfermidade surgiu de várias formas na sociedade. Alguns doentes a descrevem como caroço, tumor, doença maldita, praga e assim mantém-se simbolicamente o negativismo sobre a doença.

Os pavores provocados pelo câncer são iguais aos medos das enfermidades do passado, já que a doença continua sendo associada diretamente à morte, como acontecia com muitas das moléstias do passado.

A expressão “construção social das doenças”, usada por David Ingleby (1982), serve para expor uma relação entre os múltiplos fatores culturais, sociais, crenças, e simbolismos que permitem a transformação e a definição dos vários significados atribuídos às doenças. Em se tratando do câncer, fica evidente que com o passar do tempo, o homem obteve os mais variados conhecimentos e experiências sobre a doença, e as suas formas de tratamento que estão em constante aprendizado e evolução.

De acordo com Berta Nunes (1987), “as noções de saúde e de doença não são as mesmas na cidade e no campo, no norte e no sul. São influenciadas por fatores culturais, pelas condições de vida, pelo clima, pelas atividades econômicas dominantes etc.” (p. 233). Sendo assim, os conhecimentos de saúde e doença são construídos a partir das experiências vividas pelos mais variados grupos sociais.

As diferentes falas sobre uma doença acabam muitas vezes por compor o que é esta enfermidade. Como afirma Tronca (2000, p. 15):

Por estranho que possa parecer, a ideia de doença pode ser considerada uma invenção da linguagem sobre um fenômeno biológico. De fato, as representações e as imagens em torno daquilo que se convencionou

⁶ Sigla procedente do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

designar moléstia criam uma identidade nova, uma outra doença – efeito de linguagem que Michel Foucault chamou de “delirante”, quer dizer, as palavras que conferem existência aos seres se deslocam do material e instituem outro real.

Dessa maneira, fazendo uma relação, o câncer carrega uma série de significados, por ser uma doença muito estigmatizada na sociedade e pelo seu diagnóstico ser visto como uma sentença de morte, que causa imensa dor e sofrimento tanto ao indivíduo que está doente, como a também a seus familiares.

De acordo com Adam e Herzlich (2001), na visão dos religiosos no ocidente cristão, as doenças eram vistas como forma de punição e castigo devido ao fato de os homens cometerem pecados, assim os doentes deveriam aceitar as moléstias como uma forma de redenção.

Já no século XX, essa percepção da doença foi sendo modificada e, no caso do câncer em especial, o surgimento da moléstia foi entendido a partir de uma diminuição dos desejos, ou seja, a enfermidade surgia naqueles indivíduos que eram contidos e não sabiam expressar as suas emoções e sentimentos. Neste aspecto, a Psicologia veio a fortalecer essa ideia, devido ao fato que algumas doenças poderiam surgir a partir de sintomas psicossomáticos.

Antigamente, o estigma era atribuído àqueles, que pertenciam aos grupos considerados de risco; essas pessoas eram tidas como desviantes da norma e, assim, responsáveis pela sua doença, devido ao seu “mau comportamento”. Estigmatizar, portanto, é uma forma de poder, ou seja, trata-se de classificar as pessoas em determinado grupo. Dessa forma, o estigma constroi desigualdades sociais (GOFFMAN, 1978).

A partir do conceito de identidade social, Goffman desenvolve a questão do estigma, no qual uma pessoa é estigmatizada quando apresenta atributos “que o tornam diferente de outros que se encontra em uma categoria que pudesse ser incluído” (GOFFMAN, 1978, p. 12) e, logo, fica reduzida a alguém “sem valor”, possuindo “um defeito”.

Nesta perspectiva, o estigma necessita de um contexto e, com isso, conduz a um processo de marginalização ou de exclusão da pessoa portadora da doença, sendo verificada, dessa forma, através das questões de normalidade. Definir um padrão de normalidade tem como objetivo diminuir as diferenças. A função da normalidade é de nortear a população para certo padrão, aceito como o ideal, assim,

servindo de modelo para todos; já que as pessoas são singulares, é necessário impor certos limites, desse modo, a organização da sociedade é mantida em torno das normas instituídas.

De acordo com Miskolci (2002), o processo da normalidade faz referência à sociedade burguesa nos séculos XVIII e XIX, período em que a intenção era de disciplinar e julgar as pessoas dentro do padrão imposto e não de excluí-las. Portanto, a norma demonstra algo construído como o ideal, como regra e que serve para situar quem são os diferentes.

A modernidade construiu uma separação entre o discurso sobre os normais e os anormais, sendo assim, ao analisar os diferentes grupos humanos, justificou as práticas de normalização sobre os corpos anormais.

Conforme Herzlich, a doença causa um choque enorme na vida das pessoas, trazendo um impacto para além da vida pessoal, mas também na inserção social. É nesse campo que a autora afirma: “essa forte exigência de discurso interpretativo me parece ser uma das condições de cristalização de uma representação estruturada” (HERZLICH, 2005, p. 66).

A situação fica mais complexa pelo fato de o câncer ser considerado uma doença suja, mutilante e na qual o paciente sente imenso desconforto. Neste sentido, é relevante o ensaio de Sontag, no qual a autora compara as fantasias sobre a tuberculose e o câncer, onde afirma:

As concepções modernas das duas doenças não puderam ser firmadas antes do advento da patologia celular. Somente com o microscópio é que foi possível distinguir o câncer como um tipo de atividade celular e compreender que a doença nem sempre tomava a forma de um tumor externo ou mesmo palpável. [Antes de meados do século XIX, ninguém poderia ter identificado a leucemia como uma forma de câncer]. E não foi possível separar definitivamente o câncer da tuberculose antes de 1882, quando se descobriu que a tuberculose é uma infecção bacteriana. Esses avanços do conhecimento médico fizeram que as metáforas mais importantes das duas doenças se tornassem verdadeiramente distintas e, na maioria dos casos, contrastantes. Começou então a tomar forma a moderna fantasia sobre o câncer, uma fantasia que a partir dos anos 20 herdaria a maior parte dos problemas dramatizados pelas fantasias sobre a tuberculose, mas agora com duas enfermidades e seus sintomas concebidos de maneiras bem diferentes (SONTAG, 1984, p. 16-7).

Dessa maneira, o câncer – enquanto metáfora social – foi sendo definido historicamente como uma doença tão terrível como foi a tuberculose, de modo que

construiu-se uma visão de senso comum, através da qual existe um receio imenso de desenvolver a doença.

Conforme explica Rasia (2002):

[...] o imaginário, as representações sociais e o conjunto dos preconceitos sobre o câncer se firmaram historicamente. Assim, desde o momento em que os primeiros casos se consolidaram e deram ao câncer a dimensão de doença incurável, um diagnóstico da doença correspondia a uma sentença de morte. (RASIA, 2002, p. 120).

O câncer sempre esteve ligado, ou melhor, atribuído a questões negativas como dor, sofrimento, morte etc. Essa correlação câncer/morte é angustiante e terrível, tanto para o próprio doente como para os seus familiares.

O período inicial da doença é bastante difícil e complicado, pois o enfermo e os familiares estão entrando num mundo desconhecido e vivenciando diversos tipos de sentimentos, incertezas, medos, angústias, questionamentos, dúvidas. O doente e seus familiares passam a lidar com situações novas que exigem modificações, já que a doença provoca diversos sintomas físicos, vindo a alterar a imagem corporal, sendo assim muito difícil de aceitar a nova realidade em que se encontram. Segundo Nascimento (2005, p. 169), “o enfermo é aquele que, ao contrário dos profissionais da saúde, dos pesquisadores, constrói para si uma imagem da doença a partir da experiência da própria condição de doente.”

De acordo com Capra (1993), a percepção de saúde e da doença recebe uma imensa influência do contexto cultural em que ela acontece, mudando de cultura para cultura, o que é considerado saudável ou doente, normal e anormal.

Quando uma pessoa adoece, ela é submetida as mais diversas experiências, como se estivesse vivendo em outra realidade. A doença mostra a vulnerabilidade do ser humano. Como afirma Lopes (2005, p. 29) sobre o adoecimento:

O adoecer é um acontecimento complexo e cheio de implicações para qualquer indivíduo. Quando uma pessoa adoece, não é apenas um órgão que está funcionando mal, ocorre uma mudança do seu relacionamento com o corpo e com os vários aspectos de sua personalidade. Esse comportamento é parte do processo de adoecer. É lógico então, que havendo a melhora do órgão doente. O paciente restabelece os padrões de comportamento do seu dia-a-dia.

O ser humano, quando adoece, necessita de uma nova adaptação frente às situações de conflito que as doenças produzem, tanto interna como externamente, para conseguir aderir a um bom tratamento.

De acordo com Brasil (2005),

Apesar da certeza de que iremos algum dia morrer, esse dia nos parece sempre distante. É essa distância protetora que nos permite planejar o nosso futuro, almejar planos e realizações a serem concretizados, acalentados pelo sentimento de uma vida longa e saudável. Nada mais traumatizante para uma pessoa do que ver o seu projeto vital ameaçado diante de uma doença, sobretudo quando essa traz consigo o peso e o estigma do nome câncer. Apesar de muitos de seus tipos serem hoje curáveis, principalmente quando feito o diagnóstico precocemente, o câncer ainda é, para muitos, uma sentença de morte (BRASIL, 2005, p. 2).

Sendo assim, a representação do câncer depende da visão que a sociedade apresenta da doença em determinado contexto social.

O câncer é visto como uma construção social, porque foi assumindo “conotações diferentes ao longo dos tempos” e também pelo fato de ser um processo que está em constante desenvolvimento, sendo explicado por diferentes motivos, dessa forma, carrega vários significados em determinadas sociedades.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para discutir e entender os pânico morais e a construção social da doença, utilizou-se na pesquisa a lógica de Michel Foucault (2010), sobretudo o pensamento do autor acerca do corpo, do poder, da biopolítica e do biopoder. Outro pensador cujas ideias contribuíram ao desenvolvimento da pesquisa foi Bruno Latour (2000), com sua discussão sobre a construção do fato científico. Para discutir a ressignificação do câncer foram utilizadas as ideias de Richard Miskolci e para abordar aspectos a respeito do estigma foi empregada a teoria Erving Goffman.

2.1 CÂNCER: UMA DOENÇA CULTURALMENTE ESTIGMATIZADA

Apesar de toda evolução tecnológica no campo da saúde, na criação e desenvolvimento de técnicas utilizadas no tratamento de doenças graves, o estigma do câncer imprime a sua marca na cultura. A cristalização desse estigma é repleto de representações negativas que ainda não foram dissipadas.

Segundo Goffman (1988), o conceito de estigma é permeado pela ideia da presença física entre estigmatizados e normais. O autor diz que “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (GOFFMAN, 1988. p 11).

Ainda segundo o autor, o estigmatizado possui duas identidades: a real e a virtual. A categoria real consiste em um conjunto de atributos e de categorias que a pessoa prova ter; já a identidade virtual é um conjunto de atributos e de categorias que as pessoas possuem para com o estranho que surge a sua volta, dessa forma, são exigências feitas pelos “normais” de como os “estranhos” deveriam ser, tornando-se estigmatizados pela sociedade.

Assim, o estigma para Goffman (1988), são identidades deteriorizadas por uma ação social, que representam algo de mal, dentro da sociedade e, por esse motivo, devem ser evitadas. Nesse sentido, os empreendedores morais são os responsáveis nas sociedades pela criação e disseminação do “pânico moral”. Aqui, faremos relação às campanhas antitabagistas, à ciência médica, ao Estado (INCA) e à mídia, os quais relacionam o cigarro como o responsável pela doença câncer de pulmão, devendo portanto ser combatido.

Partindo do estudo de Stanley Cohen (apud MISKOLCI, 2007) – o qual discutia as formas como a sociedade reage diante de certas situações e identidades sociais, preconcebidas como representantes de alguma forma de perigo, como as doenças contagiosas, a exemplo da AIDS – pode-se fazer uma relação com o surgimento do câncer e sua ressignificação ao longo da história.

No passado, o surgimento do câncer era visto primeiramente como uma moléstia suja e contagiosa, igualmente como foi feito posteriormente com a AIDS. Porém, com o passar dos anos, através das várias descobertas realizadas pela medicina, bem como, aos novos estudos e ao desenvolvimento de modernos tipos de tratamentos, a percepção social da doença foi se modificando.

Entretanto, cabe ressaltar que o câncer ainda causa um enorme medo social na população brasileira. Desse modo, é necessário entender como esses temores sociais construíram a identidade da doença tornando-a ameaçadora. Nesse contexto, podem surgir empreendedores morais que criam e disseminam os pânico morais, conceito este que, segundo Miskolci (2007, p. 103) são: “aqueles que emergem a partir do medo social com relação às mudanças, especialmente as percebidas como repentinas e, talvez por isso mesmo, ameaçadoras.”

Um exemplo bastante evidente da ocorrência dos pânico morais foram os casos de AIDS, doença que foi associada aos *gays*, à promiscuidade destes, ao seu “mau comportamento”; além disso, o estigma da enfermidade era associado à morte. A imprensa começou a dar notícias sobre a doença em tom de culpabilidade dos doentes e assim, marginalizando-os. Nesse sentido, os doentes eram vistos como desviantes da norma e responsáveis pela sua enfermidade.

Na década de 1960, Stanley Cohen (apud MISKOLCI, 2007), realizou estudos acerca da forma como a sociedade enfrenta as situações de perigo. Tais estudos abordaram principalmente o modo como as pessoas ligadas à mídia, à opinião pública e ao controle social lidam com situações que fogem do modelo de comportamento considerado normal. Dessa forma, o autor formulou o conceito de pânico moral:

Uma condição, um episódio, uma pessoa ou um grupo de pessoas passa a ser definido como um perigo para valores e interesses societários; sua natureza é apresentada de uma forma estilizada e estereotipada pela mídia de massa; as barricadas morais são preenchidas por editores, bispos, políticos e outras pessoas de Direita; especialistas socialmente aceitos pronunciam seus diagnósticos e soluções; recorre-se a formas de

enfrentamento ou desenvolvem-nas. Então a condição desaparece, submerge ou deteriora e se torna mais visível. Algumas vezes, o objeto do pânico é absolutamente novo e outras vezes é algo que existia há muito tempo, mas repentinamente ganha notoriedade. Algumas vezes o pânico passa e é esquecido, exceto no folclore e na memória coletiva. Outras vezes ele tem repercussões mais sérias e duradouras e pode produzir mudanças tais como aquelas em política legal e social ou até mesmo na forma como a sociedade se compreende (COHEN apud MISKOLCI, 2007, p. 111).

A proposta do presente trabalho acadêmico é justamente mostrar a maneira como o Estado (INCA), a mídia e a ciência médica brasileira, vinculam o cigarro como uma forma de ameaça à saúde da população, em virtude de considerarem-no como um dos fatores responsáveis pelo câncer de pulmão. Em outras palavras, o câncer é visto como um medo social e a população sente um terror pela possibilidade de adquirir a moléstia.

Quando se fala em pânico moral, refere-se a um temor, medo, pavor coletivo acerca de alguma coisa. O medo social existe como forma de reação a um fenômeno considerado perigoso. Nesse sentido, o pânico é considerado moral, devido ao fato de que o medo existente é o de que haja uma suposta ameaça à ordem moral e social da sociedade.

Os pânicos morais demonstram o que a coletividade avalia como ideal em relação a comportamentos e estilos de vida. Assim, os fumantes começaram a ser considerados pela ciência médica e pela sociedade como os “desviantes” da norma, dos padrões considerados normais e, em virtude disso, sendo necessária uma mudança de comportamento desses indivíduos. Ou seja, houve uma mudança social que ressignificou o papel do fumante e, conseqüentemente, o papel do doente.

Nesse sentido, pode-se pensar que a ciência médica, o Estado (INCA) e a mídia fortalecem a ideia de que algo deveria ser feito em relação aos comportamentos vistos com inadequados, buscando assim, um controle social através da criação de novas leis e normas com o objetivo da reprovação desses comportamentos.

De acordo com Miskolci (2007), vive-se em uma sociedade de controle, na qual a disciplina dos corpos da sociedade passada, descrita por Foucault, foi substituída por uma organização social baseada no controle dos seus indivíduos. Ao invés de discipliná-los, utilizam-se maneiras de controlar os comportamentos que podem vir a ameaçar a ordem social. Ainda segundo Miskolci (2007, p. 113) “os

empreendedores morais, ao invés de propor a criminalização e o aprisionamento tendem a sugerir medidas educacionais de prevenção e regulamentação legal.”

Para compreender o processo de estigmatização e suas várias implicações é necessário salientar um processo cognitivo, que faz parte da sua composição, a atribuição da responsabilidade. Segundo Crandall (2003), a atribuição de responsabilidade ou controle sobre determinado comportamento, faz com que o indivíduo possa vir a ser considerado culpado pela sua condição estigmatizada e, com efeito, vindo a receber um tratamento discriminatório percebido como natural pelos não estigmatizados.

Sendo assim, relacionando isso ao tema desta pesquisa, percebe-se que o estigma do indivíduo que pode vir a morrer de câncer de pulmão, hoje está diretamente relacionado ao seu modo de vida.

Nesse sentido, os empreendedores morais – nesse caso o Estado (INCA), a mídia e a ciência médica – podem ser vistos como empreendedores da nova cruzada, da boa nova, os quais trazem soluções para os males da época e, no caso específico do câncer de pulmão, condenam o cigarro mostrando que a morte via (câncer de pulmão), é evitável, desde que o indivíduo tenha uma boa vida, ou seja, que saiba da importância da adoção de “bons” hábitos alimentares, da realização de exercícios físicos e de exames periódicos, garantindo dessa forma, a longevidade da vida, prevenindo assim a doença. Essa tese torna-se mais evidente no terceiro capítulo da presente dissertação, momento em que são analisados os dados da pesquisa realizada.

Desse modo, os empreendedores morais criam uma moral sobre o estilo de vida dos fumantes, de modo que ser contra o cigarro, não fumar e buscar qualidade de vida significa uma nova conduta. Assim, os empreendedores morais “obrigam” as pessoas a seguirem a lógica da política de saúde, através das campanhas educativas veiculadas na mídia; ao mesmo tempo, criam a individualização da culpa, já que o indivíduo que não segue as orientações dessas campanhas passa a ser visto como irresponsável. Ou seja, a culpa da sua doença é do próprio doente, já que ele não realizou as prevenções necessárias contra a enfermidade.

No próximo capítulo buscar-se-á demonstrar que a mídia possui um poder imenso em criar pânicos morais, isto é, ela pode contribuir para o aumento da preocupação sobre determinado tema na sociedade e transformar esse assunto num interesse de cunho social.

Com o passar dos últimos anos, os meios de comunicação estão cada vez mais desenvolvidos, ofertando diversas opções de tecnologia para as pessoas terem maior acesso e rapidez às informações aos mais variados assuntos.

Nesse sentido, a mídia tornou-se uma relevante ferramenta na observação e comprovação do argumento aqui defendido, ao produzir e divulgar reportagens sobre o câncer de pulmão e também ao relacioná-las a sua principal causa, o cigarro. Ao relatar sobre saúde e prevenção, a mídia passa a influenciar os comportamentos e o estilo de vida das pessoas, tornando-se assim, um importante norteador da vida individual e coletiva da população.

Assim, ao serem discutidos os temas sobre saúde e doença, as mídias que estão presentes no cotidiano da população servem como importantes ferramentas na transmissão de informações que fundamentam o senso comum. Quando o assunto é saúde e doença, essas:

[...] parecem ser objeto privilegiado nos meios de comunicação de massa. Talvez porque o fascínio pelos temas da saúde lato e stricto sensu venha pelo fato de tratarem dos limites e dos riscos inerentes à vida e à morte. Depois, porque, talvez, a ideologia desenvolvimentista que fundamenta o projeto tecnológico coincida com o anseio humano de prolongar a vida, a juventude, e exorcizar a morte, tornando-a um objeto manipulável (PITTA, 1995 p. 5).

Assim, pode-se observar que a mídia atualmente tem sido responsável, juntamente com a ciência médica e o Estado (INCA), por relacionar que o cigarro é um dos responsáveis pelo aparecimento desenvolvimento do câncer de pulmão na população. No próximo capítulo será demonstrado como a mídia tem um enorme poder em transmitir conhecimentos à população e, dessa forma, vindo a criar os pânico morais em torno do tabagismo, fazendo com que ele se transforme em um vilão prejudicial à saúde e responsável pelo número de mortes decorrente do câncer de pulmão.

2.2 FOUCAULT E A BIOPOLÍTICA: A DOENÇA ENQUANTO CONTROLE SOCIAL

Um dos acontecimentos fundamentais do século XIX ocorreu no interior da teoria clássica da soberania que, nas palavras de Foucault (2010. p. 202), era “o de fazer morrer ou deixar viver”. Somente através do soberano era que os súditos

poderiam manter-se vivos ou mortos, ou seja, o reinante tinha o controle total sobre a vida e a morte de seus súditos.

Uma das maiores transformações do direito político do século XIX, foi a modificação da forma de soberania. Esse novo direito passou a ser visto como o “direito de fazer viver e de deixar morrer”, diferentemente do direito político da soberania clássica.

Fazendo uma analogia com o tema desta pesquisa – o câncer –, pode-se dizer que os indivíduos reconhecem sem limites o conhecimento produzido pelas áreas médicas, principalmente, a figura do médico, cedendo-lhe poder por acreditarem que este profissional protegerá suas vidas. Desse modo, para continuarem vivendo os indivíduos elegem a figura do soberano, realizando, assim, uma forma de contrato. O médico tem o poder e a obrigação do tratamento e, especialmente, da cura. Em outras palavras, comparado à figura do soberano do século XIX, o médico é hoje o eleito pelas pessoas para mantê-las vivas.

Assim, a mídia, o Estado, a igreja, a política e a ciência também possuem certo poder sobre a sociedade, tendo uma posição e um discurso no qual falam e são ouvidos, produzindo saberes e verdades em meio às relações de poder, mostrando, assim, uma soberania sobre os indivíduos. Porém, as relações de poder não estão somente nestes locais, mas antes, situadas em todo corpo social.

Segundo Foucault (2010), nos séculos XVII e XVIII surgiram técnicas de poder cujo centro de força era o corpo como forma de máquina produtiva em constante crescimento. Essas técnicas tinham como finalidade manter os corpos em certa vigilância, organização, disciplina, sendo até mesmo passíveis de serem punidos em determinados momentos; ou seja, tais técnicas possuíam o intuito de manter a ordem.

Já no século XVIII, ainda segundo Foucault (2010), surgiu uma nova tecnologia de poder, mas que não eliminou a anterior, mas antes, unificando-a. Essa técnica referia-se ao homem vivo interessado nos processos biológicos e não no homem corpo. Essa nova tecnologia estava relacionada à multiplicidade dos homens, não se limitando somente ao tratamento dos corpos, mas sim, tendo uma visão mais global do homem. Tal percepção estava marcada por questões práticas reguladoras, que faziam parte da própria existência do ser humano, como por exemplo: a vida, a morte, a saúde, a doença etc. Assim, o autor chama essa nova tecnologia do poder de biopolítica da espécie humana, uma tecnologia centrada na

vida. Segundo o autor: “trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc.” (FOUCAULT, 2010. p. 204). Ainda de acordo com o autor, esses são os primeiros alvos dessa biopolítica.

Outro aspecto relevante que surgiu com a biopolítica foi a nova visão que criou acerca das doenças que incidem sobre a humanidade. Essas doenças agora passaram a ser estudadas sob vários aspectos, quais sejam: a sua natureza, duração, intensidade, sendo tratadas como endemias, ou seja, doenças difíceis de serem curadas, que vão aos poucos enfraquecendo o doente, mas que não se comparam às epidemias de antigamente, quando a morte era algo praticamente certo.

Através dessas doenças – chamadas de endemias –, a medicina precisou desenvolver maiores e melhores tipos de tratamentos e pesquisas na área da saúde para conseguir amenizar o sofrimento dos doentes, já que para algumas doenças ainda não foi possível descobrir a cura definitiva. Dessa forma, pode-se entender que a biopolítica tem como objetivo a longevidade da vida humana como um todo, no coletivo e não somente como um trabalho individual no próprio corpo. A meta é atingir a totalidade da humanidade, buscando, assim, o equilíbrio, a regulamentação, a ordem sobre a vida dos indivíduos. Nas palavras de Foucault (2010, p. 207): “essa tecnologia do poder sobre a população enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de ‘fazer viver’.” Esse novo poder visa à regulamentação sobre o comportamento das pessoas.

Através da comparação entre as duas técnicas de poder, percebe-se que o poder disciplinar (antiga forma) é voltado sobre o corpo orgânico, é o adestramento dos corpos, buscando resultados através da disciplina. Já a regulamentação (segunda forma) busca regulamentar os processos biológicos. Cabe destacar, que o poder disciplinar possui três características: a vigilância, a norma e o exame. A vigilância serve como uma forma de coerção dos sujeitos para agirem conforme o esperado; já a norma diferencia os sujeitos, devido às suas características; e o exame agrupa os aspectos tanto da vigilância como da norma (FOUCAULT, 2010). O biopoder utiliza mecanismos reguladores, como a prevenção, por exemplo, buscando uma melhor qualidade de vida da população.

Nesse sentido, em relação ao câncer, a medicina moderna está lutando e desenvolvendo maneiras de conscientizar a população sobre a prevenção da

doença, desenvolvendo o cuidar-se através das campanhas contra o câncer e contra o tabagismo. Essas campanhas são voltadas para uma vida mais regrada, mais saudável, que enfatiza a prática de exercícios físicos, a boa alimentação e a realização de exames periódicos. Para Foucault (2010, p. 212): “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores.”

Assim, pode-se constatar que a regulamentação serve para manter a vida dos indivíduos em determinada ordem, prevenindo as doenças e delongando a morte. Dessa forma, nos dias de hoje é possível perceber a noção de biopolítica na nossa sociedade, através dos dados produzidos pelo Estado (INCA), acerca dos índices de casos de mortalidade de câncer. Pode-se perceber também, através desses dados, que o Estado e a ciência médica visam conscientizar a população sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis, tais como: o diagnóstico precoce, a realização de exercícios físicos e prática de alimentação saudável, elementos esses fundamentais para a prevenção da doença.

Latour (2000, p. 14) – em seu livro “Ciência em Ação” – cria o conceito de caixas pretas e de redes sócio-técnicas:

A expressão caixa-preta é usada em cibernética sempre que uma máquina ou um conjunto de comandos se revela complexo demais. Em seu lugar, é desenhada uma caixinha preta, a respeito da qual não é preciso saber nada, senão o que nela entra e o que dela sai. [...], ou seja, por mais controversa que seja sua história, por mais complexo que seja seu funcionamento interno, por maior que seja a rede comercial ou acadêmica para a sua implementação, a única coisa que conta é o que se põe nela e o que dela se tira.

Para o autor, os fatos científicos dentro de uma sociedade são desenvolvidos através de atores humanos e não-humanos, sendo que os cientistas criam objetos tecnológicos que formam representações, ganhando uma “verdade” e, desse modo, criam-se as caixas-pretas. Nesse ponto, o autor faz uma relação com a questão sobre a sociedade e a ciência, de modo que para ele, o que há entre essas duas são interesses comuns que as ligam.

Assim sendo, pode-se pensar que diversas vezes na medicina são criadas e desenvolvidas ideias sobre determinado assunto e que por várias vezes a sociedade aceita esses fatos e essas ideias como verdades, sem questionar a veracidade real

dos fatos. Nesse sentido, entende-se a criação de pânicos morais sobre algum assunto, ou sobre alguma coisa, ocasionando um medo e um pavor social nas sociedades.

Seguindo essa linha de pensamento, a ciência médica e o Estado (INCA) tornam-se os empreendedores morais ao criarem “pânicos morais”, interpretados nas campanhas de prevenção e nos discursos de vida saudável (direito de viver). Neste contexto, são responsáveis juntamente com a mídia pela concretização do ideário de que o cigarro (deixar morrer) é o culpado pela doença câncer de pulmão. Portanto, vale a pena, adentrar na indústria tabagista e resgatar a associação cigarro e câncer.

2.3 A CONSTRUÇÃO DO TABAGISMO COMO FENÔMENO SOCIAL

O hábito de fumar surgiu através dos colonizadores do velho continente. Anos mais tarde, na Europa, o fumo começou a ser utilizado em virtude de possuir poderes curativos, sendo aceito pela sociedade sem nenhum tipo de restrição, já que era usado como forma de tratamento para algumas doenças. No século XVII na Europa, o tabaco foi apresentado entre os nobres da corte, sendo a rainha Elizabeth uma das personalidades da época que consagrou o uso do cachimbo, mudando a maneira de fumar. Com efeito, a rainha teve vários seguidores que apreciavam o tabaco. Conseqüentemente, houve um crescimento do comércio do tabaco, das indústrias de charuto e cachimbos, que eram altamente lucrativas, já que os nobres tinham bastante apressa pelo fumo (ROSEMBERG, 1981).

Cada vez mais o uso do tabaco foi crescendo. Ainda no século XVII, os marinheiros foram os responsáveis por trazer os hábitos de fumar às cidades portuárias. Desde essa época o fumo passou a ser considerado sinônimo de virilidade. Nesse mesmo período, as mulheres começaram a fumar, para simbolicamente demonstrar poder. Os cigarretes foram bastante apreciados pela população feminina; devido a este fato, começou a aumentar o consumo do cigarro e a diminuir o comércio dos charutos.

Segundo Rosemberg (1981), as constantes transformações sociais ajudaram a emancipação das mulheres e o cigarro começou a ser vinculado a uma maior independência do sexo feminino.

Uma importante voz que mostrou ser contra o tabagismo foi a de Robert Buton 1621, autor do livro “Anatomia da Melancolia”, no qual afirmava que o hábito de fumar era: “um flagelo, uma desgraça, uma violenta alienação dos bens da terra e da saúde; infernal, diabólico e maldito tabaco, a ruína e o aniquilamento do corpo e da alma” (apud ROSEMBERG, 1981. p. 226).

Em 1859, as primeiras manifestações sobre os malefícios do cigarro começaram a surgir. Já em 1964, foi anunciado nos Estados Unidos o primeiro relatório no qual foi feita uma correlação entre o câncer de pulmão e o cigarro. Esse dado fortalece o argumento ao longo do presente trabalho, pois retrata que o primeiro relatório sobre câncer de pulmão e os malefícios do cigarro, já associava diretamente a doença ao uso do cigarro.

Desde então, o tabagismo tornou-se um dos maiores desafios da medicina moderna. Assim, a medicina passou a ser considerada a ciência que deve ajudar a população a tentar controlar o hábito de fumar, demonstrando que a expectativa de vida do não-fumante é maior que a do fumante.

Em decorrência desses fatos, diversos países começaram a avaliar os prejuízos causados pelo consumo do fumo, os elevados custos nos tratamentos dos doentes, os altos índices de mortalidade em decorrência do surgimento das doenças causadas pelo cigarro, sendo este responsável pelo aumento da prevalência do câncer de pulmão, enfisema pulmonar, aborto na gravidez e o risco de nascimentos prematuros.

Um fato que a muito vem preocupando as autoridades de saúde é o aumento do número de casos de fumantes adolescentes entre 12 e 18 anos –número que tem aumentando principalmente entre as mulheres (INCA). Por isso, as autoridades de saúde vêm construindo um número cada vez mais elevado de programas contra o tabagismo e enfatizando a importância com os cuidados à saúde, o que proporciona assim uma melhor qualidade de vida.

O ano de 1980 entrou para a História por ser o ano em que a OMS (Organização Mundial da Saúde) levantou a bandeira contra o fumo, levando a mensagem para o mundo através de uma frase curta, mas impactante, “Tabaco ou Saúde – A escolha é sua”. Criou-se, assim, o dia de luta contra o tabagismo.

Nesse sentido, essa frase ressoa diretamente no ideário que foi apresentado no capítulo anterior: tabaco (deixar morrer), saúde (deixar viver). Nesse sentido, o fumante passou a ser responsabilizado pelo desenvolvimento do câncer de pulmão,

e também pela melhora da sua saúde ao deixar de fumar. Dessa forma, a ciência médica desponta como uma instituição que busca o processo de potencialização da vida – diferentemente dos modelos de exclusão do passado, a partir dos quais os portadores de doenças infecciosas eram comumente excluídos do convívio social. Assim, observa-se que a ciência médica quer investir na recuperação dos sujeitos, na sua inserção ao convívio social e familiar, buscando uma melhor qualidade de vida e amenizando o surgimento de doenças (FOUCAULT, 2010).

De acordo com Rosemberg (1981, p. 39), “o risco de maior mortalidade dos fumantes está vinculado ao número de cigarros diários consumidos, à idade em que se começa a fumar, ao modo de fumar e de tragar”. A dependência da nicotina é maior que a do álcool e de outras drogas.

As estratégias empregadas para o combate ao tabagismo, nos dias de hoje, visam especialmente os jovens, para que esses não comecem a fumar e para aqueles que já estão fumando abandonem o vício.

Segundo Rosemberg (1981), as campanhas educativas visam atingir as massas por meio do combate ao fumo e das medidas de auxílio aos fumantes, através de clínicas de saúde, priorizando o cuidar-se, ou seja, fazendo com que os fumantes sejam responsáveis pela sua saúde. Esse cuidado realiza-se através de uma boa alimentação, da prática de exercícios físicos, e, principalmente de largar o cigarro. Essas campanhas também visavam à proteção aos direitos dos não fumantes.

3 PERCURSO METODOLÓGICO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo tem como objetivo ampliar a compreensão sobre a trajetória da pesquisa aqui realizada. No princípio, realizou-se uma revisão da literatura acerca do tema discutido, o que constituiu a primeira etapa da pesquisa. Dessa maneira, delimitou-se a escolha do problema de pesquisa, a definição dos conceitos, a criação e organização dos objetivos que fundamentaram a pesquisa.

Neste ponto, após a revisão bibliográfica sobre os conceitos, notou-se que seria fundamental a realização de uma pesquisa documental na mídia. Segundo Chizzotti (2000), a pesquisa documental é um aspecto importante em qualquer pesquisa, pelo fato de mostrar a situação atual de determinado assunto e o progresso deste.

O trabalho de investigação é uma forma de aprendizagem tanto para quem está pesquisando como para a sociedade, de modo que a partir de uma problemática busca-se ter um conhecimento mais abrangente sobre determinada questão. Minayo (2010, p. 16) afirma que:

[...] entendemos por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma realidade teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.

Para elaboração desta pesquisa foi realizado um estudo bibliográfico em fontes primárias, através de livros, jornais, artigos, dissertações que serviram como base para a formulação e o desenvolvimento do tema proposto.

Inicialmente, pensou-se em selecionar reportagens de jornais de várias capitais do Brasil, com notícias referentes ao câncer de pulmão. No entanto, gradualmente com os estudos realizados – em especial as estatísticas do INCA – constatou-se que os maiores índices de mortalidade por câncer de pulmão aconteceram em alguns estados (São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul), nos anos de 2005 a 2010. Dessa maneira, optou-se por escolher 4 jornais e 1 revista de maiores circulação no Brasil.

Assim, as mídias impressas escolhidas para serem analisadas foram os jornais Zero Hora, O Estado de São Paulo, Folha de São Paulo, o Globo e a Revista Veja. O recorte temporal elegido compreende os anos de 2005 a 2010, período em que os estados apresentam maiores índices da doença.

A abordagem da problemática levantada deu-se a partir de uma análise qualitativa, uma vez que essa, dentre outras possibilidades, permite investigações relacionadas aos aspectos subjetivos da pesquisa, tornando, dessa forma, possível identificar, analisar e compreender os dados obtidos. O método de pesquisa qualitativa consiste no estudo da história, das crenças, das culturas, das opiniões de uma determinada sociedade. Esse tipo de método permite obter um maior conhecimento sobre diversos grupos sociais específicos e, com isso, pode-se construir novos métodos, conceitos, hipóteses durante o trabalho de pesquisa.

A pesquisa qualitativa tem a intenção de interpretar as informações dos documentos pesquisados durante a realização do estudo. Esses documentos podem ser jornais, revistas, fotos, transcrições, dentre outros. Sobre a metodologia qualitativa Minayo (1994, p. 10) afirma que ela pode:

[...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Por meio da prática das ciências sociais pode-se criar uma realidade social em movimento, desta forma, o estudioso que é integrante dessa realidade possui ao mesmo tempo o papel de sujeito e objeto, devido ao fato de que em toda pesquisa científica há o conhecimento intelectual e a subjetividade do próprio pesquisador.

O método utilizado nesta pesquisa, portanto, foi a análise de conteúdo. Empregada para o estudo das reportagens analisadas, essa metodologia de pesquisa foi utilizada para interpretar e reinterpretar o conteúdo de documentos e textos. Segundo Chizzotti (2000, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.” A análise de conteúdo é uma técnica que vem sendo aplicada em diversas áreas do conhecimento, tais como a sociologia, a psicologia, a educação, dentre outras.

Para Bauer (2000, p. 190) “a análise de conteúdo é apenas um método de análise de texto desenvolvido dentro das ciências sociais empíricas”. Ainda, segundo o autor, a análise de conteúdo auxilia na compreensão de uma coleção de textos, na sua maioria complexos, a fim de que – através da codificação dos textos – transforme os dados obtidos, criando, deste modo, novas informações textuais para fins de uma pesquisa social.

Esse tipo de técnica pode ser aplicado a qualquer tipo de material, como cartas, entrevistas, jornais, revistas, livros, discos, filmes, fotografias, vídeos etc. Esses dados chegam ao pesquisador na sua forma bruta, precisando ser tratados, processados e interpretados. Porém, ressaltasse que não é possível realizar uma leitura neutra; dessa maneira, a análise de conteúdo é a interpretação pessoal do pesquisador diante dos dados.

Através desse tipo de análise é possível conseguir a reconstrução de um texto, obter uma nova visão deste, permitindo a construção de novos valores, ideias, significados, opiniões, conceitos, podendo produzir novos dados históricos. A análise de conteúdo ajuda no tratamento dos dados da pesquisa com o objetivo de criar afirmações válidas.

Segundo Bardin (2000) a análise de conteúdo significa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a influência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2000, p. 42).

Dessa forma, a análise de conteúdo visa obter um novo teor de informações diferente do documento na sua forma original, produzindo, dessa forma, novos conhecimentos.

Cabe destacar ainda, na presente pesquisa foi utilizada como ferramenta de análise qualitativa o programa Nvivo (versão 9), o qual auxiliou a montagem da base dos dados, na análise dos elementos obtidos, contribuindo também para a organização dos temas e das categorias, através da uniformização dos dados e na criação de códigos.

Vale ressaltar que o presente estudo passou pelo Comitê de Ética⁷, o qual avalia os projetos de pesquisa com o objetivo principal de assegurar o bem-estar dos/das pesquisados. Através do número 06/2012, tal pesquisa recebeu parecer favorável, estando, assim, dentro dos preceitos éticos estabelecidos pelo Comitê e pela legislação vigente.

3.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Inicialmente, buscaram-se – através dos *sites* na internet dos jornais e da revista – as matérias que seriam estudadas e analisadas para a realização da devida pesquisa. Foram escolhidos quatro jornais de importante destaque no cenário brasileiro. Esses jornais são de estados nos quais ocorreu – segundo dados estatísticos do INCA – o maior número de casos de câncer de pulmão no país.

Os estados são: Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul; os jornais elegidos foram O Globo, Folha de São Paulo, Zero Hora, O Estado de São Paulo; além disso, também foi analisada a Veja, revista de maior circulação no país. Foram pesquisadas matérias sobre o tema da doença nos anos de 2005 a 2010, anos em que foram registrados os maiores incidências de casos da enfermidade.

Foram analisadas 72 matérias nos jornais e 12 matérias na revista Veja totalizando, ao final, 84 matérias sobre o tema.

De acordo com Bardin (2000), as etapas da análise de conteúdo são constituídas assim:

- 1) A pré-análise
- 2) A exploração do material
- 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos dados.

A pré-análise e a exploração do material constituem-se nas partes em que são realizadas a organização do material escolhido, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que irão nortear a pesquisa. Já o tratamento é onde os resultados brutos são trabalhados e analisados.

⁷ O comitê de ética responsável foi o da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Posteriormente, deve ser feita codificação, na qual se dá a transformação dos dados brutos do texto. A seguir, realiza-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos que servem para organização das mensagens.

Primeiramente, foi lançado um olhar sobre o material escolhido para realização da pesquisa. Todas as matérias dos jornais foram lidas e selecionadas como corpus de análise, constituindo a pré-análise do estudo. Posteriormente, foram copiadas na internet para serem aplicadas no programa Nvivo. Após, foram criados nós ao codificar os textos, separando esses nós por cores. Em seguida, foram classificados os nós, definindo-os e especificando os seus atributos. No momento de classificar os nós foram criadas categorias, ou seja, emergiu uma ordem na estrutura. Neste momento, as ideias principais adquirem maior significado, proporcionando formular indícios para as outras etapas.

A segunda fase consistiu na exploração do material com a definição dos conteúdos e dos principais temas lidos nas reportagens, neste momento foram decididas as categorias de análise (pânico moral e prevenção), que serão discutidos ao longo da pesquisa.

Na última etapa, realizou-se o tratamento e o encerramento das informações obtidas, dessa forma, foi possível fazer interpretações do que foi descoberto nas fases anteriores, permitindo colocar em destaque os dados alcançados.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Os seres humanos em todas as sociedades ocupam-se com a produção de informações, desde as mais antigas formas de comunicação, sendo essa um elemento central na vida social (THOMPSON, 1999).

Os meios de comunicação, com o passar dos anos, sofreram por diversas transformações, nesse sentido, as comunicações produzidas e divulgadas, tornaram-se matérias que podem ser compradas e vendidas no mercado, estando à disposição de todos os indivíduos. Nas palavras de Thompson (1999), “De uma forma profunda e irreversível, o desenvolvimento da mídia transformou a natureza da produção e do intercâmbio simbólico no mundo moderno” (THOMPSON, 1999, p. 19).

De acordo com Thomson (1999),

[...] o desenvolvimento dos meios de comunicação é, em sentido fundamental, uma reelaboração do caráter simbólico da vida social, uma reorganização dos meios pelos quais a informação e o conteúdo simbólico são produzidos e intercambiado no mundo social e uma reestruturação dos meios pelos quais os indivíduos se relacionam entre si (THOMPSON, 1999, p. 19).

Atualmente, os meios de comunicação ampliam a preocupação sobre determinados assuntos, os quais, muitas vezes, passam a ser discutidos amplamente pela população. Assim, um importante empreendedor moral na modernidade são as mídias (jornais, revistas, internet, redes sociais), por possuírem significativo poder na sociedade. Devido ao fato de produzirem ideologias dominantes, as mídias são formadoras de opinião pública.

Como já foi mencionado anteriormente – com relação ao câncer de pulmão –, a mídia, o Estado (INCA) e a ciência médica, expandem a visão da doença, ou seja, mostram através de estudos, estatísticas e análises, vários dados relacionados aos males do cigarro e a forma como ele está relacionado ao câncer de pulmão. Dessa forma, a mídia – de uma forma em geral – busca a mudança de comportamento dos indivíduos em relação ao fumo – o que poderá ser visto agora, na análise dos dados coletados.

O levantamento de dados mostra que no período de 2005 a 2010 foram escritas 84 matérias sobre o tema do câncer e, através delas, buscou-se observar as definições das categorias que refletem as variáveis do conceito pânico moral.

Segundo Cohen (apud MISKOLCI, 2007), o pânico moral ocorre quando uma pessoa, um episódio ou um grupo de indivíduos são considerados perigosos para os interesses da sociedade. O conceito de pânico moral é a tradução em português da expressão *moral panic*, criada pelo sociólogo Stanley Cohen quando este estava escrevendo o livro “Folk Devies and Moral panics” (1987).

Os pânicos morais sempre existiram na sociedade, sendo reconstruídos com o passar dos tempos. Alguns temas já foram bastante discutidos na História, e foram sendo definidos como problemas construídos socialmente e que surgem principalmente nos períodos de crises sociais como, por exemplo: o racismo, a homofobia, as epidemias, a AIDS, as questões religiosas e políticas, o consumo de drogas; tais temas vieram a ocasionar medos coletivos e estigmas. Esses assuntos vão surgindo através dos grupos de interesses ou empreendedores morais que chamam a atenção para determinado tema a ser discutido. Os empreendedores morais atuam em nome de interesses coletivos da sociedade, criando um discurso moral em relação ao problema surgido.

4.1 O PÂNICO MORAL DENTRO DA SOCIEDADE

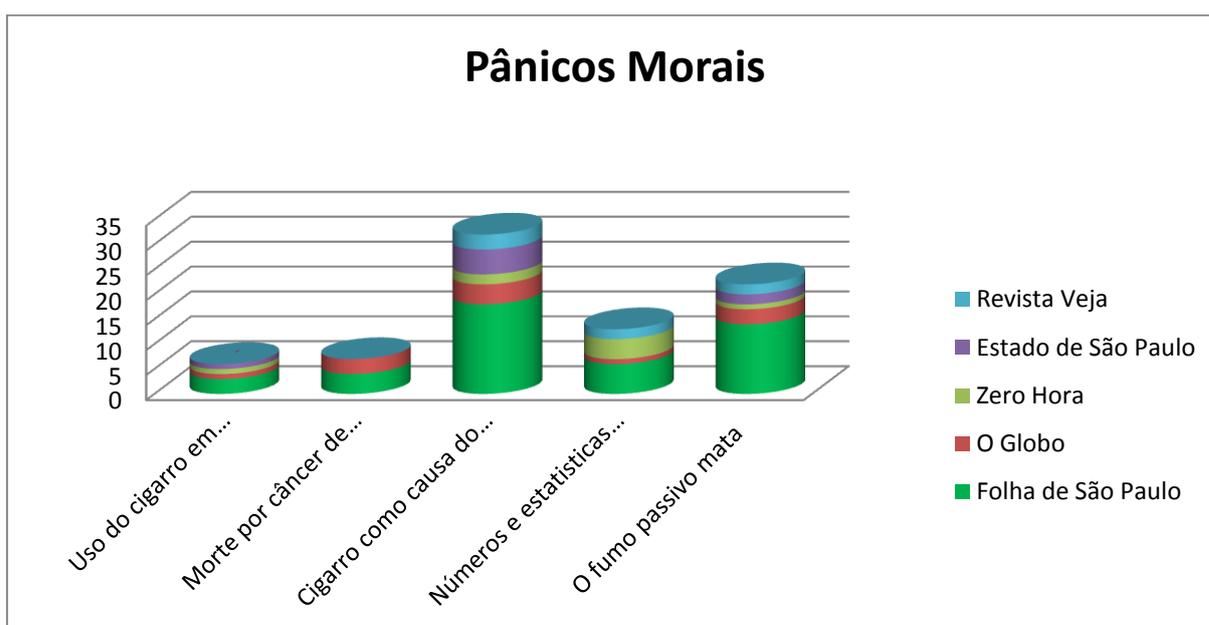
Figura 1 - Pânico Moral e suas variáveis



A descrição da categoria pânico moral permite lidar com processos sociais marcados pelo temor e pela pressão por mudança social, a partir da ressignificação de algumas categorias. Fazem parte dessas categorias as variáveis (nós) que foram analisadas:

- a) Aumento do número de jovens fumantes;
- b) Morte por câncer de pulmão;
- c) O cigarro como causa do câncer de pulmão;
- d) Números, estatísticas do diagnóstico de câncer de pulmão;
- e) O fumo passivo mata;

Gráfico 1 - Pânicos Morais



Fonte: Pesquisa realizada nas reportagens dos jornais O Estado de São Paulo, o Globo, Zero Hora, Folha de São Paulo e na Revista Veja.

Foram analisadas 84 reportagens, sendo que destas, 57 estavam vinculadas as variáveis que refletem o conceito de **pânico moral**.

A maioria das reportagens publicadas nos jornais (O Estado de São Paulo, o Globo, Zero Hora, Folha de São Paulo e a Revista Veja), nos anos de 2005 a 2010, noticiavam o cigarro como causador do câncer de pulmão; o jornal Folha de São Paulo foi o que mais publicou reportagens sobre esse assunto.

Outro tema bastante noticiado foi à questão de que o fumo passivo também pode matar; mais uma vez o jornal Folha de São Paulo foi o que mais publicou notícias sobre esse tema.

Outros assuntos como o consumo do cigarro por adolescentes, mortes por câncer de pulmão e os números e estatísticas do diagnóstico da doença, também foram bastante citados nas reportagens, porém, com menos intensidade do que as demais.

Cabe destacar que as reportagens em sua maioria – ao retratarem o câncer de pulmão, apresentam um tom de “preocupação”, devido ao crescente aumento do número de casos da doença no país. Cabe destacar que nas reportagens, sempre era enfatizado a vinculação do cigarro ao desenvolvimento da doença.

Nesse sentido, percebe-se que os enfoques das notícias dos jornais mostram que a ciência médica, o Estado (INCA) e a mídia criam o “pânico moral”, ou seja, criam um “pavor” e um “medo” em relação ao câncer de pulmão e, conseqüentemente ao cigarro, visto que ele é o principal responsável pela enfermidade. Através desse medo, o Estado, a ciência e a mídia buscam transformar o comportamento dos indivíduos em relação ao tabagismo, tentando dessa forma, a diminuição do número de fumantes no país.

Outro destaque são as matérias que abordam o cigarro como o culpado pelo surgimento do câncer de pulmão, o que cria um pânico moral em relação ao cigarro. Através desse pânico, a mídia procura impor a sua moral e suas regras às pessoas, sendo que os indivíduos muitas vezes aceitam essas “verdades” sem questionarem a real veracidade dos fatos.

Segundo o oncologista do hospital Sírio Libanês, Fernando Coitat Maluf: “o cigarro é o principal responsável pelo câncer de pulmão, transformando-se em um vilão”. De acordo com o médico, de dez pacientes com câncer de pulmão, nove são tabagistas, especialmente os que fumam de um a dois maços de cigarro por dia, durante dez anos ou mais. Sendo assim, a relação entre quantidade e tabaco e risco de câncer é direta.

A categoria pânico moral é composta por variáveis; a primeira a ser avaliada é relacionada aos índices de aumento de fumantes adolescentes.

- a) Uma das preocupações que está surgindo no momento tanto na área médica, no Estado (INCA), como na própria sociedade deve-se ao

Crescente número de fumantes adolescentes no país. Como podemos ver nessas notícias dos jornais:

“O tabagismo tem se tornado mais comum entre os jovens. Talvez por um desejo de autoafirmação” (Jornal O Estado de São Paulo, matéria: *Câncer de pulmão aumenta em mulheres e jovens em 16 capitais*, dia: 27/11/2010).

“A maioria das pessoas começaram a fumar entre 17 e 19 anos” (Zero Hora, matéria: *Porto Alegre tem a maior incidência de câncer*, dia: 26/11/2010).

“Crianças e adolescentes são mais suscetíveis ao tabaco, somente 7,69% dos fumantes adquirem o vício após os 25 anos” (Folha de São Paulo, matéria: *Fumantes adquirem o vício cedo*, dia: 23/08/2007).

“Crianças expostas ao fumo passivo correm o risco de terem ataques de asma, problemas de ouvido, infecções respiratórias e síndrome da morte súbita, disseram representantes do órgão de saúde” (Jornal O Estado de São Paulo, matéria: *Crianças são maiores vítimas do fumo*, dia: 10/07/2008).

O cigarro é visto como a porta de entrada para o perigo, já que faz parte do grupo das drogas socialmente aceitas e consideradas de baixa periculosidade e que, assim como o álcool, é disponibilizado facilmente no comércio e possui relativamente um baixo custo financeiro.

De acordo com Rosemberg (1981, p. 258), é difícil inculcar na população jovem os perigos do cigarro, explicado nas palavras do autor:

De qualquer forma, é difícil convencer um jovem a não fumar para evitar malefícios à sua saúde dez ou vinte anos mais tarde. Na ausência aparente do perigo imediato, ele simplesmente não acredita venha a sofrer qualquer risco mesmo mostrando-lhe as consequências que diminuem a idade de vida, ou levam à invalidez na maturidade. A juventude se julga eterna e, por outro lado, nem sempre crê que a vida continua plena depois dos 40 anos ou que valha a pena continuá-la com saúde e capacidade de trabalho.

Dessa forma, o autor fortalece a lógica de que os adolescentes são imaturos, problemáticos e inconsequentes por quererem experimentar o novo, sem se

importarem com as consequências futuras. Além disso, os comportamentos dos jovens normalmente confrontam os valores tradicionais e familiares da sociedade.

Ainda, segundo o autor, a escolha dos jovens pelo fumo é diversas vezes influenciada pelos mais variados motivos, como por exemplo, os pais que também são fumantes, a pressão dos amigos, a busca pela independência e autonomia, *status* social, o desejo de autoafirmação etc. Os jovens têm a necessidade de experimentar, conhecer tudo o que é considerado perigoso, proibido, como uma forma de “rebeldia” e, dessa maneira, sentirem-se livres, poderosos, tendo a visão de que nada de mal irá acontecer com eles (ROSEMBERG, 1981).

O cigarro é considerado uma “droga legal” uma vez que o comércio e o consumo são legalizados no país. Com efeito, ela pode ser comprada em um número incomensurável de estabelecimentos comerciais, o que facilita o acesso dos jovens ao fumo. Assim, percebe-se a necessidade da divulgação e criação de projetos de prevenção primária cada vez mais ampla em escolas, cursos, universidades, sobre os esclarecimentos a respeito do cigarro e os malefícios causados à saúde buscando a conscientização da população jovem do país.

Assim, é necessário conscientizar os jovens que fumar pode causar dependência e que os malefícios oriundos do consumo do fumo não se limitam somente aos fumantes, mas a todos que de alguma forma inalam a fumaça.

b) De todas as reportagens analisadas sobre a variável *Morte por câncer de pulmão*, o Jornal Folha de São Paulo divulgou o maior número de matérias sobre atores que morreram em decorrência do câncer de pulmão, sendo o tabagismo considerado o responsável pelo surgimento da doença nesses indivíduos.

“A atriz Maria Silva, 65 anos, morreu no dia 26, domingo, no Rio de Janeiro, em decorrência de um câncer no pulmão” (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Atriz Maria Silva morre*, dia: 27/07/2009).

“A morte da atriz Mara Manzan evidencia mais uma vez a relação do tabagismo com o desenvolvimento de câncer de pulmão”. A atriz havia deixado o cigarro há quatro anos, após descobrir um enfisema pulmonar. (Folha de São Paulo, matéria: *Câncer de pulmão pode matar 45 mil, cigarro é a maior causa*, dia: 23/11/2009).

“O ator carioca Paulo Autran morreu aos 85 anos, vítima de câncer e enfisema pulmonar. Ele esteve internado no hospital Sírio-Libanês (centro de SP). Segundo sua mulher, ele pediu que fosse divulgado que o cigarro causou sua morte.” (Folha de São Paulo, matéria: *Morte do ator Paulo Autran*, dia: 13/10/2007).

“Allen Carr, ativista antitabagismo que ajudou milhões de pessoas a abandonarem o vício, morreu de câncer de pulmão, fumou 100 cigarros por dia durante 30 anos, tendo começado aos 18 anos”. (Jornal o Globo, matéria: *Ativista Antitabagismo Allen Carr morre de câncer no pulmão*, dia: 29/11/2006).

Desde os tempos remotos, a morte representa um enigma para a existência humana. Inúmeras foram as tentativas de explicá-la, entendê-la e conceituá-la. Segundo Lopes (2005), a sociedade utiliza mecanismos para negar a morte, considerando-a como algo terrível, que não deve nem ser comentado. A sociedade sempre percebeu o câncer como uma enfermidade a partir da qual o indivíduo sofre intensamente, muitas vezes, por um longo período de tempo, até chegar ao óbito em virtude do surgimento da moléstia. Para Kubler-Ross (1998, p. 6), o ser humano não aceita a ideia de finitude da vida, dessa forma, como afirma a autora: “a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo.”

Pelo fato de o câncer ser visto como uma enfermidade de longo prazo, cuja a morte é inevitável, tal percepção da doença dá ao doente a possibilidade de pensar sobre a sua morte, vindo a se preparar para ela de várias maneiras, vivendo o “luto antecipatório.”

De acordo com Kubler-Ross (1998), existem cinco estágios nos quais os doentes passam desde a descoberta do diagnóstico até a morte. São eles: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. O primeiro estágio é o da negação e isolamento, o qual ocorre quando o paciente descobre o diagnóstico da doença, vindo a não aceitá-lo, por considerá-lo errado, ou até mesmo que os exames e resultado foram trocados; com efeito, o paciente acaba buscando a realização de novos exames. O segundo estágio é o da raiva, no qual o indivíduo sente um enorme sentimento de raiva pelo fato de estar doente; diversas vezes esse sentimento é atribuído a outras pessoas, como se fossem elas asculpadas por ele estar nesta situação. O terceiro estágio é o da barganha; o indivíduo tenta barganhar

com Deus a sua vida, pensando que se mudar as atitudes e comportamentos a sua morte poderá ser adiada. O quarto estágio é a depressão; é uma das fases que pode vir a durar mais tempo; é o momento em que o indivíduo percebe as suas perdas. O quinto e último estágio é o da aceitação, no qual o doente aceita mais facilmente a sua doença, não sentindo mais raiva ou depressão quanto ao seu destino.

Esses estágios não necessariamente ocorrem sempre nessa ordem e podem ser vividos não somente pelo doente, mas também pelos familiares e até mesmo pelos médicos.

Foucault argumenta que pensar na morte torna possível dar sentido e compreender o significado da vida:

Portanto, o pensamento sobre a morte é que permite a retrospectção e a memorização valorativa da vida. Também aqui, como vemos, a morte não é o pensamento sobre o porvir. O exercício, o pensamento sobre a morte é tão somente um meio que quer para adotar sobre a vida um olhar que opera um corte permitindo apreender o valor do presente, quer para realizar o grande circuito da memorização pelo qual totalizaremos toda nossa vida e a faremos aparecer como ela é. É o julgamento sobre o presente e a valorização do passado que se realizam neste pensamento sobre a morte, que justamente não deve ser um pensamento sobre o porvir, mas um pensamento sobre mim mesmo enquanto estou morrendo (FOUCAULT, 2004, p. 582).

Nesse sentido, o pânico moral criado sobre o cigarro em relação ao câncer de pulmão causa também a preocupação e o medo social da morte ocasionada pela enfermidade. Como toda doença grave que nasce e cresce em silêncio, o câncer é um lembrete esmagador da finitude humana, por isso, a ênfase das reportagens em destacar a necessidade de mudanças de comportamentos dos fumantes para que eles não venham morrer em virtude do cigarro.

Dessa forma, vale destacar a importância em noticiar a morte de pessoas reconhecidas na mídia e o modo como faleceram, pelo fato de que a população, por ter uma admiração e idolatria pelos artistas, os enxerga como seres imortais, todavia enfermidades como o câncer mostram que esses artistas podem adoecer e morrer, como qualquer ser humano.

c) Variável *cigarro como causa do câncer*. Foram analisadas 32 fontes, e destas, 59 mencionavam dados e levantamentos estatísticos sobre como o cigarro está relacionado ao câncer de pulmão.

“Em relação aos tumores de pulmão, sabe-se que em 90% dos casos a neoplasia está relacionada ao cigarro”. (Revista Veja, matéria: *Lugar para pessoas com câncer*, dia: 22/02/2006).

“Segundo o oncologista do Hospital Sírio Libanês, Fernando Cotait, diz que de dez pacientes com câncer do pulmão, nove são tabagistas. Especialmente os que fumam um ou dois maços de cigarro por dia, durante dez anos ou mais”. (O Estado de São Paulo, matéria: *O melhor é prevenir*, dia: 28/06/2009).

“Fumar é a maneira mais segura de antecipar a morte”. (Revista Veja, matéria: *A fumaça que mata*, dia: 15/04/2006).

“Quem fuma tem 20 a 30 vezes mais chances de ter câncer de pulmão. Ele é o câncer que mais mata homens no Brasil, e, desde 2002, o segundo que mais mata mulheres. De 80% a 90% dos casos da doença matam em menos de 5 anos. Além disso, o fumante diminui sua capacidade respiratória e tem maiores chances de ter qualquer doença respiratória, como bronquite e enfisema”. (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *O que o cigarro faz com o corpo*, dia: 03/09/2007).

“O tabagismo é a principal causa de tumores malignos evitáveis, como explica o cirurgião torácico e diretor do hospital do câncer, Paulo de Biasi ‘se as pessoas não fumassem ou parassem de fumar isso evitaria dezenas de tipos de câncer, entre eles, os de pulmão, estômago, bexiga e colo do útero’.” (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Brasileiros com menor renda fumam mais*, segundo pesquisa do INCA, dia: 30/08/2010).

De acordo com as matérias analisadas, a maioria delas faz a relação do cigarro como o principal responsável pelo surgimento do câncer de pulmão; tal fato é comprovado através de dados estatísticos, de forma a dar idoneidade às matérias e ao saber médico. O hábito de fumar vem crescendo nas últimas décadas e, como consequência disso, há um aumento significativo da incidência de morte por câncer de pulmão, segundo as estatísticas do INCA (2012). Conforme algumas pesquisas, 90% dos tumores podem ser evitados com o abandono do tabagismo. Dessa forma,

não só as estatísticas de número de fumantes relacionados à morte, mas o seu inverso também reforça a ideia de pânico moral sobre o cigarro. Assim, não fumar cigarro representa a cura (deixar viver).

Nesse sentido, a biopolítica preocupa-se com o fazer viver dos sujeitos, incidindo sobre as práticas sociais, econômicas e corporais, de forma que a conjuntura do individual impacta no coletivo. Um exemplo disso, são as políticas de saúde pública que são criadas e planejadas para a população com a finalidade de reduzir doenças e promover a saúde. Esse modelo diferencia-se do poder soberano exercido no século XVIII, em que o poder de morte garantia ao governo o controle sobre o corpo. Se antigamente era preciso fazer morrer e deixar viver, com o surgimento do biopoder e a instauração da biopolítica a lógica muda; agora é preciso fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 2010).

O risco de morrer de câncer de pulmão é 22 vezes maior para fumantes do que para os não fumantes. Segundo cancerologista Dráusio Varella, quem fuma um maço ou mais por dia perde, em média, quinze anos de vida; cada tragada joga no pulmão cerca de 4.000 substâncias químicas, sendo que muitas delas são cancerígenas. Numa das edições da Revista Veja de 2006, Varella afirma que: “Fumar é a maneira mais segura de antecipar a morte.” Para o médico, a maioria dos fumantes sabe disso, mas mesmo assim se consideram a salvo; “Nunca achamos que vai acontecer conosco”, explica Varella. Quando acontece, normalmente já é tarde demais, principalmente pelo câncer de pulmão ser um tipo de câncer cujo diagnóstico da doença na sua fase inicial é muito difícil de ser realizado. Com efeito, quando se descobre, o câncer já está bastante desenvolvido, o que dificulta o tratamento e a possível “cura”. Em geral, os médicos dão somente 6 meses de vida aos doentes com esse tipo de enfermidade.

De acordo com o também médico e Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Sergio Cortes, as complicações decorrentes do tabaco são a maior causa de doenças e mortes evitáveis em todo o mundo. Só no Brasil, o tabaco é responsável por 200 mil óbitos por ano. O fumo está associado a diversas doenças vasculares e a diversos tipos de câncer, além de colaborar para o desenvolvimento e agravamento de bronquite crônica e enfisema pulmonar (JORNAL O GLOBO, 2009).

Assim sendo, pode-se pensar que os fumantes possuem a liberdade e o poder para realizar as suas escolhas, ou seja, já que sabem dos maléficos do

tabagismo e mesmo assim decidem continuar fumando, eles podem vir a ser considerados culpados pelo surgimento da sua doença. Segundo Foucault (2010), a marca do liberalismo é a liberdade, que é constantemente produzida, organizada e reguladora, dessa forma, essa racionalidade convoca os sujeitos a cuidarem de si, de sua saúde, alimentação, educação, lazer, enfim, cada um torna-se responsável por sua vida.

Assim, essa variável confirma o argumento apresentado ao longo desse trabalho, ou seja, o de que – de acordo com Foucault (2010) – o biopoder na modernidade atua sobre a vida humana como uma forma de controle, principalmente em relação às aspirações do homem, fazendo com que os desejos, os instintos e os anseios se voltem contra si mesmos e, assim, diminuindo as suas potencialidades. Desse modo, o biopoder vem a culpabilizar o homem por suas vontades, fazendo com que as pessoas se adaptem a uma rotina repetitiva, considerada adequada e dentro dos padrões de normalidade aceitos pela sociedade. Com efeito, o biopoder tem a intenção de controlar a vida dos fumantes para que eles se sintam culpados por fumarem e por virem a desenvolver o câncer de pulmão. Consequentemente, o controle serve para buscar uma mudança na maneira de vida dessas pessoas, ou seja, uma ressignificação na visão da doença, entendendo os malefícios causados pelo cigarro, estimulando, deste modo, que elas venham a adquirir novas condutas, principalmente parar de fumar para passar a ter o direito de viver, induzindo o estilo de vida saudável.

A qualidade de vida configura uma trama em torno da busca pelo bem-estar, a partir da mudança de comportamentos, procurando adotar cuidados que mantenham os indivíduos mais saudáveis e ativos, abandonando, com isso, antigos hábitos, tais como: a alimentação não-saudável, fumar e ingerir bebidas alcoólicas, dentre outras. Os indivíduos são impelidos constantemente também a praticar exercícios físicos. Dessa forma, os sujeitos vão se transformando a partir dos discursos e das verdades que os interpelam. De acordo com Foucault (2004, p. 267), os sujeitos constituem-se por meio “de um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser.”

d) A próxima variável avaliada refere-se aos *Números e as estatísticas sobre o diagnóstico do câncer de pulmão*, principalmente o aumento considerável de casos

da doença nas mulheres. Foram analisadas 13 reportagens, e destas, 20 referências sobre o tema.

“O instituto do câncer do estado de São Paulo apontou que 60% dos fumantes diagnosticados com câncer não conseguem largar o cigarro mesmo após descobrirem a doença”. (Folha de São Paulo, matéria: *Mais da metade dos fumantes com câncer não larga o vício após o diagnóstico*, dia: 26/08/2010).

“Menos de 10% dos pacientes são diagnosticados em fase inicial nos países”. (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Médicos usam robôs para operar o câncer do pulmão*, data: 17/11/2010).

“Embora o prognóstico de quem recebe a confirmação do câncer de pulmão seja difícil, muito se deve ao fato de a doença geralmente ser descoberta já em estágio avançado, quando as chances de cura já estão bastante reduzidas”. (Jornal Zero Hora, matéria: *Brasileiros desconhecem câncer de pulmão*, data: 13/05/2007).

“A incidência do câncer de pulmão nos últimos anos tem aumentado no país, preocupando não só a população, como especialmente os médicos. Um dos tumores mais frequentes, e que mais mata, apresenta problemas sérios quando se trata de seu diagnóstico”. (Jornal Zero Hora, matéria: *Diagnóstico precoce é fundamental*, data: 11/09/2006).

“O tabagismo é particularmente ingrato com as mulheres. Não que os homens sejam poupados, ao contrário. Sob diversos aspectos as mulheres são mais suscetíveis à fumaça do que os homens. As mulheres fumantes têm mais dificuldades em recuperar-se dos infartos do coração. Algo especialmente grave é o fato de que, e comparativamente, as mulheres têm mais dificuldades para abandonar a nicotina do que os homens. Seja pelo fato de que têm mais propensão à depressão psíquica, seja pelo temor de ganhar peso excessivamente durante o processo e nunca mais perdê-lo”. (Jornal O Globo, matéria: *Dia de combate ao fumo*, data: 29/08/2006).

“No passado, os homens fumavam mais que as mulheres, tendo mais incidência da doença. Os números começaram a mudar nos últimos 30 anos, quando as mulheres

deixaram as atividades do lar em busca de realização profissional”. (Jornal Zero Hora, matéria: *Diagnóstico precoce é fundamental*, data: 11/09/2006).

“Paulo Hoff, diretor clínico do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), chama o aumento da incidência do câncer de pulmão de “lado obscuro da emancipação feminina”, pois com os benefícios conquistados, também se tornou mais comum o tabagismo feminino (Jornal O Estado de São Paulo, matéria: *Câncer de pulmão aumenta entre as mulheres em 16 capitais*, data: 27/11/2010).

De acordo com as estatísticas do INCA, o número cada vez mais crescente de casos de câncer de pulmão vem preocupando não somente a área médica, como também a sociedade em geral. Isso ocorre, sobretudo porque este é tipo de câncer com a maior incidência de mortalidade no país e no mundo. Desse modo, podemos pensar que a utilização das estatísticas e dos números de casos da doença serve para justificar dentro da sociedade um problema ou uma situação que necessita de intervenção para conduzir as condutas.

Ao analisar as reportagens, percebe-se que os números e as estatísticas referentes aos casos de câncer conferem legitimidade para aquilo que é posto em circulação e ao mesmo tempo fazem parte das estratégias da biopolítica para racionalizar o governo das condutas, por meio da apreensão dos dados referentes à população (FOUCAULT, 2010).

O cigarro é visto como o grande “vilão” por trás da doença, já que é considerado responsável pelo surgimento da moléstia. Além disso, segundo os médicos, é somente com o controle do tabagismo que se pode reduzir o número de casos de câncer de pulmão (INCA, 2012).

Assim, as campanhas aparecem como estratégias para prevenir a doença, através do diagnóstico precoce para a detecção da doença como forma de controle, além de desenvolver tecnologias mais avançadas para conseguir tratamentos mais eficazes.

Outro ponto analisado nas reportagens, importante de destacar, é o número de matérias citando o aumento de casos de câncer de pulmão nas mulheres. Luis Antônio Santini, diretor-geral do INCA aponta que: “Agora que começa a estabilizar e até cair os números de câncer de pulmão entre os homens, a incidência aumenta entre as mulheres” (JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO, 2010). Pode-se pensar

que o aumento do número de casos da doença ocorre em um momento social em que a mulher está cada vez mais independente e fumando mais. Ainda de acordo com o médico, o tabagismo tem se tornado mais comum entre as jovens. “Talvez por um desejo de autoafirmação”, pondera o médico.

Segundo Rosemberg (1981), o aumento da doença na população feminina deve-se ao fato de que as mulheres começaram a fumar mais tarde do que os homens. Devido às restrições sociais, elas fumavam menos cigarros por dia e não tragavam profundamente. Hoje em dia, as mulheres estudam, trabalham, possuem uma vida agitada e muitas vezes não têm tempo para cuidarem de si mesmas, vindo, em alguns momentos, a sofrer com o surgimento das doenças, uma delas é o câncer.

Atualmente, não restam dúvidas da ação do fumo como o principal responsável pelo câncer de pulmão. O uso do cigarro também aumenta o risco do câncer da laringe, esôfago, bexiga, cavidade oral, pâncreas, sendo que outros tipos de câncer também estão associados ao tabagismo. Portanto, pode-se dizer que as doenças relacionadas do fumo estarão associadas aos índices de morbidade e mortalidade e, com isso, vindo a tornar-se uma preocupação cada vez maior das autoridades responsáveis pelas campanhas de saúde pública.

e) Foram avaliadas 21 reportagens e destas, foram encontradas 42 referências ao *Fumo passivo*.

“Cigarros causam câncer de pulmão e outras doenças fatais não apenas em fumantes, mas também nos fumantes passivos”. (Jornal O Estado de São Paulo, matéria: *Crianças são as maiores vítimas do fumo passivo*, data: 10/07/2008).

“Os pesquisadores levaram em conta as três principais doenças relacionadas ao tabagismo passivo: câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração com enfarto e acidentes vasculares cerebrais”. (Jornal O Estado de São Paulo, matéria: *Fumo passivo mata mais de sete pessoas por dia*, data: 22/09/2008).

“Definiu-se como fumantes passivos as pessoas que nunca fumaram, mas que moravam com pelo menos um fumante no mesmo lar”. (Jornal O Estado de São Paulo, matéria: *Fumo passivo mata mais de sete pessoas ao dia*, dia: 22/09/2008).

“De acordo com a pesquisadora e médica Valeska Figueiredo, da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, o fumo passivo é considerado a terceira maior causa de morte evitável do mundo, depois do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica. São mortes que poderiam ser facilmente evitadas, isso mostra a necessidade de termos uma legislação mais rígida em relação ao cigarro”. (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Fumo passivo mata sete pessoas por dia*, data: 23/08/2008).

“O câncer de pulmão é considerado o de maior mortalidade no mundo. Cerca de 90% dos casos estão relacionados ao consumo excessivo ou à exposição passiva do tabaco”. (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Negros fumantes*, data: 26/06/2009).

Segundo o INCA (2012), o fumo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, ficando atrás somente do tabagismo ativo e do consumo de álcool. Um estudo do INCA mostrou que o SUS gasta cerca de 20 milhões de reais por ano por causa dos tratamentos realizados em doentes devido a doenças provocadas pela exposição de não fumantes à fumaça do cigarro.

Além da já existente preocupação com os fumantes, os governantes, juntamente com a categoria dos médicos, começaram a também se preocupar com o crescente número de casos do câncer de pulmão em indivíduos que não fumavam, ou seja, os fumantes passivos. Devido a isso, criaram formas de regulamentação do uso do cigarro em locais públicos e de trabalho. Nesse sentido, ao serem analisadas as reportagens dos jornais, pode-se observar a ressignificação da doença pela medicina já que com isso os médicos começaram a divulgar dados, estudos e pesquisas relacionando o cigarro com o câncer de pulmão e com os fumantes passivos. Como estratégia, começaram a impor mais atitudes dos governantes em relação à criação de leis mais eficazes contra o tabagismo.

Ao longo dos anos foram sendo criadas leis e políticas antifumo. Uma dessas leis obrigava as indústrias dos produtos do tabaco a colocarem nos maços de cigarro a advertência; “O ministério da saúde adverte: Fumar é prejudicial à saúde.” Com o passar dos anos, além dessa advertência foram colocadas também imagens fortes que representavam as consequências do fumo e que visavam causar impacto

na população sobre os perigos do fumo. Outra lei que merece destaque diz respeito à proibição do fumo em locais públicos como bares e restaurantes. Dessa forma, os fumantes só podem fumar em locais específicos.

Atualmente existem medidas restritivas visando proteger os não-fumantes. Segundo Rosemberg (1981, p. 270) as medidas preventivas têm como objetivo:

[...] não é o de punir os fumantes, mas fazê-los compreender como são nocivos para a saúde dos não fumantes. A liberdade do indivíduo tem uma limitação; não significa liberdade para prejudicar outras pessoas. Por isso os fumantes terão cada vez maiores restrições quanto aos locais onde possam fumar. A medida que forem se generalizando aqueles referidos direitos, às últimas gerações de fumantes terão de se contentar a fumar na rua ou em seus próprios domicílios.

O INCA, órgão responsável pelo Programa Nacional de Combate do Tabagismo (PNCT), está sempre elaborando diversos tipos de projetos e ações educativas contra o tabagismo, buscando difundir o maior número de informações sobre os malefícios do tabaco, buscando a diminuição do número de fumantes. Enquanto pânico moral, esta variável fortalece o perigo do fumante e assim vem a criar uma perseguição, através das leis antifumo, como formas de controle da doença.

Atualmente os fumantes só possuem a liberdade para fumar em áreas ao ar livre e em suas residências, não podendo fumar em ambientes fechados para não vir a comprometer a saúde dos outros.

4.2 MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA A DOENÇA CÂNCER

2) Outra categoria de análise refere-se à *Prevenção*, a partir da qual pretendeu-se observar e analisar se houve – devido ao aumento das campanhas educativas sobre o câncer de pulmão em virtude do cigarro – uma mudança e uma ressignificação na visão acerca da doença, assim, dando mais ênfase às medidas preventivas sobre a enfermidade, não com o foco no doente, mas sim na prevenção da moléstia.

Antes de qualquer coisa, a análise dos dados está vinculada aos diagnósticos, tratamentos, campanhas, ações educativas, atuação do estado e demais instituições na saúde pública em relação ao câncer de pulmão.

O surgimento da doença provocou diversos estudos e pesquisas em várias áreas do conhecimento e quanto mais se conhecia sobre o câncer, mais aumentava a preocupação dos médicos em relação a ele. A doença é percebida na sociedade como um fenômeno social, e assim como toda construção social, obtém diversos significados por meio de variados grupos sociais, em diferentes épocas da história (NASCIMENTO, 2005).

De acordo com a autora, a doença é vista como um problema que necessita ser explicado. Assim:

[...] a história das doenças é um dos caminhos para se compreender uma sociedade: é preciso avaliar a dimensão social da doença, como ela se mostra, pois a doença funciona como significante social – é um suporte e uma das expressões da sociedade (NASCIMENTO, 2005, p. 35).

Neste contexto, é necessário avaliar as formas com que a sociedade entende e dá significado a determinadas doenças, já que elas fazem parte da realidade social e histórica de um povo e de uma cultura em determinada época.

A realização dos tratamentos ao câncer de pulmão é um pouco diferente dos outros tipos de cânceres. Na maioria dos casos da doença, as primeiras formas de tratamento são a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia. Todavia, quando o câncer de pulmão é diagnosticado – normalmente de forma tardia, devido à falta de sintomas e da realização de exames periódicos – descobre-se que ele já se encontra bastante desenvolvido e isso requer um tratamento diferenciado, ou seja, em primeiro lugar é realizada uma cirurgia com a finalidade de retirar todo ou quase todo o tumor e apenas após disso são feitas as demais terapias.

Através das matérias analisadas constatou-se a relação do cigarro com o aparecimento do câncer de pulmão. Nesse sentido, à medida que o tabagismo foi sendo associado à doença no mundo, começaram os primeiros movimentos antitabagismo, através dos discursos de controle da doença e dos riscos à saúde proporcionados pelo hábito de fumar.

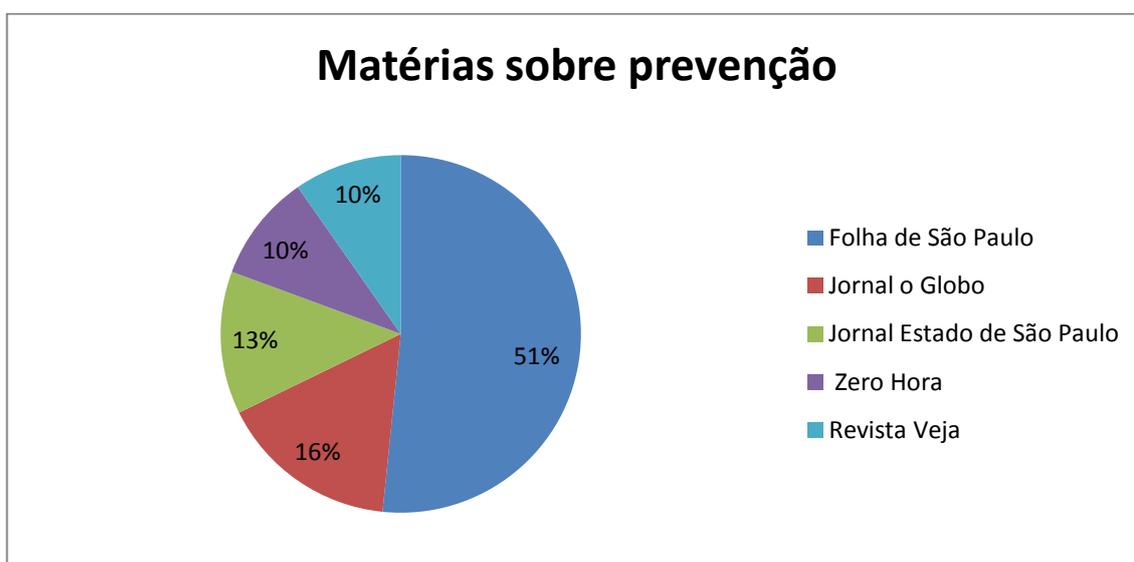
Atualmente, a saúde pública está cada vez mais preocupada com a criação e o desenvolvimento de medidas de prevenção contra o câncer de pulmão e, nesse sentido, contra o tabagismo que é vinculado ao aparecimento da doença. Dessa forma, foi escolhida a data de 31 de maio para ser o Dia Mundial sem Tabaco. Além desse, o dia 27 de novembro também é importante, pois representa o Dia de

Combate ao Câncer. Nessas datas ocorre à elaboração de medidas e ações realizadas com a intenção de mostrar os malefícios causados pelo tabagismo, com o intuito de mobilizar a população à mudança de comportamento, visando à diminuição do número de fumante e, com efeito, o número de casos de câncer de pulmão.

O INCA é o responsável pela elaboração das campanhas realizadas contra o câncer no Brasil, buscando o controle da doença, tendo como foco principal o diagnóstico precoce. Através dessas campanhas são divulgadas à população o conteúdo sobre o câncer de pulmão por meio de cartazes, cartilhas, panfletos, programas de rádio e televisão e até mesmo a divulgação de um filme sobre o câncer.

As primeiras ações educativas sobre o câncer surgiram a partir de 1920, quando buscavam a prevenção da enfermidade e, ao longo dos anos, foram sendo criadas ações mais eficazes. Um dos pioneiros contra o câncer foi o médico Mario Kroeff, que ampliou a elaboração das propagandas educativas com maior ênfase no controle da doença, procurando alertar a população sobre os perigos desta enfermidade e, com isso, tentando incutir nas pessoas a realização de exames com maior frequência, com a finalidade de descobrir o câncer ainda no início da doença, tendo em vista a realização de um tratamento mais dinâmico.

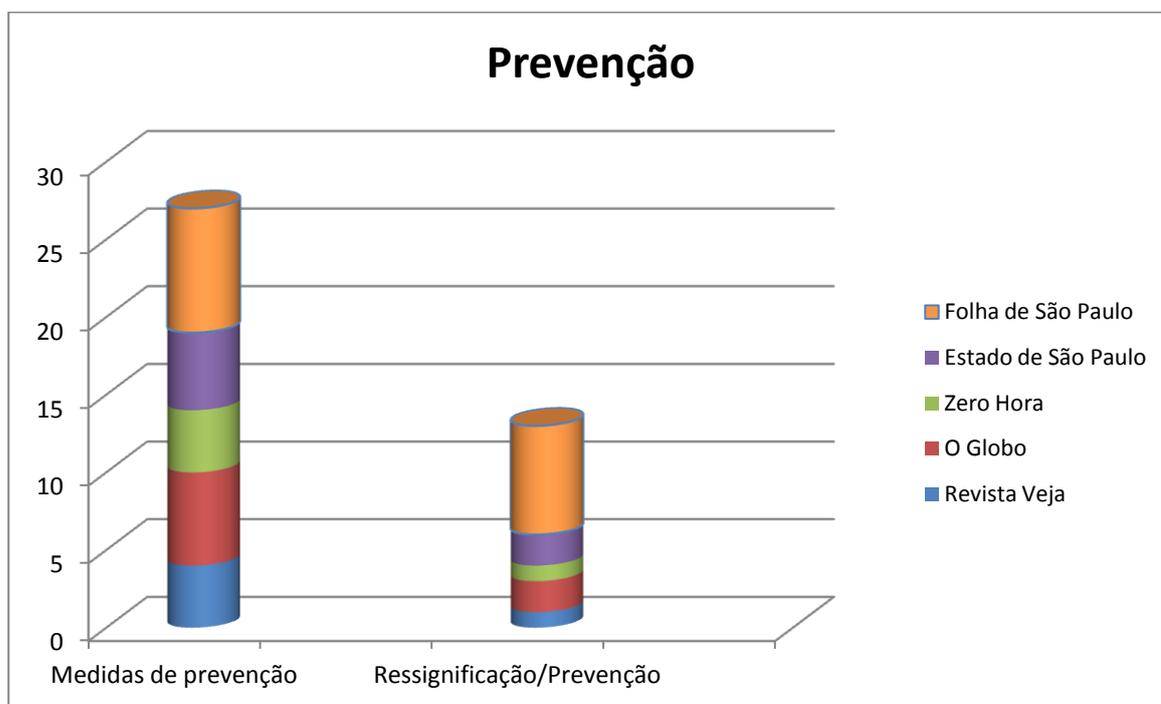
Gráfico 2 - Matérias sobre prevenção



Fonte: Dados elaborados pela autora.

O jornal que teve maior número de reportagens publicadas sobre a prevenção da doença foi o Folha de São Paulo, com 51% de matérias, destacando-se em relação aos demais jornais; em seguida, veio o jornal O Globo com 16%, Jornal O Estado de São Paulo, com 13% e o Jornal Zero Hora e a Revista Veja, com 10% cada um. Através desses números pode-se perceber que o Jornal Folha de São Paulo foi o que deu maior destaque às reportagens relativas à prevenção do câncer. Além disso, a Folha de São Paulo demonstrou também preocupação em realizar matérias noticiando o cigarro como o causador da doença câncer de pulmão.

Gráfico 3 - Matérias de jornais analisadas sobre as variáveis medidas de prevenção ao câncer do pulmão e ressignificação/prevenção

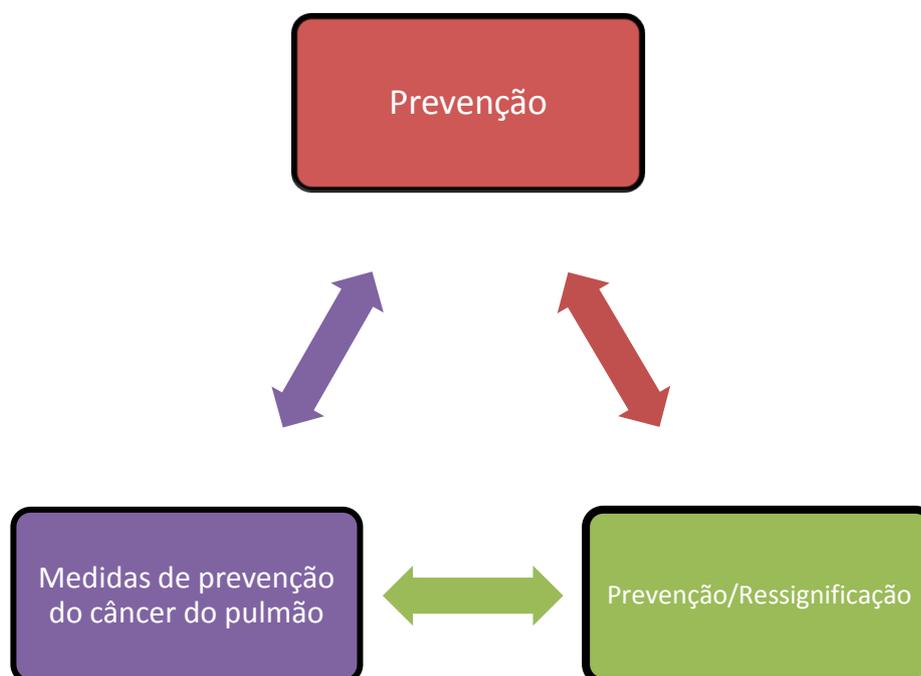


Fonte: Dados elaborados pela autora.

Fazem parte dessa categoria as variáveis:

- Medidas de prevenção do câncer do pulmão;
- Ressignificação/Prevenção

Figura 4 - Prevenção e suas variáveis



- a) A variável a ser analisada é relacionada às *Medidas de prevenção* contra o câncer de pulmão que vem sendo realizadas.

“Cuidar a saúde da população é dever dos governantes. Quando estados e municípios adotam medidas que ampliam os benefícios constituídos por leis federais de proteção à saúde estão cumprindo seu papel de promover o bem estar social”. (Jornal O Globo, matéria: *Tabaco faz mal aos cofres públicos*, data: 22/10/09).

“A boa educação e o planejamento de medidas de prevenção levam à aplicação automática e ao sucesso das restrições ao fumo. O público deve ser antecipadamente informado de que estão sendo adotadas disposições proibindo fumar, bem como o das razões dessa proibição, do ponto de vista da saúde”. (Jornal O Globo, matéria: *Dia de combate ao fumo*, data: 29/08/06).

“Apesar de parar de fumar ser a atitude preventiva mais importante para se reduzir os riscos de contrair câncer de pulmão, consumir uma mistura de vários tipos de frutas e vegetais também pode diminuir o risco, independentemente da quantidade,

especialmente entre os fumantes”. (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Comer frutas e verduras reduzem risco de câncer de pulmão*, data: 31/08/2010).

“Os avanços devem ficar por conta do diagnóstico, que deverá ser feito antes mesmo do aparecimento da doença, por meio de modernos exames que serão realizados nas populações de risco” (Jornal Zero Hora, matéria: *Diagnóstico precoce é fundamental*, data: 11/09/2006).

- a) Variável **Ressignificação/Prevenção**, nessa variável busca-se descobrir se houve uma mudança na visão da doença e com isso uma ressignificação desta, devido ao fato de que as medidas preventivas sobre o câncer do pulmão não têm como foco o doente e sim a prevenção da enfermidade.

“O impacto indireto que uma pessoa que para de fumar exerce sobre o grupo social de fumantes, mesmo que esses indivíduos não se conheçam. É como um efeito dominó: quanto mais gente abandona o vício, mais a sociedade vai se tornando hostil ao tabagismo, e isso desfavorece o hábito de fumar”. (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Ex-fumantes influenciam fumantes*, data: 10/07/2008).

“Um dos argumentos do governo é justamente o gasto elevado do tratamento das doenças decorrentes do fumo. Reconhecido como doença, o tabagismo dá origem a outros 56 males, como diversos tipos de cânceres, bronquite, osteoporose e até impotência sexual”. (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *As variações genéticas ligadas ao câncer de pulmão*, data: 10/09/2008).

“Vários cânceres pesquisados poderiam ser facilmente evitados no Brasil, com a adoção de uma dieta saudável, a prática de mais exercícios físicos e um controle de peso adequado”. (Jornal O Estado de São Paulo, matéria: *Boa parte dos casos de câncer no Brasil poderia ser evitada*, data: 26/02/2009).

“Para Tânia Cavalcanti chefe da Divisão de Controle de Tabagismo do INCA, o tabagismo é uma doença “transmissível socialmente”. ‘Numa sociedade em que todos fumam, a tendência é que este comportamento cresça, ainda mais sendo uma

dependência, o mesmo vale para inverso'. Com maior educação sobre o risco de fumar, busca-se diminuir o número de fumantes". (Jornal Folha de São Paulo, matéria: *Ex-fumantes influenciam fumantes*, data: 10/07/2008).

"Informação para o gestor de saúde pode ajudar ele a planejar melhor as estratégias de prevenção e controle. Informação para o próprio indivíduo pode fazer ele modificar o estilo de vida e procurar um serviço de saúde para um diagnóstico mais precoce". (Jornal o Globo, matéria: *Formas de prevenir e tratar o câncer*, data: 27/11/2006).

Ao analisar essas duas variáveis – a prevenção da doença e a sua ressignificação – pode-se observar que as notícias demonstram a ressignificação do câncer de pulmão na sociedade brasileira. Como a ciência médica não dispõe ainda de uma "cura" para o câncer, especialmente o câncer de pulmão, os médicos estão empregando outras estratégias para tentar diminuir o número de casos da doença. Nesse sentido, utilizam o artifício da prevenção da doença. Dessa forma, a ciência médica prescreve condutas e atitudes a serem tomadas em relação ao cigarro, buscando assim, a diminuição do tabagismo e, conseqüentemente, o número de casos de doenças relacionadas ao fumo. São utilizadas também campanhas de saúde para conscientizar a população sobre os malefícios do fumo, priorizando dessa forma, uma melhor qualidade de vida, estimulando hábitos alimentares mais saudáveis, a prática de exercícios físicos e maiores incentivos aos exames preventivos, garantindo a longevidade da vida e prevenindo assim o desenvolvimento da doença.

Essa ressignificação da doença está ocorrendo por meio dos empreendedores morais, ciência médica, Estado (INCA) e mídia que ao criarem os pânico morais buscam influenciar a sociedade a mudar o seu comportamento e a sua conduta diante dos malefícios do tabagismo. Para tanto, são apresentados à população dados, estatísticas, textos e imagens que comprovam aquilo que se defende como verdade, ou seja, que o cigarro é o responsável pelo câncer de pulmão.

Quando um médico fala, não é possível dissociar sua imagem de um sistema cultural que gira em torno da profissão, do poder, conferindo-lhe para si o direito do saber sobre saúde e doença. Assim, o médico (ciência médica) atua sobre os corpos

e sobre a saúde dos sujeitos, na tentativa de instaurar um conhecimento clínico. Dessa forma, o discurso médico possui uma força e uma legitimidade pelo saber que determina o que fazer para manter a saúde e a vida dos sujeitos.

Desse modo, a ciência médica busca – através das medidas de prevenção – a qualidade de vida dos indivíduos, a partir dos discursos sobre o viver bem. A invenção da qualidade de vida está relacionada à condução dos sujeitos, ou seja, se liga as condições físicas, bem-estar, alimentação adequada, prática de exercícios, enfim, com aquilo que é considerado “viver bem”.

As reportagens dos jornais e da revista analisadas nesta pesquisa, foram selecionadas por se acreditar na variabilidade do público que tais notícias conseguem atingir, e pelo fato que o jornal é um tipo de texto que circula por diversos ambientes e por mais de um leitor. Dessa forma, pode-se estimar o quão potentes são os jornais e revistas como locais de circulação de verdades e de formação de opinião. Esses materiais veiculados através da mídia são também utilizados como veículos de disseminação de conhecimento, comportamentos, hábitos e cuidados com a saúde.

A mídia é considerada um meio de “comunicação de massa”; conforme as palavras de Thompson (1999, p. 32):

[...] é uma série de fenômenos que emergiram historicamente através do desenvolvimento das instituições que procuravam explorar novas oportunidades para reunir e registrar informações para produzir e reproduzir formas simbólicas, e para transmitir informação e conteúdo simbólico para uma pluralidade de destinatários em troca de algum tipo de remuneração financeira.

Dessa maneira, ainda segundo o autor, a mídia divulga informações e conteúdos simbólicos cada vez mais amplos. Assim, percebe-se que a mídia atua de maneira imperativa, valendo-se de várias estratégias para a condução do comportamento dos sujeitos.

Desse modo, de acordo com as reportagens analisadas, a maioria dos doentes que desenvolveram o câncer de pulmão era tabagista. Este fato demonstra que, apesar da evidência “fumar causa câncer de pulmão” estar sendo veiculada nas reportagens pela ciência médica, pelo INCA e pela mídia, essa relação não tem gerado, por si só, a motivação necessária para o abandono do vício. Através desses dados, torna-se nítida a necessidade da criação e divulgação – pelo Estado – de

campanhas de prevenção mais consistentes para mobilizar os sujeitos sobre os perigos do tabagismo, buscando assim uma qualidade de vida mais saudável da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de pulmão é uma doença que vem crescendo imensamente nas últimas décadas, sendo a principal causa de óbitos em homens e tendo um aumento significativo nos casos de mortalidade na população feminina, transformando-se em uma epidemia mundial. Estima-se 17.210 novos casos da doença nos homens e 10.110 nas mulheres. Segundo o INCA (2012), esses números tendem a aumentar principalmente entre as mulheres, devido ao fato de que elas começaram a fumar mais tarde do que os homens.

Segundo estudos realizados pelo INCA (2012), o aumento do número de casos da doença na população feminina é relativo a diversos aspectos, como o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho, a busca pela independência, *status* social, autonomia. O aumento do consumo do fumo pelas mulheres deve-se também às propagandas que anunciavam que o cigarro relacionava-se à magreza.

O câncer de pulmão, devido ao fato de que seu diagnóstico muitas vezes é realizado tardiamente, dificulta um tratamento positivo, já que é um tipo de câncer que não produz sintomas visíveis como outros tipos de cânceres.

A partir do início do diagnóstico da doença e dos primeiros tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) a ideia de morte é constante na vida dos doentes e esse pensamento tende a aumentar na medida em que a situação do doente se agrava, em virtude do mal-estar e dos efeitos colaterais do tratamento (perda de cabelo, perda de peso, dentre outros), causados pelas medicações. Nos estágios mais críticos da doença, a vítima de câncer apresenta incapacidade física, principalmente dificuldade de respirar, as tosse constantes – sintomas estes não raros no caso do câncer de pulmão. Outra preocupação dos indivíduos que desenvolvem o câncer é o estigma que a doença traz a suas vidas. Muitas vezes, por esse estigma, os doentes afastam-se do convívio social, ficando reclusos, podendo inclusive desenvolver depressão. Dessa forma, percebe-se o peso social atribuído ao câncer, uma enfermidade de tratamento longo e geralmente doloroso, que causa sofrimento físico e mental aos doentes.

Vale ressaltar que, no início do surgimento da doença, a ciência médica, o Estado (INCA) e a mídia – ao anunciarem a maioria dos materiais disponibilizados para a população sobre o câncer – mantinham as ideias de “medo” e “pavor” sobre a enfermidade, já que não possuíam conhecimentos mais aprofundados sobre a moléstia. Porém, aos poucos, essa visão da doença foi sendo modificada, explorando novos enfoques.

De acordo com os dados obtidos na referida pesquisa, concluí-se que na visão da mídia, o tabagismo está relacionado ao câncer de pulmão, reforçando, assim, o mal que o cigarro traz à saúde não só dos fumantes, mas também dos não-fumantes – os considerados “fumantes passivos”. Dessa forma, entende-se que a mídia, por ser formadora de opinião, constrói e dá novos significados à doença. Isso fica mais evidente quando se percebe que antigamente o cigarro era estimado como sinal de poder e *status*, sendo que atualmente é visto como o “mal” que deve ser combatido, eleito pelos pânicos morais como o “bode expiatório” da vez, vindo a influir nas campanhas de política pública.

A partir da análise realizada, pode-se perceber a formação de um pânico moral em relação ao tabagismo, ou seja, a mídia a ciência médica e o Estado, através dos dados do INCA, atuam como amplos empreendedores morais, evidenciando, a partir de estatísticas, reportagens e estudos, a associação do cigarro como o maior causador do câncer de pulmão. Com efeito, instaura-se o medo e pânico social da doença e, conseqüentemente, do tabagismo.

De acordo com Thompson (apud Miskolci, 2007, p. 117) o processo de criação dos pânicos morais pode vir a ser realizado em cinco etapas:

Primeiro, algo ou alguém é definido como um perigo para valores e interesses, depois esse perigo é interpretado em uma forma facilmente reconhecível pela mídia e há uma rápida construção de preocupação pública. Por fim, há uma resposta das autoridades ou dos criadores de opinião e o pânico cessa ou resulta em mudanças sociais.

Entende-se que o conceito do pânico moral é uma reação coletiva sobre algo ou alguém que é percebido como ameaçador e que vem a surgir em um momento na história da humanidade. Devido a isso, é necessário que a sociedade mude e melhore os seus valores tradicionais combatendo esse “mal”.

Nesse sentido, segundo Foucault (2010), o biopoder tem um maior crescimento com as produções de saber, como as estatísticas e os dados obtidos

em pesquisas e estudos, através dos quais podem ser avaliadas as condições de saúde, mortalidade, casos da doença, dentre outras e, com isso, vindo a transmitir esses dados como verdades e como formas de um saber destinado à população.

Portanto, pode-se observar que os conceitos foucaultianos de biopoder e biopolítica utilizam a prevenção como um mecanismo regulador; no caso câncer de pulmão, percebe-se que o biopoder e a biopolítica buscam que a população venha a ter uma melhor qualidade de vida e de saúde, prevenindo a doença e, conseqüentemente, adiando a mortalidade. Buscam ainda a orientação de determinadas regras de comportamento, através do desenvolvimento de campanhas educativas na área da saúde sobre os perigos e as conseqüências que o uso do cigarro traz para a saúde dos indivíduos.

Outro aspecto que fortalece essa ideia foi a assinatura da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Esse tratado refere-se à formulação de medidas para reduzir diversos serviços em relação ao tabaco, como por exemplo: aumento dos valores dos produtos produzidos pelas indústrias tabagistas, proibição da publicidade e propaganda nos jornais e meios de comunicação; nas embalagens dos cigarros devem ter rótulos de advertência, a publicação de estudos sobre a relação saúde e cigarro (ROSEMBERG, 1981). Esse tratado visa a diminuição do número de fumantes no mundo.

De acordo com Latour (2000, p. 28), “a ciência pode ser vista em duas fases; uma que sabe e a outra que não sabe”, assim, “quando as coisas se sustentam, elas começam a se transformar em verdade.” Dessa forma, a ciência quando demonstra dados, estatísticas e outras formas de análises sobre a relação do cigarro como o responsável pelo surgimento do câncer de pulmão, tais dados sustentam-se diante da sociedade e assim, a sociedade os aceita como verdadeiros. Ou seja, a cada pessoa que se convence da veracidade dos fatos, a estrutura científica se fortalece. No caso do câncer de pulmão, a ciência médica é uma das responsáveis por tornar o cigarro o grande “vilão” que precisa ser combatido.

Conseqüentemente, tudo isso faz parte da construção da ciência. Nesse sentido é que se percebe como a medicina inventa fatos e buscando gradualmente construir verdades sobre esses acontecimentos. Porém ela necessita que as pessoas os aceitem como tal. Segundo Latour (2000, p. 33), a ciência está em toda a parte: “nas máquinas que usamos, nos livros pelos quais aprendemos, nos

comprimidos que tomamos, nas paisagens que olhamos, nos satélites que cintilam no céu noturno sobre nossas cabeças.”

Ainda, para o autor, há dois tipos de pessoas diante da construção da ciência: aqueles apreendem a ciência através da banalização da mesma, ou seja, os fatos que chegam até esses indivíduos por acaso, não há um interesse em descobrir os fatos; e existem aquelas pessoas que realmente estudam a ciência e que buscam dividir os seus descobrimentos e os seus estudos com os leigos, de forma que aos poucos essas descobertas são expandidas na sociedade.

Nesse sentido, devido ao fato de que o cigarro foi visto por muitos anos como uma “droga legal”, facilmente aceita e disponível na sociedade, a mídia, a ciência médica e o Estado (INCA) buscam – enquanto empreendedores morais que são – a construção do pânico moral, criando, assim, um pavor sobre o tabagismo e, conseqüentemente, sobre o câncer de pulmão, uma vez que o cigarro é o grande causador da doença.

De acordo com o referencial teórico, as reportagens analisadas no decorrer da pesquisa estão vinculadas ao comportamento, à conduta e à ressignificação da doença. Pode-se pensar que na lógica contemporânea, devido o avanço do conhecimento científico sobre o câncer e o aumento significativo das políticas de prevenção, houve uma virada cognitiva em relação ao câncer de pulmão. Isso implica dizer que a sociedade está sendo influenciada pelos empreendedores morais para a mudança de conduta em relação à doença. Dessa maneira, se antigamente a preocupação era com a vítima de câncer, hoje – devido à incapacidade da medicina em descobrir uma “cura” adequada para a enfermidade – a saúde pública visa medidas preventivas contra a doença, antes que o indivíduo venha a desenvolvê-la.

Assim, os empreendedores morais criam os pânicos morais e os medos sociais na sociedade, em relação ao estilo de vida dos indivíduos. Como foi mencionado anteriormente, no que se refere ao câncer de pulmão e ao pânico moral criado sobre a doença, o medo está relacionado ao cigarro, o qual é visto como o grande “vilão”, por ser o culpado pela doença. Dessa forma, a saída apontada pelos empreendedores morais é alterar o comportamento dos fumantes – por eles estarem fora do padrão considerado aceito – impondo regras e leis a eles. Com isso, a sociedade busca um controle social sobre esses indivíduos. A conclusão a que se chega, portanto, é a de que os fumantes estão sendo excluídos.

De acordo com Foucault (2010), essa mudança de comportamento dos sujeitos ocorre através da biopolítica, ou seja, da disciplina dos corpos na conduta das pessoas, como uma forma de evitar a doença, no caso específico do câncer. Isso ocorre, pois, aos olhos da biopolítica, os corpos são percebidos como dóceis e até mesmo frágeis, sendo passíveis de manipulação. Dessa maneira, a biopolítica pode ser percebida como uma forma de coerção, tendo como objetivo o controle sobre as atitudes, os comportamentos, as vontades, os desejos dos indivíduos, tornando-os mais obedientes e, assim, obtendo a normalização das condutas.

Antigamente, a sociedade e a área médica tinham uma enorme preocupação com a vítima de câncer de pulmão, em tratar a doença nos seus diversos estágios. Porém, como esse tipo de câncer é o que mais mata atualmente e a medicina não consegue encontrar cura definitiva para tal enfermidade, os médicos estão utilizando outros artifícios para tentar minimizar essa doença, através da prevenção da moléstia. Em outras palavras, já que não conseguem curar, os médicos ao menos estão tentando diminuir a incidência doença. Conseqüentemente, há uma imensa quantidade de campanhas educativas sobre os malefícios do cigarro à saúde da população, já que ele é vinculado ao aparecimento do câncer de pulmão. Tais campanhas, pode-se dizer, têm como objetivo alcançar o controle sobre o comportamento dos fumantes, visando uma melhor qualidade de vida através de hábitos alimentares saudáveis, da prática de exercícios físicos, da busca por maiores e melhores técnicas de exames periódicos, principalmente tentando atingir a população jovem do Brasil e as mulheres – já que tem aumentado de forma significativa o número de fumantes e doentes nesses grupos.

A partir do exposto neste trabalho, é confirmada a hipótese levantada. Realmente, com o avanço do conhecimento científico sobre o câncer, e principalmente, o aumento significativo das políticas de prevenção ao longo do tempo, houve uma resignificação do câncer na sociedade brasileira, em especial, o câncer de pulmão, deixando de ser um problema centrado no indivíduo, mas antes, centralizado na prevenção da doença.

Percebe-se que há muito a se fazer em relação a conscientização da população sobre os malefícios do tabagismo, não somente na população brasileira, mas também, no mundo. Os governantes e as instituições médicas necessitam criar e desenvolver novas e melhores campanhas educativas sobre os perigos do fumo e sobre a prevenção da doença. Devem também ser instituídas leis mais rígidas em

relação ao cigarro. Sendo assim, é de máxima importância à implementação de novas estratégias na criação e modernização das campanhas educativas contra o cigarro, principalmente o uso das mídias sociais, que são uma forma de atingir um maior número de pessoas sobre os perigos que o fumo causa à saúde da população.

Ainda que a sociologia não tenha muitos estudos, pesquisas e produções científicas sobre este tema – isto é, a ressignificação do câncer de pulmão – acredita-se que possam surgir novas possibilidades e ideias para estudos mais aprofundados, sendo essa pesquisa somente o começo de diversas reflexões e possibilidades a serem descobertas. Sugere-se que seria enriquecedor desenvolver em um trabalho mais longo os tópicos investigados e analisados na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts and figures**. Atlanta American Cancer Society, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70/LDA, 2000.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRASIL, M. A. **A unidade psiquiátrica em hospital geral**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). 2005. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde; INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Ação Global para o Controle do tabaco** - 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 3. ed. Ministério da Saúde/INCA, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. **Monitoramento de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária**. Ministério da Saúde/ANVISA. Brasília, 2005. 136 p.

BRASIL. Decreto. n. 61.968 de 22 de dezembro de 1967. Institui a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. **Diário oficial da União**. Brasília, v. 8, p. 13019, 27 dez, 1967.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix 1993.

CARVALHO, A. O. R. **O Instituto Nacional de Câncer e sua memória**: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil. Dissertação (Mestrado Profissional em História) 2006. Programa de Pós-Graduação em História Política e Bens culturais. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, M. C. **O cigarro**. São Paulo: Publifolha, 2001.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitaria, 2004.

CRANDALL, C. S. Ideology and Lay Theories of Stigma: The Justification of Stigmatization. In: HEARTHERTON, T. F. et al. (Orgs). **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003, p. 126-50.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, 2005, p. 383-94.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil epidemiologia e estimativa**. Disponível em: www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa/2012. Acesso em: 02/03/2012.

_____. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

INGLEBY, David. A Construção Social da Doença Mental. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Lisboa, n. 9, 1982, p. 89-113.

KOWALSKI, I. S. G.; SOUZA, C. P. Câncer: uma doença com representações historicamente construídas. **Acta Oncológica**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2002.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LANA, V. **Câncer**: construção social da doença e abordagens sobre o tema na literatura brasileira. Trabalho apresentado ao 2. Colóquio do Laboratório de História Econômica e Social, Juiz de Fora, 2008.

LATUR, Bruno. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LOPES, Vera. **Doutor, estou com câncer?** Conduta médica e familiar nas comunicações dolorosas. 2. ed. Porto Alegre: AGE, 2005.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitte/Abrasco, 1994.

MISKOLCI, Richard. Pânicos morais e controle social - reflexões sobre o casamento gay. **Cadernos Pagu**, v. 28, p. 101-28, jan./jun. 2007.

_____. Reflexões sobre normalidade e desvio social. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 7, n. 13/14, p. 110-25, 2003.

NASCIMENTO, Dilene. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil** - uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NUNES, Berta. Sobre as Medicinas e as artes de Curar. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 23, p. 233-42, set.1987.

OLIVEIRA, T.B.; CURY, P. M. Artigo de revisão/atualização. Câncer de Pulmão. **HB Científica**, v. 9, n. 1, p. 25-38, jan./abr. 2002.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2008.

PITTA, A. M. R. (Org). **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec, 1995.

PHILIPPE, A.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001.

RASIA, J. M. O doutor e seus doentes: solidão e sofrimento. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**. João Pessoa, v. 1, n. 3, p. 378-405, 2002.

ROSEMBERG, José. **Tabagismo, sério problema de Saúde Pública** - São Paulo: ALMED, 1981.

SILVA, Valéria. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 2005. Dissertação (Mestrado Interinstitucional entre a Universidade Estadual de Londrina/Universidade do Norte e do Paraná). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental e do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Doença como metáfora**, Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G.; **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SÓRIA DAC, B.; Menezes A. R. Sousa M. F. B. et. al. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 702-6, 2009.

SPINK, M. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 1, v. 2, 125-39, 1992.

THOMPSON, J. B. **A mídia e a modernidade**. Uma teoria social da mídia. Petrópolis: Vozes, 1998.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. M. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: O INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TROCA, Italo. **As máscaras do medo: lepra e AIDS**. Campinas, São Paulo: Ed. UNICAMP, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer Control**. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 17 set. 2010.

Sites consultados

Controle de Câncer. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer/pub_destaquas.php Acesso em: 21 agosto 2011.

História do câncer. <http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/index.php/pt-br/producao-cientifica>. Acesso em: 9 dez. 2012.

Guia Rápido do Nvivo. Disponível em: http://www.qsrinternational.com/other-languages_portuguese-resources.aspx. Acesso em: 4 jun. 2012.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativas/2012 Acesso em: 15 abr. 2012.

Jornal Estado de São Paulo. Disponível em: www.estadao.com.br Acesso em: 14 jun. 2012.

Jornal Folha de São Paulo. Disponível em: www.folhadesaopaulo.com.br Acesso em: 11 jun. 2012.

Jornal O Globo. Disponível em: www.jornaloglobo.com.br Acesso em 21 jul. 2012.

Jornal Zero Hora. Disponível em: www.zerohora.com.br Acesso em: 25 jul. 2012.

Revista História Ciências Saúde – Manguinhos. Disponível em: http://www.revistahcsmanguinhos.coc.fiocruz.br/vol17_suplemento_1.html html Acesso em: 2 jan. 2013.

Revista Veja. Disponível em: www.revistaveja.com.br Acesso em: 19 jul. 2012.