



Universidade do Minho
Departamento de Ciências da Comunicação

Ana Luísa Ferreira Rego

**Linguagem médica e linguagem televisiva:
uma guerra aberta ou uma convivência
pacífica?**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Comunicação

Área de especialização - Informação e Jornalismo

Trabalho efectuado sob orientação de

Professora Doutora Felisbela Lopes

Setembro 2010

Anexo 3

DECLARAÇÃO

Nome

Ana Luísa Ferreira Rego _____

Endereço electrónico: *analuisafrego@gmail.com* _____ Telefone: *917460358 | 966861030*

Número do Bilhete de Identidade: *13279998* _____

Título dissertação /tese

Linguagem médica e linguagem televisiva: uma guerra aberta ou uma convivência pacífica? _____

Orientador(es):

Professora Doutora Felisbela Lopes _____

_____ Ano de conclusão: *2010* _____

Designação do Mestrado:

Ciências da Comunicação - Informação e Jornalismo _____

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

À família.

Ao André.

A todos os que se revelaram imprescindíveis no percurso.

Obrigado.

RESUMO

Como se estrutura um programa de televisão? Como se informa sobre uma temática tão específica e susceptível como saúde e como o cancro? Como é a relação entre campo da saúde e campo do jornalismo?

As questões estiveram na origem da minha tese de mestrado em Informação e Jornalismo. O estágio na SIC Porto colocou-me em contacto com a dinâmica de uma redacção, uma realidade nova para mim, que me permitiu compreender a produção de informação em televisão, para além do campo teórico.

Durante o estágio tive contacto com várias fases da informação, desde a produção, até à pós-produção, observando de perto todas as rotinas. Sair para o terreno com os jornalistas e com repórteres de imagem fez parte das minhas actividades. Tive oportunidade de acompanhar vários jornalistas em trabalhos relacionados com a temática da saúde. Para além de observar o jornalista no cumprimento das suas funções, houve outro aspecto que me despertou curiosidade. O modo como as fontes se comportavam face à presença das câmaras e dos jornalistas.

Com este estudo quis conhecer melhor a interacção entre campo da saúde e campo da informação televisiva. Sendo os media promotores e mediadores de informação que a audiência recebe, e sendo a saúde um tema com relevância, escolhi como objecto de estudo o programa “Vencer o Cancro”, um programa diferente no panorama nacional, com produção externa à SIC, mas concretizada por profissionais ligados à estação.

A escolha não foi inocente. O programa é um aposta pouco comum. A informação sobre saúde não é uma realidade, mesmo nos canais por cabo dedicados à informação, o que me levou a reflectir sobre o jornalismo televisivo ligado a esta temática.

Após a descrição da minha experiência de estágio, apresentei linhas teóricas e os conceitos que sustentam a minha investigação, nomeadamente, Comunicação, Saúde, Jornalismo, Fontes de informação. Houve ainda espaço para abordar a relação entre os dois campos em estudo, bem como para traçar uma perspectiva crítica acerca do meio em análise, a televisão.

O estudo empírico baseou-se nos oito programas da segunda série de “Vencer o Cancro”. Nesta fase foi analisado o formato do programa, a sua recepção junto do público, bem como as fontes de informação e a conjugação entre o texto e a imagem exibidos nas peças.

Palavras-Chave: Comunicação, Informação, Saúde, Jornalismo, Televisão, Fontes de informação.

ABSTRACT

How to structure a TV Show? How we report on an issue as specific such as health and cancer?
How is the relationship between health and journalism?

These questions formed the basis of my master's thesis in Journalism and Information. The internship in SIC Porto put me in touch with the dynamics of a newsroom. A new reality for me that allowed to understand the production of information in television, beyond the theoretical field.

During the internship I had contact with several stages of information from production, to post-production, watching closely all the routines. Exit to the ground with journalists and camera operator was part of my activities. I was able to follow several journalists as they work in topics related to healthcare. In addition to observing the journalist in fulfilling their duties, there was another aspect that I aroused curiosity. The way the different sources behaved in the presence of cameras and journalists.

With this study I wanted to understand better the interaction between the area of health and information. Since media are promoters and intermediaries of information that the audience receives, and being health an issue of relevance, I choose as a subject of study the TV Show "Vencer o Cancro" (Beating Cancer), a different program on the Portuguese television landscape, with production outside SIC, but achieved by professionals linked to the station.

The choice was not innocent. The program is an unusual bet. The health information is not a reality, even in cable channels dedicated to information, which led me to reflect on the television journalism on this subject.

After the description of my internship experience, I presented theoretical lines and concepts that support my research such as Communication, Health, Journalism, Information Sources. After I discussed the relationship between the two fields under study and drew a critical perspective on television.

The empirical study was based on the eight programs of the second season of "Beating Cancer". At this stage, we investigated the format of the program, its reception by the public, as well as sources of information and connection between the text and the image displayed in parts.

Keyword: Communication, Information, Health, Journalism, Television, Information Source.

Índice de conteúdos

Nota introdutória	1
I – Do Estágio	3
Universo SIC	3
SIC – Estamos Juntos	4
A orgânica da redacção do Porto	7
Experiência de Estágio	9
II – Do Enquadramento Teórico	17
Será que sabemos do que estamos a falar quando falamos em comunicação?	17
Meios de comunicação como modelo de influência social	19
Saúde e Jornalismo: “Um conflito de culturas”?	24
o Jornalismo	25
Sendo os media uma importante fonte de informação para o público em geral, como é então a relação entre o campo jornalístico e o campo da saúde?	26
o Fontes de informação	26
o Vantagens	32
o Desvantagens	33
Saúde e jornalismo – quando se cruzam?	34
Televisão – perspectiva crítica	39
o PaleoTV	41
o NeoTV	42
o Hipertelevisão	43
III – Do Estudo Empírico	51
Problemática em estudo	51
Caminhos de análise	53
Apresentação do objecto de estudo	57
Estrutura Formal	58
Vencer o Cancro: Análise de audiência	59
O perfil do telespectador	59
o 1. Sábados	59
o 2. Domingos	60
o Considerações	61
Fontes de informação	62
o Quem são?	65
o Como falam?	69

Texto e imagem	73
o Análise.....	75
Considerações Finais.....	77
Bibliografia.....	82

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Perfil do telespectador de Vencer o Cancro (dados cedidos pela Marktest).....	60
Gráfico 2 - Número de fontes em cada programa.....	65
Gráfico 3 - Geografia das fontes especializadas.....	68
Gráfico 4 - Tipologia de discurso dos médicos especialistas no programa sete.	71

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Especialidade da fonte (campo da saúde) em cada programa.....	67
Tabela 2 - Tipologia do discurso das fontes especializadas.....	69
Tabela 3 - Tipologia de Planos utilizados no programa (7) Ovários.....	75

Nota introdutória

O estágio na redacção do Porto da Sociedade Independente de Comunicação (SIC) foi início para as reflexões sobre o jornalismo de saúde e, particularmente, sobre o jornalismo de saúde em televisão. O contacto com o trabalho realizado no programa "Vencer o Cancro" foi, por isso, privilegiado.

Um programa inteiramente dedicado ao tema saúde não é uma realidade muito presente na televisão nacional. Durante o estágio pude assistir à preparação e execução de várias partes do programa, o que me permitiu reflectir acerca das fases de elaboração de uma produção deste género. Mas o contacto despertou também outra curiosidade. Como se criam conteúdos sobre um tema difícil e susceptível, como o da saúde? Que dificuldades e entraves se colocam?

Muita da atenção dada ao programa vem na sequência do trabalho realizado anteriormente, em ambiente académico. Depois de ter abordado teoricamente o jornalismo de saúde, a relação entre as fontes especializadas e os jornalista, bem como algumas das dificuldades ligadas à produção jornalística sobre saúde, cativou-me a oportunidade de observar um caso prático.

“Vencer o Cancro” é assim o objecto de estudo que serve de base para o trabalho apresentado nas páginas que se seguem. Como se estrutura o programa? Quem são e como são colocadas a falar as fontes de informação? Nas peças, como se conjugam texto e imagem? Estas são as linhas de orientação do estudo intitulado *Linguagem Médica e Linguagem Televisiva: uma guerra aberta ou uma convivência pacífica?*, que pretende entender a relação entre o campo do jornalismo e o campo da saúde.

Que formato foi escolhido para “Vencer o Cancro”? Quem e como é que o público recebe o programa? Quem tem voz nas peças? De que falam as fontes? Como falam? Que tipo de imagens são escolhidas para “pintar” as peças? Que espaços são escolhidos para se falar sobre saúde? São algumas das questões levantadas ao longo do estudo.

A análise de “Vencer o Cancro” é um ponto de partida para a reflexão sobre a informação de saúde em contexto televisivo. A saúde é um tema importante no quotidiano da população. É um tema de

interesse pelas implicações que tem na vida de cada um, no entanto não é um tema abordado com frequência e, em menos casos, com profundidade. Quando disponibiliza informação sobre saúde, a televisão está a cumprir mais que a sua função de informar. Está a educar ou mesmo a prevenir.

Neste relatório, há ainda espaço para a descrição da minha experiência de estágio e para a apresentação do canal, bem como para a exposição de conceitos teóricos e autores em que assenta a investigação.

I – Do Estágio

Universo SIC

A 16 de Outubro de 1992 começam as transmissões regulares da primeira estação de televisão privada em Portugal. A Sociedade Independente de Comunicação (SIC) rompeu com o paradigma da televisão estatal e surgiu nos ecrãs cheia de cor e com uma grelha de programação variada. A RTP perdeu assim o monopólio de 35 anos.

A SIC, o rosto mais reconhecido do grupo Impresa, liderado por Pinto Balsemão, manteve o título de único canal privado apenas por alguns meses. Em Fevereiro de 1993 nasce a TVI, segundo canal generalista privado. Estava assim completo o mercado televisivo em Portugal, que se mantém actualmente.

A SIC mudou o panorama televisivo português e o sucesso da sua estratégia determinou a reformulação das suas concorrentes, que acabaram por imitá-la na criação de produtos e de programação.

Entre 1995 e 2001, é a SIC a escolhida pela maioria dos telespectadores. Mas a partir de 2001, o cenário alterou-se e o terceiro canal generalista começou a perder no terreno para a TVI.

Os maus resultados a nível de audiências, obtidos a partir de 2004, foram combatidos com reestruturações internas e novas apostas de programação, mas actualmente o canal ainda não recuperou os bons resultados dos primeiros anos.

Todavia, a aposta do grupo Impresa no audiovisual não se ficou pelo canal generalista. Em 1997, garantiu o acesso das comunidades à transmissão do canal com a criação da SIC Internacional. Sempre pioneira, a SIC esboçou também uma estratégia para o cabo: SIC Notícias, SIC Radical, SIC Mulher, SIC Comédia, SIC Gold¹. A aposta mais recente foi o canal dedicado ao público infanto-juvenil: SIC K.

¹ Estes dois já extintos

SIC – Estamos Juntos

Quando a SIC começou as suas transmissões marcou um ponto de viragem na forma de fazer e ver televisão em Portugal. Uma alteração tardia, mediante o avanço internacional, mas que foi rapidamente reconhecida pelo público.

Quer no entretenimento, quer na informação, a SIC marcava a diferença. Longe da sobriedade formal da RTP, a SIC procurava novos temas, novas fontes e novos ângulos de abordagem para tratar a informação e incorporava na sua grelha novos formatos de programas de entretenimento. Apresentou-se como uma estação dinâmica e diversificou as vozes presentes no espaço público.

O cidadão comum e os seus problemas passaram a fazer parte do conteúdo da televisão. O programa “Praça Pública” (1992/96) foi revolucionário nesse sentido. Para além de se constituir numa das primeiras apostas informativas do canal, levou a televisão para a rua, à procura do Portugal real. Actualmente a SIC mantém esse vínculo ao jornalismo de proximidade com o “Nós por Cá”, que denuncia e ajuda a resolver os problemas do cidadão anónimo. A estação assume esse compromisso com os telespectadores todos os dias com o slogan “Estamos juntos”.

Se, por um lado, o cidadão ganhou mais espaço, por outro, o poder político ficou sob um escrutínio maior. A SIC respondia ao título de estação privada e independente e tornava-se irreverente e incomoda. Apresentava na sua grelha ‘programas de tirar o sono a muita gente’².

Nasciam programas como “Flashback” (1994/96), “Crossfire” (1995/98) ou Grande Reportagem (1996/2001). A SIC apostou na informação e em temáticas para além da política. “Casos de polícia” (1993/1999) e “Ficheiros clínicos” (1998/2002) foram duas apostas ganhas da estação, onde a criminalidade/justiça e a saúde, respectivamente, ganharam um lugar no debate da opinião pública.

O canal arrisca na informação, e também apresenta na grelha programas de entretenimento cujo o formato a televisão nacional desconhecia. “A noite da má Língua” (1994/1997) foi disso exemplo. O programa era dedicado à sátira sobre o país, à política, à sociedade.

² Forma como eram apresentados os programas em promo

No entanto, a queda das audiências, que se foi acentuando a partir de 2000, levou a SIC a perder o rumo. A informação deixa de ser aposta. Quando em 2000, a TVI apresenta o primeiro Reality Show a SIC começa a perder o lugar de estação líder, que o canal actualmente ainda tenta recuperar. O terceiro canal deixou de estar na linha da frente a nível de programação passando a arrastar-se pelas estações concorrentes.

Mas há outro factor importante a ter em conta. As emissões da SIC Notícias arrancam em 2001. É necessário preencher um canal dedicado por completo à informação para assegurar transmissões contínuas, o que leva à transposição dos programas do canal generalista para o canal por cabo, com as implicações em termos de público que a diferença entre eles suscita. É nesse ano que se nota uma quebra significativa nas audiências da SIC.

Desde 2005, as audiências anuais mostram a SIC como um canal que luta pela manutenção do segundo lugar, longe das grandes audiências conquistadas ao longo da década 90³. Sem uma aposta tão marcada na informação, sem arriscar, sem apostar, e tornando-se cada vez menos incomoda, a SIC passou estes últimos anos à deriva. Na luta pelas audiências, em 2009, a SIC ficou em terceiro lugar.

Actualmente, e na tentativa de recuperar a força da década de 90, o canal parece voltar (ainda que timidamente) a apostar na Informação – corre atrás dos Exclusivos, dos debates de ideias, dos comentadores em estúdios. Entre Outubro e Dezembro de 2009, o canal começa a informação às 19 horas, com o programa “Nós por cá”. A aposta recente em rubricas diárias de informação parece querer indicar à estação o rumo que perdeu no final de 90. Ainda longe do vigor desses anos, a história da estação ainda lhe confere um estatuto.

Contudo, uma das barreiras da SIC continua a ser a timidez com que lança os projectos, visto que não aposta na manutenção dos programas, tornando difícil a fidelização dos telespectadores.

³ Dados fornecidos pela marktest à SIC e publicados em <http://sic.sapo.pt/online/sites%20sic/sic%20institucional>

SIC NOTÍCIAS – uma aposta Ganha

Um canal exclusivamente dedicado à informação era novidade no contexto nacional em 2001. A SIC Notícias trouxe inovação na forma como são dadas as notícias. Com a informação a qualquer momento na SIC notícias, cria-se uma nova dinâmica informativa.

O mesmo é dizer que a notícia de última hora é sempre encontrada na SIC Notícias. A informação passou a responder a uma exigência temporal, abandonando outros pontos essenciais que assim vão passando para segundo plano, como é, por exemplo, o caso da profundidade dos assuntos tratados. A própria redacção passou a estar submissa a essa exigência do tempo e à necessidade de colocar no ar as informações de última hora e interromper emissões.

A programação diária do canal é constituída por três grandes blocos de informação. Para quem pretende aprofundar os seus conhecimentos em temáticas específicas, a SIC Notícias oferece também edições especiais, programas temáticos ou entrevistas sobre Economia, Saúde, Espectáculo, Moda ou Desporto. Não estivéssemos perante um canal por cabo, poderíamos falar de um grande espaço onde o debate público acontece.

A SIC Notícias pode ser vista não só em Portugal mas também noutros pontos do Mundo, via satélite, como: Angola e Moçambique desde 2003 e Cabo Verde e Estados Unidos desde 2006. O percurso do canal tem sido de ascensão e, na luta pelas audiências, tem saído a ganhar entre os canais por cabo.

Desde a sua criação (2001) até 2008, a SIC Notícias tem vindo sempre a crescer. O canal arrecadou boas audiências e é um dos canais mais vistos em Portugal, o que é uma conquista, visto estarmos a falar de um canal por cabo.

A orgânica da redacção do Porto

A chegada à redacção da SIC, no Porto, foi o momento que tanto se espera e tanto se reclama ao longo do Curso: o verdadeiro contacto com a área de especialização. Apesar de não saber o que iria encontrar, estava confiante e acreditava ter as bases para encarar o estágio como uma nova forma de aprendizagem, desta vez já longe das salas de aula. Decidi balizar por baixo as minhas expectativas quanto a estes três meses. Queria saber como se faz jornalismo televisivo, como é estar inserido numa redacção e como se concilia o trabalho de equipa. Queria tomar contacto com as rotinas e com a agitação que, de fora, parecem existir nesse espaço. Tudo o que acima disso viesse seria encarado como vantagem.

Deparei-me com uma redacção pequena quer em espaço físico, quer em número de pessoas que a compõem, isto se tivermos em conta a dimensão da redacção de Carnaxide⁴. Perceber a orgânica de funcionamento da redacção não foi difícil porque a pequena estrutura hierárquica facilitou. A partilha do mesmo espaço pelos diferentes grupos que a compõem foi igualmente uma vantagem.

Um coordenador e um editor executivo dirigem a redacção (nem sempre em simultâneo) e gerem o trabalho consoante as equipas disponíveis. Diante de uma agenda de acontecimentos, escolhem antecipadamente o que merece ser tratado e atribuem esse trabalho a um jornalista e um repórter de imagem. Por norma, a marcação de serviços é feita no dia anterior, pelo que é compreensível algumas alterações que, ao longo do dia, vão acontecendo nos serviços marcados. O coordenador e o editor executivo são também a ponte entre as duas redacções (Porto e Lisboa) e estão em permanente contacto, principalmente quando se aproxima a uma hora da tarde ou as oito horas da noite.

Na redacção do norte, a produção acumula a função de agenda. Por norma, são as produtoras que têm o primeiro contacto com a informação e a colocam em 'agenda' para ser avaliada pelo coordenador e pelo editor. Mas a produção tem na sua essência outras funções. Tendo o telefone e e-mail como principais ferramentas de trabalho, a produção reúne um conjunto vasto de contactos.

⁴ No Porto, no total, trabalham 16 jornalistas (dois somente no programa "Nós por cá"), 8 repórteres de imagem, 5 editores de imagem e 2 produtoras. Há ainda uma secretária/recepcionista.

Na maioria das vezes é a produção que estabelece o primeiro contacto com as fontes, marca entrevista, recolhe as primeiras informações e pode até acompanhar o trabalho do jornalista que está no terreno facilitando os contactos ou fazendo o elo de ligação com a redacção (procura imagens de arquivo, certifica informação anteriormente divulgada, actualiza o coordenador).

Quando algo está na marcação de serviços não significa que passe também para o alinhamento dos jornais. Esta foi uma luta a que assisti várias vezes. A queda das peças num alinhamento significa quase sempre um telefonema para o coordenador do jornal por parte do jornalista ou do coordenador da redacção. “Trabalhar para a gaveta” é um exemplo das lutas dos jornalistas que trabalham longe do centro das operações, que é a redacção de Lisboa.

Neste tipo de situações, a peça pode ainda passar para o jornal que se segue na SIC generalista ou então para a SIC Notícias, isto porque, no norte do país, não há ninguém a trabalhar exclusivamente para o canal de informação da SIC. A mesma redacção está encarregue de assegurar a informação quer para o terceiro canal generalista como para o canal de informação por cabo.

À excepção da equipa do “Nós por cá” – duas jornalistas e um repórter de imagem - e de uma jornalista que trabalha essencialmente informação de cultura para a SICNotícias, todos os jornalistas da redacção podem ser destacados para qualquer tipo de trabalho, independentemente da editoria a que pertença o tema.

Ao contrário do que tinha pré-concebido, no Porto a redacção não está dividida por editorias e o jornalista que hoje passa um dia completo num tribunal, a assistir a um julgamento, amanhã pode ser destacado para um treino de futebol ou para um acidente, por exemplo. O trabalho do jornalista poder-se-ia definir como uma luta constante: fazer este trabalho em detrimento de outro, ter a peça no ar no tempo certo, ter mais tempo de duração da peça, alcançar a fonte certa, recolher ‘aquele’ testemunho.

O trabalho que vai para o ar não é apenas de um profissional, mas de vários. A equipa é fundamental para um bom resultado final. O repórter de imagem e o editor de imagem têm um papel crucial na forma como é contada a ‘história’. Enquanto o repórter de imagem é responsável

pela imagem recolhida em campo, o editor de imagem é responsável pela história que essas imagens vão contar depois da edição, e só o que pode ser documentado com imagem vai entrar no texto do jornalista e por consequência será informação para o telespectador.

Experiência de Estágio

Entrei na SIC em Setembro, dia nove. Ao contrário do que acontece na redacção de Carnaxide, no Porto os estágios são apenas de três meses, muito por causa da pequena estrutura desta redacção, que atrás descrevi.

“O estágio é teu, faz dele o que quiseres”. É assim que são acolhidos os estagiários na redacção do Porto e eu não fui excepção. Não há um esquema de trabalho definido. Ninguém cobra nenhum serviço, mas estão atentos se o fazemos.

Poderia dividir em três partes o meu estágio - não em termos temporais, mas no que diz ao espaço: Redacção, Trabalho de campo, Ilha de edição. Os três lugares implicam aprendizagens diferentes, mas sempre complementares.

A redacção

A redacção era um espaço de observação. Sem me esquecer do trabalho de investigação que teria de concretizar no final do estágio e sem ter o mesmo ritmo de trabalho que os jornalista, optava por observá-los para compreender qual o método de trabalho de cada um.

Tive oportunidade de perceber não só que existem rotinas diferenciadas, mas também que cada jornalista reage de forma bastante diferente perante o mesmo tipo de trabalho. A experiência permitiu-me perceber as várias formas de se estar e trabalhar. Para além disso, permitiu perceber ainda que caminhos poderia seguir até encontrar o meu próprio modo de fazer.

Ao contrário de uma das primeiras ideias que me deixaram quando cheguei, na redacção também se aprende. Com o tempo acabei por tomar como minha a tarefa de atender o telefone. Parece insignificante, mas a verdade é que me deparei com uma realidade que nunca tinha hipotecado.

O público tem a televisão em dois pontos extremos. Encaram-na como um poder, mais capaz de solucionar os problemas que as autoridades e têm com ela uma relação de amor/ódio. Nos telefonemas que atendi era comum a expressão “queria fazer uma denuncia” e era igualmente frequente não terem tentado solucionar os seus problemas por outras vias. A televisão era o poder amigo que ia denunciar o que lhes tinha acontecido. Quando a televisão não fazia nada (como acontece com a maioria das chamadas que são recebidas porque simplesmente não se justifica), do outro lado o tom mudava e passava-se para uma certa chantagem emocional, ameaçando dar o assunto a um canal concorrente.

Outra realidade com que me deparei foram os “atendimentos”, em que as pessoas se deslocavam à redacção com o mesmo objectivo. O meio era diferente, mas as intenções e os resultados acabavam por ser iguais. Estas tarefas foram importantes para compreender o que poderia ser ou não notícia, e que assuntos em concreto interessavam ao canal. A base deste trabalho foram sempre as questões essenciais do jornalismo: O quê? Quem? Quando? Onde? Como? Porquê?. Com o tempo acabei por perceber que estas eram também as questões que me faziam sempre que decidia passar a história à coordenação.

As histórias que passavam nesta filtragem seriam tratadas no programa “Nós por cá”, mais voltado para o cidadão. Foi o caso da história de um jovem com deficiência motora que residia em Gondomar e estudava na Faculdade de Letras do Porto. Os transportes urbanos não estavam preparados para receber pessoas com mobilidade reduzida e o jovem fazia o trajecto de casa até ao estádio do Dragão de carreira de rodas. A história foi tratada para o programa “Nós por Cá”.

Nesta altura estava a recordar-me de conceitos teóricos como Gatekeeping, Agenda-Setting, que eu estava a personalizar e a tirar do campo teórico.

Como no Porto agenda e produção são difíceis de separar, tive a oportunidade vivenciar os dois campos de uma só vez. Recordo o dia em que chegou à redacção a denuncia de uma intoxicação alimentar numa escola em Oliveira de Azeméis. Depois de desligar a chamada de um pai que não se quis identificar, a tarefa seguinte era certificar-me que aquela informação era verdadeira. Estava agora com um problema para resolver: quem deveria contactar para verificar a informação? Escolhi

o hospital que foi referenciado no telefonema, o delegado de saúde e Câmara Municipal, responsável pela distribuição alimentar nas escolas.

Só obtive resposta do primeiro. No entanto bastou para que uma equipa fosse para o terreno e estivesse em directo no Jornal da Noite e ao longo da noite na SIC Notícias. No dia seguinte, de manhã, o trabalho continuava. Havia uma equipa em directo para a Edição da Manhã e precisava de contactos. Juntamente com a produtora, estabeleci contactos com as fontes já entrevistadas, para algumas actualizações, e com novas fontes, que trariam outras informações. Este caso não foi difícil de solucionar, mas foi um bom exemplo prático do trabalho de produção e da articulação com a equipa no terreno.

Trabalho de campo

- **Directo**

Faltavam vinte minutos para as sete da tarde quando chegou à redacção a informação de uma explosão na Zona industrial de Vila do Conde. Havia mortos, feridos. Estas eram as únicas informações que estavam disponíveis.

Da SIC foram para o local duas equipas. Eu saí com a primeira. Fomos dos primeiros órgãos de comunicação a chegar. O cenário era dantesco, e, na altura, não foi exagero compará-lo a um cenário de guerra.

Houve dois sentimentos que nunca soube bem identificar até que ponto eram distintos e estavam separados: ao mesmo tempo que estava terrificada com o que assistia, conseguia sentir-me sortuda por estar dentro daquele cenário.

O primeiro directo aconteceu para a SICNotícias, por telefone porque ainda não havia carro de directos disponível no local. Foi atribulado devido à escassez de informação. Não havia declarações, não havia confirmações, sabíamos o que víamos, o que ouvíamos de algumas testemunhas, mas nenhuma explicação oficial.

Em todo o meu estágio tive oportunidade de acompanhar no terreno várias situações de directo. De todas elas, a situação de Vila do Conde foi a que mais o justificou, mas foi ao mesmo tempo das mais difíceis de concretizar. Do mesmo modo que respondia às exigências que justificavam um directo, tinha muitos dos seus constrangimentos. Era a notícia de última hora, estava a acontecer naquele momento, havia todo um cenário que era possível mostrar.

O comandante dos bombeiros já tinha confirmado em off que o condutor de um camião estava morto. Uma má interpretação do Presidente da Câmara, que confundiu um veículo pesado com um ligeiro, levou-o a declarar à comunicação social que havia uma vítima confirmada que se encontrava no interior de um ligeiro.

As declarações confundiram vários jornalistas. Com os directos a acontecerem com intervalos de cerca de 15 minutos, não houve tempo para cruzar fontes e testemunhos. A equipa da SIC no terreno decidiu avançar com a notícia que seriam duas vítimas mortais resultantes daquela explosão. A decisão foi arriscada e acabou por se revelar imprudente.

‘Espero que isto te sirva de aprendizagem, nunca se dá uma informação sem ser confirmada por duas fontes que não tenham nenhuma ligação entre si. Isto é aplicado sempre’ disse-me um dos jornalistas no terreno. Se a ideia já vinha presente dos moldes teóricos, esta terá sido uma excelente forma de avaliar as suas implicações. Contudo, também fica presente a ideia que, estando no terreno, o jornalista tem a responsabilidade pelo seu trabalho. O risco pode estar em dar a informação em primeira-mão e não a dar. As implicações são de campos diferentes, mas não deixa de ser interessante observá-las.

Se nesta situação o directo era a forma de se dar a notícia, outras houve em que me questionei sobre a sua necessidade. A maioria dos directos eram marcados no dia anterior, o que torna curioso ver como a televisão usa este recurso. Os gabinetes de comunicação e as agências são um aliado para o planeamento do dia-a-dia da redacção e permitem assim gerir os meios.

○ **Jornalismo de saúde: Duas experiências distintas**

Para 'fugir' a esta rotina imposta, os jornalistas têm a possibilidade de sugerir reportagens que gostassem de concretizar. Por norma, são trabalhos que exigem mais tempo visto que são também peças com uma duração maior que o habitual.

Acompanhei alguns trabalhos que partiram da iniciativa dos jornalista, mas aqui quero relatar dois em particular. Foram duas experiências que me puseram em contacto com o trabalho do jornalista no campo da saúde. Ainda que os objectivos e as metodologias divergissem, foram duas ilustrações daquilo que podem ser as movimentações dos profissionais de informação num ambiente hospitalar.

Uma das reportagem estava relacionada com os 50 anos da pediatra do Hospital de S. João. Durante uma semana, a equipa passou pelas diversas áreas da pediatria com o objectivo de recolher o maior número de imagens e testemunhos de forma a enriquecer a reportagem.

Nos cinco dias que vagueámos pelos corredores nunca houve nenhum inconveniente. Todos os profissionais (médicos e enfermeiros) que encontrámos mostraram-se disponíveis para colaborar, dar declarações ou simplesmente explicar procedimentos.

Este não foi o primeiro contacto que tive com os profissionais de saúde. Contudo fiquei surpreendida pela facilidade com que uma equipa de televisão conseguia circular pelos corredores do hospital, interpelar os profissionais e os pacientes, e conseguia igualmente recolher imagens. Seria uma excepção ao que os estudos me tinham feito pré conceber? A comunidade médica não estaria assim tão fechada e não olharia a TV com desconfiança?

Bem mais intensa foi a experiência de acompanhar um médico em serviço nas urgências no Hospital Pedro Hispano. O objectivo era abordar uma nova técnica de tratamento em caso de trauma e emergência, pouco utilizada em Portugal e defendida pelo profissional que estávamos a acompanhar. Não tive oportunidade de completar as 24 horas que a equipa de reportagem esteve no hospital. Porém percebi de perto ao que nos referimos, quando falávamos de uma classe

fechada sobre si própria, do dilema dos médicos/investigadores de falar para os pares ou para a comunidade bem como a desconfiança com que é encarada a televisão.

Ainda que todas as autorizações tivessem sido concedidas, nas primeiras horas estivemos envolvidos em duas situações complicadas de gerir. Em ambos os casos houve um médico a opor-se à nossa presença e a colocar em causa o objectivo do trabalho. A segunda situação foi mais constrangedora e houve mesmo um período de negociação em que a reportagem esteve para ser abortada. Estávamos para assistir a uma operação em que o médico iria aplicar a técnica que defendia. Seria importante obtermos algumas imagens daquela fase. Um dos elementos da equipa opôs-se à nossa entrada e gerou-se um momento de tensão em que foi a jornalista a preferir ficar do lado de fora, para não importunar ainda mais a operação, visto que havia um doente à espera. Fomos conduzidos para uma sala onde discutíamos, perante o cenário com que já nos tínhamos deparado, se devíamos continuar.

A discussão foi interrompida pelo chefe do serviço. Interpelou-nos para pedir desculpa pela situação e para nos convidar a entrar na sala de operação. O médico que se opôs à nossa entrada tinha sido substituído. O trabalho do jornalista continuou, mas se parasse por ali continuaria a considerá-lo um bom momento de aprendizagem. A discussão foi interessante. Até que ponto o jornalista se deveria curvar perante estas situações? Seria serventia continuar o trabalho se outras situações como aquela acontecessem? Se os membros da comunidade (neste caso médica) não conseguem encontrar uma forma comum quanto ao seu relacionamento com os media, deveriam os profissionais de comunicação exercer pressão para realizar trabalhos daquele género? Há pouca informação de saúde nos media porque há pouca abertura por parte de quem detém esse conhecimento?

Ao longo deste relatório procurarei algumas respostas teóricas a estas questões. Por agora fica uma constatação. Se na primeira reportagem a equipa concretizou o trabalho sem qualquer tipo de contenda e pôde contar com a colaboração de todos os profissionais, na segunda o mesmo não aconteceu. Isto fez-me pensar o que estaria por trás desta diferença de comportamentos. Seriam as pessoas simplesmente diferentes? Seria ingénuo pensarmos os acontecimentos apenas nestes termos.

O que estava em causa nas duas reportagens era diferente. Na peça sobre a Pediatria não havia disparidade de interesses: estávamos a falar de um lugar comum que implicava o trabalho de todos e sem que nenhum profissional em particular fosse mais focado em favor de outro. Todavia, a outra experiência envolvia um objectivo que não era comum. Estávamos a acompanhar e a focar apenas um profissional no seu trabalho diário que ao longo daquelas vinte e quatro horas nos explicaria a técnica que estudava e aplicava naquele hospital. As críticas eram ao mesmo tempo para a televisão, que estava a invadir o campo de trabalho que lhes pertencia, e ao colega que permitia que tal acontecesse.

Ilha de edição

Da mesma forma que o jornalista escolhe determinada informação em detrimento de outra, também os repórteres e os editores de imagem têm um modo de ver selectivo. Em televisão uma imagem forte pode levantar mais contendas que uma informação menos correcta. A imagem chama a atenção e marca.

Nas ilhas de edição, um dos lugares de maior pressão, foi frequente assistir à procura da imagem certa para contar a história. No processo de construção da notícia televisiva, o editor de imagem tem um papel importante, uma vez que, não estando no local, faz a leitura apenas daquilo que as imagens mostram e consegue ficar alheio ao que o repórter de imagem optou por não incluir nas filmagens. Era vulgar assistir à edição de peças, mesmo que não as tivesse acompanhado no terreno. Para além de perceber a importância do *raccor*, permitia também entender o que havia para além da técnica na escolha das imagens.

A semiótica era citada muitas vezes para me explicarem por que tinham feito determinada escolha. A sensibilidade do editor de imagem também era fundamental. Determinada imagem poderia ser violenta, forte ou chocante para um, mas poderia ser a imagem certa para outro.

No jornalismo sobre saúde, e no caso em particular, no programa “Vencer o Cancro”⁵, muitas das imagens são de operações, pelo que se espera que sejam fortes e que possam levar os mais

⁵ O programa merece um destaque maior maior mais à frente, uma vez que é o objecto de estudo deste relatório.

sensíveis a desviar os olhos do ecrã. Embora o programa “Vencer o Cancro” fosse exibido na SICNotícias, as reportagens não eram editadas na redacção da SIC. O programa é uma produção independente e só as reportagens mais pequenas, que passavam no Primeiro Jornal e Jornal da Noite de sexta-feira, eram editadas na redacção. Nesses casos constatei a diferente forma como os profissionais encaram as imagens. Houve peças que tiveram que ser reeditadas em determinado ponto, porque a coordenação do Jornal considerou uma imagem chocante e agressiva para passar ao almoço ou ao jantar (recordo-me de uma operação ao intestino em que eram visível algum sangue). Não deixa de ser curioso observar que as mesmas imagens passavam na SIC Notícias sem filtragem, o que pode ser explicado pela expectativa que os telespectadores têm quando escolhem ver aquele programa no canal por cabo.

Se no programa “Vencer o Cancro” as peças eram pintadas com tratamentos, operações e com casos de sucesso, como fazer quando o tema é ejaculação prematura e não há imagens, nem nenhum caso para ser retratado? Essa foi outras das barreiras que tive oportunidade de ver ultrapassada. Juntamente com um colega estagiário, fui desafiada a fazer parte da solução. Sem nunca nos mostrarem traços que nos identificassem, passamos uma manhã a passear junto à Foz, a sermos filmados como um casal. Nestes casos, fica a imaginação do repórter de imagem e do jornalista e só assim se torna possível concretizar a peça.

II – Do Enquadramento Teórico

Será que sabemos do que estamos a falar quando falamos em comunicação?

A questão é lançada por Thayer, mas a comunicação humana tem sido um problema sobre o qual vários investigadores têm debruçado a sua atenção. Contudo a complexidade da sua definição é um entrave reconhecido: "Os investigadores já fizeram várias tentativas para encontrar uma definição de comunicação, mas está provado que estabelecer apenas uma definição é impossível e pouco enriquecedor" (Littlejohn, 2004:12). Já John Fisk refere-se à comunicação humana como uma "interacção social através de mensagens" (Fiske, J. 1993:14).

Na base dessa interacção está a ideia de uma "comunicação instrumental" onde a mútua influência é uma realidade e pressupõe que os agentes envolvidos tenham objectivos a alcançar (Thayer, 1979). Os agentes da interacção social terão de possuir a capacidade de transformar uma realidade mental numa realidade social, através de um processo de negociação, para que sejam compreendidos e recebam "feed-back". Na base de uma interacção social está a linguagem, o processo complexo que nos permite criar mensagens significativas (Bitti & Zani, 1993). Ou seja, a linguagem é a ferramenta social que o Homem utiliza no seu quotidiano para alcançar propósitos numa conversação guiada por objectivos e planos afectados mutuamente no decorrer da interacção.

O processo negocial entre jornalista e fonte de informação, referenciado por Rogério Santos, é um exemplo pertinente para o nosso estudo (Santos,1997). Numa relação que é à partida uma luta, onde, porém, não há vencedores nem vencidos, existem interesses diferentes a satisfazer que ambos colocam a claro ao longo da interacção. Cada sujeito desta relação [jornalista e fonte de informação] tem bem presente o papel que desempenha. De acordo com o autor, a habilidade deste "negócio" consiste no estabelecimento de uma "relação de confiança", em que os interesses recíprocos (estabelecidos em cada comunicação noticiosa) se podem acentuar, embora o quadro interactivo dos dois parceiros se organize no interior de forças opostas – a confiança e as suspeitas mútuas (Santos, 1997).

Mas, focando novamente na base das interações sociais, torna-se relevante para o nosso estudo perceber que o uso de uma linguagem não basta por si só para que as mensagens sejam apreendidas pelos sujeitos em interação. A capacidade de uma pessoa receber comunicação vai muito além da sua capacidade de ver e ouvir. A noção de linguagem está intimamente relacionada com o uso de uma Língua, mas o conceito não se fecha aqui. Dentro de um mesmo sistema gramatical podem conceber-se várias linguagens. É reconhecendo este pressuposto que Jespers refere que “a linguagem do jornalismo não tem nada a ver com a literatura. Está ainda mais longe da gíria usada na ciência, jurisprudência, medicina, política, (...)” (Jespers, 1998:45).

Como veremos mais à frente, este pensamento é ilustrado na perfeição pela dificuldade dos meios de comunicação na elaboração de conteúdos sobre ciência. O dilema existe entre a simplificação e generalização, que os investigadores censuram, e a linguagem fechada e própria dos cientistas (Brechman, et al., 2009).

“Nos processos de interação social envolvidos na construção do conhecimento científico, na sua ‘validação’ pela comunidade científica e na sua afirmação social podem desde logo apontar-se questões comunicacionais muito importantes (e.g. Gross, 1990). A um nível mais fundamental, o pensamento e as operações mentais presentes no trabalho científico não são possíveis sem linguagem e sem comunicação.” (Carvalho & Cabecinhas 2004:3)

Para a presente dissertação é imperativo perceber até que ponto as linguagens específicas dos dois campos em análise, a saber, o campo jornalístico e o campo da saúde, geram algum nível de tensão no momento que são colocadas em interação. Ao longo dos próximos capítulos serão esboçadas algumas particularidades que as opõem, o que as aproxima, bem como são negociadas as tensões.

Meios de comunicação como modelo de influência social

Se até ao início do século XX era a literatura o principal modelo para suportar a noção de comunidade na sociedade europeia, o desenvolvimento tecnológico que impulsionou o surgimento dos meios de comunicação social vocacionados para as massas contribuiu para a alteração do paradigma. Desde então os modelos sociais adoptados e reconhecidos passaram a ser os veiculados nos meios de comunicação e a influência que eles têm na sociedade é estudada por vários autores ao longo do século, que a estruturam em vários modelos.

“De alguma maneira, os meios de comunicação moldam o nosso horizonte de conhecimento sobre um determinado número de realidades, especialmente de realidades actuais.” (Sousa, 2000:128).

Para a generalidade dos autores, a comunicação sobre ciência, da qual a saúde pode ser incluída dada a especificidade da matéria tratada, tem uma forte influência sobre os indivíduos e sobre a comunidade. Num estudo sobre a influência dos conteúdos televisivos nas crenças dos indivíduos, Hwang e Southwell sustentam a ideia que a teoria da Representação Social apoia a existência de uma relação entre os modelos dos conteúdos mediáticos sobre ciência e as crenças dos indivíduos (Hwang & Southwell, 2009). No mesmo estudo fica ainda a ressalva para a falta de noções mais concretas para os efeitos dos conteúdos televisivos (Hwang & Southwell, 2009).

A teoria da Representação Social (Hwang & Southwell, 2009) reconhece o papel decisivo quer dos Media quer do relacionamento interpessoal para a construção do discurso social e, desse modo, a influência para as crenças e percepções pessoais.

Através da acção dos meios jornalísticos, as notícias “participam na realidade social existente, configuram referentes colectivos e geram determinados processos modificadores dessa mesma realidade” (Sousa, 2000:125).

Noção importante é a de comunicação sobre ciência. A expressão é difusa, pois tanto pode surgir associada à comunicação entre cientistas, à ficção científica ou, ao que neste caso nos interessa, “à divulgação pública do conhecimento científico” (Carvalho & Cabecinhas, 2004:3). Entendo a comunicação sobre ciência como divulgação pública sobre novidades relacionadas com saúde,

temos de entender as implicações na mudança de comportamentos e o aumento do conhecimento do tema, permitindo a partilha de informação também entre os cidadãos.

Hwang e Southwell acreditam que os conteúdos disponíveis no mercado dos media a que os cidadãos têm acesso influenciam a sua participação na sociedade e a memória para mensagens relevantes (Hwang & Southwell, 2009). Se, por um lado, a ciência e as suas aplicações causam mudanças no contexto social, da mesma forma o jornalismo delimita as suas contribuições, uma vez que são um meio de informação para os cidadãos. Contudo, o autor ressalva que há também factores individuais para explicarem as crenças de cada um:

“Existem padrões de nível individual, como as características demográficas, que podem ser na verdade responsáveis pelos padrões de cobertura mediática geral. Os editores, por exemplo, podem seleccionar certo tipo de histórias tendo em conta o conhecimento das características da audiência que pretendem atrair.”

(Hwang & Southwell, 2009:725)

Sabendo que os seres humanos têm um patamar óptimo de excitação que tentam manter, através de uma regulação de estímulos provenientes de fontes externas, como são os media, Hendriks Vettehen mostra como os conteúdos televisivos são utilizados como factor de apelo à atenção dos espectadores (Vettehen et al., 2009). Os autores têm a noção que a fronteira entre a aprovação das notícias e o grau de estímulo emocional utilizado pode ser bastante ténue (Vettehen et al., 2009). “ A sensibilidade humana a este tipo de informação explica porque jornalistas e audiência dão tanta atenção a notícias más” (Vettehen et al., 2009:320).

Já Hwang e Southwell explicam que os espectadores de programas temáticos têm provavelmente menos reservas sobre o tema, isto porque os programas generalistas tendem a dar uma perspectiva mais abrangente e negativa sobre o tema (Hwang & Southwell, 2009). Ainda que os autores não o esclareçam, atrevemo-nos a transpor o pensamento e distinguir os canais por cabo - onde os programas tendem a ser temáticos e com mais incisão sobre a matéria a abordar, resultando numa maior explicação da informação - e os canais generalistas - onde o tempo de

antena para cada assunto é reduzido, e, por isso, a informação é mais sucinta e sem contextualização.

“Ao analisar os conteúdos mediáticos sobre alterações genéticas e ao relacioná-los com a opinião pública, Wagner et all (2002) perceberam que os europeus formam as suas crenças sobre alterações genéticas através da adopção da representação negativa dos conteúdos mediáticos europeus.”

(Hwang & Southwell, 2009:727)

A importância da abordagem que os jornalistas fazem é igualmente um factor de relevo. O Framming [enquadramento] passa por estruturas cognitivas que orientam a percepção e representação da realidade. São accionadas de forma habitualmente inconsciente e determinam aquilo que vemos e o modo como vemos, condicionando a posição e interpretação das pessoas sobre os assuntos em debate (Brewer, et All,2003). Várias perspectivas tendem a convergir na ideia de que os efeitos são diferentes mediante o enquadramento que é dado ao assunto. Mais à frente neste estudo voltaremos a esta particularidade.

A noção de mercado e necessidade de angariação de audiência colocam-se como um problema para a empresa de comunicação. “A concorrência no mercado dos media coloca cada vez mais o problema de como atrair audiência necessária quer para fins jornalísticos como económicos. Aumentar o sensacionalismo é considerado um meio prático para alcançar esse objectivo”(Vettehen et al., 2009:319).

Lúiz (2006:54), referindo o pensamento de Ivanissevich, sugere que meios de comunicação são, antes de mais, um negócio que tem produtos a vender: a informação. Aponta como factor fundamental de sucesso “a forma como a informação é apresentada ao seu público” (Lúiz, 2006:54), fazendo entender que as notícias dependem daquilo que “o que editor de TV, rádio, revista, jornal considere maior interesse para aumentar a venda do seu jornal”(Ibidem).

Papel Educativo dos media

Perante o cenário que Lúiz (2006) apresenta, questiono agora que papel devem ter os meios de comunicação, já que, como foi referido, ocupam um lugar de destaque no modo como a sociedade se conhece e conhece o seu envolvente.

Posto isto, e percorrida bibliografia sobre a matéria, é perceptível a perspectiva crítica face à forte ligação que existe entre os meios de comunicação e as suas formas de financiamento, destacando-se a importância da audiência nesta equação.

É, pois, pertinente fazer um enquadramento das teses que defendem o papel educativo dos media. Mas antes de evoluirmos na discussão, será conveniente clarificar a diferença entre “educação para os media” e “educação com os media”, embora os dois conceitos se complementem.

A “educação para os media” consiste em criar estruturas mentais que possibilitem uma atitude crítica do consumo mediático (Pinto, 2003). É uma tarefa complexa de escrutínio e exige uma reflexão cuidadosa, que, apesar de interessante, não é de todo o objectivo deste relatório. Já “educação com os media” é a utilização dos meios de comunicação social no processo educativo.

É preciso estar atento aos conteúdos veiculados através dos meios de comunicação social e a forma como podem influenciar não só a realidade, como também o comportamento e o modo de vida, ou seja, atitudes e sistema de relacionamento interpessoal.

Sara Pereira (2001) desenvolve o seu trabalho no âmbito da relação das crianças com os media, em particular com a TV. Nesse sentido adverte que “é indispensável que os meios de comunicação social, e neste caso concreto a televisão, sigam as normas éticas, deontológicas e jurídicas para que as suas funções sociais sejam realizadas de forma positiva” (Pereira, 2001:11).

É esta responsabilidade sobre as funções sociais que os media não podem deixar de lado, devendo criar conteúdos que sejam educadores e introduza mensagens de valor acrescentado para a sociedade.

No caso da saúde, os meios de comunicação são um dos principais focos de informação, sendo muitas vezes uma ponte entre a realidade quotidiana e a realidade médica, devendo por isso afastar-se das abordagens sensacionalistas que levem a situações alarmistas. Pelo contrário, exige-se dos media uma postura de contextualização e esclarecimento, pois o carácter educativo dos media nota-se principalmente em temas menos comuns para os cidadãos, bem como na decomposição da complexidade dos temas.

“É preciso ser funcional. Pôr em prática jornalismo informativo, preventivo, educativo e de utilidade pública com intuito de prevenir e erradicar doenças da população. Analisando-se sob a ótica da ação-reação, surte efeito positivo. Isto porque pessoas bem informadas sobre saúde, se cuidam mais, e, procuram fazer mais consultas médicas, seja pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por convênios particulares.”⁶

É nesse sentido que Daniela Gonçalves (2008) desenvolve o seu estudo sobre o “Impacto da televisão nas interações familiares e na educação para a saúde” onde analisa a vertente comunicacional da educação para a saúde, concretizada pelo recurso aos media. O objectivo é entender o impacto da informação televisiva sobre a alimentação e as doenças cardiovasculares na educação para a saúde, com a consequente adopção de estilos de vida saudáveis.

Posto isto, é perceptível o papel educador que os meios de comunicação têm/devem ter. Os media devem promover a saúde, que implica algo mais que o combate à doença. Ao informar sobre saúde, o jornalismo sobre saúde está a formar os indivíduos e a contribuir para as suas escolhas, o que pode resultar em melhores condições de bem-estar.

Mais à frente neste estudo abordaremos este aspecto do bem-estar com maior atenção. No próximo capítulo traçamos um breve quadro dos dois campos [saúde e jornalismo] e a base das divergências entre as duas culturas.

⁶ Alessandra Silvério, no texto *Saúde e Informação: direitos do povo*, publicado no portal do Jornalismo científico (S/D).

Saúde e Jornalismo: “Um conflito de culturas”?

Antes de enquadrar as fontes de informação, bem como identificar as linhas de tensão na relação entre jornalismo e as fontes especializadas do campo da saúde, convém explicitar os dois conceitos que norteiam este estudo: Saúde e Jornalismo.

Distinção de conceitos

○ **Saúde**

Saúde não é simplesmente a ausência de doença. Os conceitos estão associados, mas não devemos linearmente colocá-los em lados opostos. É o que transparece na definição adoptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”⁷.

É a preocupação com o “Estado de Bem-estar Social” (Herzlich, 2004:384) que leva a OMS a uma visão positiva do conceito, incluindo o estado mental e social como factores a ter em consideração na classificação de um ser saudável. Porém, a enunciação da OMS é alvo de críticas. Se, por um lado, a definição é positiva e incorpora um estímulo aos cuidados de saúde, por outro, é bastante utópica ao ambicionar o “completo bem-estar”, o que é inatingível.

O conceito não deixa, no entanto, de ser pertinente e factor de mudança pelas inovações que introduz. A saúde é encarada como um recurso para a vida e não como um objectivo a alcançar.

Nesse seguimento, tem sido dado cada vez mais enfoque ao doente e aos seus comportamentos como forma de manutenção da saúde e prevenção da doença (Nunes, 2007; Herzlich, 2004).

Portanto, o campo a saúde é a base de estudo para diversas áreas do saber (antropologia, economia, história, filosofia e sociologia), está em contínuo desenvolvimento, determinado pelas diversas acções e intervenientes.

⁷ Definição adoptada pela OMS na altura da sua criação, em 1946.

○ **Jornalismo**

Numa definição simplista, podemos falar de jornalismo como recolha, tratamento e difusão de informação actual com uma periodicidade estabelecida que responde a três funções essenciais: informar, formar e distrair.

No entanto, definir jornalismo torna-se tão complexo como a realidade em que ele está inserido. Falar de jornalismo é falar igualmente de “uma variedade de temáticas, estilos, pontos de vista, normas, elementos funcionais, formas discursivas para vários media [imprensa, rádio, televisão]”(Sousa, 2000:31). O autor propõe, por isso, que se fale em jornalismo, sublinhando que todos os conceitos de jornalismo têm simultaneamente uma natureza social, ideológica e cultural.

Por sua vez, Manuel Chaparro (2001:40) defende que “o jornalismo sempre fez parte do mundo”. Na sua opinião, a base de trabalho do jornalismo são conflitos, divergências, perplexidades e revelações polémicas. O autor defende que o jornalismo é ferramenta essencial no contexto da vida, da realidade e da construção do presente. O jornalismo é o verdadeiro espaço público: as coisas só existem porque são noticiadas e geram discussões (Chaparro, 2001).

O jornalismo é, por isso, um “fenómeno social” (Correia, 1997: 35) que por estar incluído num sistema social está exposto à mudança. O conceito apresentado não é linear nem estanque no tempo, pelo contrário, tem de ser encarado como um elemento em construção. “O mundo do jornalismo é um microcosmo que tem as suas leis próprias e que é definido pelas suas posições no mundo global, e pelas atracções e repulsões que sofre da parte dos outros microcosmos” (Bourdieu 1997:39).

Bourdieu (1997) refere-se à influência do campo cultural, tecnológico, político e económico no “campo do jornalismo” (Bourdieu 1997:39). A par das pressões que sofre, o jornalismo assume também um papel de intermediação entre os vários campos sociais, que obriga à sua autonomia, em parte guiada pelo código de ética da profissão (Correia, 1997).

Sendo os media uma importante fonte de informação para o público em geral, como é então a relação entre o campo jornalístico e o campo da saúde?

Os estudos tendem a concluir que há uma linha ténue e tensa na relação destes dois campos. Hillier Krieghbaum (1970) evidenciou isso mesmo no seu trabalho *A ciência e os meios de comunicação de massa* onde refere que os cientistas pensam a ciência em termos filosóficos e culturais enquanto o público leigo olha para ela de forma pragmática (Krieghbaum, 1970).

No campo da saúde, o recurso às fontes de informação é essencial, uma vez que de outra forma o jornalista não teria acesso à informação, nem conhecimento específico para desconstruir a linguagem técnica e especializada da área.

Mas antes de enveredarmos pela relação que se estabelece entre fonte e jornalismo, creio ser importante enquadrar o conceito de fonte de informação.

○ **Fontes de informação**

As fontes de informação são pessoas, instituições e organismos que facilitam a informação que os meios de comunicação precisam para elaborar as notícias e são fundamentais para determinar o processo de noticiabilidade. A informação pode ser procurada pelos meios de comunicação ou pode ser-lhes enviada por iniciativa das fontes de informação (Fontcuberta, 1999: 46) e é concretizada através de um testemunho ou através de um documento.

Tendo presente a segmentação que Jaspers (1998:34/35) elaborou, a credibilidade ou fiabilidade de cada testemunho/documento depende essencialmente dos seguintes factores:

- Segurança do documento – certeza que não houve censura nem manipulação (no caso de som ou imagem);
- Implicações do narrador – preferência por testemunhos na primeira pessoa;
- Congruência da narração – o documento/testemunho devem tratar concretamente o assunto que interessa ao jornalista;

- Convergência das fontes - a mesma informação fornecida por fontes diferentes e independentes entre si.
- Interesse (pessoal ou profissional) da fonte – alguém que testemunhe contra os seus interesses é mais credível [implicação do cruzamento de fontes];
- Estado físico e mental da testemunha;
- Circunstâncias em que o facto narrado foi observado;
- Tempo do acontecimento e altura em que foi narrado;
- Maneira como o testemunho foi transmitido – uma informação dada sem questão prévia do jornalista é mais susceptível de dúvida.

Fonte científica e jornalistas: uma relação degradada?

“O campo científico das notícias é um local das rivalidades e conflitos das fontes científica que, através das suas práticas e representações discursivas, pretendem moldar o conhecimento dos jornalistas nas definições de ciência, saúde ou doença” (Santos, 2002:152).

Fabiola Oliveira (2002:48) alerta para a “falta de visão crítica e a atitude de certa subserviência [dos jornalistas] em relação aos porta-vozes da ciência”, que, no caso da saúde, tende a uma supra valorização do especialista médico.

Em muitos casos, os jornalistas optam pelo recurso à opinião dos especialistas, em detrimento da pesquisa em publicações científicas, muito pela dificuldade que os profissionais de informação sentem em interpretar o assunto.

A falta de especialização dos jornalistas leva-os a uma atitude passiva perante as fontes especializadas, acabando os jornalistas por correr o risco de tomar posições ao mostrarem apenas uma fonte, uma vez que o ponto de vista apresentado ganha grande dimensão (santos, 2003).

O trabalho do jornalista passa também por ultrapassar a difícil tarefa de escolher entre a contextualização do que é feito em laboratório ou a sua aplicação no quotidiano.

Mas a tensão não se gera apenas nesta discrepância de visões. A interação entre os dois campos degrada-se também por outra dificuldade latente. Se, por um lado, os jornalistas nem sempre estão habilitados a falar com fontes tão especializadas, por outro, quem informa nem sempre está preparado para falar com os jornalistas. Em 1970, Krieghbaum falava de um “conflito de culturas” que resultava num “abismo de incompreensão mútua” devido aos “critérios e padrões de conduta próprios e totalmente diferentes” quer de jornalistas quer de cientistas (Krieghbaum, 1970:37).

Há uma dificuldade básica de comunicação entre os dois agentes porque a linguagem dos jornalistas e dos cientistas é diferente, assim como a forma de pensar. Os cientistas usam uma linguagem técnica e indecifrável pelos jornalistas. Já estes tendem a resumir tudo ao mínimo essencial. Todavia, no que toca à ciência, este método pode não chegar para alcançar um formato noticioso útil, pelo que é necessário o conhecimento de conceitos básicos que os jornalistas desconhecem.

Actualmente, podemos considerar que o panorama de interação entre os dois campos esteja em mudança, devendo acrescentar outro elemento nesta relação. As fontes profissionais, ou seja, os gabinetes de comunicação e os especialistas em assessoria de imprensa que, por exemplo, em hospitais e laboratórios são uma realidade, tornam-se um auxiliar cada vez mais precioso na ponte entre jornalistas e especialistas, o que não significa, todavia, que haja menos descontentamento pelas notícias publicadas.

Segundo o estudo *Lost in translation?: A compararison of cancer-genetics reportingin the press release an its subsequent coverage in the press*, as queixas mais frequentes dos cientistas em relação às notícias publicadas são essencialmente: manchetes sensacionalistas, falta de contextualização das descobertas, simplificação e omissão de informação (Brechman, et al., 2009).

Na sua revisão literária, os autores (Brechman, et al., 2009) mencionam a linha de pensamento de MacDonald e Hoffman-Goetz (2002), segundo as quais os media mais populares falham na prevenção e na difusão de estilos de vida saudáveis. “(...) As reportagens sobre cancro em media mais populares são por vezes pouco eficazes, pelos que falham na mobilização da população para a adopção de estilos de vida saudáveis” (Brechman, et al., 2009:457).

Gabinetes de relações públicas e jornalistas estão encarregues de transmitir informação complexa para uma audiência leiga, por isso, ambos tentam tornar as suas histórias mais apelativas. Durante esse processo são usadas técnicas que podem distorcer o conhecimento científico.

Estabelecido o ponto em comum, é relevante destacar a ênfase distinta que os relações públicas e jornalistas dão à informação. “Quando escrevem sobre a mesma descoberta científica, os jornais têm tendência para alterar ou acrescentar informação em relação ao que é dito nos comunicados em mais de 40% das vezes” (Brechman, et al., 2009:467).

Enquanto os comunicados enfatizam a metodologia, a história e o ambiente sociológico, os media focam-se nos resultados e na utilidade quotidiana das descobertas.

O conhecimento científico tem um tempo mais lento e contínuo que o tempo dos media. Entendermos esta diferença leva-nos a outra das dificuldades de relacionamento dos dois campos, que se prende com o nível de profundidade e especialização, ou seja, os jornalistas [principalmente de meios de comunicação generalistas] têm dificuldade em estar a par dos passos contínuos de uma investigação (Brechman, et al., 2009).

Em jeito de conclusão, estes investigadores deixam ainda a ideia de um dilema que afecta quer jornalistas quer relações públicas. Ambos partilham informação importante mas sofrem dos constrangimentos de espaço e tempo, que, no caso dos conteúdos científicos, se agrava dada a dificuldade em transformar informação técnica em histórias interessantes e de leitura agradável (Brechman, et al., 2009).

Em muitos casos, os jornalistas apoiam-se em comunicados institucionais e constituem-nos como principal, quando não a única, fonte de informação para o seu trabalho. Contudo seria bastante redutor circunscrever as contrariedades dos conteúdos jornalísticos sobre ciência aos comunicados emitidos por gabinetes de comunicação. Estes constituem um dos factores assinalados pelos estudiosos.

Esta relação de conflito é caracterizada por reclamações de ambos os intervenientes. Da parte da comunidade científica, bastante fechada sobre si, há uma dificuldade em falar para os meios de

comunicação: “Os cientistas normalmente têm medo de comunicar directamente com o público”(Brechman, et al., 2009:458).

Mas Carvalho e Cabecinhas (2004) apontam para um cenário novo. “Os investigadores ganharam confiança nas suas capacidades de comunicar e de participar em actividades que envolvam comunicação pública da ciência” (2004:8) .

Segundo Brechman (2009), os investigadores denunciam a falta de atenção e conhecimento básico dos jornalistas, o que proporciona interpretações e simplificações erróneas. Ao mesmo tempo, os jornalistas reclamam da intransigência dos cientistas e do uso de terminologias específicas, que dificulta a compreensão para os leigos.

Para muitos cientistas, a comunicação da ciência ainda é entendida como populismo. A relutância no contacto com os media está intimamente relacionada com o receio de simplificação excessiva, deturpação de resultados e de sensacionalismo, como aliás já foi referenciado anteriormente. A tudo isto, soma-se o receio de desaprovação entre os pares, o que acaba por confinar a informação num circuito restrito (Carvalho & Cabecinhas, 2004).

No mesmo panorama de mudança que as autoras já citadas (Carvalho & Cabecinhas, 2004) referem, “tem havido mudanças significativas na actuação dos cientistas em espaços públicos, (...) motivadas pela percepção do carácter estratégico da mediatização como forma de promoção social, mesmo dentro das comunidades científicas, por outro lado accionadas pela consciencialização da responsabilidade social da profissão”.

Sumariamente, os problemas relativos ao jornalismo de saúde prendem-se com os seguintes aspectos:

- Tendência para a personalização das notícias – os jornalistas atribuem especial importância a actores individuais e ângulos de interesse humanos em detrimento da visão institucional ou política de contextualização dos factos;
- Dramatização das notícias e ênfase do conflito;

- Fragmentação das notícias;
- Tendência para apresentar notícias de forma normalizada;
- Falta de capacidade profissional para cobrir este campo do saber;
- Relação desequilibrada entre jornalistas e fonte;
- Aceleração do processo de produção jornalística;
- Aparente neutralidade das fontes de informação.

Apesar dos problemas enunciados, não me parece que a relação entre as fontes de informação especializadas e os jornalistas esteja degradada. O percurso contrário começa a ganhar terreno, com a compreensão das diferenças que os separa e por uma maior aproximação no sentido de resolver estas tensões.

A importância da formação do jornalista

Para entendermos com maior precisão o trabalho de divulgação jornalística da ciência é oportuno reflectirmos sobre uma discussão pertinente em matéria de formação do profissional de informação.

Quando falamos em formação, temos de nos debruçar numa discussão sobre a sua forma e o seu conteúdo.

“Pensar em jornalismo especializado diz respeito a ter de buscar um consenso sobre três manifestações empíricas referentes às suas especializações. 1) A especialização pode estar associada a meios de comunicação específicos (jornalismo televisivo, radiofónico, ciberjornalismo, etc.) e 2) a temas (jornalismo económico, ambiental, desportivo, etc.), ou pode estar associada 3) aos produtos resultantes da junção de ambos (jornalismo desportivo radiofónico, jornalismo cultural impresso etc.).”

(Tavares, 2009:1)

A formação no que diz respeito aos “meios de comunicação específicos” (Ibidem) é bastante consensual, uma vez que é preciso estar apto para responder com eficácia ao meio técnico em que se está inserido, seja ele imprensa, rádio, televisão ou um meio on-line. No entanto, o mesmo já não acontece com a formação temática. Por isso, sempre que for referido “jornalismo especializado” (Tavares, 2009) estaremos a falar de conteúdo. À formação específica estão associadas vantagens e desvantagens que pesam dos dois lados da ponderação.

- **Vantagens**

Há uma base de conhecimento que deve ser comum entre todos os jornalistas, pois está intrinsecamente relacionado com o seu papel de informador. Mas quando nos referimos a temas mais concretos e com maior precisão, a dificuldade em torná-lo acessível ao cidadão leigo esbarra também na dificuldade do jornalista em tratar determinadas matérias.

Para combater esta dificuldade, Abramo (1988, cit em Abiahy, 2005:7) fala da importância da formação do jornalista. “O ideal seria ter nas redações economistas, sociólogos ou médicos, que, além do curso específico, tivessem uma pós-graduação em jornalismo e aprendessem a contar as coisas e a escrever com clareza” (Ibidem).

Percebemos que os especialistas são necessário. Cada vez mais é necessário ir além do relato dos acontecimento. O público pede contextualização e análise da informação. Não apenas porque de outra forma não entenderia o que está a ser dito, mas muito porque a diversidade de canais de informação, possibilitados também pela internet, exigem uma resposta eficaz do jornalismo. A segmentação da informação por áreas de interesse do público requer um nível de profundidade maior [o que nem sempre acontece], mas sem cair em gírias específicas e de difícil entendimento (Abiahy, 2005).

○ **Desvantagens**

Este pode ser um dos pontos de desvantagens do jornalismo especializado, visto que à medida que cresce o nível de entendimento de uma matéria aumenta a dificuldade em simplificá-la e torná-la perceptível para os leigos, pondo assim em risco o trabalho de intermediação entre jornalista e leitor/ouvinte/telespectador. (Tavares, 2009; Kriegbaum, 1970). A linguagem utilizada deve por isso ficar ao nível do cidadão comum, contrariando o risco de ficar mais próxima do especialista.

Abiahy (2005) refere no seu estudo que as próprias empresas de comunicação procuram cada vez mais profissionais com formação superior [não necessariamente em jornalismo] para os seus quadros.

O factor económico entra mais uma vez em cena nesta discussão, uma vez que para tornar um jornalista especialista numa matéria, a empresa em que está inserido tem de despender de recursos financeiros, o que é bastante discutível no cenário actual dos media. Mas esta desvantagens traz aglomerada um reverso bastante criticável. Em vez de se especializar um jornalista, fica mais fácil e cómodo para as empresas darem a um especialista noções básicas de jornalismo. “Se as redacções estão divididas em editorias e se cada uma dessas áreas pressupõe algum conhecimento específico, por que não transformar especialistas [...] em jornalistas e não o contrário” (Lage, 2005, cit. em Tavares, 2009:6).

Lage (cit. em Tavares, 2009:6) critica esta tendência, reafirmando que “o trabalho do jornalista não deve ser transferido para o especialista”, uma vez que é tarefa do jornalista “relatar sobre as coisas do senso comum, o que não o faria especialista” (Ibidem).

Saúde e jornalismo – quando se cruzam?

Se pelas palavras de Chaparro (2001) ficamos a perceber que as coisas só existem porque são noticiadas e geram discussões, parece-me interessante perceber como a saúde entrou na esfera pública e se tornou tema de discussão.

“Sabe-se que a doença é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas e que ela pertence simultaneamente ao domínio privado e ao espaço social” (Herzlich, 2004:383). O percurso histórico da saúde/doença tem uma estreita ligação com a história das sociedades, como foi por exemplo a “peste negra”, que caracterizou toda a época da Idade Média.

A medicina como ciência social surgiu ainda no século XIX, como um movimento para investigar problemas à luz das ciências sociais, embora, segundo Nunes (2007), não tenha respondido a todos os seus objectivos. Contudo, o impulso fundamental para o desenvolvimento deste campo do saber surgiu com a 2ª Grande Guerra.

Actualmente o nível de desenvolvimento de um país pode ser catalogado pelo género de doenças dos seus habitantes (Herzlich, 2005). O desenvolvimento do conhecimento científico e a descoberta do corpo tornaram possível um avanço nos cuidados prestados e uma maior consciência de saúde e doença. Com surgimento do “Estado de Bem-estar Social” (Herzlich, 2004:384), a saúde tornou-se um tema político, e por isso mesmo, tema de discussão pública.

Cresce assim o dilema discutido por vários sociólogos ao longo de décadas sobre a que domínio pertence afinal a saúde e a doença, se ao privado - por se tratar de “sensações do corpo” – se ao público - pela expressão social que a experiência pessoal da doença pode ter ao nível da prevenção.

É o exemplo da SIDA nos países em vias de desenvolvimento, onde as condições de vida são ainda bastante precárias e existe a tentativa de controlo da doença através da prevenção. Ou mesmo o caso dos países mais desenvolvidos durante os anos 80, em que a experiência pessoal dos doentes com sida era tornada pública como forma de dissuadir o comportamento do grupo, tornando-se, desta feita, assunto público.

Herzlich (2004) fala do interesse pela experiência privada e pessoal da doença e da saúde, bem como a sua ausência ou presença no espaço público. Para isso, expôs os vários modelos que, desde os anos 50, vão orientando os sociólogos no estudo da saúde e da doença.

A autora contextualiza a passagem de um modelo em que a saúde era tratada de uma perspectiva mais social e colectiva para a individualização da experiência da doença e da saúde. Verificou ainda que o tipo de doenças em análise também se alterou ao longo da segunda metade do século XX, visto que começou a ser dado mais enfoque às doenças crónicas e de longa duração, em detrimento da atenção dada à doença aguda e temporária. O esforço é então dirigido no sentido de perceber como a saúde/doença podem interferir na ordem social do quotidiano (Ibidem).

O final do século é a “era de mudança” (Bloom, cit. por Nunes 2007:200) em que alguns autores (Herzlich, 1987; Frank, 1997; Charmaz, 1991) falam da doença como uma experiência moral onde é dado ao doente a oportunidade de mudança e renovação e a possibilidade de se tornar um doente bem sucedido, apontando o paciente como uma personalidade importante na cultura individualista contemporânea.

“A experiência pessoal da doença não é mais uma interrupção biográfica; ela não leva mais a uma perda do eu (self). Ao contrário, ela é uma autodescoberta, oferece a possibilidade de renovação e mudança, ou a oportunidade para pôr à prova a própria capacidade de mostrar-se à altura das circunstâncias e ser um doente bem sucedido”.

(Herzlich, 2004:389)

O enfoque dado ao sujeito da doença foi determinante para a mudança de paradigma e para “transformação radical da relação da sociedade com a saúde, medicina e ciência” (Ibid.:391). O contributo dado pelas associações de doentes foi fundamental para a imposição que a sociedade civil teve em hospitais e laboratórios. Tudo isto resultou numa maior atenção para o tema por parte de políticos e dos próprios media, que como sabemos acompanham a agenda política. “A saúde estava se tornando um tema essencial, um tema nos noticiários” (Herzlich & Pierret, cit. por Herzlich, 2004:391).

Convém, contudo, explicitar que há ainda trabalho a realizar nesta área no que respeita ao tratamento do tema nos meios de comunicação social, lacuna de certa forma reconhecida por Herzlich (2004) ao referir o esforço de muitas associações que travam a primeira luta pela sua existência, sendo por isso pouco visíveis e pouco eficazes em tornar públicas as causas pelas quais trabalham.

A esfera pública de saúde está em muito dependente da rotina de trabalho dos jornalistas, mas acima de tudo depende da “estrutura ou o mapa cultural que os jornalistas usam para dar sentido ao mundo”.

Informação sobre saúde

O jornalismo de saúde é definido pela actividade de tornar pública informação relacionada com o campo. Define-se como o “trabalho de reportagem e cobertura da saúde, das histórias e dos tópicos relacionados com a saúde” (Levi, 2001:4), mas não inclui o trabalho que não é regido pelos critérios formais e de conteúdo inerentes à actividade jornalística, como o são por exemplo os trabalhos científicos.

Actualmente, os meios de comunicação dão atenção à temática geral da saúde quando está essencialmente relacionada com informação sanitária; informação sobre medicina; sobre problemas/questões na saúde e na medicina; sobre programas inerentes à política de saúde.

A área que o jornalista pisa é por isso lata, tendo este profissional a necessidade de se manter atento na sua tarefa de mediação entre o profissional de saúde e o utente. O jornalista especializado deve estar preparado não apenas com o diploma, mas com boas informações (científicas e de acordo com a especialidade tratada), conhecimento técnico e experiência.

Rigor e profissionalismo são dois aliados para contrariar alguns dos problemas que se colocam ao exercício da função do jornalista. Situações de alarme, de sensacionalismo e simplificações erróneas, às quais Brechman (2009) se referia, podem ser evitadas tendo o jornalista o seu código deontológico bem presente.

Informação científica no prime-time das televisões europeias

Procurar bibliografia sobre a temática do cancro no jornalismo é tarefa difícil, uma vez que a investigação nesta área é ainda muito reduzida. A nível nacional, o trabalho científico ainda dá os primeiros passos, enquanto lá fora, principalmente no cenário norte-americano, os investigadores sociais já tornaram o tema foco de trabalho.

A nível europeu, León (2008) é um dos autores que trabalha o tema da saúde na informação. Em 2008 publicou um trabalho intitulado *Science related information in european television: a study of prime-time news*, que respondia a três objectivos: (1) quanta informação é transmitida pelos canais líderes; (2) o que consta nas agendas dos media e que valores as suportam; (3) que qualidade têm as notícias sobre ciência (presença de contextualização e explicações científicas).

Pressuposto presente em diversos estudos sobre os conteúdos televisivos, é a crítica à preferência que os media, e em particular a televisão, dão a temas mais light e sensacionalistas, deixando de lado tópicos relacionados com a ciência ou mesmo a política.

No entanto, León (2008), no seu estudo, retratou uma situação diferente. De acordo com o autor, a crítica era aplicada com maior pertinência aos conteúdos televisivos dos anos 80/90.

Cinco estações de televisão privadas, de cinco países diferentes (Reino Unido, França, Itália, Espanha e Alemanha) foram escolhidas pelo autor para desenhar o panorama de informação sobre ciência que é dada aos europeus. León percebeu então que as estações em estudo deram mais espaço a notícias relacionadas com ciência, sendo que a saúde foi o assunto que mais atenção teve, muito porque a própria audiência reconhece nele implicações para a sua própria vida.

“Mas a presença notável de notícias sobre saúde mostra que os tópicos mais sérios podem manter uma posição significativa. As notícias sobre saúde conseguem prender a atenção da audiência por estarem imediatamente relacionadas com o seu dia-a-dia e com as suas experiências. Já no caso do ambiente, e ainda mais, no caso da ciência e tecnologia, a relação não é tão imediata.”

(Léon, 2008:456)

O autor aponta como os valores-notícia, a agenda e ainda os interesses e formações dos jornalistas como factores responsáveis pela maior exibição do tema no prime-time (Léon, 2008).

De acordo com os dados apresentados por Léon (2008), que referencia um estudo do eurobarómetro, 88% dos cidadãos europeus mostram interesse por temas ligados à medicina (principalmente no que se refere a descobertas). Em contra ponto, o estudo mostra que apenas uma pequena parcela (15%) está bem informada. Na generalidades dos casos, é a televisão a principal fonte de informação para os cidadãos (León, 2008).

León conclui que os meios de comunicação atribuem relevância ao tema, contudo podem ainda explorá-lo mais. “(...) A oferta de informação sobre ciência parece não corresponder ao interesse que os cidadãos declaram ter” (León, 2008: 456). O estudo não explora com profundidade a qualidade das notícias – só leva em conta dois critérios, mas mostra que não há uma agenda comum, o que leva León (2008) a concluir que os jornalistas diferem quanto aos critérios de selecção das notícias, acentuando a tónica pessoal na opção noticiosa.

“Quando cobertura noticiosa é feita por jornalistas especializados a probabilidade de haver conteúdo explicativo é maior” (León, 2008: 457). As regras específicas dos programas de televisão, principalmente dos generalistas, são uma das justificações apresentadas pelo autor para a dificuldade que as notícias sobre temas tão específicos tenham dificuldade em conquistar tempos de antena das estações.

No trabalho “*O lugar do cancro na imprensa escrita em Portugal: Esboço de análise de recortes da imprensa entre 1984 – 2002*” (Paiva & Pinto, s/d) desenham-se o cenário do processo de construção social do cancro em Portugal. Através da análise do discurso escrito produzido pela imprensa nacional, apontando-se que a atenção é dada às descobertas tecnológicas que possibilitam curas ou tratamentos mais eficazes, resultando disso uma maior presença de investigadores com voz nos media.

Televisão – perspectiva crítica

“Ver Televisão significa acima de tudo fixar uma luz.”

(Mander, 1999:211)

Sendo a televisão o meio que escolhi para realizar o meu estágio, considero importante dedicar-lhe um espaço de reflexão no meu estudo.

A televisão fez parte do meu crescimento. Ainda antes da internet entrar na rotina diária, foi na televisão que comecei por ver uma realidade que de outra forma nem sequer chegaria até mim.

A influência que a televisão tem no indivíduo vai muito para além do hábito de ligar o aparelho. Ela faz parte da vida quotidiana. As pessoas dedicam-lhe muito do seu tempo, na tentativa de se informarem, se distraírem e entreterem. Se não passar o dia ligada, pelo menos à hora do jantar há sempre mais uma presença na mesa. A TV entra em casa sem pedir licença e apodera-se de um espaço que é por natureza privado.

Mesmo para os que não vêm televisão, ela interfere na sua vida, a partir do momento em que se tornou parte do envolvente social e cultural em que o indivíduo se insere, tal como a internet nos dias de hoje.

A televisão é um objecto cómodo, pois não implica sair de casa, não tem a necessidade de criar cenários – eles são oferecidos através das imagens. O sucesso da televisão faz-se pelo recurso às emoções que ela consegue transmitir. Se a rádio tinha conquistado fãs, a televisão superou-a pela vertente técnica que possibilitou a introdução da imagem e a sua articulação com a voz.

Este aparelho suscitou entusiasmo, mas é curioso reflectir sobre as suas dualidades. Se por um lado possibilitou a abertura de uma janela para o mundo, por outro, tornou-se um espelho desfigurado da realidade. Sendo um meio de comunicação em potência, pela capacidade de formação, torna-se também perigoso pela manipulação que os poderes político e económico podem exercer sobre ele.

Mas comecemos por perceber qual a sua origem.

Origem da televisão

Traçar um linha de estudo sobre a televisão, a sua origem e as suas alterações ao longo dos tempos tem sido trabalho de vários autores em diversos países. No entanto, é difícil encontrar consonância entre os caminhos seguidos e as metodologias adoptadas, muito porque, numa fase inicial, não foram feitos registos dos conteúdos programáticos, mas também por divergências entre os autores quanto às vertentes a serem estudadas.

Apesar de tudo, existem variáveis que permitem delimitar fronteiras entre a vertente de estudo que divide as fases da TV em períodos temporais e a vertente que atenta ao seus traços estruturais. São eles:

- As políticas de comunicação e o relacionamento do poder político com o sector audiovisual;
- As inovações tecnológicas;
- O surgimento ou reformulações de formatos televisivos.

Os trabalhos têm em comum o facto de adoptarem sistemas explicativos holísticos, desenvolvidos numa concepção linear do tempo.

Em contra corrente com esta tendência, Guy Lochard, (cit. por Lopes, 2008:9) explora uma terceira vertente de análise da televisão, assente na noção de configuração. O autor parte de dois conceitos-chave: constrangimento situacional e imaginário comunicacional. Enquanto no primeiro são levadas em consideração situações televisivas específicas, na segunda, existe uma maior flexibilidade na forma de pensar as mutações por que passa a comunicação televisiva, ligando assim instâncias de produção às de recepção.

De forma a facilitar o entendimento sobre as mutações da televisão desde a sua origem até aos dias de hoje, adoptamos aqui a distinção da TV propostas por Eco(1993): Paleo TV; NeoTV. A estas duas fases acrescentamos uma outra, a actual: HiperTV. Nas três etapas, há um contexto de época

e de estrutura fortemente ligado a uma realidade social que é preciso levar em conta e ter presente para entendermos a génese deste meio audiovisual.

○ **PaleoTV**

Ainda que os primeiros passos da televisão tivessem sido dados nos anos 40 do século XIX, foi apenas em 1929 que as transmissões regulares se tornaram uma realidade. A BBC foi a primeira estação a fazê-lo, com transmissões diárias de 30 minutos. A Europa teve um papel impulsionador no desenvolvimento da Televisão, principalmente em países como França, Alemanha ou Reino Unido. O interesse Americano por este meio veio mais tarde (Cádima, 1996).

No Velho Continente, os primeiros tempos da televisão surgem associados ao poder político, constituindo-se com um vínculo de serviço público de estreita ligação com o poder dominante, o que a tornava um meio permeável, sujeita permanentes manipulações.

Os períodos pós –guerras mundiais trouxeram mudanças políticas, económicas, sociais e culturais, que levaram os Estados europeus mais afectados pelos confrontos a adoptar um novo papel (Lopes, 1999:28). O objectivo defendido era o fortalecimento das economias e o estabelecimento dos equilíbrios sociais, metas que a sociedade não conseguia cumprir sozinha e que o livre funcionamento do mercado era incapaz de realizar(*Ibidem*).

Richeri, citado por Lopes e Loureiro (Lopes & Loureiro, 2009), aponta quatro argumentos de contextualização para o envolvimento da acção do Estado- Providência no meio televisivo:

- Ordem técnica – raridade de frequência hertzianas implica regulamentação criteriosa;
- Ordem política – entendimento de que num sistema democrático a televisão deveria promover a participação dos cidadãos na discussão de assuntos de interesse público;
- Ordem Cultural – Debilidades deixadas pela guerra pediam um meio capaz de responder eficazmente às necessidades informativas, formativas e lúdicas dos cidadãos, que lhes devolvesse a consciência de nacionalidade;
- Ordem jurídica – estabelecimento constitucional do direito de informar e de ser informado.

Mas o ideal de serviço público garantido pelo Estado acabou por se subverter. O caso português é exemplo disso. Apesar de não ser o mais paradigmático, pelo tardio desenvolvimento do sector, não ficou imune às pressões políticas, tornando-se mais um meio de divulgação de ideologias, crenças e hábitos de vida de um povo submisso ao regime político no poder, do que propriamente um incentivo à participação e ao exercício da cidadania.

Ainda que inicialmente a TV tivesse surgido livre de pressões, cedo o poder político europeu se apoderou do meio, o que levantou várias questões pelas implicações da propaganda sobre as massas (Cadima, 1996). Por vias formais ou informais, os governos ditatoriais europeus aumentam a sua intervenção no meio televisivo, assim como o fazem em todos os campos sociais.

Já não era o público a entidade referência na programação da grelha, mas os interesses políticos e aquilo que convinha ao poder mostrar. Telespectador e televisão estabeleciam uma relação rígida, onde tinham que escolher entre ver o que era permitido passar na TV ou manterem-se afastados de um meio de comunicação que se tornou paternalista, pedagógico e monodirecional (Lopes e Loureiro, 2009:4).

- **NeoTV**

Caracterizada pela abertura do meio televisivo ao sector privado, a NeoTV aproxima-se mais de um modelo americano de televisão. Obedecia a “estratégias de realização e modos de apropriação da realidade que convertiam o pequeno ecrã num mundo que, aos olhos do telespectador, parecia existir independentemente daquilo que mediatizava” (Williams, cit. por Lopes & Loureiro 2009:4). Ou seja, a televisão passou a ser o acontecimento.

Ao contrário da PaleoTV, a NeoTV foca a sua atenção nas audiências, dando ao telespectador aquilo que ele deseja ver. Eco resume de forma bem clara essência da NeoTV através da seguinte ideia: “a paleotv queria ser uma janela que da mais remota província mostrava o imenso mundo, a neo tv (...) aponta as câmaras sobre as gentes de Picansa e mostra ao público de Picansa as gentes de Picansa (Eco 1993:129)”.

A própria câmara mudou a sua natureza, devido à alteração na forma como os profissionais passaram a encarar a sua actividade. Isto porque têm mais autonomia, mais formação qualificada e adquirem novos hábitos de vida, acabando o trabalho por se tornar mais personalizado, dinâmico e diversificado.

Com a neoTV , a grelha de programação passou a estender-se por várias horas, resultado da proliferação de canais e do aumento de concorrência na corrida por melhores audiências.

Os ritmos do quotidiano tornaram-se referentes para este modelo de televisão, que adquire com o telespectador laços afectivos, reforçados pelos formatos de programa escolhidos. Talks shows e reality shows permitem que a televisão se torne num prolongamento das conversas interpessoais.

A NeoTV aposta assim num discurso individual, de maior aproximação ao telespectador, ao contrário da rigidez formal e institucional que caracterizava a PaleoTV. Aliás, ela está muito distante do modelo que lhe antecedeu. Tendo como vector fundamental as audiências, a NeoTV vai estruturando progressivamente uma relação bidirecional⁸, assente numa convivialidade entre audiência e televisão.

- **Hipertelevisão**

Seguindo a tendência que a NeoTV implementou, a aproximação ao telespectador começa a ganhar uma nova configuração. A sociedade está cada vez mais hedonista, centrada nos desejos individualistas (Lipovetsky, 2005). O modelo de televisão de convivencialidade já não satisfaz a audiência, que reclama uma bidirecionalidade efectiva e uma participação mais acentuada. Emerge assim uma televisão centrada no indivíduo: a TV do ego.

Mas a arquitectura analógica da televisão que conhecemos actualmente tem muito pouco de interactivo, estando ainda desenhada para indivíduos receptores que não têm muito mais que o Zapping como forma de interacção. A emissão continua a ser organizada em grelha, uma linha temporal de lógica sequencial, em que transmissão e recepção têm de ser simultâneas, sob pena de se perder o fio de compreensão do que é transmitido.

⁸ Pretendia sê-lo, mas uma relação bidirecional implica muito mais do que aquilo que este modelo de TV podia oferecer.

O mundo interactivo do ambiente de computador e da internet não está ainda nas rotinas quotidianas da Televisão, mas os investigadores acreditam que a ligação entre os dois meios é o caminho a seguir (Lopes & Loureiro, 2009). A TV digital já existe, mas subaproveitada. Jean Paul La France (cit. por Lopes & Loureiro, 2009:9) justifica este subdesenvolvimento da Tv digital com questões de contraste de comportamentos: o telespectador é passivo e o cibernauta pró-activo.

A televisão tem perdido força entre os mais novos, principalmente na faixa dos 15 aos 24⁹, que criticam essencialmente a passividade característica da TV e a imposição de uma programação (Lopes & Loureiro, 2009). Mas esta faixa etária não se desligou por completo do meio, continua a assistir aí aos programas favoritos. A televisão deixou de ser o entretenimento quando já não se tem mais nada para fazer. A internet vence cada vez mais como meio lúdico.

As faixas mais jovens são uma massa crítica considerável, que procura na internet meios de expressão e de afirmação do “eu”. Apesar de deixarem a TV tradicional de lado, não abandonam o formato vídeo, pelo contrario.

O futuro parece caminhar no sentido da convergência de meios. Na geração youtube¹⁰, cada um escolhe o que quer ver e quando quer ver. Os conteúdos são fragmentados, de curta duração, o que torna apetecível a auto-produção, visionamento e partilha de informação através da rede. Os conceitos de receptor e de emissor estão a diluir-se. Os novos fluxos comunicacionais edificaram novas estruturas de organização da comunicação e, em grande escala, da forma como a sociedade se encara.

Os servidores de partilha de vídeo, como o youtube, contribuem para a consolidação do egocasting, baseado numa indústria caseira de fornecedores de informação e entretenimento. Os utilizadores individuais dispõem agora dos meios e dos conhecimentos para se tornarem donos do que vêem e senhores do que produzem. As “tecnologias de personalização” (Rosen cit. por Lopes & Loureiro 2009:10), podem resultar numa participação democrática deficitária, isto porque os

⁹ Dados do relatório *A sociedade da Informação 2007* elaborado pela UMIC, citado por Lopes & Loureiro, 2009:8

¹⁰ Expressão utilizada por Lopes e Loureiro para designar a faixa Etária dos 15-24, que mostra mais sinais de mudança comportamental em relação à TV e à internet.

internautas têm a possibilidade de conscientemente descartarem o contacto com imagens, sons, ideias às quais não se identifiquem. Dominique Wolton (Ibidem) contesta a ideia que interactividade e acesso livre à informação são sinónimos de comunicação. O sociólogo francês defende que apenas os canais generalistas conseguem chamar a si o papel de coesão cultural das abertas, equilibradas e igualitárias (Ibidem). Laurence Meyer resume o egocasting em três conceitos-chave: personalização, controlo, participação (Lopes & Loureiro 2009:10).

Mas nos novos contornos de relacionamento com os meios de comunicação, onde fica a televisão tradicional, tal como a conhecemos? A resposta parece surgir do interior do meio. A programação é um reflexo da individualização da experiência de cada indivíduo com a TV. Os programas de voyeurismo e centrados na experiência individual, como por exemplo o *Big Brother*, mostram o rumo que a pós NeoTV pode estar a seguir.

Lopes e Loureiro, acerca das configurações da NeoTV, referem que caminhamos numa diluição dos grandes paradigmas comunicacionais da Televisão de grande público na massa líquida da modernidade não significará, tão cedo, a sua dissolução definitiva.

Enquadrado o percurso da televisão desde a sua génese até à actualidade, resta-nos espaço para reflectir acerca do exercício do jornalismo em televisão, assim como das limitações deste meio.

O que distingue um jornalista de Televisão?

Nada, seria a resposta.

Em qualquer meio de comunicação social, um jornalista é um jornalista, responde aos mesmos princípios éticos e deontológicos e deve ter perante o exercício da sua profissão a mesma responsabilidade (Bertrand, 2002). Ainda que as linhas editoriais possam distinguir-se, a diferença mais marcante de um jornalista de televisão para os restantes jornalistas é a especificidade técnica do meio em que trabalha (Jespers, 1998).

Em televisão, o jornalista trabalha o texto, a voz, a imagem, tudo integrado constrói a peça jornalística. O texto em televisão é diferente do texto de imprensa. Bem mais coloquial, de frase simples e directa, para fácil leitura para o jornalista e para fácil compreensão para o telespectador

(Jespers, 1998). O jornalista não se deve esquecer que tem uma concorrência forte, uma vez que o espectador nem sempre está simplesmente a “ver televisão” - com toda atenção ao que está a ser transmitido - pelo contrário, a televisão tem como principal rival a distração do telespectador (Ibidem).

Também, por isso, a adequação da imagem ao que está a ser dito deve ser uma preocupação. “A voz off ou de um falante é secundária, está em função da imagem, comenta a imagem” (Santiago, 2006:54). A televisão trouxe a possibilidade de transmissão da imagem, por isso, utilizar da melhor forma este recurso é vantajoso para o jornalista, e isso significa enquadrar a imagem no ângulo da reportagem, de forma a que o conjunto faça sentido e seja coerente. “O princípio básico para a realização da mensagem real televisiva é pois a redundância perfeita: descrever o que se mostra e mostrar o que se escreve” (Jespers, 1998:88).

Daniela Santiago (2006), no seu trabalho *“O reconforto da televisão” – uma visão diferente sobre a tragédia de Entre-os-rios*, deixa-nos um exemplo da capacidade da televisão. “Apesar da queda da ponte [de Entre-os-Rios] não ter sido gravada pelas câmaras de televisão, de não ter sobrevivido qualquer passageiro para relatar os factos, tudo foi recriado” (Santiago, 2006:53).

A autora alerta para o uso abusivo das imagens e salienta a necessidade de ponderação e discernimento na sua escolha. Referindo-se em concreto ao caso de Castelo de Paiva, ressalva a forma como alguns media passaram imagens do sofrimento das famílias. “Cenas de infortúnio ou aflição não devem sobrepor-se, erradamente, à cobertura dos acontecimentos” (Santiago, 2006:61).

Muito recentemente, o sismo no Haiti e a catástrofe na Madeira voltaram a levantar a questão sobre o impacto das imagens. No primeiro o cenário que invadiu os ecrãs era de total destruição – com casas destruídas, pessoas mortas e a descrição de um cheiro a morte.

Seria necessário mostrar as imagens dos cadáveres na rua, dos resgates de sobreviventes nos escombros? Bastaria mostrar a destruição dos edifícios, os relatos dos vivos, os vídeos amadores que foram gravados no exacto momento em que o sismo ocorreu? No caso da Madeira, seria necessário mostrar os cadáveres encontrados? Bastava mostrar os danos materiais para dar a

conhecer o que aconteceu? O que teria mudado para o telespectador se as imagens tivessem sido outras?

As interrogações ficam sem que nenhuma resposta consonante seja dada. Não pretendo encontrar a resposta, nem tão pouco uma 'lei' para se mostrar os acontecimentos, pelo contrário. A reflexão serve mais para perceber que, apesar da televisão viver da imagem – de algo que supostamente aconteceu, ela também mente, pois tudo o que é transmitido depende de uma perspectiva do mundo, dos “óculos” dos jornalistas que Bourdieu (1997:12) referencia. “O poder da televisão reside, assim, na sua capacidade de desconstruir a ilusão da realidade e não a sua construção mais fiel e objectiva” (Santiago, 2006:63).

Restrições do meio televisivo

“A televisão não é muito favorável à expressão do pensamento” (Bourdieu, 1997:24), trabalha mais ao nível da emotividade e dos sentimentos. Jerry Mander (1999) tentou explicar isso mesmo na sua obra “Quatro razões para acabar com a Televisão”, justificando que a “a informação televisiva parece ser captada sobretudo nas zonas inconscientes do intelecto, mais do que nas zonas conscientes, onde poderia tornar-se objecto de reflexão” (Mander, 1999:249).

Noutra linha de pensamento, Santiago constrói a sua investigação na base do “alento, consolação, reconforto gerado através da televisão” para a situação concreta de Entre-os-Rios, mostrando uma vertente positiva da relação do telespectador/televisão, com destaque para a função reconfortante do meio.

No entanto, esta visão sobre a televisão não é muito frequente. O habitual é a crítica à superficialidade da informação e à luta por quotas de mercado e pela imposição feroz da concorrência, fortemente acentuada pelo fenómeno do Zapping (Jespers, 1998). De acordo com alguns estudiosos deste meio de comunicação (Bourdieu, 1999; Jespers, 1998; Lopes, 1999) a informação em televisão é preparada para entreter o telespectador: “o divertimento é a suprema ideologia de qualquer discurso na televisão” (Postman cit por Jespers, 1998:75).

Estando a informação incorporada na grelha de programação de um canal, e tendo essa programação o objectivo claro de entreter, a informação tem tendência a seguir esse caminho também, acabando por adquirir uma vertente “anteriormente relegada para os ditos jornais sensacionalistas” (Bourdieu, 1999).

A lógica das audiências é aqui rebuscada para explicar esta tendência. Audiência significa capital financeiro, fundamental para o funcionamento de uma estação. Sendo “a televisão regida pelos níveis de audiência” (Bourdieu, 1997:74) qual é então o lugar do telespectador? O que prevalece na lógica televisiva, o interesse do público ou o interesse público (Lopes, 1999:73)? Será o espectador de base “idiota” por definição, tão como pressupõe Bourdieu (1997:30)?

Mais uma vez não há uma resposta assertiva para as questões. No entanto, e seguindo a lógica dominante no mercado televisivo, as audiências mostram que os programas mais “softs” do ponto de vista do esforço intelectual são os que mais telespectadores agregam. Nos Estados Unidos, os reality shows são um fenómeno de sucesso. Em Portugal, são as novelas o produto com maior procura. Na informação a tendência é paralela. Os jornais televisivos com mais show off e espectáculo têm audiências mais altas.

Nos jornais televisivos tudo é preparado para cativar e prender quem está em casa, através de uma encenação prévia. O pivot, por exemplo, é o rosto dessa encenação, tornando-se um “elemento chave na ligação do mundo referencial aos espectadores” (Lopes, 1999:82). “Na televisão tudo é visível, mas nem por isso o processo de transmissão da informação se torna mais transparente. Sem ter consciência da manipulação de que é alvo, o telespectador deixa-se conduzir pelo pivot” (Lopes, 1999:83).

O mesmo princípio é aplicado a quem vai ‘falar à televisão’. O tempo é um dos principais constrangimentos no meio. Não só é importante que as televisões tenham mensagens de fácil compreensão para as pessoas, como é importante que aqueles que queiram aparecer na televisão percebam estas dinâmicas da linguagem televisiva. Bourdieu (1997) critica este imperativo do tempo, salientando que não é possível estruturar pensamentos a contra-relógio, justificando, desta forma, a sua relutância em ir à televisão. De acordo com o autor, a “mentalidade dos níveis de

audiências” que impera nas salas de redacção e nas editorias não é compatível com o conhecimento científico e cultural (Bourdieu, 1997).

No entanto, continuamos a ter políticos, médicos, engenheiros, economistas e um número circunstancial de fontes especializadas que ainda estão disponíveis para ‘falar na televisão’. Por um lado, as fontes têm maior noção dos constrangimentos da televisão e adaptam-se a eles, por outro, um dos factores a ter em consideração na altura de lançar um convite é precisamente essa capacidade de adaptação. Ter presença e saber falar em televisão significa dizer muito em poucas palavras. No caso político esta ideia é fundamental para se construir um perfil público.

Em jeito de conclusão, utilizo novamente uma súpula de Jaspers (1998: 64/65) como forma de sintetizar as limitações do jornalismo televisivo:

- Imediatismo;
- Predominância da imagem;
- Contágio do divertimento;
- Ausência de especificidade do público;
- Competição pelas audiências;
- Brevidade;
- Choque da imagem e do som;
- Fraca credibilidade.

Depois das leituras críticas, e na maioria, consonantes quanto ao papel da televisão e à sua faceta superficial e sensacionalista no modo como trabalha a informação, questiono-me sobre o lugar ocupado pelos canais por cabo dedicados à informação. Haverá lugar para um trabalho mais elaborado, com um nível de profundidade mais satisfatório e que não dê ao cidadão apenas uma “ilusão de estar informado”?

Sendo o meu estudo baseado no programa “Vencer o Cancro”, partirei deste exemplo para entender se há ou não espaço para o jornalismo especializado, dedicado neste caso à saúde e à temática do cancro. De que forma é contornada a questão da especificidade linguística dos dois campos bem como entender quem tem voz nos programas. Pretendo ainda observar os resultados do programa em termos de audiências.

III – Do Estudo Empírico

Problemática em estudo

Chegados a esta terceira fase do estudo, passamos do plano teórico, exposto até aqui, para a análise empírica do programa “Vencer o Cancro”. No segundo capítulo foram apresentadas ideias-chave para a observação que será levada a cabo neste terceiro capítulo.

Sabendo que as realidades médica e jornalística são diferentes e que têm uma forma de comunicar dissidente, estruturei o presente estudo de forma a entender como a discrepância entre os dois campos dificulta o trabalho do jornalista num terreno tão específico como o da saúde. Partindo da minha experiência de estágio no meio televisivo e a proximidade com a realização do programa de saúde “Vencer o Cancro”, o meu propósito de estudo é perceber de que fala a televisão quando fala de cancro.

Chegados a este ponto da investigação, considero oportuno relembrar alguns pensamentos expostos ao longo do enquadramento teórico, nomeadamente:

1. Os meios de comunicação social têm um papel de influência no contexto social e moldam a nossa consciência da realidade. Para a generalidade da população, a televisão é o principal meio de contacto com a informação, contudo o potencial educador deste meio é sub-aproveitado (Sousa, 2000; Hawng & Southwell, 2005).
2. A informação sobre saúde atrai a atenção da audiência, por estar directamente relacionada com a experiência pessoal de cada um. No entanto, jornalistas e órgãos de comunicação, principalmente generalistas, têm ainda dificuldade em abordar o tema. Os jornalistas nem sempre estão preparados para trabalhar informação tão especializada e os meios de comunicação não dispõem de tempo de antena para dedicar ao tema (Vettenhen et al., 2005; Hawng & Southwell, 2005; Santos, 2002; Kriehbaum, 1970).
3. Fonte especializada do campo da saúde e jornalista estabelecem entre si uma relação tensa, criticando-se mutuamente. No entanto, o caminho apontado é de mudança deste

cenário, uma vez que ambos reconhecem a importância da divulgação da informação sobre saúde, devido ao seu papel preventivo (Carvalho & Cabecinhas, 2004).

4. Há ainda um longo caminho a percorrer no jornalismo de saúde. Os estudos revelam que o público estaria disposto a receber mais informação sobre saúde. Mas no caso particular da TV, e ainda mais dos canais generalistas, a tendência dos últimos anos foi para o desinteresse pela informação, em benefício de programação voltada para o entretenimento, com carácter voyerista (Nunes, 2007; Herzlich, 2004; Léon, 2008).

Sendo estes pensamentos teóricos fundamentais para a estrutura da minha investigação, apresento agora as linhas que orientarão o presente trabalho:

- Como se estrutura um programa como o “Vencer o Cancro”?
- Quem são as fontes e como são colocados a falar nas peças?
- Como se conjugam texto e imagem?

O objectivo é compreender como é estruturado um programa de televisão sobre cancro, onde as vertentes racional – médico/especialista - e emotiva – doente/família - são colocadas em evidência pelo trabalho do jornalista. Através do entendimento das regras e critérios que fundamentam a produção jornalística, tento compreender a recolha e a selecção dos testemunhos e das imagens exibidas.

Para responder aos meus objectivos, tomarei a segunda edição do programa “Vencer o Cancro” como objecto de estudo. Para responder às duas questões iniciais, a análise incidirá sobre as peças dos nove programas. Já a última questão tem como matéria de análise somente as peças do oitavo programa, em que é abordado cancro do ovário e é debatida a temática da sexualidade e fertilidade. A escolha recaiu sobre este programa por ser um assunto que colocam, à partida, mais reservas na exposição, quer através da recolha do testemunho quer através da recolha das imagens, mas também pela minha proximidade na produção de parte dele.

Caminhos de análise

Estabelecida a problemática e clarificadas as linhas de orientação, é prudente expor os caminhos de análise seguidos para alcançar o objectivo que me propus.

Tendo em conta a complexidade do campo jornalístico e do campo da saúde, é de todo impossível analisar a totalidade dos condicionantes que competem na produção de informação noticiosa relacionada com o tema. Esse seria um projecto demasiado arrojado, embora importante para traçar um mapa da relação do jornalismo com esta temática.

Mas focando novamente a atenção neste projecto, o objectivo estabelecido passa por compreender como é estruturado o programa “Vencer o Cancro”, um programa dedicado à informação sobre saúde, que coloca em evidência duas dimensões da doença: a dimensão do médico e investigador e a dimensão do paciente. O estudo que proponho visa a análise da segunda série do programa “Vencer o Cancro” e pretende analisar duas vertentes: a “forma” (estrutura do programa e recepção do público) e o “conteúdo” (fontes de informação, texto e imagem). Pretende-se, por um lado, estudar o formato adquirido pelo programa e a forma como o público o recebe, por outro, conhecer a forma como o jornalista recorre às fontes de informação, vistas como factores determinantes na construção das peças, e ainda, que vivos dos entrevistados são escolhido pelo jornalista para entrar nas peças. Para uma terceira fase fica guardada uma observação do tipo de imagens utilizadas nas peças.

Esta análise permitirá criar pontos de partida para reflexões sobre o campo do jornalismo na saúde e estimular caminhos para a compreensão do modo como a saúde pode ser tema de programação informativa na televisão.

Assim, este projecto de análise divide-se em três momentos distintos, para cada um dos quais foi determinado um conjunto de variáveis, que delimitam o campo de estudo de cada dimensão em análise. Para facilitar a compreensão, em cada momento da análise são definidos os critérios de categorização dos dados.

De momento, convém enunciar claramente o que pode ser esperado nas três etapas da análise.

Para compreender o formato do programa, foi realizada uma análise quantitativa do número de programas e de peças emitidas em cada uma das emissões. Foi ainda tida em conta a disposição dos conteúdos no programa: Pivots, reportagens e convidados (quando estes existiam). As reportagens estão divididas em duas categorias: “Ficha Clínica” e “Caso de Sucesso”.

Nesta fase, foram também analisadas as audiências obtidas no programa aos Sábados e aos Domingos. Os dados foram analisados mediante a idade, localização, género, classe social do telespectador. Ainda que não esteja directamente ligada à estrutura formal de “Vencer o Cancro”, enquadrar a recepção nesta fase do estudo permite entender o acolhimento do programa junto do público.

Na segunda fase da investigação, a atenção foi voltada para as vozes intervenientes nas peças. Para identificar o número de fontes, a sua origem e estatuto recorreu-se à categorização dos dados. Começamos por criar duas categorias: fontes especializadas no campo da saúde e fontes não especializadas.

Dentro das fontes especializadas no campo da saúde foram criadas duas sub-categorias: fontes com cargos – directores de serviço, e fontes sem cargos – médicos especialistas. Esta distinção foi, de certo modo, forçada pela impossibilidade de associar a maioria dos directores de serviço a uma especialidade. Os médicos especialistas estão divididos pelas seguintes áreas de especialização:

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. Anatomopatologia | 2. Cirurgia |
| 3. Endocrinologia | 4. Enfermagem |
| 5. Epidemiologia | 6. Estomatologia |
| 7. Gastroentologia | 8. Geneticista |
| 9. Ginecologia | 10. Investigação |
| 11. Nutrição | 12. Oftamologia |

13. Oncologia

14. Otorrino

15. Radiologia

16. Urologia

17. Outros

Quanto às fontes não especializadas, foram subdivididas pelos seguintes tipos: pacientes, familiares, outros.

Ainda no segundo ponto, para compreender como são colocadas a falar as fontes especializadas, foi necessária uma análise qualitativa do conteúdo, sendo identificados, no discurso das fontes, situações que permitissem ilustrar o discurso utilizado nas peças do programa. Para a análise, foram criadas as seguintes sub-categorias:

- Explicação conceptual – Explicação da doença em termos médicos e científicos. A linguagem é específica;
- Exemplificação – Desconstrução do conceito da doença recorrendo a uma linguagem mais corrente incluindo no discurso exemplos concretos e/ou metáforas;
- Contextualização – Utilização de números de casos da doença a nível nacional ou internacional, evolução da doença ao longo do tempo, retratos de comportamentos;
- Diagnóstico/prevenção – Descrição dos sintomas e identificação de hábitos e comportamentos saudáveis a adoptar. Identificação das causas da doença.
- Tratamentos – Os métodos utilizados para controlar a doença. São também considerados como pertencentes a esta categoria o que está a ser feito em laboratório, ou seja, as novas descobertas e os avanços nos tratamentos.
- Outros – Todos os que não se encaixam nas situações descritas anteriormente.

Em último, surge o ponto relacionado com a conexão entre texto e imagem. Nesta fase e para tornar viável a análise, foi apenas observado o programa sete, referente ao cancro do ovário. Este assunto foi escolhido devido à sua delicadeza. Foram levados em consideração os espaços escolhidos para as imagens:

- Espaço privado – são os espaços da vida privada, como habitação ou o local de trabalho.
- Espaço públicos – Espaços indiferenciados da vida quotidiana
- Espaços especializados – Espaços do campo da saúde como hospitais, centros de saúde, centros de investigação, etc.

Os planos utilizados em cada situação foram também foco da nossa atenção. Neste nível seguimos a categorização já criada por Henriques (1994) no seu trabalho sobre os *Segredos da TV*.

- Plano de Detalhe – serve para fazer realçar uma qualquer particularidade contida no desenvolvimento da cena;
- Muito Grande Plano (MGP) - enquadramento que nos dá parte da cabeça do “actor”;
- Grande Plano (GP) – enquadramento total da cabeça;
- Plano Médio (PM) – enquadramento da cintura até à cabeça;
- Plano Americano (PA) - plano $\frac{3}{4}$ que pode ir até aos joelhos;
- Plano Geral (PG) – mostra o envolvente total, ambiente geral.

Conhecidas as linhas que orientam a análise, começamos por apresentar o programa “Vencer o Cancro”, objecto de estudo deste trabalho.

Apresentação do objecto de estudo

A edição do programa “Vencer o Cancro” de 2009 passou na SICNoticias entre Outubro e Dezembro, num total de nove programas. Ao Sábado o programa ia para o ar às 17 horas, e repetia ao Domingo por volta das 10 horas e trinta minutos.

Durante os cerca de três meses em que “Vencer o Cancro” esteve no ar, conseguiu uma média de 113. 8(000) telespectadores. O mês de Novembro foi o que registou melhores resultados, sendo que a audiência total atingiu os 141.8 (000) telespectadores. O cancro do fígado e o cancro do testículo foram os temas dos programas com registos de audiência média mais elevada.

O programa é uma produção externa à SIC, mas concretizada na sua maioria por profissionais da estação, a trabalhar no Porto. “Vencer o Cancro” tem como finalidade passar os testemunhos e a experiência de quem sofreu da doença e conseguiu seguir em frente.

Ao longo dos nove programas, o diagnóstico, o tratamento, a investigação científica assim como a luta de médicos e doentes tiveram lugar de destaque neste formato. Tendo em conta a apresentação do programa disponível no site oficial do canal, o programa disponibiliza informação numa linguagem acessível, mas rigorosa do ponto de vista médico.

“Vencer o Cancro” conta com o apoio científico da Fundação Champalimaud, IPATIMUP e Sociedade Portuguesa de Oncologia.

De acordo com a autora e coordenadora do projecto, a jornalista Lúcia Gonçalves¹¹, “demonstrar que é possível viver com cancro continua a ser um desafio para toda a equipa que trabalha neste projecto. A reacção de doentes, famílias e profissionais de saúde à primeira edição superaram as nossas expectativas. O público identificou-se com o espírito do programa. A melhor forma de combater a doença é estar informado.”¹²

¹¹ Editora-executiva na redacção do Porto

¹² Apresentação do programa no site oficial: <http://sic.sapo.pt/online/noticias/programas/vencercancro/>

Na segunda edição, “Vencer o Cancro” falou sobre: estômago, pâncreas, fígado, cancro da cabeça e pescoço, dor, Sarcomas, fertilidade, sexualidade, encaixando ao longo dos programas subtemáticas específicas. O programa incorporou reportagens, onde foi dado destaque ao testemunho positivo dos doentes¹³ e a respectiva perspectiva médica sobre o tema. No último programa, houve um formato diferente, com a presença de dois convidados para uma conversa sobre o cancro.

Estrutura Formal

A segunda edição de “Vencer o Cancro” contou com nove programas. À excepção do último – uma conversa apenas com dois convidados - todos os programas foram constituídos por reportagens sobre um tema específico (cancro do estômago, cancro do fígado, etc) e, por vezes, por um convidado para conversa com a pivot.

De uma forma geral, a duração dos programas rondou os vinte e cinco minutos. Todos tinham uma pivot que lançava as peças. A primeira reportagem de cada programa contava com um enquadramento de especialistas e médicos sobre tratamentos, sintomas, e perfil do doente, enquadramento da evolução da doença. Era designada como “Ficha Clínica”. A segunda reportagem estava voltada para o doente oncológico, com um relato feliz de alguém que venceu a doença e era conhecida como “Casos de Sucesso”.

Voz-off, os vários vivos dos entrevistados e, em alguns casos, vivos das jornalistas formavam as peças do “Vencer o Cancro”.

Os recursos humanos e materiais do programa eram reduzidos. Apenas duas jornalistas estavam responsáveis pelas produção e execução das peças. Também dois editores de imagem tratavam da montagem. Já em relação aos repórteres de imagem, apenas dois trabalhavam integralmente para o programa, embora, por vezes, tivesse havido colaborações esporádicas dos repórteres de imagem da redacção da SIC Porto. A pivot acumulava ainda a responsabilidade executiva de “Vencer o Cancro”.

¹³ Como se tratava sempre de um doente bem sucedido na luta contra a doença, era designado de “caso de sucesso”.

Os Pivots de lançamento das reportagens eram gravados em espaços públicos, sem recurso a estúdio. Eram escolhidos previamente cenários para gravar pivots e a entrevistas com os convidados, sempre que o alinhamento do programa o previa.

Vencer o Cancro: Análise de audiência

Apresentado o formato escolhido para o programa, será agora interessante analisá-lo do ponto de vista da sua recepção junto do público. Para isso, servimo-nos dos registos de audimetria obtidos pela marktest. O objectivo é traçar o perfil do espectador do programa “Vencer o Cancro” e compreender quem se mostra interessado pelo formato.

Como já foi referido, “Vencer o Cancro” esteve no ar de 24 de Outubro (2009) até 26 de Dezembro. Os dados em análise dizem respeito às transmissões de fim-de-semana da SICNotícias [sábados às 17horas e repetição de domingo às 10horas]. No sentido de perceber o comportamento do espectador em relação ao programa, consideramos conveniente a análise separada dos dois dias.

O perfil do telespectador

o 1. Sábados

- São as mulheres que mais assistem ao programa: 6 de Share nas mulheres, enquanto nos homens registaram-se apenas 3,7.
- As classes A e B mostra maior atenção ao programa (7,8), registando quase o dobro dos resultados obtidos nas classes c1 (3,7), c2 (3,8) e classe D (3,7), que apresentam valores bastante aproximados entre si.
- Quanto à faixa etária, dos 25 aos 34 e dos 4 aos 14 registam os valores mais baixos (2,5; 1,2 respectivamente). Já entre a faixa dos 65 aos 74 a audiência é maior, registando o maior número de telespectadores por grupo etário (7,3). Segue-se o grupo com mais de 75 anos (6,6) e o grupo com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (6). Entre as restantes faixas etárias, a audiência é bastante similar, sendo de notar o registo de

audiência do grupo etário dos 15 aos 24, que consegue um valor referência bastante positivo (5,7).

- É no Porto (8,3) e no Interior (7,5) que o programa obtém os melhores resultados. No sul os resultados são 0,5 de share. O programa consegue um share de 2,4 no Litoral Norte. No intermédio, estão a Grande Lisboa e o Litoral Centro, com valores bastante próximos (4,3; 4).

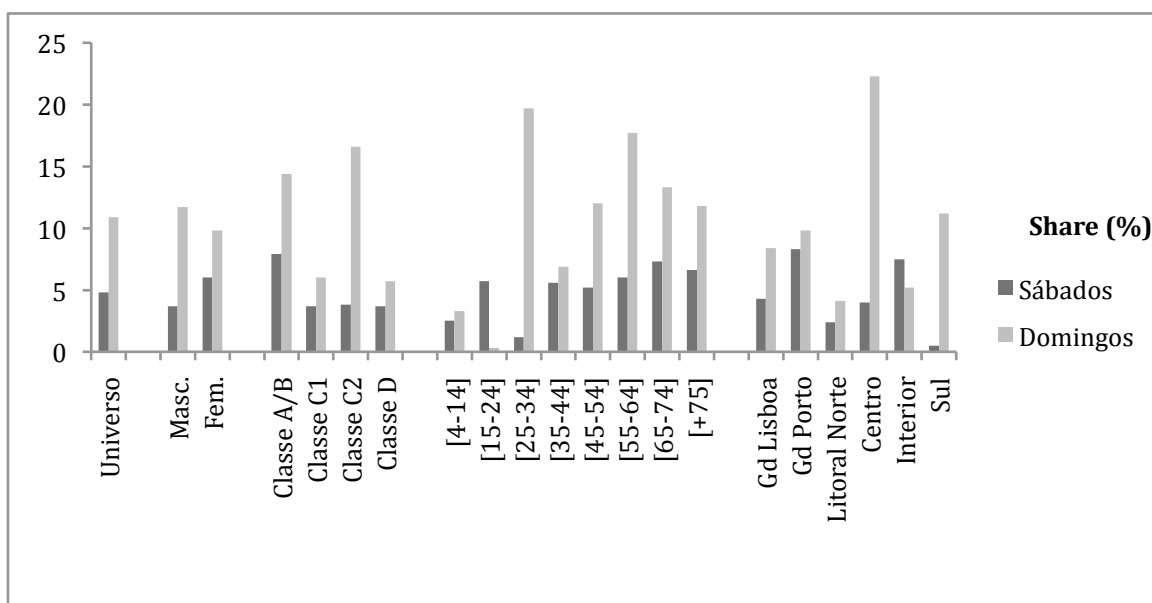


Gráfico 1 - Perfil do telespectador de Vencer o Cancro (dados cedidos pela Marktest)

○ 2. Domingos

- O Universo é maior aos domingos, quase o dobro, em relação a Sábado.
- São os homens quem mais assiste ao programa, embora a diferença entre os géneros seja menos significativa que nos Sábado (Homens -11,7; Mulheres – 9,8).
- É entre a classe C2 que o programa consegue o maior share (16,6), seguindo-se a classe A/B (14,4). As restantes classes ficam abaixo, com valores (6; 5,7).
- É entre a faixa dos 25 aos 34 que o programa consegue alcançar os melhores resultados (19,7), seguindo-se a faixa dos 55 aos 64 (17,4). Aos domingos, o programa alcança um

share bastante baixo entre a faixa dos 15 aos 24 (0,3), sendo superado pela faixa mais jovem [dos 4 aos 14] com 3,3 de share. As faixas entre os 45 aos 54 e dos 65 aos 74 e maiores de 75 registam valores de share bastante próximos entre si (12; 13,3; 12,8).

- É no Litoral Centro que se concentra a maioria dos telespectadores da edição de domingo do “Vencer o Cancro” (23,3). Já no Litoral Norte e no Interior os valores são bastante inferiores, (4,1; 5,2). No intermédio estão o Sul (11,2), o Grande Porto (9,8) e a Grande Lisboa (8,4).

- **Considerações**

O registo de audiência do programa é diferente, dependendo dos dias a que ele é transmitido. Ou seja, Vencer o Cancro tem um público diferente aos sábados e aos domingos. As diferenças registam-se quer no género, quer na classe e idade ou mesmo na distribuição geográfica do telespectador. O melhor dia para o programa é o domingo, dia em que obtém as melhores médias.

Depois da análise dos dados da audiência total dos nove episódios do programa, percebemos que são a mulheres que assistem em maior número ao programa nas edições de Sábados, enquanto os homens estão mais presentes nas edições de domingo. A audiência encontra-se também dividida geograficamente, dependendo do dia a que o programa é exibido. Aos domingos, o grosso do share está concentrado no Litoral Norte, enquanto aos sábados a audiência divide-se entre o Grande Porto e Interior do país. Quanto às idades dos telespectadores, é essencialmente a partir dos 45 anos que o programa conquista audiência.

Mas interessa aqui reflectir a atenção que o público mais jovem [entre os 15-24 e os 24-35] dá ao programa. Enquanto os primeiros estão bem classificados aos sábado, os segundos dominam ao domingo.

Outra das reflexões a fazer prende-se com a sectorização por classes da audiência. Neste caso, verificamos que há uma mistura. Enquanto ao sábado domina a classe A/B, ao domingo é a classe C2 obtém um maior share. Mas interessa aqui salientar a diferença de números. O share alcançado pelas classes C1 e D, ao domingo, está acima da alcançada pela classe A/B ao Sábado.

Se é verdade que em escala, as faixas etárias a partir dos 40 mantêm um comportamento constante em relação ao programa, verificamos que os mais novos também fazem parte do público do programa, tendo até dominado durante os domingos. Como também já foi dito, percebemos que não são as classes mais altas que assistem ao programa. De acordo com os registos de audiência, atrevemo-nos a afirmar que o programa “Vencer o Cancro” não foi sentido pelo público como um programa para as elites e esteve ao alcance dos mais jovens, que se mostraram interessados no conteúdo informativo do programa.

Fontes de informação

Até este ponto, o trabalho apresentado foi orientado numa vertente mais formal, isto é, no sentido de conhecer o programa Vencer o cancro, com que formato era apresentado e a forma como o público o recebeu.

Nesta fase, o estudo será voltado para questões de conteúdo, nomeadamente, entender quem são os interlocutores que têm voz nas peças da segunda edição de Vencer o Cancro. É objectivo aprofundar um pouco mais a análise e perceber como falam essas fontes.

Como já foi referido, para entender quem tem voz nas peças¹⁴ do programa, foram criados dois grandes grupos de catalogação: fontes especializadas do campo da saúde e fontes não especializadas.

Nas primeiras serão integrados os profissionais da área de saúde, distinguidos entre fontes com cargo e fontes sem cargo. No primeiro caso estão inseridos todos os que directores de serviço, assim apresentados por não ser possível identificá-los respectivamente à sua especialização, uma vez que, em alguns nos programas, não é apresentada a sua especialidade. Desta forma, garante a igualdade na análise e a clareza das conclusões. Quanto às fontes sem cargo, serão distinguidos de acordo com a seguinte tipologia de especialidades:

¹⁴ Nos dados analisados apenas foram contabilizadas as fontes com voz nas peças, sendo deixados de fora do estudo os convidados para entrevista com a Pivôt.

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. Anatomopatologia | 2. Cirurgia |
| 3. Endocrinologia | 4. Enfermagem |
| 5. Epidemiologia | 6. Estomatologia |
| 7. Gastroentologia | 8. Geneticista |
| 9. Ginecologia | 10. Investigação |
| 11. Nutrição | 12. Oftamologia |
| 13. Oncologia | 14. Otorrino |
| 15. Radiologia | 16. Urologia |
| 17. Outros | |

Nas fontes especializadas do campo da saúde estabeleci ainda mais duas distinções. Uma é referente ao género - masculino e feminino; a outra diz respeito à sua localização geográfica. Aqui, foram consideradas três categorias: Porto, Lisboa, Resto do País. Esta segmentação ganha forma por duas razões distintas. Os grandes centros de referência no tratamento do cancro estão aglomerados nas duas principais cidades do país. A segunda razão implícita nesta divisão por grandes cidades está relacionada com o recurso a fontes. Tentarei compreender se a localização geográfica do jornalista influencia posteriormente as fontes a terem voz nos ecrãs.

Quanto às fontes não especializadas, foram criadas categorias para comportar os testemunhos de doentes de cancro, os familiares e ainda um grupo denominado “outros” em que entram todos os que não encaixam em nenhuma das divisões anteriores. Estas fontes serão também distinguidas pelo género.

Contudo, o objectivo estabelecido vai para além da análise de “quem fala nas peças”. Com este trabalho, pretende-se compreender de que forma são colocadas a falar as fontes com voz nas

peças. De outra forma, que vivos são escolhidos pelos jornalistas para entrarem nas suas peças. Para concretizar esta fase do trabalho, recorri mais uma vez à categorização dos dados. Desta vez, será feita a sectorização do discurso dos intervenientes nas peças. Para alcançar este objectivo criei o quadro de interpretação apresentado posteriormente:

- Explicação conceptual – Diz o que é a doença em termos médicos e científicos, ficando-se pela linguagem específica;
- Exemplificação – Desconstrói o conceito da doença recorrendo a uma linguagem mais corrente incluindo no discurso exemplos concretos e/ou metáforas;
- Contextualização – Utilização de números de casos da doença a nível nacional ou internacional, evolução da doença ao longo do tempo, retratos de comportamentos;
- Diagnóstico/prevenção – Descrição dos sintomas e identificação de hábitos e comportamentos saudáveis a adoptar. Identificação das causas da doença.
- Tratamentos – Os métodos utilizados para controlar a doença. São também considerados como pertencentes a esta categoria o que está a ser feito em laboratório, ou seja, as novas descobertas e os avanços nos tratamentos.
- Outros – Todos os que não se encaixam nas situações descritas anteriormente.

Com esta divisão, o objectivo é identificar a natureza do discurso especializado dentro deste campo em estudo.

Estabelecidos os parâmetros para a análise, o passo seguinte será mostrar os dados e interpretá-los.

○ **Quem são?**

No conjunto dos nove programas em análise foram 24 as peças exibidas e que se tornaram, por isso, base para o presente relatório.

Nessas 24, as duas jornalistas recorreram, no total, a 111 fontes de informação. O quinto programa, que falou de sarcomas, foi o que aglomerou mais fontes de informação. No total foram 25 os intervenientes nas peças, sendo que 14 eram especialistas do campo da saúde e as restantes nove pertencem à categoria das fontes não especializadas. Os temas do cancro do estômago, primeiro programa, e do cancro da bexiga e rim, oitavo programa, foram os que se seguiram na contagem do número de fontes de informação.

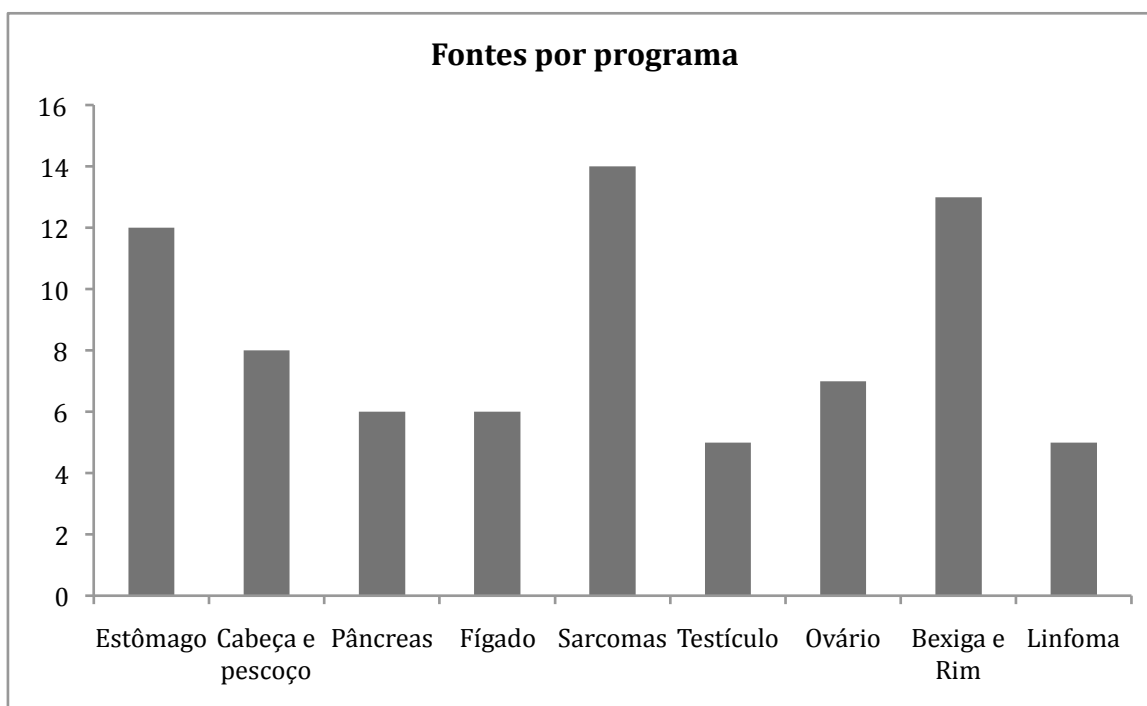


Gráfico 2 - Número de fontes em cada programa.

O programa com menor recurso a fontes de informação foi o último, com o tema linfomas. No total, apenas seis fontes tiveram voz nas peças. Os restantes programas não ultrapassaram as dez fontes cada um. Esta discrepância de números entre estes dados aqui apresentados e os referidos no parágrafo anterior estão intimamente ligados com as pequenas alterações no formato do programa. Ao contrário dos três programas acima mencionados, os restantes restringiam ao

número de peças (logo, menos fontes) para poder ter um convidado em entrevista com a Pivôt. Exemplo disso foram os programas do cancro do Testículo e cancro do Ovário, em que foi discutido o tema da sexualidade dos doentes de cancro.

Nesta edição do programa, foram dez os Directores de Serviço com voz nas peças de “Vencer o Cancro”. Surgem em sete, dos nove programas, sendo que no segundo (Cabeça e pescoço) e sexto (Testículo) surge mais que um Director de Serviço.

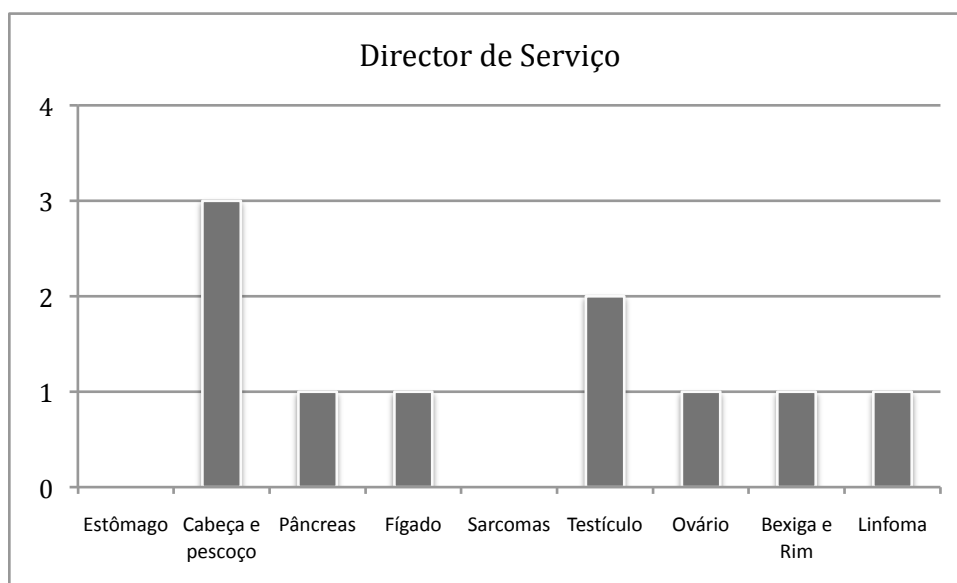


Gráfico 3 - Número de fontes com cargo presentes em cada programa.

Entre as fontes especializadas, foram os médicos oncologistas os que mais vezes foram referenciados nas peças de Vencer o Cancro. O resultado não é surpreendente, dada a temática geral do programa, da mesma forma que não se torna surpreendente que em segundo lugar surjam a especialidades de cirurgia, uma vez que o tratamento desta doença passa, na generalidade dos casos, pelo bloco operatório.

Vencer o Cancro – Estudo Empírico

Programa Especialidade	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Total
Anatomopatologia	0	0	0	0	2	0	0	2	1	5
Cirurgia	3	0	1	4	1	0	0	1	0	10
Endocrinologia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Enfermagem	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Epidemiologia	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Estomatologia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Gastroentologia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Geneticista	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3
Ginecologia	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Investigação	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4
Nutrição	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Oftalmologia	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Oncologia	1	1	1	0	6	1	2	1	0	13
Otorrino	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Radiologia	1	0	1	1	0	1	1	1	1	7
Urologia	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3
Outros	0	1	0	0	2	0	0	0	2	5
Total	12	8	6	6	14	5	7	13	5	76

Tabela 1 - Especialidade da fonte (campo da saúde) em cada programa.

(1) Estômago; (2) Cabeça e pescoço; (3) Pâncreas; (4) Fígado; (5) Sarcomas; (6) Testículo; (7) Ovário; (8) Bexiga e Rim; (9) Linfoma.

Como cada programa tem uma sub-temática estipulada, as fontes especializadas que menos vezes são referenciada são médicos de áreas específicas, que falam muito concretamente. É exemplo disso a especialidade ginecologia, que surge apenas no programa do ovário. Aqui o tema da conversa é o caso específico de um doente. Neste caso, o testemunho da doente foi complementado pela especialista que a acompanhou.

Nas fontes especializadas do campo da saúde há uma diferença significativa quanto ao género da fonte de informação. A maior parte são homens: 48 vezes masculinas, enquanto vezes femininas foram contabilizadas apenas 28. É uma tendência inerente do campo jornalístico, uma vez que a dificuldade em encontrar mulheres como fontes de informação estende-se também a outras áreas de informação, como vários estudos já os demonstraram.

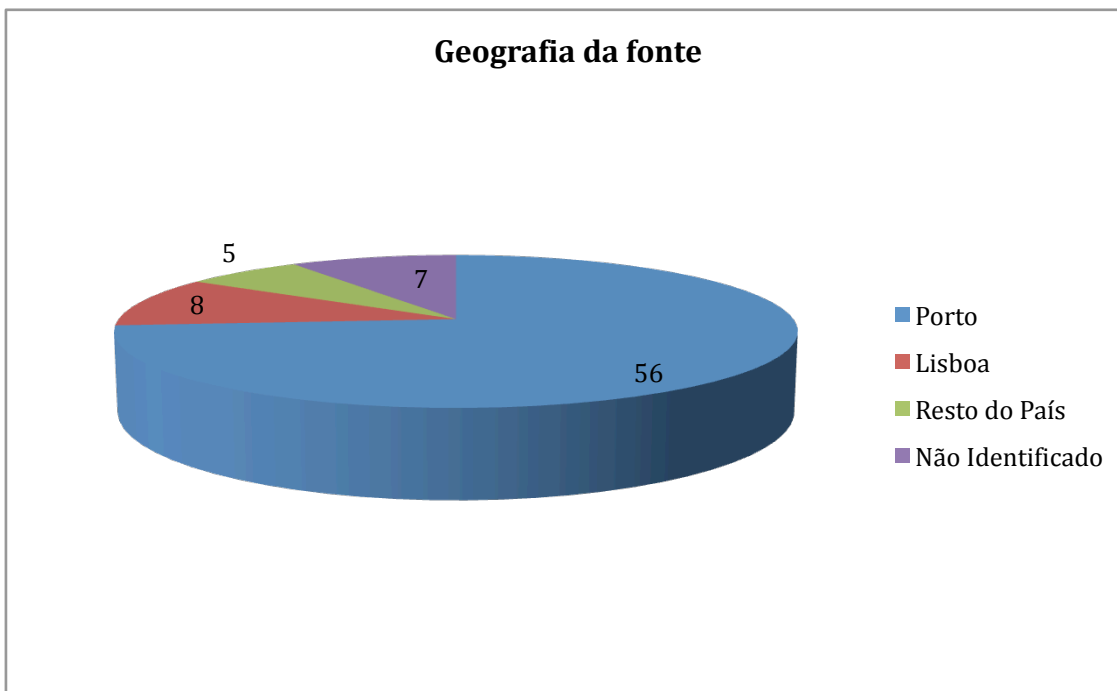


Gráfico 4 - Geografia das fontes especializadas

Os dados em análise mostram ainda outra distância nos números, que nos leva mas para a discussão sobre a diversidade e variedade de fontes de informação. A localização geográfica das fontes diz-nos que a maioria das fontes de informação são do norte do país.

O Porto é o local de origem de 56 (das 76) fontes especializadas de informação¹⁵ de “Vencer o Cancro”. Identificadas como sendo de Lisboa, houve apenas oito fontes. Na categoria “Resto do País” são identificadas cinco fontes de informação. Uma delas pertencente à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. As restantes quatro são de Coimbra.

Neste ponto, seria importante a reflexão sobre significado dos números. Se, por um lado, mostram a importância da descentralização da realização dos conteúdos para que diferentes vozes tenham acesso aos ecrãs, por outro pode levar-nos a questionar a dependência dos jornalistas em relação à proximidade geografia das fontes. Problemática que ultrapassa a própria dificuldade dos media em saírem do seu circuito de proximidade à fonte.

¹⁵ Nesta categoria referimo-nos apenas às fontes especializadas, uma vez que eram as únicas com possibilidade de catalogação por região.

Mas estes resultados estão intimamente ligados com o facto de o Porto ser uma zona de grande desenvolvimento no estudo e aplicação de tratamentos do cancro. Os resultados da análise refletem um problema mais estrutural do próprio campo da saúde, uma vez que os serviços disponibilizados ainda são muito centralizados em grandes centros, o que leva a que as fontes de informação a que os jornalistas recorrem estejam também centralizadas.

Todavia, a realização integral do programa a norte do país é um bom exemplo para as chefias centrais, uma vez que mostrou que é possível concretizar projectos de informação fora da capital e fora das redações centrais, um factor a ter em ponderação pelo canal.

○ **Como falam?**

Nas peças de “Vencer o Cancro”, o discurso dos especialistas estava voltado essencialmente para a questão dos tratamentos, diagnóstico e contextualização das doenças.

Através da análise da tabela agregadora de dados percebemos que, nos vivos escolhidos para comporem as peças, não há muito espaço para a explicação da doença e para exemplos concretos, pelo menos não faz parte das opções do jornalista na escolha dos depoimentos que entram nas peças.

Programas Tipologia de Discurso	Estômago (1)	Cabeça e Pescoço (2)	Pâncreas (3)	Fígado (4)	Sarcomas (5)	Testículo (6)	Ovário (7)	Bexiga e Rim (8)	Linfomas (9)	Total
Explicação Conceptual	0	0	1	1	3	0	0	1	2	8
Exemplificação	2	0	1	0	1	0	0	0	0	4
Contextualização	3	2	2	5	0	3	6	0	0	21
Diagnóstico/Prevenção	9	3	5	1	7	2	6	9	5	47
Tratamentos	9	10	7	9	12	5	6	16	4	78
Outros	1	0	0	0	3	2	1	0	0	7
Total	24	15	16	16	26	12	19	26	11	165

Tabela 2 - Tipologia do discurso das fontes especializadas em cada programa.

A “contextualização” é o terceiro tipo de discurso que as fontes referem com mais frequência. Os interlocutores citam frequentemente estudos, recorrendo a números de casos e situações padronizadas como auxiliares das suas exposições. No programa sete, sobre o cancro do ovário, o discurso enquadrado na categoria “contextualização” é dos mais presentes. Sobre este tópico, as situações são expostas de forma sucinta. O recurso a estudos, números de casos e situações típicas contribuem para isso.

A título de exemplo, apresento alguns vivos, inseridos nesta categoria, do que foi escolhido pelo jornalista para compor a peça “Ficha Clínica” do programa sobre o cancro do ovário:

“O estudo mais recente saiu há muito pouco tempo, é um estudo europeu vem dizer-nos que nos temos 1 caso em cada 8 mil e 300 mulheres/ano, o que quer dizer que é um risco baixo, substancialmente baixo. Há risco maiores se pensarmos nas fumadoras, nas bebidas alcoólicas, na ausência de exercício físico.¹⁶”

“Nos estudos de maior dimensão sem dúvida que demonstram que as mulheres sujeitas a terapêuticas hormonais de substituição correm um risco maior do que mulheres que não foram sujeitas a essa terapêutica. Só que em termos absolutos o risco não é tão importante assim que ponha em causa estes tratamentos hormonais.”¹⁷

¹⁶ (Mário de Sousa, Sociedade Portuguesa da Menopausa. Programa 7 – Cancro Ovário, peça 1)

¹⁷ (Daniel Silva, ginecologista IPO Coimbra. Programa 7 – Cancro Ovário, peça1)

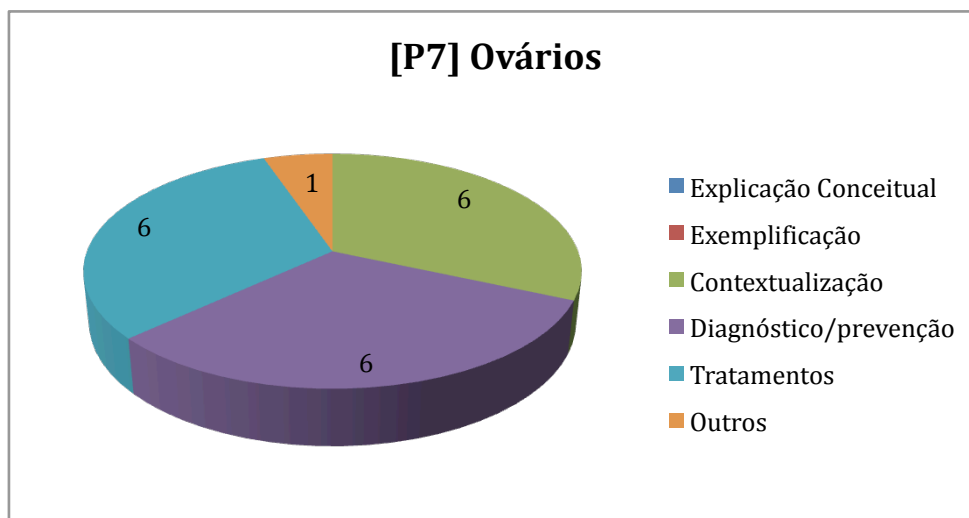


Gráfico 5 - Tipologia de discurso dos médicos especialistas no programa sete.

Quando são colocados a falar ao nível da contextualização, os especialistas conseguem discursos mais abertos, não fazendo uso da linguagem fechada e técnica, como em outras categorias. Conseguimos percebê-lo ao longo de todo o programa. Mais um exemplo disso é o vivo apresentado abaixo, retirado do programa cinco (Cancro do fígado):

“Para provocar, por exemplo, uma cirrose é preciso uma dose de álcool relativamente pequena. E em Portugal existe uma enorme tradição cultural, social, que se respeita e aceita, que é a da ingestão por razões sociais. Uma festa sem álcool não terá a mesma alegria.”¹⁸

Há uma facilidade em tornar o conteúdo do discurso perceptível para todo o público, através de vocabulário comum e não específico. No entanto, o mesmo já não acontece em outras categorias, onde é mais complicado para a fonte fazer a transposição dos termos técnicos e de uma linguagem mais fechada e restrita ao campo da saúde, de forma ser compreensível pelos mais leigos. Ao abordar os tratamentos e o diagnóstico, percebeu-se a dificuldade das fontes em afastarem-se da linguagem do campo. Apresento exemplos concretos:

¹⁸ (Guilherme Macedo – Presidente da Associação para o Estudo do Fígado – Programa 4, Fígado, Peça 1)

“Consiste na administração de umas esferas que são o agente anabolizante carregadas de um medicamento que é o citostático e que são introduzidas através de um cateterismo da artéria da virilha... e levamos esse cateter até à artéria hepática ... de forma a libertar de forma selectiva essas esferas carregadas de citostático dentro do tumor. Portanto, embolizando as artérias que nutrem o tumor, que corresponde a tapar essas artérias, de facto, as células morrem e há uma necrose do tumor.”¹⁹

“Ficam com uma diabetes mélicos pós-pancreatectomia, não é uma diabetes tipo um ou tipo dois, tem formas de actuação muito diferentes. O doente recebe o tratamento de insulina adequado. Ele fica com uma diabetes porque lhe foi removido parte ou a totalidade do órgão e não há produção suficiente de insulina.”²⁰

Nesta dois trechos, retirados de programas diferentes e pertencentes a fontes diferentes, houve um recurso a termos técnicos. A afinidade com os termos técnicos acontece ao longo do programa em outros vivos de outras fontes. Este fenómeno não pode ser simplesmente explicado pela incapacidade das fontes especializadas articularem o seu discurso em termos simples e directos. Em verdade, neste caso, essa exigência do meio televisivo perde força quando o conteúdo é tão específico como o cancro.

Cada fonte está integrada num conjunto que forma o resultado final da peça. A escolhas de determinados vivos não depende apenas do discurso isolado de uma fonte. Há a necessidade de encadear raciocínios para estruturar o sentido da geral da peça. Ao longo de cada programa foi frequente ouvirmos/ vermos o encadeamento dos discursos das fontes.

1 – “Nos tumores de médio tamanho a quimio permite a redução para que o oftalmologista possa executar um tratamento local com mais facilidade e permita que a criança tenha uma visão normal. Num caso mais avançado aí é preciso uma quimio mais agressiva e

¹⁹ (Paulo Morgado – Radiologista Hosp. Sto António – Programa 4, Fígado, Peça 2)

²⁰ (Joana Cardoso - endocrinologista Hospital S. João – Programa 3, Pâncreas, Peça 1)

eventualmente com transplante de medula óssea.”

2 -“Os tratamentos são vários. Existe a quimioterapia com termoredução, são tratamentos de laser, crioterapia, são tratamentos em última instância de enucleação. Há também a radioterapia em algumas lesões e muitas vezes mesmo depois dos olhos serem enucleados quando há suspeita de invasão do nervo óptico”²¹

Estes dois excertos do programa sobre os sarcomas é um reflexo do que atrás foi dito. Cada citação corresponde a uma fonte diferente. No encadeamento os discursos integram-se. Existiu um condicionante que não havia à partida - o discurso das outras fontes de informação. Portanto, o discurso das fontes não pode ser lido isolada e linearmente.

Texto e imagem

Apresentadas as fontes de informação da segunda edição de “Vencer o Cancro”, resta-nos analisar a forma como o que é dito – o texto – se conjuga com o que é mostrado – imagem. Sabemos que contar uma “história” em televisão implica uma narrativa audiovisual, constituída nesses dois terrenos, do Texto e da Imagem e que a boa ou má ligação entre eles pode trazer sucesso ou insucesso à informação.

Para a tornar viável a análise deste que é o último dos três objectivos propostos para o trabalho, decidi escolher apenas um programa para estudo.

Um conjunto de factores fizeram com que o programa sete (cancro do Ovário) tivesse sido escolhido como corpus desta análise. Este foi um dos programas em que tive oportunidade de acompanhar uma equipa em campo, o que me levou a questionar que tipo de imagens são escolhidas para “pintar” as peças sobre saúde. Outras das razões está relacionado com o assunto que o programa aborda. Um dos objectivos da produção, ao trabalhar este tema, era lançar a discussão sobre a sexualidade dos doentes de cancro, um tema delicado e difícil de retratar em imagem.

²¹ (1-Nuno Farinha - Oncologista pediátrico HSJ | 2-Teresa Dinah Bragança – oftalmologista HSJ – Programa 5, Sarcomas, Peça 3.)

Neste ponto da análise, o propósito estabelecido é compreender como se conjugam texto e imagem. Para isso, levei em conta o tipo de espaços em que foram recolhidas as imagens, isto é:

- Espaços particulares – são os espaços da vida privada, como habitação ou o local de trabalho.
- Espaço públicos – Espaços indiferenciados da vida quotidiana
- Espaços especializados – Espaços do campo da saúde como hospitais, centros de saúde, centros de investigação, etc.

O que se mostra quando se fala de saúde? Que imagens informam sobre saúde? Que tipo de imagens são escolhidas? A escolha dos espaços mostrados é um dos pontos de análise. Outro será perceber que planos são escolhidos. Nesta fase, seguirei o autor Carlos Alberto Henriques, e a sua obra “Segredos daTV”. No capítulo sobre a gramática audiovisual é feita a discriminação dos planos utilizados no meio audiovisual, aos quais recorro para fundamentar a análise.

- Plano de Detalhe – serve para fazer realçar uma qualquer particularidade contida no desenvolvimento da cena;
- Muito Grande Plano (MGP) - enquadramento que nos dá parte da cabeça do “actor”;
- Grande Plano (GP) – enquadramento total da cabeça;
- Plano Médio (PM) – enquadramento da cintura até à cabeça;
- Plano Americano (PA) - plano $\frac{3}{4}$ que pode ir até aos joelhos;
- Plano Geral (PG) – mostra o envolvente total, ambiente geral.

○ **Análise**

De uma forma geral, a recolha de imagens acontece em dois espaços privilegiados: espaços especializados do campo da saúde e espaços privados. Cada um incorpora um texto característico. No caso dos espaços especializados, é dada voz às fontes especializadas do campo da saúde. Já no caso dos espaços privados, o texto que acompanha a imagem é referente a um caso de sucesso, em que a voz principal é dos doentes ou dos seus familiares.

Durante os offs do jornalista, podem surgir os dois espaços referidos, sempre na sequência dos anteriores, portanto os espaços são especializados ou privados mediante o que lhes antecede ou sucede. Mas há um terceiro que é recorrente durante a sonorização do jornalista: os espaços públicos, com imagens genéricas e não identificáveis.

Observamos isso logo no início da primeira peça (Ficha Clínica). O off de abertura é “pintado” com imagens recolhidas num espaço público. Vemos pessoas, sempre sem rostos reconhecíveis, com ligeiros efeitos de desfoque. Nestes casos, é o plano geral o mais utilizado.

Tipologia de Planos	Ficha Clínica	Caso de Sucesso	Total
Plano Detalhe	32	3	35
Muito Grande plano	1	1	2
Plano Médio	18	17	35
Plano Geral	21	7	28
Grande Plano	0	9	9
Plano Americano	0	1	1

Tabela 3 - Tipologia de Planos utilizados no programa (7) Ovários.

Sejam fontes especializadas ou não especializadas, o plano utilizado para entrevista é o plano médio, e raramente são utilizadas imagens para ilustrar o que está a ser dito durante os vivos. São as fontes que nos ocupam o ecrã. As imagens surgem em pequenos cortes ou simplesmente nas transições entre locução do jornalista e o vivo da fonte.

Depois do plano médio, são os planos geral e de detalhe os mais escolhidos. O plano de detalhe, bastante utilizado em espaços especializados, é utilizado por duas razões. Primeiro porque permite mostrar os pormenores das acções específicas, como por exemplo, particularidades de operações,

tratamentos, ajudando a criar ligação com o que está a ser dito. Depois, porque há, neste género de espaços, a necessidade de salvaguardar identidades. Com este tipo de imagens, tão pormenorizadas, e ainda com um pequeno desfoque, essa necessidade fica assegurada.

Os planos de detalhe utilizados em espaços privados mostram pequenos pormenores do dia-a-dia das famílias.

Já os planos gerais mostram os espaços e ambientes. No caso dos espaços especializados, aparecem intercalados com planos de detalhe e mostram salas de operação ou tratamento, médicos e doentes em interacção. Nos espaços privados, são as imagens da família ou da casa que predominam.

Como já foi referido, sempre que há imagens em espaços públicos, há um plano que predomina. A multidão, pessoas a caminhar ou ruas fazem parte do conjunto de imagens recolhidas em plano geral.

Ainda na análise das imagens, há uma observação pertinente a fazer. Há uma diferença de tom entre a primeira peça e a segunda. Na ficha clínica há um tom racional protagonizado pelos especialistas é acompanhado pelas imagens escolhidas, mais sóbrias, distantes e irreconhecíveis. Já no caso de sucesso o tom é mais emotivo. O recurso ao espaço privado proporcionam-no, mas o fecho da peça reforça-o. O muito grande plano do rosto da doente, utilizado no fecho peça, acompanhado de um texto dito pela médica dão um carácter sensível e emotivo que não foi visto ao longo do programa, principalmente no discurso de um especialista.

Considerações Finais

- Como se estrutura um programa como o “Vencer o Cancro”?
- Quem são as fontes e como são colocados a falar nas peças?
- Como se conjugam texto e imagem?

A investigação apresentada ao longo destas páginas desenvolveu-se com o objectivo de compreender a estrutura de um programa como “Vencer o Cancro”. Para isso, foram estudados a sua forma e o conteúdo.

Nesse sentido, no terceiro capítulo, foi apresentado o formato do programa, nomeadamente o modelo e organização das peças, intervenção do pivot e dos convidados, e ainda a recepção que o programa teve junto do público. Embora não tenha sido objectivo primordial, a análise das audiências foi importante para entender qual o perfil do telespectador que assistia a “Vencer o Cancro”. Com isso, percebermos para quem fala este tipo de produção.

Como foi referido, o programa foi uma produção externa à SIC, mas concretizado maioritariamente por profissionais da redacção do Porto. Sempre com o tema do cancro como pano de fundo, o número de peças em cada programa variava mediante a presença ou ausência de um convidado. As peças eram divididas em duas categorias: ficha clínica e caso de sucesso.

Pela análise das audiências, podemos considerar que o formato era bem aceite pelo público, embora seja importante frisar que o perfil do telespectador variava consideravelmente consoante o horário a que o programa era transmitido. Comparadas as audiências alcançadas aos sábados e aos domingos, encontramos públicos diferentes. Não podemos deixar de lado a ressalva de que da análise da recepção do programa é simplesmente quantitativa e não qualitativa, não podendo, por isso, tecer considerações sobre a atenção dada ao programa ou mesmo se o telespectador compreendeu a sua mensagem. Todavia, não deixa de ser curioso observar como “Vencer o Cancro” conseguiu reunir um público com características sócio-demográficas tão distintas.

Os dados obtidos vão de encontro a uma das ideias defendidas na revisão bibliográfica. Os tópicos mais sérios conseguem prender a atenção do telespectador. O conteúdo informativo sobre saúde consegue cativar a audiência, talvez por estar ligada ao seu quotidiano e à sua experiência pessoal. Porém, assistir a este tipo de programação não significa directamente que se esteja bem informado sobre a matéria, pode simplesmente criar a ilusão de se estar informado.

Como já referi, os dados não me permitem partir para a análise qualitativa da recepção. No entanto, e tendo em conta as razões apresentadas ao longo do capítulo dois para esta "ilusão de informação", considero que "Vencer o Cancro" é um programa com potencial informativo considerável, que se afasta assim das principais críticas indicada para as notícias sobre saúde: superficialidade e sensacionalismo.

A dificuldade em informar sobre saúde e em criar um conteúdo com uma temática tão específica como o cancro foi aliás uma das razões para a minha curiosidade. Numa fase posterior, o trabalho passou por um estudo do seu conteúdo. Começamos por dedicar espaço às fontes de informação. Quem são? De onde são? Qual a sua natureza?

Percebemos assim a forte ligação do programa ao norte do país, uma vez que a grande maioria das fontes de informação escolhidas pelo jornalista estavam concentradas no Porto. Nesta fase, percebemos igualmente que os médicos especialistas ocupam grande tempo de antena, mas que há também uma preocupação em mostrar o lado mais pessoal de quem enfrentou a doença, conseguida no programa através da exposição dos caso de sucesso.

Durante a revisão bibliográfica, foram citados alguns autores que apresentavam a diferença de linguagens entre jornalistas e fontes especializadas como uma das causas para a degradação da relação entre os dois campos. Da mesma forma, era uma das justificações para a pouca visibilidade do tema nos meios de comunicação, pois a especificidade linguística do campo dificulta a desconstrução da mensagem para os leigos.

No terceiro capítulo foi analisado o discurso das fontes especializadas, escolhido para entrar nas peças do programa, ou seja, como é que as fontes são colocadas a falar.

Reconheço que, nesta fase, a análise podia ser mais profunda e extensiva. No entanto, isso implicaria um maior desenvolvimento do trabalho aqui apresentado, que o tornaria demasiado extensivo e de certa forma demasiado ambicioso.

De qualquer das formas, através da análise feita compreendemos que existem duas questões associadas: existem fontes especializadas mais capacitadas para falar para os media e para interagir com uma câmara, que se mostram mais capazes de simplificar a terminologia deste campo e abordar a doença através de uma linguagem comum, principalmente ao nível da contextualização. Contudo, isso não tão perceptível quando as fontes especializadas falam de diagnósticos e de tratamentos.

Chegado a este ponto, compreendemos que existe realmente uma linguagem técnica associada ao campo, que os profissionais têm muitas dificuldades em deixar de lado. No geral, é visível o esforço das fontes especializadas em tornar a temática da saúde mais perceptível, mas também o trabalho das jornalistas para informar sem simplesmente divertir.

Estamos assim mais perto da tese defendida pelas investigadoras Carvalho&Cabecinhas (2004) e no caminho contrário do retrato feito por Brechman ou do "Conflito de culturas de que falava kriegbaum (1970).

Apesar das reservas que ainda possam existir em relação aos meios de comunicação, as fontes especializadas parecem compreender o carácter estratégico da mediatização. Pela postura em frente às câmaras, é visível que elas estão mais confiantes da sua capacidade comunicativa e da importância de falarem do tema como forma de alerta e prevenção.

Para o telespectador, a televisão é um meio fácil e cómodo, que em muitos casos tem como função o entretenimento, granjeando sucesso pelo apelo emocional que consegue transmitir. Bourdieu considerava-a pouco favorável para a expressão do pensamento. No entanto, ela é um dos principais meios de informação para a população. As linhas entre entretenimento e informação ficam assim muitos ténues, pois a televisão tem a necessidade de prender a atenção do público e lutar contra a distração, a principal inimiga da TV.

A conexão entre texto e imagem é por isso uma "arma" a favor do trabalho televisivo. Descrever o que se vê e mostrar o que se escreve. No início deste trabalho, tinha particular interesse em perceber como se podia cumprir esta máxima de Jespers quando o tema era saúde e quando sabemos que muitas das imagens associadas a este tema podem ser consideradas chocantes para os mais sensíveis.

Como estamos a falar de um programa com um conteúdo específico para um canal temático, esta discussão perde sentido, pois, à partida, já se sabe o que se pode esperar. Em televisão, a imagem ganha outra força. Digo-o a partir da minha experiência pessoal. Tive oportunidade de acompanhar um repórter de imagem na recolha de imagens de um bloco operatório. A verdade é que não tive qualquer problema em assistir à operação na sala. No entanto, na altura de montar a peça, as mesmas imagens impressionavam-me e faziam-me desviar os olhos do ecrã.

Apesar de ser recolhido todo o tipo de imagens, as que iam para o ar eram criteriosamente escolhidas. Verificamos na nossa análise que no programa predominam o tom racional nas peças "Ficha clínica" e um tom mais emocional nos "Casos de sucesso". Nas primeiras, as imagens eram essencialmente de espaços especializados e predominavam os planos de detalhe. Mostravam situações genéricas e pessoas, mas sempre sem identificar lugar ou pessoas. Já no segundo, os planos mais utilizados eram os planos gerais, que mostravam situações quotidianas do espaço privado.

Percebemos assim que, em "Vencer o Cancro", as imagens mostradas tendem a acompanhar o que está a ser dito. O programa aposta em informar com profundidade sobre o cancro, sem explorar de forma sensacional o assunto, mostrando as duas realidades que lhe estão associadas: a realidade médica e de investigação e a realidade do doente.

Sem poder fugir às contrariedades intrínsecas ao meio televisivo, descritas no ponto dedicado à televisão, "Vencer o Cancro" mostra que é possível informar sobre saúde em televisão, que é possível criar conteúdo com profundidade sobre o tema, mas mais que isso, deixou também a reflexão sobre o que interessa à audiência. Fica ainda a ressalva que há ainda vias a explorar na produção de conteúdo informativo e em particular deste tema.

Considerações Finais

Chegada à recta final desta exposição, gostaria de identificar algumas das contrariedades encontradas no caminho percorrido durante a investigação. A primeira, e a maior, esteve relacionada com a bibliografia sobre saúde. Existem alguns trabalhos voltados para a relação entre ciência e jornalismo (e alguns foram citados ao longo da revisão bibliográfica), porém, muito poucos abordam a relação entre o campo específico da saúde e o jornalismo.

Os estudos neste campo são ainda escassos, havendo uma atenção emergente para o assunto, mas que ainda se encontra no seu início, não havendo por isso acesso fácil a documentação sobre a matéria. Em Portugal, a investigação sobre a comunicação da saúde é uma área de trabalho recente.

Por isso, encontrar estudos específicos acerca da informação sobre saúde no meio televisivo é igualmente uma raridade. Sendo este meio privilegiado no contacto com o público português, e sendo a saúde um tema de interesse do público, este será, com certeza, um caminho de estudo que terá de ser trilhado na área da investigação.

Finalmente, gostaria de deixar um agradecimento especial à equipa do “Vencer o Cancro”, pela possibilidade que me deu de acompanhar todas as fases do programa (produção, trabalho no terreno e pós-produção), bem como a disponibilização de todo o material que serviu de apoio ao meu trabalho. Como qualquer investigação, espero que estas páginas contribuam para a reflexão em torno do jornalismo sobre saúde, em particular, dos conteúdos televisivos específicos sobre esta temática.

Bibliografia

Alessandra Silvério, Saúde e Informação: direitos do povo, publicado no portal do Jornalismo científico

http://www.jornalismocientifico.com.br/jornalismocientifico/artigos/jornalismo_saude/artigo1.php
[acedido a 30/04/09]

Bertrand, C. (2002), A deontologia dos media, Coimbra:Minerva.

Bitti, P., & Zani, B. (1993) 'A Conversação' in A Comunicação como Processo Social, Lisboa: Editorial Estampa, pp.187-206.

Bourdieu, P. (1997), Sobre a Televisão, Oeiras: Celta.

Brechman, J., Lee, C. & Capella, J. (2009) 'Lost in translation?: A comparison of câncer-genetics reporting in the press release and its subsequent coverage in the press' [Online], Sage. [<http://crx.sagepub.com/cgi/content/abstract/30/4/453>, acedido em 6/11/09].

Cadima, R. (1996), O Fenómeno Televisivo, Lisboa: Circulo de Leitores.

Chaparro, M. (2001), A linguagem dos conflitos, Coimbra: Minerva.

Correia, F. (1997), Os jornalistas e as notícias. (3a Edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Dubriwny, T. (2009), 'Constructing Breast Cancer in the News' [Online], Sage, 104-125. [[HTTP://jci.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/2/104](http://jci.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/2/104), acedido em 3/04/2009].

Fiske, J. (1993) Introdução ao Estudo da Comunicação, Porto: Edições ASA.

Fontcuberta, M. (1999), A notícia: Pistas para compreender o mundo, Lisboa: Notícias Editorial.

Gonçalves, D. (2008) ' Impacto da televisão nas interacções familiares e na educação para a saúde', Moisés de Lemos Martins & Manuel Pinto (Orgs.) (2008) Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação 6 - 8 Setembro 2007, Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (Universidade do Minho).

Henriques, C. (1994), Segredos da TV, Lisboa: TVGuia.

Herzlich, C. (2004), 'Saúde e Doença no início do século XXI: Entre a experiência privada e a esfera pública', *Physis*, 14(2): 383-394.

Hodgetts, D., Chamberlain, K., Scammell, M., Karapu, R. and Nikora, L. W. (2008). Constructing health news: possibilities for a civic [Em linha] URL: <http://hea.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/1/43>. *Health*. [Publicação Periódica em linha].

Hwang, Y. & Southwell, B., (2009) 'Science tv news exposure predicts science beliefs: Real world effects among a national sample' [Online], Sage. [<http://crx.sagepub.com/cgi/content/abstract/36/5/724>, acessado em 6/11/09].

Jespers, J. (1998) *Jornalismo Televisivo*, Coimbra: Minerva.

Krieghbaum, H. (1970), *A ciência e os meios de comunicação de massa*, Rio de Janeiro: Edições Correio da Manhã.

León, B. (2008), 'Science related information in european television: a study of prime-time news' [on line], Sage, 443-460. [[HTTP://jci.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/4/443](http://jci.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/4/443), acessado em 3/10/2008].

Littlejohn, S. (2005), *Theories of Human Communication*, New York: Wadsworth.

Lopes, F. (1999), *O telejornal e o serviço público*, Coimbra: Minerva.

Lopes, F. (2008), *A TV do real*, Coimbra: Minerva.

Lopes, F. (2008), 'Estudos televisivos: perspectivas diacrónicas', *Comunicação e Sociedade*, 15: 7-24.

Lopes, F. & Loureiro, L. (2009), *Da paleotelevisão à hipertelevisão*. In Cardoso, Gustavo et al.. *Media, Redes e Comunicação. Futuros Presentes*. Ed Quimera.

Mander, J. (1999), *Quatro argumentos para acabar com a televisão*, Lisboa: Antígona.

Nunes, E. (2007), 'Samuel W. Bloom e a história da sociologia médica', *Physis*, 17(1): 198-218.

Paiva, É. & Pinto F. (s/d), O lugar do cancro na imprensa escrita em Portugal: Esboço de análise de recortes da imprensa entre 1984 – 2002, in *Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*.

Pinto, M. All (2000), *A Comunicação e os Media em Portugal (1995-1999) – cronologia e leitura de tendências*, Braga: Comunicação e Sociedade.

Pinto, M. (2003) 'Correntes da educação para os media em Portugal: retrospectiva e horizontes em tempos de mudança' [On Line], *Revista Iberoamericana de Educación* (32). [<http://www.rieoei.org/rie32a06.htm>, acedido em 23/11/2008).

Tavares, F. (2009), *O jornalismo especializado e a especialização periodística*, Brasil: Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Thayer, L. (1976) *Comunicação: Fundamentos e Sistemas*, São Paulo: Atlas.

Santos, R. (1997) *A Negociação entre Jornalista e Fonte*, Coimbra: Minerva

Santiago, D. (2006), *O reconforto da Televisão – uma visão sobre a tragédia de Entre-os-Rios*, Coimbra: Minerva.

Sousa, J. (2000), *As notícias e os seus efeitos*, Coimbra: Minerva.



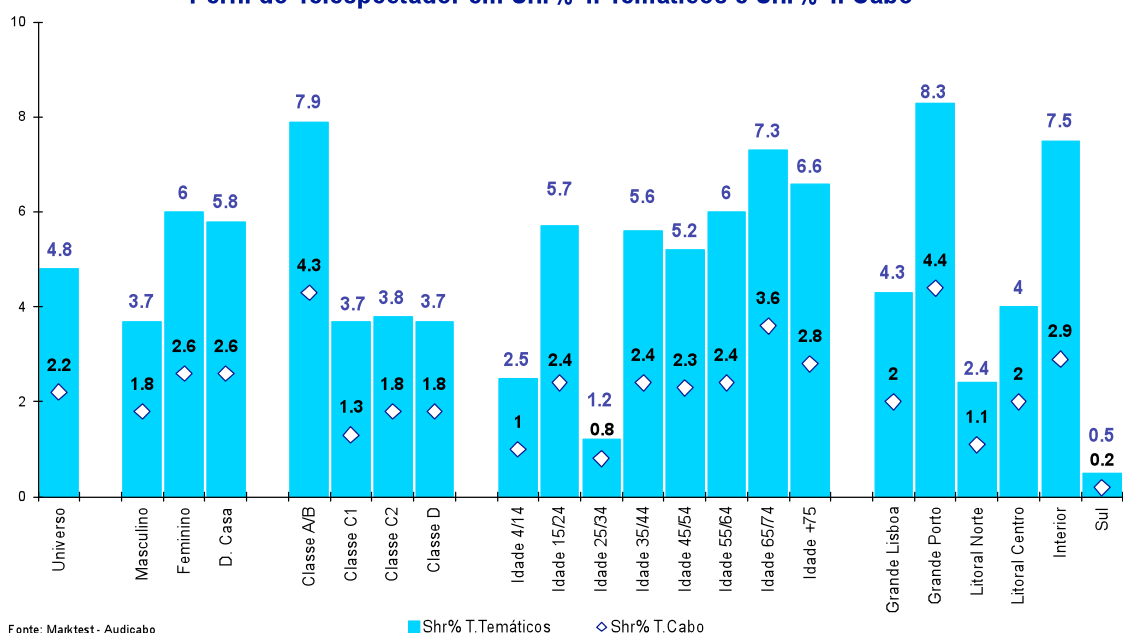
Gabinete de Research e Análise de Audiências - 2009

SIC Notícias Vencer o Cancro

Data	Dia Semana	Hora Início	Share Total Cabo (%)	Share Total Temáticos (%)	Audiência Média (%)	Aud.Média (000 telespect.)	Aud.Total (000 telespect.)
24-Out-09	Sábado	17:10:28	0.6	1.5	0.1	5.1	56
31-Out-09	Sábado	17:11:19	2.1	3.9	0.3	14.1	149.1
Outubro-09			1.3	2.7	0.2	9.8	104.2
7-Nov-09	Sábado	17:13:48	2.4	4.8	0.4	22.7	151.9
14-Nov-09	Sábado	17:10:13	1.3	3	0.2	11	101.7
21-Nov-09	Sábado	17:11:56	2.5	5.3	0.5	23.4	170.3
Novembro-09			2.1	4.5	0.4	19.1	141.8
5-Dez-09	Sábado	17:09:18	4.1	8.5	0.7	33	146.9
12-Dez-09	Sábado	17:07:14	1.6	3.7	0.3	13.9	68.7
19-Dez-09	Sábado	17:10:00	0.9	1.8	0.1	7	54.1
26-Dez-09	Sábado	17:31:53	3.7	10.2	0.7	35.1	118.4
Dezembro-09			2.6	6	0.4	22.7	98.1
Média de 24 Outubro a 26 Dezembro 2009			2.2	4.8	0.4	18.6	113.8

Fonte: Marktest - Audicabo

SIC Notícias - Vencer o Cancro (Sábado) - 24 Out a 26 Dez/09
Perfil do Telespectador em Shr% T. Temáticos e Shr% T. Cabo



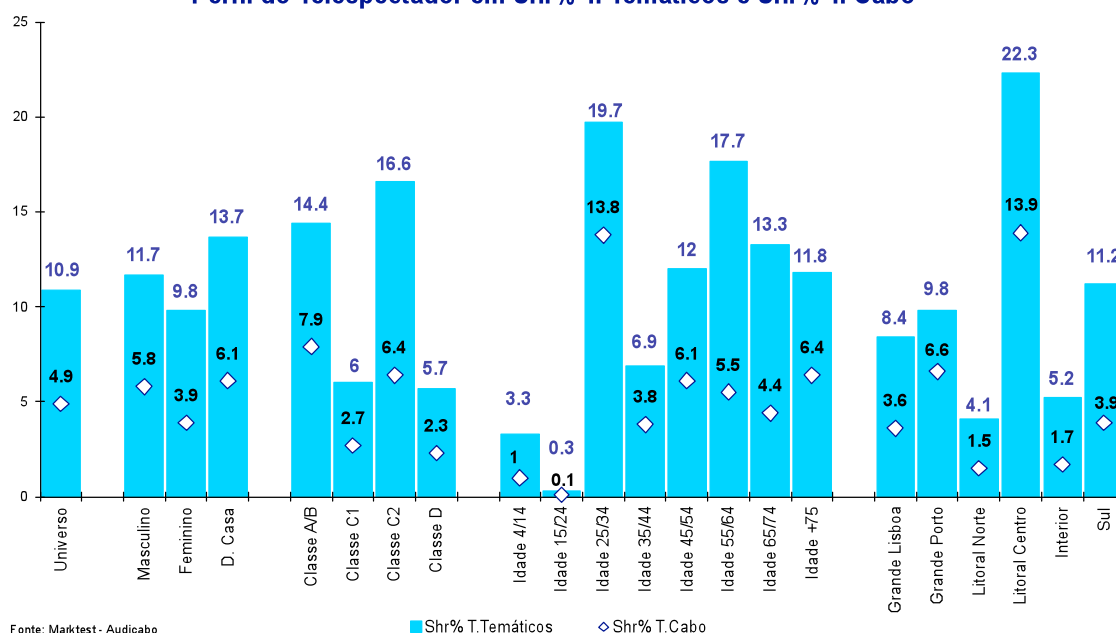
Fonte: Marktest - Audicabo

SIC Notícias
Vencer o Cancro (R)

Data	Dia Semana	Hora Início	Share Total Cabo (%)	Share Total Temáticos (%)	Audiência Média (%)	Aud.Média (000 telespect.)	Aud.Total (000 telespect.)
25-Out-09	Domingo	10:35:21	4.4	9.2	0.6	29.3	115
1-Nov-09	Domingo	10:33:37	3	6.3	0.3	16.8	65.9
8-Nov-09	Domingo	10:35:22	3.7	8	0.5	23.1	90.4
15-Nov-09	Domingo	10:33:21	8	14.8	1	51.8	120.8
22-Nov-09	Domingo	10:31:41	6.6	14.7	0.8	40.6	127.7
29-Nov-09	Domingo	10:34:07	6.9	14.8	0.9	45.5	101.3
Novembro-09			5.7	11.9	0.7	35.3	100.8
6-Dez-09	Domingo	10:32:43	5.9	12.1	0.7	36.8	100.7
13-Dez-09	Domingo	10:31:37	2.6	7.1	0.2	11.8	73.6
20-Dez-09	Domingo	10:32:27	5.4	14.4	0.5	27.5	65.2
27-Dez-09	Domingo	10:32:32	1.2	3.4	0.1	6.2	77.9
Dezembro-09			3.8	9.6	0.4	20.3	79.6
Média de 25 Outubro a 27 Dezembro 2009			4.9	10.9	0.6	28.7	93.7

Fonte: Marktest - Audicabo

SIC Notícias - Vencer o Cancro (R) (Domingo) - 25 Out a 27 Dez/09
Perfil do Telespectador em Shr% T. Temáticos e Shr% T. Cabo



Fim de Semana	Temática	Aud. Média Sáb.	Aud. Média Dom.
24 e 25 de Out.	Estômago	5,1	29,3
31 de Out e 1 de Nov.	Cabeça e pescoço	14,1	16,8
07 e 08 de Nov.	Pâncreas	22,7	51,8
14 e 15 de Nov.	Fígado	11	40,8
21 e 22 de Nov.	Sarcomas	23,4	40,8
29 e 30 de Nov.	Testículo	(Indisponível)	45,5
05 e 06 de Dez.	Ovário	33	36,8
12 e 13 de Dez.	Bexiga e Rim	13,9	11,8
19 e 20 de Dez.	Linfoma	7	27,5
26 e 27 de Dez.	Debate	35,1	6,2

Audiência conseguida por cada temática do programa

Fontes do campo da saúde

Especialidade	Estômago	Cabeça e pescoço	Pâncreas	Fígado	Sarcomas	Testículo	Ovário	Bexiga e Rim	Linfoma	Total
Anatomatologia	0	0	0	0	2	0	0	2	1	5
Cirurgia	3	0	1	4	1	0	0	1	0	10
Endocrinologia	0	0	1	0	0	0	0		0	1
Enfermagem	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Epidemiologia	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Estomatologia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Gastroentologia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Geneticista	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3
Ginecologia	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Investigação	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4
Nutrição	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Oftamologia	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Oncologia	1	1	1	0	6	1	2	1	0	13
Otorrino	0	2	0	0	0	0	0		0	2
Radiologia	1	0	1	1	0	1	1	1	1	7
Urologia	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3
Outros (Director serviço)	0	3	1	1	0	2	1	1	1	10
Outros	0	1	0	0	2	0	0	0	2	5
Total	12	8	6	6	14	5	7	13	5	76
Género										
Masculino	4	5	3	6	9	4	5	8	4	48
Feminino	8	3	3	0	5	1	2	5	1	28
Total	12	8	6	6	14	5	7	13	5	76

Anexos

Geografia										
Porto	12	5	5	2	12	4	2	9	5	56
Lisboa	0	3	0	3	1	1	0	0	0	8
Resto do País	0	0	0	0	0	0	3	2	0	5
Não Identificado	0	0	1	1	1	0	2	2	0	7
Total										76
Fontes Fora do Campo da Saúde										
Género										
Masculino	2	2	1	2	3	3	1	2	0	16
Feminino	2	3	1	1	6	2	1	2	1	19
Relação com a doença										
Doente	3	2	1	1	4	2	1	2	1	17
Familiar	1	2	1	0	4	3	1	1	0	13
Outros	0	1	0	2	1	0	0	1	0	5
Total	4	5	2	3	9	5	2	4	1	35
Nº Total de Fontes										111

	Estômago	Cabeça e pescoço	Pâncreas	Fígado	Sarcomas	Testículo	Ovário	Bexiga e Rim	Linfoma	Total
Explicação Conceitual	0	0	1	1	3	0	0	1	2	8
Exemplificação	2	0	1	0	1	0	0	0	0	4
Contextualização	3	2	2	5	0	3	6	0	0	21
Diagnóstico/prevenção	9	3	5	1	7	2	6	9	5	47
Tratamentos	9	10	7	9	12	5	6	16	4	78
Outros	1	0	0	0	3	2	1	0	0	7
TOTAL	24	15	16	16	26	12	19	26	11	165

PEÇAS “VENCER O CANCRO”

Ficha clínica cancro do estômago

OFF – A cada dia, cerca de 9 portugueses descobrem que têm cancro do estômago. São mais de 3 mil de casos por ano, 2700 não vencem a doença. Um problema grave em Portugal, ainda mais grave no norte do país.

Vivo Dra. Maria José Bento, epidemiologista IPO Porto (pasta Cristina)

Fizemos aqui um estudo comparando a incidência de cancro entre as três regiões do país, norte, centro e sul utilizando os dados do registo oncológico populacional e da totalidade de casos 43% eram atribuíveis só à zona norte do país.

OFF – A nossa dieta alimentar poderá explicar este cenário. O excesso de alimentos salgados como o presunto, o chouriço ou o tradicional bacalhau pode aumentar o risco de desenvolver a doença.

Vivo Dra. Maria José Bento, epidemiologista IPO Porto (pasta Cristina)

3.53 - Há estudos que indicam que a dieta será um factor associado ao maior risco de desenvolver a doença. Uma dieta rica em alimentos salgados ou por exemplo alimentos conservados, como a carne conservada com nitritos.

OFF – Para além dos perigos da alimentação, os portugueses enfrentam ainda uma alta prevalência de uma infecção provocada por uma bactéria chamada helicobacter pylori. Cerca de 75% da população em Portugal está infectada.

Vivo Dr. Mário Dinis Ribeiro, gastroenterologista IPO Porto (pasta cristina)

De todo os indivíduos que vem a padecer de cancro gástrico, cerca de 40% deles tiveram como causa a infecção pelo helicobacter pylori, ou seja, é o factor isolado provavelmente mais importante. Não podemos é dizer nunca que quem tem a infecção, isso inexoravelmente vai acontecer.

OFF – Apesar de muito frequente, não há indicação para se fazer pesquisa ou erradicação da helicobacter pylori. Na maior parte dos casos, a bactéria não representa qualquer consequência.

Vivo Dr. Mário Dinis Ribeiro, gastroenterologista IPO Porto (disc pro)

14.04 - A bactéria infecta o estômago, mas a maioria das pessoas, 90% das pessoas, nunca terá nenhuma consequência dessa infecção. Nem sequer sintomas, lesões ou mesmo cancro gástrico. Haverá algumas pessoas, dependendo de factores genéticos e ambientais que, com algum tipo de bactérias e convém explicar que nem todas serão igualmente agressivas, desenvolverão doença e eventualmente cancro. 14.39

OFF – Mas é possível fintar as probabilidades e prevenir o cancro do estômago.

Vivo Sónia Carvalho, nutricionista IPO Porto (cassete 13)

17.30 – Variar o mais possível, abusar dos alimentos coloridos, da fruta e dos legumes, incluir a fruta e legumes nas refeições principais e o número de refeições também é muito importante. 17.47

Vivo Dr. Mário Dinis Ribeiro, gastroenterologista IPO Porto (disc pro)

28.09 Tenham hábitos de vida saudável, ingiram frutas e vegetais, não ingiram sal e não fumem. 28.16

Para além de vigiar a saúde, também é importante estar atento a sintomas como dores de estômago frequentes, enfartamento fácil e azia. Actualmente os portugueses não são aconselhados a rastrear o cancro do estômago. Mas os grupos com maior risco podem optar por fazer vigilância.

Vivo Lúcio Santos, cirurgião (cassete 12)

24.19 – Se os doentes têm queixas gástricas recorrentes, emagrecimento ou uma história familiar associada a queixas gástricas, então nestas circunstâncias deve dirigir-se ao médico de família, explicar as queixas e certamente que o médico de família vai solicitar uma endoscopia no sentido de observar o estômago e verificar se há lesões que sugiram a existência de doença oncológica ou de o risco de a ter. 24.49

OFF – A endoscopia é a forma mais fácil de detectar um cancro gástrico. Através de uma câmara, é possível observar o interior do estômago e identificar lesões suspeitas. O procedimento permite ainda realizar uma biopsia e, num segundo acto, remover lesões em fases muito iniciais.

Vivo Dr. Mário Dinis Ribeiro, gastroenterologista IPO Porto (disc pro)

25.03 Na detecção de lesões muito pequenas, lesões com indicações específicas, mas que são pequenas, há a possibilidade através da endoscopia de ressecar, de retirar as lesões e esse indivíduo ficar completamente curado sem a necessidade de cirurgia.

OFF – No caso de ser diagnosticado um tumor, é fundamental perceber a dimensão da doença.

Vivo Donzília Brito, cirurgiã (cassete 12)

0.26 – O grande exame, para além do diagnóstico que é a endoscopia com biópsia, é o TAC. É o TAC do abdómen, do tórax e da pelve e isso vai permitir identificar a extensão da doença, se ela se encontra só localizada no estômago, ou se já esta localizada noutros órgãos e por isso já estará mais avançada e mais evoluída. 0.50

OFF – Depois de saber tudo sobre o tumor, um grupo multidisciplinar decide o melhor tratamento a seguir. Na fase inicial da doença, a cirurgia é a principal arma terapêutica e a única curativa. Cerca de 85% dos pacientes continuam livres de doença dez anos após a cirurgia. Mas por vezes pode ser necessário ter que viver sem o estômago.

Vivo Lúcio Santos, cirurgião (cassete 12)

19.35 – Conforme o tipo de doença, porque existem tipos diferentes, ou conforme a localização, muitas vezes, para obter margens de segurança, é necessário remover o estômago. Outras vezes, a doença é difusa, está espalhada pelo estômago, por isso mais uma vez só se conseguem margens livres ao remover o estômago na sua totalidade. 20.03

OFF – Em estados mais avançados, a cirurgia ainda pode ter uma intenção curativa, mas é complementada com a quimioterapia.

Vivo Ana Raimundo, oncologista IPO Porto (cassete 12)

5.52 – Actualmente, estudos mais recentes têm demonstrado é que a quimioterapia peri-operatória, quero com isto dizer a quimioterapia administrada antes e depois da cirurgia, parece trazer melhores benefícios aos doentes em termos de doença livre de recorrência e em termos de sobrevivência global. 6.12

OFF – A radioterapia é um tratamento local que pretende melhorar o resultado da cirurgia e diminuir as possibilidades de reaparecer a doença. Quando associada com a quimioterapia, tem um efeito mais eficaz.

Vivo Olga Sousa, radiologista IPO Porto (cassete 12)

33.15 Tanto em pré operatório como em pós-operatório, a radioterapia é mais eficaz quando associada a quimioterapia porque a quimioterapia tem um efeito radiosensibilizador, ou seja aumenta a eficácia da radioterapia, embora daí advenham mais efeitos secundários. 33.33

OFF – Efeitos secundários que são difíceis de lidar. Cerca de 1/3 dos doentes não consegue terminar esta combinação de tratamentos. Nas situações mais complicadas, o apoio da equipa médica faz toda a diferença.

Vivo Fátima , enfermeira IPO Porto (cassete 13)

31.10 - É também muito importante detectar quem é o cuidador informal do doente e ir articulando com ele com a psico-oncologia a melhor estratégia para o doente não sentir tanto o impacto da doença e dos tratamentos que lhe vão sendo propostos.

OFF – O acompanhamento também é fundamental na educação alimentar. Os alimentos são introduzidos por fases, primeiro líquidos, depois sólidos. É importante comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades. Com o tempo, os doentes voltam a fazer uma alimentação normal.

Vivo Sónia Carvalho, nutricionista IPO Porto (cassete 13)

21.34 – Os doentes que perdem o estômago, perdem o reservatório na totalidade. E a passagem dos alimentos para o intestino vai ser muito mais rápida. E todos os cuidados na alimentação são nesse sentido, atrasar ao máximo a chegada dos alimentos ao intestino.

OFF – A incidência de cancro do estômago tem diminuído um pouco por todo o mundo nos últimos anos e também em Portugal. É possível mudar hábitos e prevenir o cancro do estômago.

Caso de sucesso cancro do estômago

OFF – É na oficina que Manuel se sente como em casa.

Toda a vida trabalhou como carpinteiro. Foi muitas vezes o refúgio para momentos mais difíceis.

Vivo Manuel Dias (P12)

Acho que ocupar a cabeça, com o trabalho, com isto, com aquilo... Acho que é fantástico. Esquecer a doença. Deitá-la, como costumamos dizer, por trás das costas.

OFF – Por duas vezes, Manuel enfrentou o cancro. Em novo, já se queixava de dores de estômago. Aos 47 anos, veio a saber que o problema era mais grave do que pensava.

Vivo Manuel Dias (P12)

Eu comecei a sentir dores de estômago. Oito dias deixo andar, pensei que tivesse sido qualquer coisa que tivesse comido... mas nos 8 dias seguintes, a dor voltou. Há aqui qualquer coisa que não está bem. Fui ao meu médico de família, fiz exames e os exames acusaram um problema que eu lá tinha.

OFF – Há 14 anos, pouco se falava de cancro. Para Manuel foi ainda mais difícil aceitar a notícia. Mas num espaço de três semanas, é operado e regressa a casa.

Vivo Manuel Dias (P12)

Quando fui operado o médico não me disse que tinha sido extracção total mas eu vim para casa e comecei a pensar... Mas teria sido todo? Ou seria só parte? E numa ocasião eu fiz-lhe a pergunta. E ele disse: foi todo!

Vivo Ana Maria Dias, esposa (P12)

Eu pensei: como é que o meu marido vai viver? Ele vai morrer. Se não tem estômago, não vai poder comer, portanto vai ter pouco tempo de vida. Mas não foi assim, graças a de Deus e felizmente não foi assim.

OFF – Seguiu-se uma recuperação difícil. Manuel teve que aprender a comer sem estômago.

Vivo Manuel Dias (P12)

No início tive que me habituar a comer outro tipo de comida, um género de papas.... Mas depois com o tempo comecei a comer o que comia antigamente... Pergunta: E hoje come normalmente? Sim, hoje como de tudo! Não há nada que eu não posso comer.

Vivo Ana Maria Dias, esposa (P12)

Eu não saía da cozinha. Ele praticamente de duas em duas horas comia, ou um iogurte ou uma papa de fruta. Ou um creme. Como ele comia muito pouco, tinha que comer muitas vezes.

OFF – Ana Maria e Manuel estão casados há 33 anos. Foi ao lado da mulher que, mais uma vez, Manuel venceu outra batalha. Há dois anos, descobriu um segundo tumor.

Vivo Manuel Dias (P12)

Num exame de rotina, dada a minha idade na altura, era aconselhável fazer uma colonoscopia e aí foi detectado um problema no intestino.

Vivo Ana Maria Dias, esposa (P12)

Foi outra vez outro balde de água fria. Foi outra vez um desmoronar. Mas ao mesmo tempo pensamos, se da outra vez correu bem, esta vez também há-de correr.

OFF – Hoje Manuel continua a passar a maior parte do tempo nesta oficina. Na vida assumiu ser incansável como no trabalho.

Vivo Manuel Dias (P12)

Sinto-me bem, tenho força, trabalho... a minha vida é absolutamente a mesma que tinha antes dos problemas.

OFF – Manuel tem hoje 61 anos. Venceu dois tumores, duas cirurgias e meio ano de quimioterapia. As forças nunca faltaram.

Peça Cancros Hereditários

OFF Cristina Freitas – A origem de um cancro pode, por vezes, ter uma explicação. O nosso código genético.

Sérgio Castedo, geneticista Hospital S. João

“Se eu tenho um determinado gene com uma alteração a possibilidade que eu tenho para o transmitir aos meus filhos é de 50%. Eles tanto podem herdar essa cópia, que tem esse problema, esse defeito, como podem herdar um exemplar normal desse gene.”

Carla Oliveira, investigadora IPATIMUP

“O cancro hereditário acontece num número muito baixo de pessoas e pressupõe que uma determinada alteração seja transmitida para as gerações descendentes e que tenha sido herdada das gerações anteriores.”

OFF Cristina Freitas – As mutações genéticas herdadas do pai ou da mãe podem ser o ponto de partida para vários tipos de cancro. No Hospital S. João, as consultas de risco familiar tentam identificar famílias que possuam essas mutações.

Sérgio Castedo, geneticista Hospital S. João

“Quando uma família vem à consulta, nós tentamos fazer é recolher uma história familiar o mais completa possível. Saber exactamente que doenças oncológicas apareceram naquela família, onde é que eram os tumores, em que órgãos, em que idade é que apareceram, se de facto estão confirmados ou não.”

OFF Cristina Freitas – Se uma família tem pelos menos dois casos de cancro, em idade inferior a 50 anos, é importante realizar um teste genético. Um simples exame ao sangue poderá tirar todas as dúvidas. Foi o que fez a família Cosme. O cancro da mama afectou vários membros da família. O primeiro caso começou num tio.

Manuela Lemos

“Despertou curiosidade por ser homem e por haver mais casos de cancro da mama na família. Então decidiram fazer um estudo genético da família, em alguns casos já não pode ser nos tios que já não estavam vivos, mas sim nos descendentes.”

OFF – Manuela perdeu a mãe em 1975. Tinha apenas 47 anos e não conseguiu vencer um cancro da mama. Por isso, Manuela começou cedo a preocupar-se com a doença.

Manuela Lemos

“Eu já andava a fazer vigilância desde os 38 anos, porque achei que tendo a minha a minha mãe falecido com esse problema, as minhas hipóteses de ter seriam algumas. Eu sabia que poderia haver alguma tendência na família, mas não sabia que podia ser genético.”

OFF Cristina Freitas – Aos 42 anos e antes de saber que tinha uma mutação genética, acabou por descobrir que já tinha um cancro.

Manuela Lemos

“Saí daqui, fui ter com o meu marido, ele saiu do emprego, veio cá fora e disse-lhe o que era... Depois fui para casa e nunca mais chorei. “

OFF Cristina Freitas – Manuela, mais uma irmã e três primas deram positivo para uma mutação genética chamada BRCA2. As mulheres portadoras desta mutação enfrentam um risco que varia entre os 60 e os 80% de vir a ter cancro da mama. Aumenta também em 40% as hipóteses de ter cancro do ovário. Mas estes casos têm solução.

Luísa Ferro. Enfermeira Hospital S. João

“É o que nós chamamos de mastectomia poupadora de pele. Em que se preserva a pele e o mamilo, o que vai sair é só a glândula mamária. Nestes genes que nós estudamos, o BRCA1 e BRCA2, o risco é maior na mama e também no ovário. E por isso também pensar numa cirurgia em que se faça a ablação dos dois ovários.”

Sérgio Castedo, geneticista Hospital S. João

“As opções basicamente são duas, podemos dividi-las em dois grupos: ou investir no diagnóstico precoce, aumentando as possibilidades do tratamento ser bem sucedido, no caso de surgir um tumor. Ou então por outro lado, fazer cirurgia profiláctica.”

OFF Cristina Freitas – Estas opções são verdade para quase todos os tipos de cancro hereditário. Também para o cancro gástrico estão identificadas alterações genéticas hereditárias que aumentam o risco de ter a doença. Em Portugal, há cerca de 80 famílias de risco identificadas. Mas em apenas duas se encontrou uma mutação no gene da caderina-E.

Carla Oliveira, investigadora IPATIMUP

“A minha palma é uma célula, isto é outra célula, e esta molécula permite fazer como se fosse um zip, um fecho éclair que liga duas como se fosse uma cola entre estas células. O que acontece nestes cancro é que essa cola devido a alterações na molécula, elas ficam assim... e assim... estas células desagregam-se e ficam isoladas, ganham capacidade para sair do estômago e invadir outros órgãos à distância.”

OFF Cristina Freitas – A mutação da caderina-E foi descoberta há apenas 11 anos por investigadores neozelandeses. A mutação está associada a um tipo específico de tumores do estômago chamados difusos. Por cá, no IPATIMUP, a equipa de Carla Oliveira dedicou-se à pesquisa de famílias com este problema.

Carla Oliveira, investigadora IPATIMUP

“Dentro das cerca de 80 famílias portuguesas, temos duas identificadas. Uma no Porto, a ser seguida no S. João, outra em Coimbra, a ser seguidas nos HUC. Foram identificadas mutações, foi provado que essas mutações tinham associação com a doença e esses indivíduos enquanto assintomáticos fizeram gastrectomias profiláticas.”
(Sequência imagens ir ao frigorífico)

Anexos

OFF Cristina Freitas – Henrique vive sem estômago há 4 anos. Mas nem por isso este gesto se tornou menos frequente.

Henrique Matos Costa

“Eu como de manhã, pequeno-almoço, às 10 horas lancho, como ao meio-dia, às 16h volto a lanchar. Depois janto. A noite depende. Se jantar às 21h e só me deitar a meia-noite, coitado do frigorífico... leva ali um desbaste!” (risos)

OFF Cristina Freitas – Henrique foi o primeiro caso em Portugal a retirar o estômago como método preventivo. Em 1987, um cancro do estômago venceu o irmão mais velho, na altura com 27 anos. Em 2002, viu a irmã de apenas 23 anos morrer da mesma doença. Henrique chegou aos 33 anos sem saber que o cancro também estava nos seus genes.

Henrique Matos Costa

“Um médico do S. João anda à procura desta família... a família Costa. A ver se vocês comunicavam com ele... nós ligamos a ver o que ele queria. E ele lá nos disse que estava a fazer um estudo sobre cancro do estômago e que ao mexer nos papéis constatou que havia dois irmãos, com idades dentro dos mesmos parâmetros e com o mesmo problema... um defeito genético nas células.”

OFF Cristina Freitas – A família Costa, os pais e 6 filhos, continuavam até à data livres da doença. Os progenitores não foram testados, mas Henrique e os 5 irmãos aceitaram fazer um rastreio genético.

Herculano Moreira, cirurgião Hospital S. João

“Aderiram a este projecto e manifestaram vontade em serem estudados no sentido de pesquisar esta mutação. É curioso que a pesquisa não tenha sido feita nos dois progenitores porque estes 6 irmãos não quiseram que nenhum dos dois progenitores, um deles obrigatoriamente portador desse gene, fosse submetido a testes genéticos porque não queriam que um desses progenitores se sentisse moralmente responsável por ter passado a doença a dois filhos.”

Henrique Matos Costa

“E um dia lá fomos. Fomos fazer análises ao sangue... E meio ano depois saiu o resultado. E eu fui o único contemplado da família. “

OFF Cristina Freitas – Num segundo, a vida de Henrique mudou para sempre. Com este defeito genético, enfrentava um risco de cerca de 70% de vir a ter cancro gástrico. A vigilância por endoscopia não oferecia garantias. Por isso, optou por viver sem o estômago.

Henrique Matos Costa

“Eu já conhecia um caso, a minha irmã. Ela tinha vivido sem o estômago, pelo menos, meio ano, e... eu também ia viver.”

Herculano Moreira, cirurgião Hospital S. João

“Qualquer célula do estômago que é portadora desta mutação pode vir a sofrer um processo de transformação neoplásica e vir a desenvolver um cancro. Portanto não pode haver outra alternativa senão a remoção completa de toda a mucosa gástrica.”

OFF Cristina Freitas – No mundo, há apenas 100 casos como o de Henrique. De todas as cirurgias realizadas, em 96% dos casos já havia presença de células malignas. Henrique não foi a excepção.

Herculano Moreira, cirurgião Hospital S. João

“Após o estudo de toda a mucosa gástrica removida do senhor Henrique foram identificados múltiplos focos de carcinoma gástrico. Por isso ele sente-se gratificado, porque o mais provável é que um daqueles focos se viesse a desenvolver e evoluir para uma doença clinicamente identificável, grave e até mortal.”

OFF Cristina Freitas – Ser portador de uma mutação genética não é uma sentença de morte. Mas saber mais sobre a nossa herança familiar pode salvar muitas vidas.

Henrique Matos Costa

“Saiu-te o euromilhões, foi o que ele me disse, saiu-te o euromilhões! Se não fosses operado, mais um ano, mais meio ano e ele tinha-se desenvolvido.”

Carla Oliveira, investigadora IPATIMUP

“Isto pode ser uma coisa muito pequena em termos populacionais mas para as famílias que vem morrer pais, irmãos e filhos, isto é dramático. “

Manuela Lemos

“Eu acho que qualquer uma de nós, se lhe fosse posto o caso como foi a mim, fazia. O que tem que se fazer faz-se. Se nós gostamos de viver, fazemos... “

Cavidade oral

2009 tinha acabado de estrear, quando António começou a sentir dores na língua. Andou 3 meses a desprezar os sintomas, até que descobriu que tinha um tumor.

VIVO –António (doente) P2 004 – 11:10 Pensei que era uma afta, deixei andar, até que fui à médica de família e ela como não sabia bem o que era, mandou-me para o rastreio do cancro oral

O álcool e o tabaco, associados à má higiene dentária e a próteses mal ajustadas, formam um cocktail explosivo que promove o aparecimento do carcinoma da cavidade oral.

VIVO – Isabel Sargento – oncologista médica IPO Lx – VC 003 16:20 - São doentes que raramente vão ao médico de família, são uma margem da sociedade, com mau apoio social, más condições de saúde oral e que quando têm este tipo de tumor são doentes que já vêm com tumores localmente avançados

Na linha da frente do diagnóstico estão os estomatologistas, médicos dentistas e médicos de família. Mas não é preciso ter um curso, basta ter um espelho. Fazendo o auto-exame cada um de nós pode reparar em sinais de alarme.

VIVO – António Águeda – estomatologista Centro de Saúde da Foz – VC II 010 - 17:35 - A 1ª situação que os doentes devem estar alerta é terem uma ferida ao nível da boca. Qualquer lesão que não passe em 2 a 3 semanas. Nestes casos devem recorrer ao médico de família/estomatologista para despiste e se necessário fazer biópsia da lesão. Depois tem de estar atento às modificações da boca, sobretudo lesões brancas e vermelhas que podem aparecer em qualquer zona da língua.

Repira (imagens do auto-exame) 10:56 ou 11:55

Todos os anos surgem 2500 novos casos de carcinoma da cavidade oral, grande parte deles em fase avançada. Ao fim de 5 anos, apenas 500 estão vivos. Os médicos alertam para a importância de sensibilizar a população para o diagnóstico precoce como forma de travar a mortalidade

VIVO – Rosa Santos – director do serviço de cirurgia da cabeça e pescoço IPO Lx – VC 002 – 48:21 - 95% dos cancros orais curam-se, desde que diagnosticados precocemente. Curam-se com o mínimo de morbilidade.; um doente no estágio 4 é um doente com 18 % de probabilidade de controlo da doença, à custa de uma mutilação tremenda.

Anexos

Depois de avaliada a extensão da doença, através de TAC, a 1ª abordagem terapêutica passa por uma ida ao bloco. É fundamental curar, mas sem esquecer a dignidade do doente já que a cirurgia pode ser traumática e desfigurante

VIVO – Rosa Santos – 9:30 Se nós temos um carcinoma da língua que envolve toda a língua e se pensarmos que esta lesão é ressecável mas à custa de uma glusectomia total, que corresponde a tirar toda a língua, nós nestes casos podemos recorrer a outro tipo de terapêutica, nomeadamente rádio e quimioterapia de forma a conseguir uma taxa de controlo que não seja muito menor à que obteríamos com a cirurgia, mas com muito menos compromisso da qualidade de vida do doente. 10:36

Quando é possível salvar uma parte da língua, usa-se pele do braço para substituir o tecido maligno que foi retirado

VIVO – Horácio Costa – P2 004 – 1:00:05 -cirurgião plástico Hospital Gaia - A cavidade oral tem um revestimento idêntico ao da pele, portanto, essa pele depois modifica com o tempo e portanto dá uma elasticidade adequada e permite que a língua tenha mobilidade.

VIVO – António – doente – 15:56 – P2 004 A parte nova da língua está um bocadinho grossa, mete um bocadinho de impressão na boca, uma pessoa tem de se adaptar.

Se o tumor tiver invadido os gânglios linfáticos, após a cirurgia os doentes fazem ainda radioterapia ou, nos casos de maior risco, também quimioterapia

O reaparecimento do tumor é mais frequente do que as metástases e em 80 por cento dos casos, ocorre no ano seguinte ao tratamento.

Em tumores inoperáveis, quimio e radioterapia unem esforços no combate às células malignas

VIVO – Isabel Sargento – oncologista IPOLx – VC II 003 - 19:20 A quimio mais importante é a cisplatina, que é um citostático que é administrado com radioterapia para aumentar a sensibilidade das células tumorais à radioterapia, mas também é administrada antes do início da rádio com efeito preparatório para o tratamento mais importante que é a quimio/radioterapia. (...) Mais recentemente o Cetuximab, tem sido utilizado na sua acção associada à rádio para aumentar a resposta à rádio, havendo assim a grande vantagem de não ter os efeitos da quimio/rádio concumitante.

A radioterapia pode ser usada para tratar pequenos tumores ou como complemento da cirurgia, diminuindo o risco da doença voltar. A radioterapia externa de intensidade modelada é uma técnica recente, que causa menos efeitos secundários

VIVO – Cândida Trindade – Radioterapeuta IPO LX - VCII 003 11:14 Consiste na execução de campos de radiação, vários campos, em que a dose, durante a administração da radiação, mesmo por campo, varia, portanto a penetração da radioterapia tb varia e podemos assim poupar os órgãos que não queremos irradiar muito.

Na cavidade oral, muitas vezes a radiação destrói as células salivares. A saliva fica mais escassa e menos eficaz a proteger os dentes. A radioterapia pode ainda provocar a morte da mandíbula, obrigando a uma intervenção cirúrgica para remover o osso.

No centro hospitalar de Gaia é aplicada uma técnica que garante a menor desfiguração possível

Para tratar estes tumores corta-se o mal pela raiz. Sai a mandíbula e no seu lugar coloca-se um pedaço de osso retirado da bacia.

VIVO – Horácio Costa – A bacia, a crista elíaca é um osso que por si só já tem uma forma parecida com a mandíbula. Isto é, nós temos a possibilidade de ter uma colheita neste caso do retalho ósseo com a forma, a dimensão e a direcção no espaço adequada à reconstrução.

Cura e tratamento estético de mãos dadas. Ficam as cicatrizes da luta, mas ganham-se anos de vida.

Caso de sucesso Retino

Rebobinamos uma década na vida desta família. As gémeas Laura e Carlota tinham um ano e saltava à vista uma estranha diferença

VIVO – Isabel Carlos – mãe - Ela tinha um estrabismo divergente, por outro lado, o meu pai achava que ela quando se sentava dava um jeito no corpo e à cabeça que a irmã não fazia.

Era um retinoblastoma bilateral. Com a vida em suspenso, não houve tempo para pensar. Seguiram-se 3 meses de quimioterapia no pediátrico de Coimbra. Mais tarde, Carlota passa a ser seguida em Londres. De 15 em 15 dias apanhava o avião

VIVO – Mãe – Era entrar de manhã e estar até às 6, 7 da noite à espera do diagnóstico, Se tinha ou não diminuído o tumor, se tinha de voltar passado 15 dias, se tinha de fazer mais quimio, para mim era uma ansiedade muito grande

Luís Carlos – pai Muitas coisas que dizem do Serviço Nacional de Saúde não são verdadeiras. As pessoas são inexcedíveis, são de uma dedicação e profissionalismo fantástico. O que notámos em Londres é que a retaguarda é mais sólida.

Desses tempos, só o cheiro se entranhou na memória da Carlota

VIVO – Carlota Carlos – A maior parte das coisas sinto como se fosse a vida de outra pessoa. + Tenho uma recordação má da sala onde me davam a anestesia. Chamava sala da bomba e às vezes quando sinto o cheiro num hospital ainda fico enjoada.

Depois de vários tratamentos o plano B entrou em acção. A Carlota ia perder o olho

VIVO – Pai – Teve um pouco a ver com esse sentimento de algum desânimo, de dizer “bom, de facto, lutámos este tempo todo para tentar salvar o olho da Carlota e não conseguimos, portanto esse foi um sentimento óbvio, mas ao mesmo tempo, havia um sentimento de “bom, esta vida é impossível. Nem nós, nem ela temos condições para suportar esta ansiedade constante.

Desfez-se a esperança, não havia tábua de salvação. Mas um episódio relatado por uma mãe inglesa deu um novo alento aos pais

VIVO – Mãe –Tinha encontrado o filho no metro de Londres a pedir. Tinha tirado a prótese estava com a prótese num boné a pedir à porta do metro. Ele tinha 15 ou 16 anos e era a forma que ele tinha encontrado porque precisava de dinheiro. Isto para me dizer que as crianças se habitam.

Começava aqui a vida de uma menina normal. Com os sustos da praxe, típicos das brincadeiras no ATL.

VIVO – Pai - A Carlota estava ... a sangrar de uma das vistas, da vista boa e aí ficámos muito aflitos. O médico disse “não foi nada”. Tinha sido uma cicatriz a milímetros do olho bom, porque ela tinha atravessado um vidro.

A Carlota tem 13 anos e uma prótese que a ajuda a filtrar os verdadeiros amigos.

Anexos

VIVO – Carlota – Há sempre uns parvinhos que fazem isso. Normalmente são pessoas de fora, que não me conhecem. Eu antes reagia mal, ficava triste, mas agora reajo melhor, já não ligo. Ignoro.

Sobressai por ser uma excelente aluna que devora livros. E para não desmotivar, faz trabalhos-extra, integrados num plano de desenvolvimento.

VIVO – Isilda Lemos – directora de turma – O plano de desenvolvimento visa contemplar os alunos que têm capacidades excepcionais de aprendizagem + o plano consiste nisso, ela desenvolver as capacidades que possui que de facto são acima da média

É na água que gosta de praticar desporto. Objectos voadores é que nem pensar

VIVO – Carlota – por exemplo badminton que tem uma pena pequena, ou ténis, não tenho jeito. Às vezes estou a tentar dar com a raquete para dar para outro lado e a pena já está no chão.

Divertida, sem complexos, confiante no futuro. Não vai na onda do coitadinho.

VIVO - Carlota – Eu antes tinha uma certa mania de por a franja à frente, mas agora já não, já me deixei disso. Eu sou como sou. Se eles me quiserem aceitar tudo bem, senão também não vale a pena ficar a chorar sobre isso.

VIVO – Pai – Não adianta estar a carregar um peso para a vida inteira de raiva ou frustração. Ela tinha 3 anos quando isto aconteceu. Ela tinha a vida inteira pela frente.

A Carlota é uma menina forte, nunca mordeu o anzol da vulnerabilidade. Mergulha na vida de cabeça para resistir ao preconceito.

Laringe e Faringe

Em qualquer recanto há gente à conversa. Entrelaçam banalidades, partilham emoções. Usam a voz como ponte para se ligarem uns aos outros. Mas quando a rouquidão se instala, é preciso ouvir um otorrinolaringologista

VIVO – Dr^a Margarida Santos – dir. serv otorrino S. João P2 003 - 44:40 Quando é um cancro da laringe que atinge a corda vocal, o 1º sintoma é a rouquidão, portanto, qualquer pessoa que tenha uma rouquidão que persiste para além de duas semanas, tem de ser observado por um otorrino (...) Quando o cancro atinge outras zonas da laringe ou a faringe aí os sintomas são mais inespecíficos

A fibroscopia e a endoscopia são os exames que permitem observar a faringe e a laringe. Os tumores da laringe são mais frequentes. Por ano surgem cerca de 1000 novos casos. Os homens que bebem e fumam têm maior risco de desenvolver a doença

VIVO – Dr^a Margarida Santos – 40:20 A nível da laringe uma pessoa que fuma tem 7 vezes mais probabilidade de desenvolver um cancro da laringe do que um não fumador. Pessoas que consomem regularmente e de forma acentuada álcool também têm risco aumentado de desenvolver cancro da laringe e faringe. E aquilo que tem mais influência é quando se juntam os 2 factores

Quando a doença é diagnosticada numa fase precoce, a probabilidade de estar vivo ao fim de 5 anos ronda os 90%. No IPO do Porto os doentes com tumores iniciais e de média dimensão são submetidos a uma cirurgia laser

VIVO – Dr Breda – otorrino IPO – 2:43 – VCII 015 - é uma técnica que permite erradicar tumores da cavidade oral, faringe e laringe. Permite fazê-lo evitando incisões externas e evitando traqueotomias e é uma técnica compatível com todas as restantes formas de tratamento adjuvante; é uma técnica que permite fazer uma exérese do tumor por fragmentos, estudando sempre a sua extensão em profundidade de modo a garantir que todo o

Anexos

tumor é retirado. Além disso, (...) o doente fica pouco tempo internado em meio hospitalar e pode retomar a sua actividade pessoal, familiar e profissional num espaço de tempo reduzido.

Na cirurgia clássica a abordagem é feita através do pescoço. Com o laser, o tumor é atacado pela boca. Esta técnica permite ao otorrino tratar zonas que antes apenas eram acessíveis à custa da perda de voz ou de um buraco no pescoço, a temida traqueotomia.

VIVO – Dr Eurico Monteiro – Dir. Serv. Otorrino IPO Porto – 58:20 Muitas vezes a localização dos tumores fica num interface entre a faringe e a laringe e muitas vezes não é tecnicamente possível tirar esses tumores sem fazer laringectomia total. Ora (...) a cirurgia laser traz uma enorme vantagem porque nós conseguimos tirar esses tumores endoscopicamente e o doente evita logo à partida uma laringectomia total.

Nos doentes com tumores das cordas vocais que fazem esta cirurgia a qualidade da voz fica alterada; já nos casos em que a lesão se localiza entre a faringe e a laringe, as pessoas têm de comer com cuidado para não se engasgarem.

Sequelas, ainda assim, bem menos traumatizantes do que as provocadas pela cirurgia aberta

VIVO – Dr Eduardo Breda – otorrino IPO Porto – 6:00 Este tipo de doente que apresenta sintomas com estas características, fazendo tratamentos como era convencional fazê-los, eram doentes que perdiam o seu emprego, prejudicavam gravemente o seu relacionamento pessoal e familiar, prejudicavam a sua auto-estima e eram doentes que nunca mais saíam de casa, que viviam praticamente enclausurados, porque eram portadores de estigmas muito mal vistos em termos sociais.

Quando a TAC e a ressonância magnética revelam que o tumor já alastrou para os gânglios linfáticos ou para outras zonas do corpo, a quimio e a radioterapia são chamadas a intervir para somar anos de vida a estes doentes

VIVO – Dr Machado Lopes – director clínico IPO Porto – 45:13 Tem-se boas respostas sobretudo com derivados do platino numa 1ª fase, que é um citostático dos anos 80, mas que mantém plena actualidade. Mais recentemente, um grande estudo em que nós participamos à escala mundial, veio mostrar o interesse dos taxanos neste tumor e a associação do taxano ao cisplatino e ao cincofloracilo, de facto, veio melhorar a sobrevivência, que foi uma coisa que nunca tinha sido comprovada. (...) Outro estudo de há 2 anos mostrou de forma clara que um novo tipo de fármaco que é um anti-corpo monoclonal, que é o cetuximab mostrou de facto uma quase duplicação da sobrevida, isto quando associado à radioterapia.

A laringe é o órgão da fala.

Para tratar estes tumores os médicos não se concentram apenas na cura. Os tratamentos tb procuram preservar a função do órgão e a estética. Mas há casos que não podem fugir da laringectomia total. Todo o processo é acompanhado por uma terapeuta da fala que selecciona os doentes que têm perfil para usar prótese

VIVO – Helena Vilarinho – terapeuta da fala S. João –VCII 014 –vemos se o doente tem boa acuidade visual, porque ele vai precisar de limpar a prótese e tem de ver bem para conseguir limpar a prótese; se tem boa coordenação oclomotora (...) portanto a capacidade que o doente tem em coordenar o dedo que vai fazer a oclusão do traqueostoma para a prótese funcionar e portanto é importante que ele tenha boa coordenação porque vai fazer este movimento sempre que vai falar

A alternativa à prótese é a voz esofágica. Para falar, o doente aprende a técnica do arroteo que consiste em recolher ar no esófago enquanto inspira e expulsá-lo gradualmente para produzir um som. O tratamento pode demorar meio ano.

VIVO – Helena Vilarinho – 11: 00 Aquilo que os doentes têm tendência a fazer quando estão a fazer os exercícios é fazer também a utilização do ar pulmonar e é o 1º trabalho que nós fazemos, é a independência de sopro, eles

saberem que há o sopro bucal e há o sopro pulmonar e portanto eles têm de ter imensa atenção a isso senão a voz ouve-se com imenso ruído.

Quando se fica sem laringe, mudam-se as rotinas. No banho é obrigatório lavar o cabelo com a cabeça para baixo para evitar uma morte por afogamento. E no convívio com família e amigos, mingam as conversas, porque cansa muito falar. As palavras continuam lá, mas quando se libertam dos lábios, só se ouvem em sussurro.

Retinoblastoma - Ficha clínica

A descoberta de um retinoblastoma pode começar num álbum de fotografias.

VIVO – Nuno Farinha – oncologista pediátrico HSJ– 51.00 – uma mancha branca no olho deve levá-los a uma consulta no pediatra ou no oftalmologista. Devo tb referir que muitas vezes essas manchas aparecem em fotografias antes de serem observadas e uma mancha branca numa fotografia, embora possa ser um reflexo, tem de levar a uma consultar para excluir um tumor

O retinoblastoma pode ser bilateral, afectando os dois olhos ou unilateral quando se restringe a um olho. É um cancro da retina que atinge crianças com menos de dois anos.

VIVO – Teresa Dinah Bragança – oftalmologista HSJ– 10:26 – é mais precocemente diagnosticado nos casos em que o tumor é bilateral porque dá queixas. As crianças não conseguem andar bem, vão contra os objectos e portanto os pais conseguem perceber isso mais cedo, por volta de um ano; e é mais tardiamente diagnosticado nos que são só de um lado porque o outro olho é um olho bom e os pais não se apercebem que a criança vê mal e às vezes só notam quando há uma mancha branca no olho ou um estrabismo, o desviar do olho da criança, ou um olho vermelho que teima em não ficar bom.

Com 5 anos o Guilherme já passou a fase em que tinha de ser anestesiado para que a médica pudesse observar o fundo do olho, um exame fundamental para fazer o diagnóstico, ao qual se junta a ecografia.
O Guilherme segue à risca as instruções

Respira – Guilherme faz exame fundo de olho – vais por as mãos no guiador da mota, tiras os óculos, queixo à frente no capacete e vamos ver os faróis

No retinoblastoma não há um tratamento standart

VIVO – Teresa Bragança – pode haver um tumor só dentro do olho ou mais do que um tumor dentro de um olho portanto não é cada criança que tem um tratamento, cada tumor dentro do olho é que tem um tratamento de acordo com a sua localização e tamanho e a intenção do tratamento é tratar cada tumor com o mínimo de estragos à volta.

A eficácia dos tratamentos passa pela conjugação de várias terapias

Vivo – Nuno Farinha - nos tumores de médio tamanho a quimio permite a redução para que o oftalmologista possa executar um tratamento local com mais facilidade e permita que a criança tenha uma visão normal. Num caso mais avançado aí é preciso uma quimio mais agressiva e eventualmente com transplante de medula óssea.

VIVO – Teresa Bragança - os tratamentos são vários. Existe a quimioterapia com termoredução, são tratamentos de laser, crioterapia, são tratamentos em última instância de enucleação. Há também a radioterapia em algumas lesões e muitas vezes mesmo depois dos olhos serem enucleados quando há suspeita de invasão do nervo óptico

VIVO CF – Em Portugal alguns dos tratamentos passam por uma viagem ao estrangeiro. Destruir um tumor no olho sem afectar a visão é tarefa para médicos com muita experiência. No nosso país, todos os anos surgem 5

novos casos, é um tumor raro, por isso quando necessitam de tratamentos muito específicos, algumas crianças são encaminhadas para centros de referência na Europa, com todas as despesas a cargo da segurança social. Mas há meninos a quem não se consegue salvar o olho.

VIVO – Guilherme – quando eu tinha um aninho a minha mãe levou-me ao médico e ele disse assim, temos de tirar o olhinho a este menino senão ele morre e depois ele foi buscar as ferramentas dele e tirou-me o olhinho.

Os olhos de vidro dos piratas passaram à história, hoje as próteses são de acrílico, acompanham o movimento do olho e fabricam-se a partir de um molde que reproduz a cavidade de cada menino.

VIVO – Maria de Lurdes – contactologista lenco - A partir desta lente vamos para a prótese definitiva que já tem a cor da esclera, digamos que isto é a base da prótese.

As próteses são pintadas à mão, imitando a variedade de tons do olho. Custam cerca de mil euros e podem ser ajustadas, para acompanhar o crescimento da criança. Um olho artificial que se confunde com um brinquedo

VIVO – Maria de Lurdes - Lenco - eles tiram-nas para brincar com os outros miúdos e escondem-nas e os pais entram em pânico porque isto não é barato.

É elevado o preço a pagar por quem tem um tumor bilateral, são os retinoblastomas hereditários, que correspondem a 40 por cento dos casos.

VIVO - Sérgio Castedo – geneticista Hospital S. João – Há duas formas da pessoa ter um retinoblastoma. Uma ela herdou a mutação, todas as células do organismo têm a mutação e portanto os dois olhos também e por isso é que esses indivíduos têm o risco acrescido de vir a ter outro tipo de tumores, enquanto que no retinoblastoma esporádico o que encontramos é num só olho, só um tumor e é de presumir que aquela pessoa tenha sido gerada com genes íntegros e que os defeitos surgiram durante o desenvolvimento do olho.

Quando as crianças com tumores bilaterais crescem e desejam ter filhos, durante a gravidez faz-se um diagnóstico pré-natal porque que o risco do bebé herdar o gene defeituoso é de 50 por cento.

VIVO – Elisete Brandão - oftalmologista hospital S. João -fazer o diagnóstico pré-natal implica interromper a gravidez um pouco antes para começar o tratamento. Ele nasce e é logo observado porque a gente sabe que ele vai ter a doença.

Se for diagnosticado a tempo, o retinoblastoma tem solução.

Teresa Bragança - os tratamentos curam estas crianças, estas crianças podem ser absolutamente normais.

Maria de Lurdes - Para a criança pode crer que é normalíssimo. Ela não sente falta do que nunca teve.

Nuno Farinha - São crianças que um dia serão adultos que terão família e uma vida normal. É para isso que nos lutamos.

Caso de sucesso

Uma nuvem de fumo era presença constante no sindicato onde Teresa trabalha. Fumadora passiva durante anos, pagou a factura com um tumor nas cordas vocais.

VIVO – Teresa Mália – 29:04 Eu estive rouca durante um mês e meio, sem valorizar porque tinha constipação e tosse pelo meio; em Janeiro, fui cantar as Janeiras e não conseguia cantar. De dia para dia a voz falhava-me.

Perante o diagnóstico as preocupações subiram de tom. Mas a coragem e a atitude positiva falaram mais alto e evitaram que o medo criasse raízes.

Anexos

VIVO – Teresa – 30:20 Caiu-me o céu em cima, caiu-me tudo em cima. Chorei, portanto, tive a noção de que tinha uma doença grave e pronto, aquela sensação de impotência. Pensei nos filhos e no marido. A 1ª reacção tive medo de morrer. Foi o 1º impacto, depois mentalizei-me que não. Depois de falar com os médicos, achei que tinha todas as hipóteses de vencer isto e nunca tive medo de mais nada

VIVO - Vasco Mália (marido) – Uma pessoa tem sempre medo, mas sempre acreditámos que as coisas iam correr bem e foi com positivismo que lutámos contra tudo o que aconteceu.

Mesmo durante o tratamento, a economista do sindicato foi uma peça-chave na luta dos professores. Desanuiar era a palavra de ordem

VIVO - Teresa – 44:36 Nós temos 15 delegações, todas ligadas pelo skipe e eu acompanhei na última semana a organização da manifestação, toda a parte logística, portanto dá perfeitamente para trabalhar. Era uma forma de ocupar a minha cabeça e foi uma forma de me sentir útil.

(SAI) VIVO – Jeanette (amiga) – 15:38 A última manifestação nós não a tínhamos e é ela quem realmente resolve tudo, quem trata de tudo a nível de autocarros, listas de professores e aí sentimo-nos um bocado perdidos. E mesmo não querendo muitas vezes tivemos de ligar para ela para pedir que nos ajudasse.

Na ressaca das cirurgias laser, apenas a falta de voz a denunciava. Quem a via não adivinhava/desconfiava que Teresa era uma doente oncológica.

VIVO – Manuela Costa Gomes (amiga) 9:48 Nós vínhamos no elevador. Vinha eu, ela e o marido e vinha um ajudante conosco. E quando chegámos cá em baixo virou-se para mim e disse: "Então as melhoras, sim". Portanto, eu estava com pior aspecto do que a Teresa que tinha acabado de ser operada

Durante semanas o silêncio instalou-se nesta casa. Os gestos e olhares tornaram-se aliados de Teresa no papel de mãe e mulher. À noite, para combater a solidão e os maus pensamentos, agarrava-se à internet

VIVO – Teresa – 32:00 Decidi partilhar e divulgar porque achei que era mais fácil ultrapassar assim. 32:20 Não foi a dor que me assustou, foi o medo de não conseguir superar a doença (...) E tive noites muito difíceis, que as passei praticamente acordada. E aí contei com a ajuda da internet, de pessoas amigas na internet e de pessoas que eu nunca vi.

Teresa virou a página da sua vida dedicada ao cancro. As cenas do próximo capítulo estão carregadas de esperança.

VIVO- Teresa 38:00 Eu sentia uma angústia e agora respiro fundo

Sofia Mália (filha) – Ponto final. Pelo menos para já não se pensa mais nisso. Pensa-se que as coisas estão bem e vivemos felizes

Ficha clínica cancro do pâncreas

OFF – O pâncreas é conhecido como o órgão escondido. Situado no abdómen, está rodeado por estruturas tão importantes como estômago e o intestino. Por isso, pode ser difícil diagnosticar um tumor pancreático.

Vivo Cristina Sarmento, oncologista Hospital S. João (cassete 7)

É um órgão que é difícil de se abordar, numa consulta ou numa palpação abdominal e é um órgão por vezes também difícil de abordar numa ecografia abdominal.

Vivo Paulo Morgado, radiologista Hospital S. João (cap0811)

Anexos

A dificuldade do diagnóstico precoce do cancro do pâncreas tem muito a ver com o facto de ser um órgão retroperitoneal, muitas vezes não dá sintomas numa fase precoce. O pequeno tumor, com 1 centímetro, dois centímetros não dá qualquer tipo de sintomatologia.

OFF – Ainda assim, a icterícia, dores de costas, cansaço e emagrecimento podem ser indícios de um cancro no pâncreas. Os sintomas vão depender da localização do tumor.

Vivo José Costa Maia, cirurgião Hospital S. João (cassete 7)

O pâncreas tem grandes segmentos, que é a cabeça, corpo e cauda. Cerca de 2 terços dos tumores aparecem na cabeça do pâncreas, cerca de 1 terço aparece no corpo e na cauda, há depois uma pequena percentagens de tumores que são difusos.

Vivo António Marques, Clube Português do Pâncreas

As lesões da cauda e do corpo são muito mais raras. Mas essas podem ter um sinal, com alguma antecipação, que é uma diabetes instalada recentemente. Ou haver diarreia persistente durante algum tempo. Pode ser, mas isto representa apenas cerca de 5% dos tumores.

Vivo Cristina Sarmento, oncologista Hospital S. João (cassete 7)

Se se localizar junto da ampola de Vater pode ser diagnosticada mais precocemente, porque uma pessoa em 2 ou 3 dias acorda e está amarela. Então recorre rapidamente ao médico e pode conseguir um diagnóstico mais precoce.

OFF – Os tumores pancreáticos podem ainda ser de diversos tipos consoante as células que os originam. Os mais agressivos são os adenocarcinomas, que são também os mais frequentes.

Vivo Cristina Sarmento, oncologista Hospital S. João (cassete 7)

Não há apenas um cancro do pâncreas. Há os cancros neuroendócrinos, há os cancros endócrinos que dependem das células hormonais endócrinas. E há os adenocarcinomas, que tem origem nas células exócrinas do pâncreas.

Vivo José Costa Maia, cirurgião Hospital S. João (cassete 7)

Existem tipos de tumor com um menos mau prognóstico. São tumores de comportamento mais indolentes e que se originam nas células endócrinas, que produzem hormonas. Esses tumores nós vemos com menos frequência. Ainda assim, nós aqui realizamos cerca de 50 cirurgias ao pâncreas por ano e cerca de 17% dos casos são de tumores endócrinos.

OFF – Não há uma causa para esta doença do pâncreas. No entanto, doentes com pancreatites crónicas ou com diabetes terão de ser mais vigiados. Os especialistas apontam ainda o tabaco e o álcool em excesso como factores de risco. A dieta também poderá influenciar o aparecimento do cancro.

Vivo Natália Gil, nutricionista Hospital S. João (P8a)

O excesso de gorduras, especialmente as gorduras saturadas, que são de uma maneira geral as de origem animal. A carne e os derivados do leite, nomeadamente o leite gordo, natas, manteiga. São alimentos que em excesso poderão provocar alterações a nível pancreático.

OFF – Para conseguir um diagnóstico da doença, o primeiro passo é fazer uma ecografia. Um simples exame indolor poderá detectar pequenos nódulos. Mas certos pacientes, devido ao excesso de gás no estômago ou à obesidade, podem ter que recorrer à TAC ou à ressonância magnética.

Vivo Paulo Morgado, radiologista Hospital S. João (cap0811)

A TAC e a ressonância são excelentes métodos de imagem que permitem uma avaliação e um estadiamento correcto do cancro do pâncreas. Permite-nos avaliar a localização do tumor, as margens do tumor e da invasão às áreas da vizinhança. Refiro-me em concreto aos vasos mesentéricos, às veias e às artérias e também aos

Anexos

gânglios, portanto metástases ganglionares. No que diz respeito a órgãos à distância afecta essencialmente o fígado.

OFF – Na maioria dos casos, o cancro do pâncreas é detectado numa fase avançada. Apenas 20% dos doentes tem a cirurgia como primeira abordagem.

Vivo José Costa Maia, cirurgião Hospital S. João (cassete 7)

A cirurgia é uma parte do tratamento do carcinoma do pâncreas. É provavelmente a mais importante porque é a única forma com capacidades curativas.

Isto é a cabeça do pâncreas com o tumor... a cabeça do pâncreas, o duodeno, as vias biliares, os gânglios ...Isto era um cancro avançado... Isto provavelmente é uma metástase.

OFF – A cirurgia ao pâncreas pode ser mais ou menos invasiva. Quando a doença está localmente avançada, pode mesmo ser necessário remover todo o órgão. Na maioria dos casos, tratar o cancro do pâncreas implica ganhar uma nova doença.

Vivo José Costa Maia, cirurgião Hospital S. João (cassete 7)

Uma das funções do pâncreas é, como sabe, produzir insulina. Quando é retirada uma grande parte ou todo o pâncreas, o doente fica diabético... portanto troca uma doença por outra. Tem que ser acompanhado por um endocrinologista e levar insulina.

Vivo Joana Cardoso, endocrinologista Hospital S. João (P01)

Ficam com uma diabetes mélicos pós-pancreatectomia, não é uma diabetes tipo um ou tipo dois, tem formas de actuação muito diferentes. O doente recebe o tratamento de insulina adequado. Ele fica com uma diabetes porque lhe foi removido parte ou a totalidade do órgão e não há produção suficiente de insulina.

OFF – O tratamento do cancro do pâncreas passa na maior parte das vezes pela conjugação de terapias. A quimioterapia tem um papel essencial tanto antes como depois da cirurgia.

Vivo António Marques, Clube Português do Pâncreas

A quimioterapia tem-se modificado ligeiramente, as drogas e o tipo de actuação que elas tem. Houve uma melhoria com as novas drogas que chega aos 2, 3%... enfim, é pouco, mas num universo reduzido tem significados E com taxas de sobrevida apesar de tudo razoáveis aos 5 anos.

Vivo José Costa Maia, cirurgião Hospital S. João (cassete 7)

Infelizmente nem todos os doentes que nos aparecem podem ser operados, pelo menos logo. Há uma pequena percentagem de doentes que com outros tratamentos, por exemplo de quimioterapia, radioterapia, são doentes que conseguem ser recuperados para uma cirurgia em 2º tempo.

Vivo Cristina Sarmento, oncologista Hospital S. João (cassete 7)

Mesmo nesses doente após a cirurgia há já a evidência de que vale a pena fazer quimioterapia. A quimioterapia adjuvante, adjuvante porque se faz depois da cirurgia, é um tratamento complementar e é para erradicar células microscópicas que tenham ficado e para evitar a metastização à distância ou recidiva local.

OFF – Quanto faltam as opções de tratamento, é importante minimizar sintomas e dar qualidade de vida aos doentes. Também aí a radioterapia e a quimioterapia são armas terapêuticas que podem garantir anos de vida. O sintoma mais frequente associado aos tumores da cabeça do pâncreas, a icterícia, pode ser aliviado através de uma drenagem biliar.

Vivo Paulo Morgado, radiologista Hospital S. João (cap0811)

Orientado pelos métodos de imagem, nós podemos efectuar uma incisão na pele do doente, ter acesso à via biliar e aliviar a obstrução das vias biliares e com isso condicionar a melhoria dos sintomas.

OFF – O cancro do pâncreas é a 4ª causa de morte por cancro nos Estados Unidos, mas em Portugal a incidência é, ainda assim, reduzida. Afecta cerca de 900 a 1000 portugueses a cada ano.

Caso de Sucesso Cancro do Pâncreas

OFF – Longe dos relvados, José Mário sente-se como um peixe fora de água. Toda a vida esteve ligado ao futebol. Nem nas horas mais difíceis o clube lhe faltou.

Vivo José Mário Almeida P2 09

Não me posso nunca esquecer da visita do FCP, no autocarro do clube, ao Hospital de S. João. A presença do presidente quase diária na enfermaria. Isso de certo modo contribuiu bastante para o meu êxito.

OFF – A vida de José Mário mudou quando há cerca de 1 ano e meio descobriu que tinha cancro do pâncreas. Enfermeiro de profissão, não ignorou os primeiros sintomas.

Vivo José Mário Almeida P2 09

Eu fui ao médico porque não me andava a sentir bem. Andava com uma falta de apetite tremenda, sentia e via que perdia peso diariamente, e como não era uma coisa normal em mim decidi ser observado.

Maria Elisa Almeida, esposa P2 19

Ele foi para estágio em Setúbal e aí a situação começou a deteriorar... um prurido muito intenso em todo o corpo e que não cedia com qualquer medicação, sem apetite mesmo nenhum.

OFF – Seguiram-se vários exames e muita ansiedade até saber o resultado.

Vivo José Mário Almeida P2 09

O médico radiologista disse que havia uma imagem suspeita na cabeça do pâncreas que tinha que ser observada por um médico da especialidade, que seria um médico da cirurgia.

Maria Elisa Almeida, esposa P2 19

Fui ter com o Prof. Guilherme Macedo e disse-lhe passa-se isto: há uma obstrução, um tumor na cabeça do pâncreas. Ele olhou para mim e disse: e agora? Já escolheram quem vai operar? E eu disse que não e pedi-lhe um grande favor. Que me ajudasse a escolher um cirurgião, dentro ou fora do país... Estávamos dispostos a tudo.

OFF – Juntos, José Mário e a família decidiram dar uma goleada na doença. Em poucos dias, José Mário é internado no Hospital de S. João. O futebol foi, mais uma vez, uma companhia.

Vivo José Mário Almeida P2 09

Correu tudo muito bem. Eu entrei uns dias antes, por causa da preparação pré-operatória, fui operado, estive 4 dias nos cuidados intensivos... ainda me lembro de ouvir nos Cuidados Intensivos o relato do Guimarães/Porto. O porto ganhou 4 a zero.

OFF – Depois da cirurgia, José Mário não esperou mais de 3 semanas até regressar à rotina. Mas a luta continuou. Fez 18 sessões de quimioterapia, sem nunca falhar um tratamento.

Vivo Maria Elisa Almeida, esposa P2 19

Lá fomos fazer a primeira sessão de quimioterapia... foi a vez que nos custou mais, obvio. Como será, como não será... Posso dizer desde já que o meu marido foi um herói... encarou sempre tudo muito bem, sem queixa alguma. Acabava a quimioterapia e ia trabalhar.

Vivo José Mário Almeida P2 09

Tinha que ir lá 3 semanas por mês, descansava uma... e depois pronto, ali criou-se quase uma família. E correu tudo bem.

Vivo Maria Elisa Almeida, esposa P2 19

Pensei... porque é que nos tinha que nos acontecer isto? Mas depois pensei... Isto acontece a muita gente. Vamos aceitar, vamos seguir para a frente.

Vivo José Mário Almeida P2 09

Não foi fácil. Quando se recebe uma notícia desta parece que a casa cai em cima da gente.

OFF – Hoje, aos 58 anos, José Mário vence todos os dias uma nova etapa. Depois do susto, a vida continua, ao lado da família e com o clube no coração.

Fígado

Um português consome, em média, por ano 95 litros de leite e 120 litros de álcool. No nosso país o consumo exagerado de bebidas alcoólicas é a principal causa da cirrose hepática

VIVO – Guilherme Macedo – Pres. da Ass. para o Estudo do Fígado - Para provocar por exemplo uma cirrose é preciso uma dose de álcool relativamente pequena e em Portugal existe uma enorme tradição cultural, social, que se respeita e aceita, que é a da ingestão por razões sociais. Uma festa sem álcool não terá a mesma alegria

Para as mulheres, beber com moderação equivale a consumir uma cerveja em cada saída nocturna; para os homens a dose adequada corresponde a um uísque ou uma vodka. A cirrose é uma doença do fígado provocada pelo álcool e pelos vírus da hepatites C e B. Beber demais e partilhar seringas são comportamentos de risco que provocam no fígado lesões tão graves, que favorecem ao aparecimento de um tumor

VIVO – Guilherme Macedo – A estimativas de infectados pelo vírus C ronda as 120 - 150 mil pessoas, que é um nº importante. Muitas vão ter a infecção livre a correr dte dezenas de anos. Esse é o grupo de maior risco para o carcinoma do fígado. É o das pessoas que se infectaram nos anos 80 e 70 por comportamentos transitórios, que às vezes recusam em aceitar que o tiveram ... mas, de facto, o uso de drogas partilhadas intravenosas, uma vez que seja, pode ter sido suficiente para a infecção por vírus da hepatite C

VIVO – Eduardo Barroso – cirurgião Hosp. Curry Cabral 33:05 – A cirrose hepática é igual a maior risco de cancro. + 30:09 Nós sabemos que os doentes que têm cirrose, seja ela de que etiologia for, alcoólica ou viral, nós devemos fazer exames seriados para saber se apareceu o tal hepatocarcinoma

VIVO – Jorge Daniel – cirurgião Hosp. Sto António - O hepatocarcinoma é a doença primária do fígado, que no nosso mundo ocidental, mais de 80% dos casos aparece em doentes com cirrose hepática.

Quem recebeu transfusões de sangue nos anos 70 e 80 também pode estar infectado com hepatite C. A hepatite crónica é difícil de tratar mas pode ser evitada

VIVO – Guilherme Macedo – Não há razão nenhuma para um português não ser vacinado para a hepatite B. Está no PNV. Em relação à C é diferente. Não há vacina mas há a não adopção de comportamentos de risco, nomeadamente o facto de haver muito piercing, muitas intervenções com agulhas para tratamentos de celulite, devem ser feitos em sítios com imenso cuidado.

O fígado é um órgão silencioso. Por isso, quem tem uma cirrose ou uma hepatite crónica deve ser vigiado.

VIVO – Guilherme Macedo - O que fazemos por rotina é a Eco, o doseamento da alfa-feto-proteína e o doseamento das provas hepáticas que nos permitem ver se aquele fígado, mesmo já muito estragado, consegue ir

funcionando a um nível razoável. Quando o fígado começa a dar claros sinais de que vai falhar, tem de ser proposto para transplante.

80 por cento dos tumores primários do fígado são hepatocarcinomas. Nestes casos apenas o transplante oferece a cura. Mas quando o diagnóstico é feito tarde demais, o tratamento faz-se com recurso à radiologia de intervenção. Trata-se de procedimentos pouco invasivos guiados por técnicas de imagem como TAC, ressonância magnética e ecografia, que aumentam o tempo de vida dos doentes que já não podem ser operados

VIVO – Eduardo Barroso – Muitas vezes fazemos estes processos de quimioembolização em doentes, não para curar, e temos sobrevividas de 4 a 5 anos, de doentes com qualidade, que de outra maneira teriam morrido em 6 meses.

Para tratar os tumores de fígado não há apenas uma solução. A estratégia de combate ao cancro é definida pelo cirurgião, hepatologista e radiologista. E quando não há nada a fazer, a alternativa são os medicamentos

VIVO – Guilherme Macedo – A aplicação, ingestão de novos fármacos nomeadamente o sorafenib, um produto novo que permite, embora seja tratamento paliativo, permite ganhar qualidade de vida e sobrevida nestes doentes. Mas estamos a falar de tratamentos em fase avançada. Mas há outras perspectivas agora, o sirolinib que já usávamos na transplantação que é um produto derivado de uma planta da ilha de Páscoa.

Existem ainda outras técnicas de radiologia de intervenção para destruir o tumor; quer através das artérias; quer através do calor, do frio ou do álcool

VIVO – Luís Rosa – radiologista do Hosp. Curry Cabral - Há uma terapêutica útil nalguns casos muito seleccionados que é a radioembolização com partículas radioactivas que libertam radiação nas zonas do tumor durante algumas semanas e com efeitos favoráveis, embora seja uma terapêutica bastante honorosa (...) e depois há as terapêuticas percutâneas, é o caso da alcoolização, radiofrequência e crioablação

Quase todos os cancros podem provocar metástases hepáticas. Elas são o tumor maligno do fígado mais frequente

VIVO – Eduardo Barroso - Há tumores malignos que são primitivos do fígado, ou seja, aparecem 1º no fígado; e há tumores malignos que são já metástases de outros tumores, portanto é preciso que o fígado esteja já doente para ter aptidão para ter o tal tumor primitivo. Os secundários não. Os tumores secundários geralmente aparecem em fígados sãos.

Ao contrário dos hepatocarcinomas, para tratar as metástases pode retirar-se mais de metade do fígado.

VIVO – Eduardo Barroso - Enquanto que para as metástases, que aparecem geralmente em fígados sãos, podemos tirar até 70% do fígado sem problemas, os 30% que ficam são suficientes para regenerar e a pessoa viver tranquilamente; para a cirrose não. Para a cirrose não é possível tirar 70% do fígado.

A embolização portal apresenta-se como o tratamento que prepara terreno para esta cirurgia

VIVO – Luís Rosa – Tentamos obliterar alguns segmentos da veia porta, que é a veia que vai para o fígado, e obliterando esses segmentos fazemos com que o fígado restante, o que está afastado da parte que embolizamos, venha a regenerar, permitindo assim cirurgias mais alargadas e sobretudo aumentando o nº de candidatos a essa atitude terapêutica cirúrgica.

As estatísticas revelam que ao fim de cinco anos quase metade dos doentes com metástases hepáticas que foram operados, estão vivos.

Transplante fígado

Em morte cerebral mas ainda com o coração a bater, é este o quadro clínico de um dador de fígado. A lei portuguesa diz que quem não quiser doar os órgãos tem de se inscrever no registo nacional de não dadores

VIVO – Jorge Daniel – cirurgião Hosp. S. João - Quando há um potencial dador, e esse potencial dador aparece sempre numa unidade de cuidados intensivos, a 1ª coisa que o centro de coordenação vai saber é se está registado no RENNDA, caso esteja, não se colhe, porque havia uma vontade em vida de não ser dador. Se não está inscrito, então é um potencial dador

Ainda assim, os órgãos de cadáver não são suficientes

VIVO – Eduardo Barroso – cirurgião Hosp. Curry Cabral - 50:30 Nós temos tumores em lista de espera que infelizmente não vão ser transplantados a tempo. Isto é em todo o mundo porque Portugal tem a taxa de doação por milhão de habitante, a segunda mais alta do mundo.

E como o tempo corre demasiado depressa para quem tem um cancro, nos casos urgentes faz-se um transplante sequencial. Ou seja, para sobreviver, o doente oncológico recebe um fígado de um doente com paramiloidose

VIVO – Jorge Daniel – A partir de determinada altura da vida, da 3ª década, começam a ter sintomas, nomeadamente sintomas do sistema nervoso periférico, com alterações da sensibilidade, da motilidade, alterações nervosas e da motilidade intestinal, com vômitos e diarreia, portanto é uma doença muito incapacitante e que é causada por uma substância produzida pelo fígado. Só que esses fígados são funcionalmente normais, o fígado funciona bem portanto usamos esses fígados em doentes com doença maligna do fígado.

No cancro do fígado o transplante é sinónimo de cura. A ressonância magnética e o angiotac são exames que permitem seleccionar os candidatos

VIVO – Eduardo Barroso – Ele é sobretudo usado em tumores primitivos, em pequenos tumores em cirrose. É preciso que o tumor tenha determinadas características, os chamados critérios de Milão, ou seja, tem a ver com o nº de nódulos do tumor, têm de ser até 3 nódulos e a dimensão até 3 cms.

Os doentes que preenchem estes requisitos fazem tratamentos de ponte para o transplante. Usa-se a quimioembolização para desacelerar o crescimento do tumor, evitando que o tempo de espera, inviabilize o transplante.

VIVO – Paulo Morgado – Radiologista Hosp. Sto António – Consiste na administração de umas esferas que são o agente embolizante carregadas de um medicamento que é o cistostático e que são introduzidas através de um cateterismo da artéria da virilha... e levamos esse cateter até à artéria hepática ... de forma a libertar de forma selectiva essas esferas carregadas de citostático dentro do tumor.... portanto embolizando as artérias que nutrem o tumor, que corresponde a tapar essas artérias, de facto, as células morrem e há uma necrose do tumor.

Depois do transplante, para que as células do organismo não combatam aquele órgão estranho, há uma medicação que acompanha para sempre estes doentes

VIVO – Jorge Daniel – Na transplantação estamos a implantar um órgão que a própria imunidade do organismo não reconhece como seu e como tal, estes doentes, após o transplante são submetidos a uma terapêutica que se chama imunossupressor, que é um conjunto de drogas que vão fazer com que o fígado não seja rejeitado para o organismo.

No mês seguinte a esta cirurgia dois em um, a vigilância é apertada porque podem surgir algumas complicações. Quando sai do bloco, o doente está livre do cancro e, se for caso disso, da cirrose.

Caso de sucesso – Fígado

Aos 13 anos, já fumava. Largou cedo os estudos, partiu cedo à aventura. De Lisboa aos Açores, passando por Amesterdão, Paris e Brasil.

VIVO – Comecei na hotelaria, sempre. Porque é a melhor coisa. Não tens problemas de comida, supermercado, não tens aquela chatice. Só tens de ter café e bebida em casa. Mais nada.

Rogério viveu anos em contra-mão. Divertia-se e trabalhava de noite; dormia de dia. Recusava-se a morrer lentamente de tédio.

VIVO – 1:32:28 Anos 60, álcool, sexo e drogas, seguiu à risca esse lema? Segui, felizmente. Mas sempre trabalhando. Nunca fui aquela coisa decadente. Sempre bonitão. E as drogas, nunca procurei drogas. As drogas apareciam. + 1:32:59 Ganhava muitíssimo bem, tinha dinheiro, frequentava classe social alta.

Fazia parte da convivência ter esses hábitos?

Sim. Cocaína, depois heroína e maconha da Colômbia. Tudo puro.

Mas puras não eram as seringas

VIVO – Na altura a gente não sabia. Era difícil encontrar seringas, era tudo meio reprimido, por baixo do pano. País católico é assim mesmo. Claro que partilhava seringas.

Memórias de excessos que desafiaram os limites do corpo. Anos mais tarde, veio a sentença. Livrou-se da SIDA, mas foi infectado com hepatite C. Fazia análises regularmente e no Natal de 2006 o fígado descompensou

VIVO – Nesse Natal pensei que estava constipado. E estava constipado + Fui à médica e ela deu-me penicilina. E vim para casa. Comecei com uma dor nas costas, pensei que fosse a mola do colchão que tivesse subido. Levanto-me, começo a pôr o cobertor dobrado, bem cómodo e começava-me a faltar o ar. Começou-me a faltar o ar e tive de ir para o sofá. E no dia seguinte disse: “ Isto não está bem, vou ao médico outra vez.” + Quem me atendeu foi a Dr^a Fátima que me salvou a vida, que eu estava com líquido no pulmão.

Tinha uma cirrose provocada pelo vírus da hepatite C, um tumor no fígado e varizes no esófago. Sentia-se cansado. Emagreceu muito. Teve de esperar 10 meses por um fígado novo.

VIVO – Ia lanchar toca o telefone. Era do hospital Sto António o enfermeiro a dizer onde é que eu estava. “eu estou a começar a lanchar”. Diz ele não lanche e ponha-se aqui. E assim foi. Levantei-me. Ia comer uma tartelete de ovos moles, que é uma delícia com um café, deixei-o ficar na mesa e vim-me embora.

Herdou um órgão de alguém que acabava de morrer. Um fígado em segunda mão que lhe salvou a vida.

VIVO – Não tive problema. Fui a uma consulta de psicologia, foi uma risota com a psicóloga que que eu nem sabia que havia consulta de psicologia para isso. Há pessoas que martelam aquilo, felizmente eu sou meio laico nessas coisas. Rio-me

Fernando acompanhou sempre o amigo. Foi o 1º a visitá-lo depois do transplante

VIVO – Eu cheguei lá e ele estava com aquelas máquinas todas e quando entrei ele viu-me. Estava bem-disposto e eu até na altura ri-me com ele porque estava com uma voz mais forte, potente. Deu-me vontade de rir.

Sozinho, a viver numa casa sem condições, abriu-se uma excepção para que Rogério pudesse recuperar num lar de idosos. Precisava de repouso absoluto e de alguém que tratasse dele.

VIVO – Carla Magalhães – Receber o sr Rogério que era um jovem e com aquelas limitações da utilização da máscara, criou um período de alguma fricção entre o sr e os outros idosos. O que aconteceu é que ao fim de uma semana as pessoas perceberam que usava a máscara não porque tivesse um problema de saúde que pudesse infectar alguém, mas para se proteger do ambiente exterior. + E passado uns tempos ele era um cliente normal, dava-se bem com toda a gente e inclusivamente ajudava muitos idosos.

VIVO – Tinha de encarar. O que é que ia fazer? Chorar lágrimas de sangue? Não pode. Eu chamava as senhoras de Spice Girls. A gente tinha de passar o tempo....

Sobreviveu ao transplante e às complicações das vias biliares que atrasaram a recuperação. Mesmo que pudesse emendar. Reescrever o passado sem erros. Não queria. Nenhum tumor apaga o gozo de uma vida a mil à hora.

VIVO – De jeito nenhum. Não voltava atrás. Foi um tempo maravilhoso.

Toda a vida disse que aos 60 anos ia mudar. O destino fez-lhe a vontade.

Ficha clínica Sarcomas

OFF – Os sarcomas são cancros raros que tem origem em células muito diversas. Representam um verdadeiro desafio para a comunidade médica.

Vivo Luís Costa, oncologista Hospital Santa Maria (P2 07)

Os sarcomas podem nascer em sítios completamente diferentes. Pode ser na superfície do corpo, como seja numa mão, num tronco, numa perna. Ou num órgão interno.

Vivo Marta Soares, oncologista IPO Porto (VC 17)

Os sarcomas são um conjunto de patologias muito vastas e que tem origem nos tecidos chamados conjuntivos. Para que as pessoas percebam o que quero dizer, musculo, osso, gordura, fásCIAS... tecidos profundos, no fundo.

OFF – Já se conhecem mais de 50 tipos de sarcomas, entre os que atingem o osso e os que afectam os tecidos moles. Existem alguns sinais aos quais se deve estar atento.

Vivo José Dinis, oncologista IPO Porto (P2 24)

A principal forma de aparecer é como uma tumefacção, o vulgar papo, um nódulo que aparece no braço e começa a crescer, que esteve estável durante muitos anos, mas que começou a crescer. Um nódulo no joelho, um nódulo na perna. Em qualquer sítio. Mas uma coisa que começa a crescer é uma coisa que não está bem.

VIVO – Para diagnosticar um sarcoma, é necessário passar por um extenso processo de caracterização da doença. Depois de recolhida uma parte do tumor através de uma biópsia, é aqui na anatomia patológica que é definido o tipo de sarcoma.

Vivo Rui Henrique, anatomopatologista IPO Porto (VC 17)

Não chega dizer que é um sarcoma. Tentar chegar a um diagnóstico o mais específico possível porque mediante o rotulo que lhe colocarmos, será transmitida uma ideia da agressividade da lesão e a seguir refinamos esta ideia com a gradação.

Vivo Mariana Gomes Afonso, anatomopatologista IPO Porto (VC 17)

Anexos

Ver se as células são muito diferentes umas das outras, em termos de mitoses, se as células se estão a dividir de uma forma mais ou menos elevada, se tem imagens de permeação vascular, o que pode implicar que o doente tenha metástases...

OFF – Tudo que se descobre sobre o sarcoma vai definir a estratégia de tratamento a seguir. Na maioria dos casos, se a doença estiver localizada, a cirurgia assume o principal papel.

Vivo Jorge Guimarães, cirurgião IPO Porto (P2 35)

Depois de chegar ao estadiamento de um tumor não metastizado, um tumor inicial sem doença à distância e se for ressecável a cirurgia será a 1ª arma terapêutica. Poderá haver algumas situações pontuais em que atendendo ao tamanho do tumor ou a localização que pode condicionar uma ressecção cirúrgica, poderá iniciar o tratamento com quimioterapia, radioterapia ou outro.

OFF – Como na maioria dos cancros, o tratamento dos sarcomas é multidisciplinar. A quimioterapia e radioterapia podem actuar antes ou depois da cirurgia dependendo do estado da doença. Mas a medicina tem procurado mais soluções para estes tumores.

Vivo José Dinis, oncologista IPO Porto (P2 24)

Os anticorpos monoclonais estão a chegar a esta área. Os sarcomas tem sido uma área em que o conhecimento genético tem aumentado muito. Não é quimioterapia, é um tratamento diferente, com efeitos secundários diferentes. É uma nova era e que abre uma nova esperança.

OFF – Este tratamento molecular já deu resultados surpreendentes num tipo de sarcoma chamado GIST.

Vivo José Dinis, oncologista IPO Porto (P2 24)

É a abreviatura de Gastro Intestinal Stromal Tumor, que são tumores do músculo do trato gastrointestinal. Como sabe, o trato gastrointestinal, desde que a comida entra na boca e sai pelo ânus, nós temos um músculo que vai fazendo a propulsão coordenada num só sentido e isso é feito por um músculo. Esse músculo também está sujeito a ter um tumor, um tumor maligno.

OFF – O GIST representa cerca de 2% de todos os tumores que afectam o sistema gastrointestinal. Em mais de metade dos casos, a cirurgia cura estes tumores. Mas até ao início desta década, não havia solução para os cancros avançados. A descoberta de um defeito genético veio mudar por completo o panorama da doença.

Vivo Marta Soares, oncologista IPO Porto (VC 17)

Foi descoberta uma molécula nova que actuava numa mutação, na mutação do KIT e que levou a que estas doenças que se comportavam mal anteriormente e para o qual apenas o tratamento cirúrgico existia, passemos a ter um tratamento eficaz na doença avançada.

Luís Costa, oncologista Hospital Santa Maria (P2 07)

Este tipo de sarcomas, até há 10, 15 anos atrás, se um doente não tivesse um sarcoma ressecável, imaginemos que a doença parecia já disseminado ao fígado ou a outro órgão, não havia tratamento nenhum que pudéssemos dar a este doente, porque estes tumores são resistentes a quimioterapia e radioterapia.

OFF – Maria Silva tem 86 anos. No ano de 2000 foi operada a um sarcoma e ficou aparentemente livre da doença. Mas 5 anos depois volta ao médico com queixas.

Vivo Maria Silva (P2 27)

Durante muito tempo tive uma dor aquilo de lado... e eu carregava e era duro, parecia uma pedra muito dura. Eu vi logo que não andava bem.

OFF – Em 2007, com novas perspectivas, os médicos descobriram que Maria Silva tinha afinal um GIST. Com apenas um comprimido por dia, tem a doença controlada.

Vivo José Dinis, oncologista IPO Porto (P2 24)

Depois de pesquisar a mutação, quando começávamos a dar a medicação, como eu costumo dizer acendia-se uma luz. A doença não em todos os doentes, mas em muitos doentes praticamente desaparecia.

Vivo Maria Silva (P2 27)

Aquilo desapareceu. E ele disse que se aquilo não desaparecesse que ainda tinha que abrir a barriga outra vez. E eu ui... Mas milagre de Deus e não foi preciso.

OFF – Alguns doentes com GIST podem desenvolver resistência a esta terapia molecular, mas hoje em dia também já há formas de minimizar esse obstáculo. Para avaliar o progresso da doença, os médicos recorrem a um exame chamado PET.

Vivo Lima Bastos, Medicina Nuclear IPO Porto (VC 17)

As indicações precisas nas situações patológicas em que há indicação o PET serve para estadiar o doente, avaliação da resposta da terapêutica e avaliação da recidiva.

Vivo José Dinis, oncologista IPO Porto (P2 24)

O PET, a terapêutica por positrões, ganha aqui nesta doença um realce extraordinário. A PET não avalia só a morfologia, o PET avalia a parte funcional, diz-se que se o tumor esta activo ou se não esta.

OFF – Neste exame, o doente tem de estar em total relaxamento durante uma hora até ser injectada a substância radioactiva. O objectivo é perceber qual é a resposta à terapêutica molecular.

Vivo José Dinis, oncologista IPO Porto (P2 24)

No PET da D. Maria nos continuamos a ver as massas. Ela tinha massas com 5, 6 cm, do tamanho de laranjas, e nós sabemos que ela lá estão, mas não estão activas. Nos fazemos um TAC e vemo-las lá, mas no PET ao comparar com o início víamos uma enorme actividade porque eles consomem glicose, e agora não consomem nada.

OFF – Ainda há muito para saber sobre como se comportam os vários tipos de sarcomas. Estes tumores afectam homens, mulheres, adultos e crianças e a causa continua por descobrir.

Caso sucesso sarcomas infantil

OFF – Há três anos esta família teve de aprender tudo sobre uma nova doença: sarcoma de ewing. Este tumor, desconhecido para todos, afectou Sara, de apenas 9 anos.

Ana Inteiro, mãe (p2 31)

Começou por ter uma dor na perna. De início achávamos que não era nada de importante até que um dia foi realmente muito forte, fomos as urgências porque ela não conseguia andar.

Vivo Sara Leocádio (p2 31)

Sim, doía-me muito, mas quanto mais andava, mais me doía.

Pergunta: O que é que disseste à tua mãe?

Que me doía muito a perna.

Vivo Dr. Armando Pinto, oncologista pediátrico IPO Porto (p2 24)

Embora sejam um bocado traiçoeiros, como dizemos, os sintomas habituais são dor. A criança surge com dor, ou com uma elevação, uma deformação dos membros. Outro sintoma que pode acompanhar estes é a própria febre.

OFF – Depois das leucemias, linfomas e tumores do sistema nervoso central, os sarcomas são o 4º tipo de cancro mais frequente nas crianças e adolescentes. Entre os tumores ósseos malignos, os sarcomas de ewing são os que mais preocupam os pediatras.

Vivo Dr. Armando Pinto, oncologista pediátrico IPO Porto (p2 24)

Podem afectar qualquer órgão do corpo mas mais vezes os ossos longos, o fémur, a tibia, o úmero. E são tumores que se forem diagnosticados numa fase que não haja grande invasão, conseguimos uma taxa de sucesso muito razoável.

OFF – Esta doença é muitas vezes confundida com dores do crescimento ou quistos ósseos. Sara passou por vários médicos até conseguir o diagnóstico.

Vivo Ana Inteiro, mãe (p2 31)

É a impressão de estar a viver um pesadelo, de ter um pesadelo e ele se tornar realidade. Uma pessoa adormece e depois acorda para um pesadelo. É como se de repente a vida nos empurrasse para um abismo.

OFF – Mas Sara aguentou-se firme, surpreendendo tudo e todos. Fez 6 ciclos de quimioterapia e depois foi submetida a uma cirurgia, em que foi colocada uma prótese no lugar do osso afectado.

Vivo Jorge Guimarães, cirurgião IPO (p2 35)

Como o sarcoma de ewing é um tumor quimiosensível é tratado primeiro com quimioterapia, ficando a cirurgia ou a radioterapia para um segundo tempo, dependendo da localização. No caso do fémur, se for uma localização que não envolva a articulação, após a quimioterapia, em princípio tem como opção a cirurgia, faz a remoção do fémur e reconstrução com uma prótese.

OFF – Depois de um período de adaptação à prótese, Sara regressa a casa para uma vida completamente normal. Mas precisou de toda a coragem para ultrapassar mais uma luta. Pouco tempo depois, começa a ter novos sintomas.

Vivo Sara Leocádio (p2 31)

Depois um mês comecei a ficar muito cansada, as minhas gengivas incharam, não aguentava muito tempo de pé, a subir escadas... e depois as análises disseram que as minhas plaquetas tinham baixado muito e o Dr. Armando disse que era melhor fazer um mielograma. Viram que era leucemia.

OFF – Sara voltou ao IPO para mais sessões de quimioterapia. Há cerca de um ano, foi necessário fazer um transplante de medula. Nunca teve medo. Prometeu que ia, mais uma vez, vencer o bicho.

Vivo Ana Inteiro, mãe

Penso sobretudo que é um privilégio enorme ser mãe da Sara e que ela me ensinou muito.

Felisberto Leocádio, pai (p2 31)

As vezes a gente ter um conhecimento profundo faz com que a gente sofra menos. (...) E sabemos que o tempo cura tudo.

Vivo Dr. Armando Pinto, oncologista pediátrico IPO Porto (p2 24)

Quando nos aparece uma criança com um tumor a gente olha para a criança e sorri, olha para no tumor e faz uma cara feia.

Vivo Sara Leocádio (p2 31)

Penso que custou... mas valeu a pena.

Ficha Clínica – testículo

O auto-exame dos genitais é a única forma de detectar um cancro do testículo numa fase precoce. É um tumor raro que afecta homens entre os 15 e os 30 anos

VIVO – Ulisses Ribau – urologista Hosp. S. João - Por rotina, duas vezes por ano qualquer rapaz devia fazer a palpação testicular e no caso de notar, acima de tudo o típico é o aparecimento de grãos de milho, isto é pequenos nódulos duros que não são doloroso.

VIVO - Francisco Cruz – dir. Serv. Urologia S. João - A única alteração que se pode detectar é um aumento do volume do testículo ou o aparecimentos de uma tumefacção normalmente indolor.

Os tumores do testículo crescem rapidamente.

Perante os sintomas é urgente consultar um urologista. O apelo vai para os jovens e para os pais.

VIVO – FC - Há uma vergonha de muitas crianças em falar aos pais sobre problemas genitais e isso pode levar a que o miúdo em questão detecte a massa testicular e acabe por não falar ao pai ou à mãe dessa anormalidade.

VIVO – UR - São rapazes que andam no liceu e que mantêm a sua actividade diária, embora tenham anemias graves, que tenham atingido os ossos, isto é andam muito tempo numa situação que aos 40/50 anos uma pessoa ficaria acamada, quase sem se mexer. E é por isso que muitas vezes apanhamos esses doentes em fases muito avançadas.

Por ano surgem 100 casos. O risco é maior em crianças que nasceram com os testículos fora das bolsas escrutais

A cirurgia para remover o testículo e colocar uma prótese é o 1ª tratamento.

Os tumores mais frequentes são os das células germinativas que se dividem em seminomas e não seminomas. Quando é um seminoma, depois de ser operado o doente faz radioterapia preventiva

VIVO – Lurdes Vendeira – radioterapeuta Hosp. S. João – 1:54:12 Nos estádios 2 são rapazes que já têm metastização ganglionar só que são metastases pequenas, com 2 cms e portanto sendo tumores radiosensíveis a rádio é suficiente para destruir essas células; nos estádios 1 (...) há o risco ligeiro de haver micrometástases e portanto a rádio nesse sentido consideramos profiláctica. O que vamos fazer é aumentar as hipóteses de cura.

Para tratar um não seminoma, que é um tumor mais agressivo, depois da cirurgia, há duas opções

VIVO – FC - Ou há gânglios de grande volume e nessa altura o doente fará em 1º lugar quimio e a seguir a exérese de alguma massa residual pós-quimio; ou se não tem nenhum gânglio detectável no TAC, nesse caso faremos uma linfotomia retroperitoneal que consiste em retirar de forma ordenada todos os gânglios por onde o testículo direito e esquerdo podem enviar as células e onde poderá haver células malignas que não são reconhecíveis no TAC.

Há 30 anos o tumor no testículo era fatal, hoje a sobrevida ronda os 90%, graças a uma quimioterapia muito eficaz.

VIVO – Passos Coelho – oncologista médico Hospital da Luz - com o aparecimento de um medicamento de quimioterapia chamado cisplatina, o sucesso no tratamento desta doença mudou radicalmente, mesmo em situações em que a doença não está só no testículo mas aparece noutras partes do organismo

VIVO – UR – O tumor do testículo embora seja aterrador para quem o tem, particularmente para os pais é um tumor excepcionalmente bem tratado. Em cada 100, 98 rapazes são tratados por completo, isto é, ficam mesmo curados.

Antes de iniciar os tratamentos, os doentes com tumores do testículo fazem uma colheita prévia de sémen para criopreservação.

VIVO – Alberto Barros – Director Serv. Genética Médica Fac. Medicina Porto- é um acto profiláctico, um acto de prudência para preservar a possibilidade de se for um individuo mais susceptível, isto é, se as células do testículo forem mais susceptíveis ao tratamento por quimio ou se a base da qualidade e quantidade dos espermatozoides já não fôr muito boa, o individuo fica mais susceptível de sofrer alterações e de não se poder reproduzir naturalmente

No hospital de S. João o esperma fica guardado no mínimo 3 anos. Na maioria dos casos as amostras não são reclamadas

VIVO – Alberto Barros – as pessoas recuperam a produção normal do ponto de vista quantitativo e qualitativo dos espermatozoides e portanto têm filhos como desejam com os trabalhos de casa, que é o método mais desejável, mas há situações em que essa recuperação é parcial ou nula e aí há necessidade de recurso a técnicas de procriação medicamente assistida.

Nos 3 anos seguintes ao tratamento, as consultas e exames de rotina são uma ansiedade. Para estes jovens, no início da vida profissional e afectiva o tumor causa-lhes um enorme sofrimento emocional

VIVO – Ulisses – Isto às vezes dá problemas a nível de personalidade dos jovens. Ficam mais inseguros porque por um lado nestas idades as pessoas ultrapassam muito facilmente as situações; por outro lado isto dá problemas de pela 1ª vez ter de abordar a nossa própria morte, as pessoas ficam com a noção nalguns casos de poder vir a não ser pais e a nível da relação afectiva com os outros, a mulher a namorada, têm todos este problema.

André não quer dar a cara porque ainda está numa corrida contra o cancro. Encontrou coragem no exemplo de Lance Armstrong

VIVO – “André” – nome fictício – Ele sobreviveu e ainda foi 7 vezes campeão da volta a França é por aí, e depois pus-me a pesquisar e verifiquei que havia mais casos, que eram atletas de alta competição como um jogador do Bayer de Munique que também foi um caso de sucesso e aí ganhei forças.

VIVO – UR - esse exemplos são muito bons para as pessoas porque as pessoas vêm que não estamos a aldrabar ou a esconder quando dizemos que a cura é o objectivo.

Caso de sucesso-testículo

Pedro tinha uma mão-cheia de sonhos. E de um dia para o outro, aos 29 anos ficou com a vida por um fio.

VIVO – Pedro Silva - Começou-me a inchar o testículo, começou-me a doer, a ficar aquele vermelhão, inchado mesmo, passou para um tamanho que se considera o dobro do que é normal. Achei estranho. Fui às urgências do hospital, no qual me receitaram anti-inflamatório. Passado 3, 4 meses começa-me a doer as costas e surge-me uns papinhos nesta zona lateral do pescoço. + Entrei em pânico porque sentia dificuldade em engolir e foi quando realizei uma biópsia na qual foi diagnosticado cancro no testículo.

Se não fizesse nada, restavam-lhe 6 meses de vida. O tratamento aumentava o risco de ficar infértil. Um turbilhão de sentimentos inundou-lhe a cabeça. Há 8 anos que Pedro e Cecília namoravam. E foi com ela que abriu o coração

Cecília Machado - esposa – Não foi fácil para ele dizer-me, nem foi fácil para mim ouvir, mas depois eu tinha de estar lá para o apoiar, tinha de estar lá para todos os momentos porque era para isso que nós namorávamos.

Antes da maratona de tratamentos, Pedro fez uma colheita de sêmen para não hipotecar o sonho de ser pai

VIVO – Pedro - Não é com à-vontade, a gente levar um copinho e dizer está aqui, isto é meu, faça o favor de catalogar, colocar aí e conservar. É obvio que não foi fácil. É constrangedor. 23:53 Demorei muito tempo. Não é uma coisa que se chegue ali, se estalem os dedos e as coisas fazem-se.

Tiraram-lhe o testículo, fez meses de quimioterapia e foi submetido a duas operações porque o tumor já se tinha espalhado.

VIVO – Pedro - Isso modificou muito o meu corpo e é óbvio que a 1ª vez que a gente, com a nossa companheira se mostra, é difícil de encarar porque a gente não era assim e temos sempre receio da outra pessoa nos rejeitar por causa disso e ficamos apreensivos

Cecília – 36:47 Eu sabia que ele pensava nisso, mas pela minha parte, nunca, nunca foi um problema, é simplesmente uma diferença.

As preocupações com a masculinidade e com a maternidade caíram por terra. Pedro e Cecília só queriam ficar juntos.

VIVO – Pedro - Há aquela possibilidade de sobreviveres e não é por ficares sem isso que vais ser menos homem

VIVO – Cecília – Se o Pedro deixasse de existir, não há sentido para isso. O ter um filho era aquele plano que seria posto em último lugar, ou simplesmente deixava de existir porque o que eu queria era o Pedro comigo.

A mãe largou tudo para tratar dele a tempo inteiro. Passava dias na cozinha a lutar contra os quilos que o Pedro ia perdendo. A falta de apetite só deu tréguas quando um sabor da infância fez magia

VIVO – Mª José Silva – mãe - Tu gostavas muito de nestum quando eras pequenino e se a mãe amanhã te fizesse uma papinha? ... E ele comeu um prato de sopa cheio e passado 2, 3 dias começou a alimentar-se normalmente.

O Pedro e a Cecília casaram há três meses. A doença não acrescentou uma vírgula às rotinas e aos desejos do casal

VIVO – A erecção mantém-se normal, não tenho qualquer problema. + agora como estamos casados há pouco tempo 1º queremos estar um bocado os dois juntos, mas quem sabe mais tarde ou mais cedo começaremos a tentativa de ser pais.

Lutar contra o cancro foi um carrossel de emoções.

VIVO – Mª José Silva – mãe - Ele entrava em desespero. Chorava. Porque é que estas coisas me acontecem a mim. Eu disse, ó filho, acontecem a toda a gente. Muitas vezes me questioneei, mas disse, lá terá de ser!
Pedro – Claro que no início falar é muito fácil, mas para nós que sofremos é muito complicado. Temos que interiorizar aquilo

Aquilo, o cancro, é difícil de pronunciar e impossível de esquecer.
Mas esta família enfrentou-o com doses extra de fé e de coragem.

VIVO - Mãe – Aquela palavra nunca se mencionou.

VIVO – Cecília - Pensamos sempre, será que vai acontecer novamente?

VIVO - José Alberto Leite Silva – pai -Acho que havendo força para vencer, consegue-se. Onde está essa força??
Ganha-se.

VIVO - Mãe – Essa coragem fundamentalmente é fé. Nunca a podemos perder porque a fé é a nossa força interior. Todas as pessoas que têm casos destes na família é dar-lhes carinho, acompanhá-los. Nunca os abandonar.

FICHA CLINICA CANCRO DO OVÁRIO

Pivot 1:

O cancro do ovário é pouco frequente mas afecta mulheres de todas as idades. É um tumor agressivo e silencioso. Cerca de 75% dos casos são diagnosticados tardiamente. Não existe um exame de rastreio, mas visitar o ginecologista uma vez por ano poderá contribuir para a prevenção desta doença.

OFF – O cancro do ovário é uma doença subtil, que não dá qualquer aviso. É o terceiro tumor ginecológico a atingir a mulher, mas ocupa o primeiro lugar da tabela quando se fala de agressividade.

Vivo Daniel Silva, ginecologista IPO Coimbra (P2 21)

Ao contrário de cancros como o cancro do colo do útero e o cancro do endométrio, que nos conhecemos bem a história natural e sabemos que passa por uma fase pré-cancerígena, no cancro do ovário isso provavelmente não acontece ou se acontece não é conhecida. Portanto, tem uma evolução muito rápida, rapidamente se instala e rapidamente se dissemina.

Vivo Helena Gervásio, oncologista IPO de Coimbra (P2 21)

Ele desenvolve-se de uma forma surda, sem sintomas numa fase inicial, que leva a que quando há alguma razão para que a mulher procure o ginecologista normalmente já tem a doença avançada.

OFF – O ovário é um órgão de difícil acesso. Não há exames de rastreio, mas todas as mulheres devem visitar o ginecologista uma vez por ano. Em caso de suspeita, uma ecografia poderá ajudar a diagnosticar a doença.

Vivo Idílio Gomes, radiologista (P2 21)

A grande maioria das vezes esta doença diagnostica-se através de algum exame acidental ou porque o doente apresenta alguma sintomatologia. Uma pessoa pode referir dor, referir algum desconforto. Outras vezes é o próprio ginecologista num exame físico que detecta alguma massa.

Vivo Daniel Silva, ginecologista IPO Coimbra (P2 21)

O exame de maior rotina é a ecografia...a ecografia genital, ou abdominal ou intra-vaginal. Tem algum valor, mas seria necessário que ele fosse feita sistematicamente, juntamente com outros exames de diagnostico complementares, para que pudesse ter algum impacto.

OFF – Ainda assim, a ecografia tem um aliado. Através de uma análise ao sangue, é possível analisar os marcadores tumorais associados ao cancro do ovário.

Vivo Helena Gervásio, oncologista IPO de Coimbra (P2 21)

Ela não serve de exame de diagnostico isoladamente. A definição do marcador CA 125. Não podemos dizer que pode servir de rastreio. Tem que haver algo mais. Ele é realmente sensível e quando ele esta aumentado é muito significativo que haja doença oncológica nessa mulher.

Vivo Idílio Gomes, radiologista (P2 21)

No follow up do doente existe um marcador tumoral que nos permite ver se há ou não recidiva tumoral, que é o CA 125, mas o marcador tumoral não está marcado como técnica de screening embora para famílias com historia deste cancro possa ser usado.

Anexos

VIVO – 45.36 (P2 36) O cancro do ovário é o tumor mais agressivo do sistema reprodutor feminino, mas até hoje não se conhece a causa da doença. No entanto, há alguns factores de risco identificados: a idade, antecedentes de cancro na família e nunca ter engravidado. Já os tratamentos hormonais depois da menopausa têm gerado alguma controvérsia.

Vivo Mário de Sousa, Sociedade Portuguesa da Menopausa (P2 22)

O facto é que são controversos e são controversos por várias razões. Os estudos não tinham em linha de conta, por exemplo, a contraceção hormonal feita na idade fértil, não tinham em linha de conta a idade das mulheres, nem o tempo em que estariam a fazer terapêutica hormonal.

OFF – A terapêutica hormonal de substituição só deve ser tomada pelas mulheres com sintomas da menopausa, num período entre os 50 e os 59 anos. Os especialistas admitem que deve haver um equilíbrio no momento de pesar os prós e os contras no recurso a estes medicamentos.

Vivo Mário de Sousa, Sociedade Portuguesa da Menopausa (P2 22)

O estudo mais recente saiu há muito pouco tempo, é um estudo europeu vem dizer-nos que nos temos 1 caso em cada 8 mil e 300 mulheres/ano, o que quer dizer que é um risco baixo, substancialmente baixo. Há riscos maiores se pensarmos nas fumadoras, nas bebidas alcoólicas, na ausência de exercício físico.

Vivo Daniel Silva, ginecologista IPO Coimbra (P2 21)

Nos estudos de maior dimensão sem dúvida que demonstram que as mulheres sujeitas a terapêuticas hormonais de substituição correm um risco maior do que mulheres que não foram sujeitas a essa terapêutica. Só que em termos absolutos o risco não é tão importante assim que ponha em causa estes tratamentos hormonais.

Vivo Helena Gervásio, oncologista IPO de Coimbra (P2 21)

Há alguns ensaios que mostram que o uso prolongado aumenta o risco de desenvolver a doença, outros já eventualmente já não mostram esse risco. Portanto há que avaliar sempre o benefício versus risco de desenvolver a doença numa altura em que a mulher tenha os sintomas da menopausa e os queira resolver.

OFF – Já os benefícios do uso da pílula reúnem mais consenso. O uso prolongado deste contraceptivo protege os ovários.

Vivo Silva Couto, ginecologista (P2 21)

Sabemos que a toma da pílula diminui o aparecimento de quistos, de quistos funcionais, o síndrome do ovário poliquístico melhora com a toma da pílula, o que faz com que os ovários fiquem em repouso e não haja essa intranquilidade metabólica que pode levar ao aparecimento de cancro.

Vivo Mário de Sousa, Sociedade Portuguesa da Menopausa (P2 22)

Para cima de 10 anos dá de facto uma protecção marcada. E é uma protecção que fica mesmo depois da mulher ter suspenso a contraceção oral hormonal. Nas mulheres com risco familiar para cancro do ovário e que ainda não tenham a sua descendência devidamente programada, uma das formas de protecção que damos é a pílula, para além do rastreio e vigilância.

OFF – Os cancros hereditários representam cerca de 10% de todos os tumores do ovário. Os genes associados ao cancro da mama hereditário, o BRCA1 e BRCA2, também influenciam o aparecimento da doença nos ovários.

Vivo Sérgio Castedo, geneticista Hospital S. João (VC II 11)

A associação decorre da observação de que as pessoas portadora de uma determinada mutação, esses tais genes, o BRCA1 ou o BRCA2, tem um risco acrescido de ter cancro da mama, os tais 70%, e um risco menos mais acima da média da população, cerca de 40% de vir a ter cancro do ovário. Esse risco é grande, comparando com o risco da população em geral, que é mais ou menos de 2%.

Vivo Daniel Silva, ginecologista IPO Coimbra (P2 21)

Se os genes estiverem mutados o que melhor se pode oferecer a essas mulheres é a cirurgia de prevenção, que claro tem consequências graves. Retirar os ovários a uma mulher tem implicações endócrinas importantes. Mas lá estar, tem que se pesar os benefícios e as consequências na prevenção deste cancro, que é muito grave.

OFF – Em 75% dos casos, o cancro do ovário é diagnosticado numa fase em que já está disseminado. A TAC e a ressonância magnética são exames que podem ajudar a determinar a extensão da doença. Mas muitas vezes só no bloco operatório é que se confirma a presença de um cancro.

Vivo Idílio Gomes, radiologista (P2 21)

Só em função desse estadiamento é que vamos depois adequar o tratamento a seguir a posteriori, embora no cancro do ovário o verdadeiro estadiamento é o estadiamento cirúrgico. Portanto é a remoção cirúrgica da lesão que nos vai dar um diagnóstico de certeza.

Vivo Silva Couto, ginecologista (P2 21)

Normalmente fazemos uma laporectomia, fazemos o diagnóstico por biopsia extemporânea e depois fazemos todo um estadiamento cirúrgico.

OFF – Na hora de tratar o cancro do ovário, os médicos fazem uso de uma combinação de terapias. A cirurgia, como primeira abordagem, pretende ser mais radical possível para não deixar vestígios do cancro.

Vivo Silva Couto, ginecologista (P2 21)

Estamos a falar de cirurgias de risco, com um morbidade importante e poderá haver sempre um incidente. Não havendo, as sequelas não são nenhuma, a recuperação é total, a qualidade de vida da doente mantém-se. Claro que se for uma mulher jovem e fez uma histerectomia total, terá que fazer terapêutica hormonal de reposição.

OFF – A radioterapia tem uma utilização apenas pontual no cancro do ovário. É eficaz em pequenas lesões com uma localização específica ou no caso da doença voltar a aparecer. A quimioterapia é a terapêutica de base, usada antes e depois da cirurgia. Em certos casos, o IPO de Coimbra aposta na quimioterapia intra-peritoneal.

Vivo Helena Gervásio, oncologista IPO de Coimbra (P2 21)

Precisamente naqueles casos em que ficaram lesões residuais mínimas, maiores quantidade de medicamento que se possa fazer chegar a essas lesões num período mais longo, fazendo através de uma administração mais directa. É introduzido directamente no abdómen através de um cateter e a eficácia tem-se revelado muito boa.

OFF – Em Portugal, o cancro do ovário é uma doença pouco frequente. Afecta cerca de 5 mulheres em cada 100mil, por ano.

Caso de Sucesso Ovário

OFF – A Marta é a alegria desta casa. Tem 5 anos e é o centro das atenções do pai e da mãe. Ainda é muito pequena para perceber como salvou a vida de Olga.

Vivo Olga Pinho

Quando estava grávida de 15 semanas mais ou menos comecei a ter dores, fui ao hospital. Fui a uma consulta, eu na altura já tinha uma barriga enorme, estava de três meses mas tinha barriga de 9. Na altura lembro-me que entrei, estava cheia de dores... entrei na urgência e a enfermeira perguntou: já vem ter bebé? E eu disse que só estava de 15 semanas por isso não podia vir ter bebé. E ela achava era que eu já não estava a dizer coisa com coisa.

Vivo Paulo Almeida, marido

Já no primeiro mês, nos não sabíamos de nada, fomos passar férias e ela já se queixava de muitas dores. Também já estranhávamos o facto de a barriga estar enorme. Ai já começamos a ficar um bocado assustados.

OFF – Olga acredita que foi graças à gravidez que acabou por descobrir que tinha um cancro do ovário. Encontrou a doença numa fase inicial, mas era urgente pensar em tratamentos. Com apenas 23 anos, viu ameaçado o sonho de ser mãe.

Vivo Paulo Almeida, marido

Fomos ter com a médica e foi quando ela foi sincera. Disse-lhe tens um tumor e tens que ser operada o mais rapidamente possível. Corres o risco da cirurgia não correr bem e ter que abortar. Ou ter um aborto espontâneo.

Vivo Olga Pinho

Eu fui operada as 16 semanas, removeram-me o tumor e o ovário e depois quando eu fiquei mesmo a saber... já estava de 20 semanas. E eu não quis, de maneira nenhuma. Não quis. Preferia correr riscos. Preferia estar 10 semanas a espera que a criança nascesse prematura e depois aí teria mesmo que fazer o tratamento.

OFF – Abortar não era uma alternativa. Decidida, Olga quis sempre levar a gravidez até ao fim. Fez 5 ciclos de quimioterapia, quando teve a certeza de que não havia riscos para o bebé.

Vivo Deolinda Pereira, oncologista IPO Porto

Há a fase inicial em que está contra indicada a realização da quimioterapia. Mas quando estamos numa fase em que podemos fazer quimioterapia, temos que avaliar que fármacos são indicados para esta doença e que fármacos não são lesivos para o feto.

OFF – Marta nasceu com 36 semanas, no dia 3 de Fevereiro de 2005. Um momento de felicidade, que fez tudo valer a pena.

Vivo Olga Pinho

Sempre pensei mais na gravidez, não pensei muito em mim. Como era uma gravidez muito desejada, não pensei em mim. Pensei unicamente em ter a Marta e que tudo ficasse bem.

Vivo Deolinda Pereira, oncologista IPO Porto

Felizmente nasceu uma menina saudável, sem qualquer atraso no desenvolvimento. No final do tratamento e da gravidez voltamos a discutir com ela que agora seria a altura para completar a cirurgia. Situação que ela mais uma vez não aceitou.

OFF – Olga e Paulo desejavam um outro filho. O tempo escasseava e o fantasma de um segundo cancro pairava sobre eles. Mas mais uma vez, a vontade de aumentar a família foi mais forte.

Vivo Paulo Almeida, marido

O medico de oliveira de azeméis já disse... se querem outro filho, é agora, é agora! Mas nós queríamos esperar, não queríamos um tão perto do outro e decidimos esperar. Passado um ano achávamos que estava na hora de tentar, mas aí as dores voltaram. Estávamos a tentar mas ela disse que estava com dores e já devia estar outra vez igual

OFF – O cancro voltou e o sonho foi interrompido. Olga teve que ceder ao que os médicos aconselhavam. Agora era altura de por a sua saúde em 1º lugar.

Vivo Olga Pinho

Na altura quando me apareceu e segunda vez nos decidimos mesmo não ter mais filhos. Decidimos que seria uma altura para pensar em mim, chegou a altura de pensar em mim. Optei então por fazer uma histerectomia total e não ter mais filhos.

OFF – Hoje, Olga, Paulo e Marta são a imagem de uma família feliz. Pela filha, tudo compensou.

Vivo Olga Pinho

Penso que fui vitoriosa porque não foi fácil. (...) Quando eu estava doente, os médicos costumavam dizer-me que pensar positivo era meia cura. Foi isso que tentei fazer, pensar positivo, tentei curar-me para cuidar da minha filha

Vivo Paulo Almeida, marido

Há muitas pessoas que se vão abaixo mas eu acho que ela teve muita força para enfrentar o problema. Se calhar ate com menos medo do que eu.

Vivo Deolinda Pereira, oncologista IPO Porto

A Olga é para mim é sem duvida uma grande mulher e dá-nos uma grande lição de vida. Porque ela desde início teve uma firmeza muito grande, levou-as até ao fim e em nenhum momento ela fraquejou.

Bexiga

O perfil de um doente com tumor da bexiga, inclui regra geral 3 palavras: homem, idoso e fumador. Mas a profissão também conta

Maria José Bento – epidemiologista IPO Porto - trabalhadores da indústria têxtil, corantes, tipografias, pessoas expostas a substâncias químicas, nestas ocupações têm maior probabilidade de vir a desenvolver cancro da bexiga.

O uso caseiro de tintas para o cabelo não constitui qualquer problema, mas quem trabalha com estes produtos corre alguns riscos

Maria José Bento – Sobretudo os barbeiros parecem ter um risco aumentado portanto é provavelmente cancerígeno o seu ambiente de trabalho, pela multiplicidade de produtos que lidam e pela quantidade que lidam, é diário;

Joaquim José, cabeleireiro há 20 anos, toma precauções

VIVO – Quim Zé – cabeleireiro – 14:26 - os cuidados com as luvas, com a máscara quando se elabora uma coloração ou outro produto técnico, protecções para a roupa, portanto, são indicações de uma formação básica da cosmetologia

Na Europa, os tumores da bexiga estão associados a factores químicos e ambientais; já em Angola e no Egipto este cancro é provocado por um parasitita que vive nas águas dos rios.

VIVO – Carlos Lopes – anátomopatologista IPO Porto - esse parasita penetra através da pele, vai pelo corpo para as veias do organismo onde cresce até vida adulta ... os parasitas localizam-se na parede da bexiga, aí as fêmeas põem os ovos e esses ovos são colocados aos milhares na parede da bexiga.

A presença de sangue na urina é o principal sintoma de alerta mas os sinais do cancro podem ser confundidos com uma infecção urinária. Perante a suspeita, a ecografia tira teimas.

Caso se confirme o diagnóstico, a anatomia patológica avalia o grau de agressividade do tumor

VIVO – Carlos Lopes - existem técnicas que permitem em células identificar os genes alterados, por conseguinte dizer “Este é um bom tumor e este não é porque os genes são outros”, por outro lado, porque também é possível identificar proteínas que eles codificam e portanto já vamos ver quais são as proteínas a que eles dão origem e portanto podemos ter uma ideia se o comportamento vai ser mais ou menos agressivo

São informações que ajudam a definir o tratamento.

Os cancros da bexiga dividem-se em dois grandes grupos. 80% são superficiais

VIVO – Jorge Oliveira – são tumores que não têm capacidade de invasão do próprio órgão. Crescem na superfície da mucosa. Têm um senão, que lhes confere alguma malignidade, é o facto de aparecerem com muita frequência.

Os tumores superficiais são tratados com RTU, a ressecção transuretral, também conhecida por raspagem.

VIVO – Jorge Oliveira – Utiliza-se a porta de saída normal que é a uretra e é feita a recessão endoscópica do dito pólipó ou de vários que possam aparecer.

Os doentes chamam-lhe lavagem, o termo técnico é instilação, são tratamentos que previnem o reaparecimento do tumor.

VIVO – Jorge Oliveira - Vamos colocar dentro da bexiga, chama-se instilar, uma determinada quantidade de um produto que é químico, que vai evitar o crescimento celular e sobretudo evitar que haja uma nova recidiva, isto é um tipo de tratamento; o outro é usar líquidos que têm outro comportamento diferente que será imuno-estimulação, então vamos provocar uma infecção vesical instilando dentro da bexiga determinada quantidade de produto que é a vacina do BCG

Como o risco do cancro voltar é elevado, no 1ª ano estes doentes fazem uma citoscopia de 3 em 3 meses, um exame que permite a ver o interior da bexiga.

Perante um tumor que invade o órgão em profundidade, o tratamento é mais agressivo, há que extrair a bexiga. A maioria dos doentes que estão nesta situação fica com um saco para armazenar a urina.

VIVO – José Fernando - Enfermeiro IPO Porto – Esse dispositivo é composto por um saco onde é colecionada a urina e por uma placa que faz a adaptação à pele.

Os tumores invasivos que estão numa fase inicial da doença têm uma alternativa ao saco. Os urologistas usam um segmento de intestino para confeccionar uma nova bexiga. Criam uma bolsa que vai armazenar a urina

VIVO - Jorge Oliveira – o intestino foi feito não para armazenar mas para absorver, ora, se eu estou a meter um líquido, que no fundo é lixo, eu não quero que esse líquido seja absorvido, Para que não haja grande absorção, tenho de ter a preocupação de essa bolsa não ter uma pressão muito grande dentro, daí a técnica da destubolização

A incontinência urinária nocturna e a disfunção eréctil são as sequelas associadas à neo-bexiga. A vantagem é que o doente continua a urinar pelas vias normais, sem ter uma prótese exterior. Além de tratar os doentes, no IPO do Porto também se aposta na investigação.

VIVO – Lúcio Santos – investigador IPO Porto - Um grupo está a estudar factores epigenéticos, até que ponto é que o ambiente pode alterar genes e através disso promover o aparecimento da doença ou a sua disseminação e o nosso grupo identifica fundamentalmente factores de prognóstico ou seja, factores patológicos e moleculares que determinam pior prognóstico

Estão a decorrer ensaios clínicos para avaliar o impacto de novas drogas na sobrevivência dos doentes; e em linhas celulares e modelos animais os investigadores fazem a caracterização molecular dos tumores. Sabendo mais sobre este cancro, será possível ter drogas mais eficazes

VIVO – Lúcio Santos - estamos a utilizar drogas q inibem a formação de novos vasos e a formação de vasos linfáticos tentando perceber se nós inibirmos esse mecanismo q está associado à disseminação da doença temos ganhos em terapêutica

Há drogas q actuam com o objectivo de travar a multiplicação das células tumorais, inibindo um gene que controla a proliferação celular. Paula Oliveira testou este tipo de fármacos, no tratamento de animais a quem foi induzido um tumor da bexiga

VIVO – Paula Oliveira – investigadora UTAD - O último fármaco que avaliámos demonstrou que inibia a proliferação celular nos tumores induzidos quando em comparação com o grupo que não tinha sido tratado, ou seja teve alguma eficácia terapêutica. Não cura, mas evita que as lesões piorem
No cancro da bexiga a quimioterapia não se traduz no aumento da sobrevivência, daí a importância de encontrar novos fármacos.

Caso de sucesso bexiga

É um homem da contabilidade, sempre rabiscou contas de somar e subtrair. Mas há uma combinação de números que Álvaro nunca esquecerá.

VIVO – Álvaro Ferreira - 16 setembro de 1995, 25 anos de casado, também não me esquece porque nesse dia fazia anos a mãe do Professor Francisco Cruz, o cirurgião

Já passaram onze anos desde o dia em que foi operado no Hospital de S. João. Ao ficar com um bocado de intestino no lugar da bexiga, a vida de Álvaro ia mudar, mas nem por instantes vacilou.

VIVO – Álvaro – Eu preferia ter uma bexiga nova do que um saco mas claro, automaticamente foi-me logo dito que a incontinência urinária ia aparecer e a disfunção erétil também, mas como costume dizer há muitas maneiras de matar pulgas e então tivemos que adaptar a vida de outra maneira.

VIVO – Fernanda Ferreira – esposa - Eu queria era tê-lo a ele. Não me preocupava o resto. O que mais me preocupava era o que ele ia sentir, que eu por mim aceitava tudo

Toda a família sofreu. Rita, a filha mais nova, na altura com oito anos, saiu disparada do quarto quando foi visitar o pai ao hospital. Áurea, a mais velha, enfermeira, só queria esquecer tudo o que sabia sobre a doença

VIVO – Áurea Ferreira – filha - quando estamos dentro da área, as coisas que noutra altura nem nos passariam pela cabeça, passa tudo. Os pormenores começam a interiorizar. Tentamos vivenciar a situação como enfermeira mas acima de tudo como filha e acreditamos e vamos para a frente
Foi preciso educar a nova bexiga. Dia e noite Álvaro controlava a perda de urina, não se podia afastar da casa de banho mais de hora e meia.

VIVO – Álvaro – Fazia quase um itinerário para saber por onde ia, onde teria de parar porque tinha de ir ao quarto de banho. Vou ali àquele café tal, àquele quarto de banho público para que não tivesse problemas durante o dia; à noite, é mais complicado porque estamos relaxados e o relaxamento leva-nos a isso muitas vezes. De noite o relógio funcionava a despertar de hora a hora, com a ajuda da mulher que lá me acordava para que a bexiga não fosse usada sem o meu consentimento.

Hoje já não é escravo do tempo. Aguenta uma noite inteira, mas coloca um penso ou um resguardo na cama para dormir descansado. E no que toca à intimidade, as dificuldades foram ultrapassadas a três

VIVO – Álvaro – Com a ajuda do Viagra, conseguimos realizar sexualmente. Não como disse a 100%, mas com a ajuda da companheira e tudo isso conseguimos ... Ele sozinho não faz nada. Não é como uma aspirina que se toma e passa a dor de cabeça, tem de se tomar o Viagra e tem de se ser estimulado

Respiro peça de teatro “É assim mesmo, que diabo, um homem é um homem”

Anexos

As actividades culturais da Casa do Povo de Lousado são para Álvaro um refúgio que o ajuda a esquecer os males do corpo. É que com uma insistência de mosquito, as doenças teimam em representar um papel de destaque na vida desta família.

VIVO – Álvaro - A minha mulher também venceu o cancro, já agora para não ter um sozinho, ela tb se lembrou de ter cancro da mama.

VIVO – Fernanda – Fui uma pessoa que desde muito nova sempre lidei com muitas doenças e talvez isso me deixasse mais coragem para aguentar

VIVO – Álvaro Ferreira - Os meus pais não eram ricos, mas em termos de doenças deixaram-me tudo a mim.

É pesada a carga hereditária que lhes corre nas veias, mas qualquer que seja o cenário prometem lutar, todos juntos.

VIVO – Fernanda – A partir daí ficámos bastante mais unidos, nunca tivemos problemas mas a partir daí a união foi maior

VIVO – Áurea – O meu pai começou a ver a vida de outra forma, a ver que a vida um dia quase lhe fugiu então há que aproveitar. O meu pai, pé de chumbo sempre, passou a andar nas danças de salão, agora diz que eu é que não sei dançar e começou a ter outra forma de viver com outros interesses ... O meu pai detestava dançar, estava sempre sentado, agora qualquer casamento são os bailarinos do dia.

As pessoas mudam. Há um antes e um depois do cancro. Mas no palco da vida Álvaro e Fernanda assumem-se como sobreviventes.

Não é ficção, nem coincidência, é a vontade de vencer.

Rins

OFF: O rim existe em duplicado no organismo. Este órgão parecido com um par de feijões filtra o sangue e regula a quantidade de água e sais minerais. O tumor renal atinge 600 portugueses por ano. Os homens entre os 50 e 70 anos são os mais afectados.

Carlos Silva (Urologia – Hospital S. João): Há alguns factores de risco. Por exemplo, o tabaco aumenta em cerca de duas ou três vezes o risco de um cancro de rim. Obesidade também e a hipertensão. Fala-se que por exemplo uma dieta vegetariana ou rica em frutos pode ter um benefício e diminui o risco, mas não está provado. E há algumas famílias que têm o risco aumentado.

OFF: Na fase inicial da doença o rim não se queixa. Uma ecografia de rotina, que denuncia a presença de lesões sólidas, pode levantar a suspeita.

Arnaldo Figueiredo (Urologia Hospital Universitário de Coimbra): Hoje em dia a maioria dos carcinomas do rim são detectados nesta fase sem que existem sintomas. E são detectados apenas porque os doentes fizeram outros exames designadamente ecografia abdominal. Tradicionalmente as queixas de carcinoma do rim deve-se à presença de sangue na urina, a Hematúria, e uma dor lombar associada a uma massa palpável, mas isso traduz ainda a existência de um tumor numa fase muito avançada.

OFF: Há cura para o tumor do rim. Desde que o cancro não ultrapasse as fronteiras do órgão. Dependendo do tamanho da lesão, através da cirurgia laparoscópica, o urologista tira todo o rim ou apenas a massa tumoral guiado por uma câmara.

Carlos Silva (Urologia – Hospital S. João): Em termos de eficácia oncológica é exactamente a mesma, reproduz a eficácia da cirurgia aberta. Em termos de morbilidade, a morbilidade é menor para o doente porque tem uma recuperação mais rápida, volta ao trabalho mais rápido e o tempo de internamento é mais pequeno, é menor.

Depois permite visualizar, em relação à cirurgia clássica, com maior detalhe todas as estruturas que estamos a dissecar e a isolar.

OFF: Alice vive há três semanas só com um rim, mas não sente diferenças.

Alice Santa Marinha Correia: Faço a minha vida normal, tudo bem. Comida também é normal, como fazia antes de ser operada. Tudo igual.

Carlos Silva (Urologia – Hospital S. João): Basta um rim para sobreviver e viver perfeitamente bem a vida sem alterações. Claro que o doente vai ser seguido porque à sempre o risco de haver uma recidiva da doença e é preciso alguns cuidados porque tem um rim só, tem maior risco se tiver um cálculo ou uma litíase de entrar em insuficiência renal.

OFF: Quando a doença ultrapassa os limites do rim aparecem os sintomas e diminui a eficácia dos tratamentos. A oncologia clássica nada pode fazer para controlar as metástases.

Arnaldo Figueiredo (Urologia Hospital Universitário de Coimbra): O carcinoma do rim era quimio-resistente em termos de terapêutica citrostática e é o também em termos de terapêutica por rádio-terapia. No carcinoma do rim a quimioterapia clássica, com os agentes citostáticos têm um efeito mau e que se pensa que têm a ver com o mecanismo da própria função do rim que impedia a concentração em altas doses, dentro do parenquima renal dessas drogas porque o rim é um órgão que está especializado em excretar e filtrar.

OFF: O rim metastizado tem um comportamento imprevisível e há até na literatura casos que os médicos não conseguem explicar.

Arnaldo Figueiredo (Urologia Hospital Universitário de Coimbra): Pessoas que tinham metástases documentadas e que depois da nefrectomia ou por evolução espontânea as metástases desapareciam. Pensava-se, e pensasse que, isso tem a ver com uma componente de imunidade que tem uma acção forte a nível dos carcinomas do rim de tal forma que a primeira terapêutica que mostrou alguma eficácia em termos de carcinoma do rim era a terapêutica por imunomodulação usando interleucinas ou interferon que vão modelar a resposta imunitária do indivíduo. Ou mesmo a utilização de linfocinas, de células especializadas do organismo para a destruição de células estranhas.

OFF: A imunomodulação é uma espécie de vacina, mas os efeitos secundários são demasiado severos. Esta terapia perdeu protagonismo com o aparecimento de novos fármacos. Agora, quando a doença já alastrou para o pulmão, fígado ou osso os doentes tomam uns comprimidos que travam o crescimento do tumor.

Carlos Silva (Urologia – Hospital S. João): Desde há cinco anos, cinco seis anos, temos ao nosso dispor uma terapêutica não curativa, mas uma terapeuta paliativa que parece prolongar a servia dos doentes e melhora-lhes a qualidade de vida e pode tornar possível a realização de cirurgia em casos em que não eram possíveis antes. Mas acima de tudo esse tipo de terapêuticas que são permitem abrir uma janela de investigação.

OFF: Os holofotes estão virados para a ciência e para a descoberta de novos fármacos que destruam os vasos que alimentam o tumor.

Metastatização

OFF – A metastatização é a fase mais temida na evolução de um cancro. As hipóteses de cura variam consoante o estado da doença, se está restrita a um órgão, ou se já chegou a outras partes do corpo.

Vivo Donzília Brito, cirurgiã IPO Porto VC 12

Nos caracterizamos em 4 estádios... estádio 1,2,3 e 4 de acordo com o estado da doença. Se está na fase inicial, é o estádio I e II. Se está localmente avançada, isto é, se ela localmente está extensa mas sem dar lesões em órgãos à distância. No estádio 4 esse sim, com metastatização ou lesões à distância noutros órgãos.

OFF – Um cancro surge da multiplicação descontrolada das células, que se tornam malignas e se agrupam formando um tumor. A metastização ocorre numa fase posterior, quando as células malignas se espalham através da corrente sanguínea ou dos gânglios linfáticos. O peritoneu, uma membrana que cobre toda a cavidade abdominal, também é um veículo para as metástases.

Vivo Rui Henrique, anatomopatologista IPO Porto (P2 44)

Significa que a célula teve que ter a capacidade não apenas de resistir ao sistema imunológico, de conseguir iludir o nosso sistema imunitário de circulação mas teve ainda que encontrar um outro ambiente onde tivesse a capacidade de se desenvolver.

OFF – O pulmão, fígado, cérebro e osso são os destinos mais frequentes das metástases. Mas nem todos os tumores se disseminam da mesma forma ou à mesma velocidade.

Vivo Rui Henrique, anatomopatologista IPO Porto (P2 44)

Habitualmente as neoplasias por exemplo pulmonares, gástricas, mama são neoplasias com grande capacidade metastática. O mesmo se passa, por exemplo, com os melanomas, para falar de outras lesões não epetiliais. Há outras que são relativamente mais indolentes, não sabemos se é pelo facto de se desenvolverem mais lentamente e portanto terem alterações que se desenvolvem mais lentamente a metastização ou se pela sua biologia não são capazes de o fazer.

OFF – Os métodos de imagem são como um mapa da doença. É através da TAC, da ressonância magnética ou do PET que é possível determinar onde está o cancro.

Vivos Hedvig Hricak, Radiologista VC 01

Genomics and molecular markers are extremely important but imaging allows you to directly see the cancer, see exactly how big the cancer is or how far it has spread. So you can, number one, design the treatment that is specific for that patient, what we call personalized medicine.

OFF – Ainda é possível tratar os tumores nas fases disseminadas. Muitas vezes, a quimioterapia e a radioterapia actuam numa primeira fase, para possibilitar depois uma remoção cirúrgica do tumor. Em fases mais avançadas, a combinação de terapias pode dar anos de vida aos doentes.

Vivo Ana Raimundo, oncologista IPO Porto VC 12

Por exemplo imaginemos um nódulo metastático apenas, fazemos quimioterapia, reduzimos esse nódulo e tentamos fazer a cirurgia. Por exemplo, um tumor do estômago com um único nódulo no fígado, podemos fazer quimioterapia para diminuí-lo e depois removê-lo. É a doença metastática em que é possível fazer a cirurgia.

OFF – Mas há uma nova esperança para os doentes com tumores avançados. O primeiro centro de investigação e tratamento de metástases vai nascer em Lisboa, em Outubro de 2010.

Vivo David Lyden, Centro Champalimaud de Investigação e Tratamento de Metástases (VC 01)

Most patients, 85% of them die from their metastatic disease, the spread of cancer. So traditionally all the other cancer hospital are really focusing on the primary tumor, but there hasn't been a great effort to really study the metastatic sights, where the cells are gonna go, so this is bringing the worlds' experts from the different centers to treat people with metastatic disease.

OFF – Os cancros mais frequentes como a mama, pulmão e próstata vão estar entre os prioritários. Mas o centro quer dar resposta a todos os tipos de cancro.

Vivo David Lyden, Centro Champalimaud de Investigação e Tratamento de Metástases (VC 01)

If we identify a certain marker in your blood stream, a metastatic tumor cell and compare it with a normal tumor cell and look at those genes, can we follow someone's blood sample over time and predict down the road if they're

going to have metastatic disease? So this will be a very important center for someone who finish therapy to come and be examined and to evaluate that patient and to determine if they are a candidate for metastatic disease.

OFF – Em Portugal há cerca de 40 mil novos casos de cancro por ano, 30% são já tumores metastizados. O Centro Champalimaud de Investigação e Tratamento de Metástases prevê fazer 300 tratamentos por dia, o que dá um total de mais de cem mil por ano.

Ficha clínica linfomas

OFF – Um gânglio aumentado pode ser o primeiro sinal de um linfoma. A biopsia é o procedimento chave para o diagnóstico.

Vivo Mário Mariz, hematologista IPO Porto P2 44

Acontece com alguma frequência que a única alteração que se detecta é o aumento de um dos gânglios, sob a forma de um pequeno tumor, na região do pescoço, na região axilar, que é detectada por acaso. No caso do pescoço a maior parte das vezes é durante a higiene diária, que a pessoa detecta ali um pequeno tumor.

Vivo Rui Henrique, anatomopatologista IPO Porto P2 44

O gânglio linfático, que é o órgão que fundamentalmente é afectado mas podem ser outros, é então sujeito a uma biópsia, idealmente uma remoção completa de um gânglio que nos pareça estar afectado. E depois o procedimento consiste em colher fragmentos desse gânglio para imunotipagem, para genética e para avaliação morfológica.

OFF – O linfoma é uma doença do sistema linfático. Afecta essencialmente gânglios, mas pode também atingir o baço, medula óssea ou alguns órgãos internos. Os linfomas são designados por hodgkin ou não hodgkin. A diferença é identificada pelos olhos de um anatomopatologista.

Vivo Rui Henrique, anatomopatologista IPO Porto P2 44

O linfoma de hogkin tem mais ou menos 4 ou 5 variantes morfológicas e com um comportamento distinto, mas tem uma grande unidade morfológica. Todas as outras entidades, que serão entre 30 a 40 ou mais, são muito mais heterogeneas e mais diversas portanto colocam outro tipo de problema na sua abordagem diagnóstica.

Vivo Margarida Marques, hematologista IPO Porto P2 441.57.21

Os linfomas, por definição, são doenças do tecido linfoide, portanto doenças oncológicas, ou seja, cancros do tecido linfoide. E o tecido linfoide não é mais do que formado pelos linfócitos.

Os linfócitos são células sanguíneas que se formam como todas as outras células sanguíneas na medula óssea, a partir de uma célula mãe.

OFF – Apesar de muito diferentes entre si, os linfomas de hodgkin e não hodgkin tem uma forma semelhante de se manifestarem. A febre, cansaço e suores durante a noite são outros dos sinais de alarme. Mas não é possível generalizar o comportamento dos vários tipos de linfoma.

Vivo Rui Henrique, anatomopatologista IPO Porto P2 44

Não é aceitável nos dias de hoje dizer apenas que é um linfoma de hogdkin ou não hogdkin. Tem que se ser muito específico em relação ao subtipo de linfoma, seja sub tipo de hodgkin ou não hodgkin. E nos não hodgkin isso é ainda mais importante. Ao fazermos esse diagnóstico de um subtipo já estamos a colocar ao dispor do clínico uma informação altamente relevante sobre o prognostico deste doente.

OFF – Até hoje a ciência ainda não conseguiu descobrir a causa dos linfomas. Mas sabe-se que alguns tipos estão associados a factores infecciosos. O vírus Espstein-Barr, o HIV e a bactéria helicobacter pylori podem desencadear um maior risco de desenvolver a doença. Também estão identificadas algumas causas ambientais.

Vivo Margarida Marques, hematologista IPO Porto P2 44

Temos factores de risco que estão identificados, factores de risco ambientais, portanto indivíduos que trabalham na agricultura devido à exposição com herbicidas, os trabalhadores das zonas industriais, que trabalham com solventes.

OFF – O linfoma tem origem numa célula que está programada para circular pelo organismo, por isso não se usa o termo metastização para descrever as fases mais avançadas da doença. Mas um TAC ou um PET são exames fundamentais para saber se a doença está localizada numa zona ganglionar ou em várias. Outro procedimento fundamental é uma biopsia da medula óssea.

Vivo Mário Mariz, hematologista IPO Porto P2 44

Através da anestesia local, procede-se a um pequeno fragmento da medula óssea que depois será analisado no laboratório ao microscópio para saber se o linfoma envolve ou não a medula óssea, coisa que pode acontecer.

OFF – A quimioterapia é a grande arma contra os linfomas. Para tratar os linfomas não hodgkin, a medicina conseguiu chegar ainda mais longe.

Vivo Mário Mariz, hematologista IPO Porto P2 44

Nos linfomas não hodgkin o esquema de tratamento que quase todos os doentes acabam por se familiarizar é um tratamento que envolve fármacos de quimioterapia propriamente ditos e desde há uns anos a esta parte envolve também imunoterapia, são fármacos que são anticorpos que reconhecem as células tumorais e que levam à destruição das células malignas.

OFF – A radioterapia tem uma papel importante no controlo da doença localizada. É usada sobretudo nos linfomas de hodgkin.

Vivo Ângelo Oliveira, radioterapeuta IPO Porto P2 44

Nos linfomas não hodgkin há uma menor previsibilidade de locais de falência, portanto a doença pode ter recaída em pontos distintos dos inicialmente envolvidos, portanto a terapêutica loco-regional tem um papel menor.2.29.47 (...)2.28.59 Nos linfomas de hodgkin, associado a quimioterapia, a radioterapia é importantíssima na quase totalidade de casos em fases iniciais.

OFF – Quando se prevê que um linfoma será mais difícil de vencer ou se a doença não der tréguas e voltar, o transplante de medula óssea é a proposta dos médicos.

É possível recorrer a dadores compatíveis ou colher a medula do próprio doente. No caso dos linfomas não hodgkin, encontrar um dador é muitas vezes a solução.

Vivo António Campos Jr, Unidade de Transplantes de Medula IPO do Porto P2 43

A medula óssea é o órgão a partir de qual se desenvolve a imunidade, quando há um alotransplante a medula óssea recupera a imunidade com células imunogénicas que tem efeitos sobre a doença. E esse efeito dessas células sobre a doença são um contributo muito grande para a sua cura.

OFF – Em certos casos, é necessário um auto transplante para travar a doença. Como a medula óssea não resiste a níveis mais intensos de quimioterapia, é necessário recolher as células estaminais do próprio doente. Desta forma, é possível repor a medula óssea depois do tratamento.

Vivo António Campos Jr, Unidade de Transplantes de Medula IPO do Porto P2 43

A colheita pode ser feita da medula óssea ou a partir do sangue. Essas células são congeladas, são criopreservadas, podem estar assim durante meses ou anos com boa viabilidade. Depois fazemos o tratamento ao doente, sabemos que a medula será totalmente destruída. Numa segunda fase, introduzimos as células e num prazo de duas semanas a medula óssea está a funcionar normalmente.

OFF – Os linfomas representam cerca de 10% de todos os tumores. Os homens são os mais afectados. Os linfomas não hodgkin são mais frequentes e surgem sobretudo a partir dos 50 anos. Os linfomas de hodgkin são mais comuns nos adultos jovens.

Caso de sucesso linfomas

OFF – Isabel sempre viveu ligada às artes. Hoje em dia, faz disso profissão. É com um gosto especial que se dedica a estas esculturas.

Vivo Isabel Andrade P2 46

Eu enquanto estava internada, a minha irmã mais nova apoiava muito os miúdos e fazia com eles o que todas as crianças fazem, desenhava e pintava, e a minha filha do meu fazia muitos desenhos para me dar quando me ia visitar. Eu estava careca, vivi careca quase 2 anos e era assim que ela me desenhava. Só que com uma particularidade, ela desenhava-me flores na careca.

OFF – Foi uma inspiração e mais um motivo para seguir em frente. Sem complexos e sem dramas, Isabel tem bem presente a altura em que perdeu o cabelo por estar a lutar contra um linfoma. Soube do diagnóstico 15 dias depois de dar à luz a terceira filha.

Após o parto senti que não estava a recuperar como das outras vezes, já era o terceiro filho e já era mais velha, mas mesmo assim sentia que alguma coisa não estava bem. E pouco antes de ter alta senti que a nível abdominal tinha uma espécie de gânglios que não pareciam normais.

OFF – Em pouco tempo os exames ditaram o veredicto: cancro. Mas Isabel viu a cura quase como uma obrigação.

Foi doloroso, mas eu nunca duvidei que ia sair daquela situação. Não sei... Sei! Quando se tem um filho de 5 anos, um de 2 anos e meio e um recém nascido... Não há maior força que essa, não é? Eu tinha a certeza que ia ficar bem porque eu sentia que tinha muita responsabilidade, que fazia muita falta e portanto eu tinha a certeza que ia ficar bem, ou pelo menos, que ia lutar para ficar bem.

OFF – Isabel preparou-se para a luta. Sabia que seria fácil desistir perante os momentos mais difíceis, por isso quis aprender tudo sobre a doença que lhe roubava as forças.

As pessoas tem formas muito diferentes de lidar com a doença, como vão encarar, reagir... eu penso que principalmente tem a ver com o temperamento de cada um. Mas depois também tem a ver com o percurso, com o ambiente em que vive... e eu na altura senti que precisava de saber exactamente contra o que é que eu tinha que lutar. Eu precisava de saber exactamente que força e que coragem é que eu precisava de ter.

OFF – Isabel teve que abdicar da vida familiar e encontrou no IPO do Porto uma segunda casa. Fez 6 ciclos de quimioterapia em internamento.

É duro, muito duro, não só a quimioterapia mas o facto de se sentir prisioneira... há muitos dias em que isso não faz muita mocha porque se esta tão debilitado que só quer é que o deixem. Mas há dias em que se sente melhor e quer ir para a rua mas sabe que isso pode ser uma pena de morte, porque não tem condições físicas nem imunológicas para circular

OFF – Depois da quimioterapia, um transplante colocou Isabel mais 21 dias longe de casa. Desta vez, em total isolamento.

No quarto não entrava ninguém... estávamos isolados, completamente isolados. E não é fácil. Eu tinha um objectivo. O meu filho faz anos a 3 de Novembro e o meu objectivo era sair ate essa altura. E consegui. Mas é preciso acreditar, acreditar de dentro, não é só dizer que se acredita. Acreditar do fundo resulta.

Anexos

OFF – Passaram 10 anos e Isabel já pouco pensa na doença. Acreditou e continua a acreditar que não será derrotada.

Se recidivar eu sei que vou ter a capacidade de ir a luta outra vez porque eu gosto tanto de cá andar, sinto que ainda faço cá tanta falta...que vivo sem medo, sem medo.