Doença, Mídia e Subjetividade: Algumas Aproximações Teóricas[1]

Kátia Lerner[2]

Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Este trabalho busca refletir sobre as relações entre doença, mídia e processos de subjetivação. Propomos que as formas como as sociedades conceituam, interpretam e reagem às patologias variam segundo contextos históricos e sócio-culturais. Observamos nas sociedades ocidentais contemporâneas a presença da lógica do risco e da medicalização, na qual a doença é cada vez mais presente e reconfigura os processos de subjetivação, a relação com a temporalidade e a ação humana. Nessa nova configuração vários atores sociais adquirem relevo, tanto as autoridades médicas, mas também pacientes e meios de comunicação. Esse último tem destaque não apenas por se constituir na atualidade um ator importante na construção de regimes de verdade, mas por seu lugar transversal permeando os processos sociais em um momento que alguns autores designam como sociedades em vias de midiatização.

Palavras-chave

Doença; medicalização; mídia; midiatização; subjetividade.

Introdução

O rápido olhar sobre os principais produtos jornalísticos da atualidade nos revela um fenômeno que vem se intensificando nos últimos anos, ligado ao interesse midiático por temas relativos aos processos de saúde e doença. São frequentes as capas de revistas e jornais, os programas de televisão e matérias de sites noticiosos com informações sobre medicamentos, dietas, surgimento de novas doenças, epidemias e assim por diante. O interesse pela saúde se expressa também através da criação de colunas e sessões fixas especialmente dedicadas ao tema, bem como pela contratação de profissionais da saúde como especialistas. O aumento do "valor-

[1] Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade no Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

[2] Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde e membro do corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, ambos do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

notícia" da saúde aparece em várias pesquisas feitas pelos jornais, que apontam ser esse um dos assuntos de maior interesse dos consumidores.

Mais do que uma ocorrência restrita ao universo jornalístico, essa constatação nos parece revelar um fenômeno mais amplo, ligado ao próprio lugar que a saúde vem adquirindo na sociedade contemporânea e o que entendemos pelo redimensionamento do estatuto da saúde e da doença nesse contexto. Esse paper tem como objetivo fazer uma aproximação a algumas das questões envolvidas nesse processo a partir de considerações teóricas acerca das relações entre doença, mídia e processos de subjetivação. Ele situa-se no bojo de um projeto de pesquisa mais amplo que busca refletir sobre as relações entre doença e construção de subjetividades nas sociedades ocidentais contemporâneas, explorando em especial as interrelações desses processos com a dimensão midiática. Esse trabalho se constitui, portanto, em uma aproximação teórica inicial, a ser posteriormente aplicada a um objeto empírico específico, ligado às representações sociais do câncer e os processos de subjetivação envolvidos.

Problematizando a noção de doença

Objeto de reflexão de várias disciplinas, pode-se dizer que um dos debates fundadores sobre o fenômeno *doença* refere-se às relações entre o biológico e o cultural. Seriam as doenças "eventos essencialmente referidos ao mundo da natureza, isentos de determinações culturais, constituindo assim realidades que cabe à medicina "desvendar, explicar e desenvolver meios eficazes para o seu tratamento e prevenção" (KROPF, 2004: 103), ou haveria nelas algum fundamento social e cultural?

Várias vertentes das ciências sociais e humanas, perspectiva na qual esse paper se insere, não apenas refutam a abordagem positivista, que compreende a doença como um evento puramente físico e universal, mas vêm questionando a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico, propondo, ao invés, conceber saúde e doença como "processos psicobiológicos e socioculturais" (LANGDON, 1996). Essa perspectiva mais relativista tem alguns desdobramentos. O primeiro deles é, sem negar o fundamento biológico de várias manifestações da vida, perceber que muitas das situações reconhecidas como "patológicas" em nossa cultura podem ser consideradas regulares em outras (DUARTE e LEAL, 1998: 13), assim como perceber os procedimentos terapêuticos da biomedicina como um modelo médico entre vários outros (LANGDON, 1996). A visão da doença tal qual temos seria, portanto, cultural e historicamente

situada. Nesse sentido, Duarte e Leal chamam a atenção ao fato de que a própria categoria "doença" vista de modo especializado, é fruto da concepção de individualismo moderno, baseada em determinadas concepções de corpo, pessoa, sofrimento e perturbação (DUARTE e LEAL, 1998).

A categorização de uma experiência como doença se dá, portanto, em meio a um contexto histórico e cultural; ela é estruturada mas também estruturante, pois em alguma medida angula o que e como os indivíduos vivem como doença, como se estruturam os sistemas de cura, as relações que a sociedade estabelece com o doente e assim por diante. Essa "angulação" certamente não ocorre de forma homogênea, havendo perspectivas diferenciadas em seu interior, e mesmo antagônicas. Nesse sentido, pode-se afirmar que o processo classificatório referente à categoria "doença" esteja inserido em uma dinâmica social mais ampla, que engendra uma série de relações sociais. O historiador Charles Rosenberg chama a atenção para o papel de destaque que o diagnóstico assume nesse processo e suas considerações nos auxiliam a compreender a complexidade das relações envolvidas. Diz ele:

> O diagnóstico é central na definição e gerenciamento do fenômeno social que denominamos de "doença". Ele constitui um ponto de articulação indispensável entre o geral e o particular, entre o conhecimento consagrado e sua aplicação. Trata-se de um ritual que sempre ligou médico e paciente, o emocional e o cognitivo, e, ao fazê-lo, legitimou os médicos e o sistema médico de autoridade, enquanto facilitou decisões clínicas particulares e proporcionou sentidos culturalmente acordados para a experiência individual. O diagnóstico não é apenas um ritual, mas é também um modo de comunicação e, portanto, necessariamente, um mecanismo estruturador de relações burocráticas. Embora o diagnóstico tenha sempre sido importante na história da medicina clínica, ele tornou-se particularmente significativo no final do século XX com a proliferação de técnicas químicas, de imagem e citológicas e a proliferação concomitante de diagnósticos, prognósticos e protocolos de tratamento. Os rótulos de diagnóstico definem e preveem e, ao fazê-lo, ajudam a constituir e a legitimar a realidade que eles descrevem. (ROSENBERG, 2002: 240, tradução livre)

Ao refletir sobre o diagnóstico, Rosenberg nos revela como a classificação de uma experiência enquanto doença deflagra uma série de relações sociais, ações e ideias, como a elaboração de políticas públicas, o planejamento de ações de saúde, protocolos diversos dentro das práticas médicas e formas distintas de administração do "desvio", bem como configurações especificas entre indivíduos (que passam a se conceber como doentes), seus médicos, demais especialistas e a coletividade.

Pode-se dizer, portanto, que esses processos são históricos, culturais e também sociais. No que diz respeito ao contexto moderno, a medicina e as autoridades sanitárias desempenharam um papel fundamental nessa dinâmica, ainda que não de forma exclusiva. Cada vez mais se observa a participação de outros atores sociais, como Rosenberg aponta, ao destacar a importância da mobilização de militantes gays para a retirada da categoria homossexualismo da nosologia psiquiátrica oficial, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (sigla em inglês – DSM), como forma de luta política contra a patologização desse estado. Outro caso digno de nota são os veteranos do Vietnam que, nos anos 1970 lutaram, junto com os psiquiatras, para terem a sua experiência na guerra valorizada e caracterizada como "trauma" – e, nesse sentido, reclassificada como Síndrome de Stress Pós-Traumático no DSM III, o que ocorreu em 1980 (YOUNG, 2002). Os exemplos proliferam, como o caso dos celíacos, um dentre vários grupos que se organizaram na luta pelo reconhecimento de um conjunto de sintomas e manifestações de modo a serem merecedores de cuidado, reconhecimento social e em alguns casos indenização e políticas públicas.

O que se quer chamar a atenção é que as classificações das doenças, ainda que tenham no saber biomédico um lugar privilegiado no estabelecimento de suas categorias, situam-se em meio a um campo de tensão e conflito. As lógicas de construção dessas "verdades" não são puras, mas se articulam e são (re)apropriadas de formas diversas e a partir de distintas combinações. Tampouco são estáticas pois, mesmo depois de criadas, provocam e sofrem mudanças por parte dos diversos atores sociais envolvidos.

Doença, medicalização e mídia

O reconhecimento do processo de construção social da doença traz consigo a sua necessária qualificação. Certamente isso irá variar de doença para doença, dependendo da história de sua descoberta, dos sentidos a ela atribuídos, das respostas criadas para combatê-la, de seu caráter epidêmico ou crônico, do grau de mortalidade envolvido e assim por diante. No entanto, para além dessas especificidades, poderíamos destacar uma dimensão mais genérica, ligada ao próprio sentido do "estar doente" na contemporaneidade.

Paulo Vaz e Daniel Portugal, no texto "A nova 'boa nova'", apontam a distinção entre as concepções moderna e contemporânea de doença. Dizem os autores que, na modernidade, conceituava-se a "doença orgânica quando os sintomas dispunham de contrapartida anatômica

para sintomas" e a doença mental "quando havia a ausência de contrapartida anatômica e a manifestação de 'segredos de alcova' no desvio moral e legal". Em ambos os casos, tratava-se de um fenômeno minoritário, pois pouco frequente e que atingia um número reduzido de pessoas. Nesse sentido, "o normal, no sentido de saudável, estava conectado ao normal, no sentido estatístico" (VAZ e PORTUGAL, 2012: 47). Dizem os autores:

> Essa experiência moderna de doença começa a oscilar em meados do século XX, com o que se costuma chamar de transição epidemiológica, originada no próprio sucesso da medicina, especialmente o desenvolvimento de vacinas e antibióticos. A causa principal de morte deixa de ser as doenças infectocontagiosas, como sífilis e tuberculose, e se torna as doenças crônico-degenerativas, principalmente as doenças cardiovasculares e os cânceres. Para estas, a sequência temporal "sintoma, contrapartida anatômica e intervenção" é problemática, pois ou a manifestação do sintoma tende a coincidir com a morte ou aparece quando nenhuma intervenção tem eficácia. Para continuar sendo forma privilegiada do esforço dos seres humanos de se manterem em vida enquanto der, a medicina ocidental desenvolveu então o conceito de fator de risco no estudo das doenças crônico-degenerativas. Para estas, é preciso diagnosticar – descobrir alguma alteração anatômica ou fisiológica – antes de haver sintoma. O que se descobre, então, não é a doença já constituída, mas, sim, o que indica a sua mais ou menos provável manifestação futura. A hipertensão, fator de risco para doenças cardiovasculares, foi provavelmente a primeira contrapartida anatômica na ausência de sintoma. Foi também a primeira forma de os indivíduos se medicarem sem estar doentes e sem nada sentir. (VAZ e PORTUGAL, 2012: p. 47-48).

Esse novo cenário, marcado pelo desenvolvimento científico, tem desdobramentos importantes. O primeiro deles é a profunda redefinição das fronteiras entre quem é saudável ou doente. Diferente da definição moderna na qual a patologia era apenas detectada quando o sintoma se manifestava, nas sociedades do risco busca-se descobrir a doença de forma cada vez mais antecipada, com o acirramento do rigor das taxas para diagnosticar diabetes, hipertensão, osteoporose, obesidade e assim por diante. Essa nova metodologia tem como consequência o expressivo alargamento dos que podem estar incluídos sob uma categoria patológica, gerando o que alguns autores chamam de "epidemia de diagnóstico" (WELCH, SCHWARTZ e WOLOSHIN, 2007). Essa disseminação da classificação de "doente" se dá também pela ressignificação de eventos antes considerados como pertinentes ao ciclo "natural" da vida sob a ótica da esfera biomédica, no que muitos autores denominam de "medicalização" da sociedade (CONRAD, 1992). Assim, insônia passou a ser Desordem do Sono, tristeza virou Depressão e desatenção, inquietude e impulsividade configuram o Transtorno de Déficit de Atenção com

Hiperatividade (TDAH). A generalização dessa condição implica que "o saudável tenha sido desvinculado do normal estatístico, pois o normal no sentido médico ganha uma dimensão de idealidade que faz dos saudáveis uma minoria" (VAZ e PORTUGAL, 2012:p. 48).

O redimensionamento dessas fronteiras trouxe impactos de várias ordens, entre elas nos processos de subjetivação, pois nos transformamos de seres cotidianamente saudáveis para doentes em potencial, ou eventualmente doentes cuja condição é ignorada, ou ainda doentes de fato (apresentando os mesmos exames que 10 anos antes seriam interpretados como os de pessoas "saudáveis"). Esse processo provocou o transbordamento da ideia de doença para o nosso cotidiano, afetando nossa autoconsciência e nossas práticas, na medida em que ela é uma ameaça permanente, uma presença constante na sua virtualidade.

Essa nova configuração de subjetividade e temporalidade terminou por colocar em relevo a questão da ação do sujeito humano através da ideia de cuidado, uma vez que, na lógica da sociedade do risco, a doença pode ser evitada, ou seja, há uma ação no tempo presente que está em nossas mãos (VAZ, 2007). Assim, como diz Cardoso, diante da quantidade de fatores e correlações de risco, e da possibilidade de evitá-los através de exames preventivos cada vez mais precoces e contínuos, "o corpo não pode mais permanecer em silêncio ou opaco, mas transforma-se em território de múltiplas e incessantes incursões para mapear alterações no organismo e tornar permanentes as práticas de (auto)cuidado" (CARDOSO, 2012). Não por acaso cuidamos diariamente da nossa alimentação, fazemos exercício para baixar as taxas de glicemia e lipídios, dançamos para diminuir o estresse, investimos na estética para melhorar a autoestima, fazemos sexo para ter uma vida mais saudável e vivermos mais.

Esse transbordamento da saúde para fora do campo médico também se faz notar de outra forma, como pela sua ampla presença nos meios de comunicação de massa. Como chamamos atenção anteriormente, proliferam matérias e reportagens nos programas já existentes e também a criação de novos produtos especialmente voltados à saúde, bem como é cada vez mais frequente a incorporação de especialistas nas equipes regulares de produção jornalística. A cobertura é bastante abrangente: notícias sobre pesquisas científicas, ocorrência de surtos e epidemias, campanhas diversas (imunização, doação) e matérias sobre (auto)cuidado. Constitui-se não apenas um espaço de produção mas também de circulação de textos diversos, como propagandas de profissionais e planos de saúde, ou ainda espaço de veiculação de pronunciamentos oficiais. A saúde, ao tornar-se um valor em nossa sociedade, consequentemente acabou por adquirir grande valor-notícia, o que é inclusive reconhecido de modo explícito pelos profissionais da área, que alegam ser esse um dos temas mais pedidos pelos seus consumidores.

O reconhecimento da forte presença da saúde nos meios de comunicação implica, por sua vez, numa problematização sobre tal fenômeno e de seus desdobramentos. O primeiro ponto a assinalar é que a mídia certamente não é um espaço "transparente" através do qual a realidade – no caso, a saúde – é falada. Ou seja, tal presença não se constitui um mero "reflexo" da importância da saúde na sociedade contemporânea, mas parte constitutiva desse deslocamento nos sentidos da saúde. Seja porque a mídia constitui-se, também, num espaço de produção discursiva sobre o mundo que se opera através da seleção, organização e transformação de fatos em acontecimentos jornalísticos, resultando na composição de um texto ao qual chamamos de "jornal" (ou outro produto midiático), mas também porque pode ser pensada como um entre os vários atores sociais já citados (especialistas, doentes, autoridades sanitárias, com toda a heterogeneidade que cada uma dessas categorias engendra) que irá disputar na construção de sentidos sobre os temas envolvidos. Certamente não se trata de um ator social no sentido homogêneo do termo, pois como qualquer prática discursiva o jornalismo não é um bloco unívoco. Ao contrário, "conjuga dinamicamente uma série de credenciais envolvidas em sua missão social, segundo racionalidades, regras, processos e atores que sustentam dispositivos e estratégias que lhes são próprios, em meio a micro e macroprocessos de negociação e disputa que configuram as condições de sua produção em cada momento histórico e contextos específicos" (CARDOSO, 2012).

Mas há, também, um segundo nível de problematização, que envolve o entendimento da mídia como um lugar cuja organização e funcionamento incidiram sobre os modos de se viver a experiência e as interações sociais na contemporaneidade. Alguns autores apontam como atualmente "a vida e as dinâmicas dos diferentes campos são atravessadas, ou mediadas, pela tarefa organizadora tecno-simbólica de novas interações realizadas pelo campo das mídias" (RODRIGUES apud FAUSTO NETO, 2008). Em sua caracterização acerca desses deslocamentos ocorridos nas sociedades, Antônio Fausto Neto refina o que ele denomina de "processualidade da 'sociedade dos meios' à 'sociedade da midiatização'" e aponta como as tecnologias e ações institucionais geraram novos processos interacionais, o que acirrou a importância dos meios e a centralidade do seu papel na análise cultural, mas "não em seu caráter de transportadores de algum sentido ou como espaços de interação entre produtores e receptores, mas como marca, modelo, matriz, racionalidade produtora e organizadora de sentido. (FAUSTO NETO, 2008:91). Diz ele:

> Na segunda (sociedade da midiatização), como consequência da intensificação e da generalização das operações midiáticas de construção de práticas de sentidos, instala-se uma nova ambiência interacional, cujas práticas sociais são atravessadas por fluxos, operações e relações técnico-discursivas, constituídas por fundamentos midiáticos que, ao encerrarem em si mesmos – em suas lógicas e operações – as transações de discursos e de interações entre atores e instituições, redesenham os vínculos sociais que passam a se reger por novas «formas de contatos». Por outras palavras, os «efeitos de poder» da «analítica da midiatização» inscrevem-se na própria organização societária, colocando-se como referência para a organização discursiva e as operações de inteligibilidade das práticas sociais. Atravessam-nas, permeando suas «políticas de sentido», tanto em situação de produção como também junto àquelas sobre as quais se assentam as possibilidades do seu reconhecimento. A midiatização institui um novo «feixe de relações», engendradas em operações sobre as quais se desenvolvem novos processos de afetações entre as instituições e os atores sociais. (FAUSTO NETO, 2008: 95-96)

Esse processo de midiatização da sociedade pode ser pensado no âmbito da experiência da saúde. Alguns exemplos podem ser ilustrativos dessa questão. Por exemplo, o ritual de constituição do indivíduo são em doente implica em processos de subjetivação que passam não apenas pela interação com o médico, mas por um circuito mais amplo que antecede e permeia essa relação. Muitas vezes sua chegada ao especialista se dá após o acesso a textos informativos de diferentes naturezas (leigos, científicos ou jornalísticos), oriundos de diferentes suportes (impressos, televisivos ou virtuais), pela familiarização com uma dada patologia através de programas televisivos ou representações cinematográficas, ou ainda através de anúncios de remédios. Isso afeta não apenas a sua autoconsciência mas também a relação que estabelecerá com o médico, uma vez que chega em alguma medida empoderado e reclassificado por outras instâncias discursivas. Já os médicos, por sua vez, têm de lidar com essa mesma lógica, seja na reconfiguração de sua autoimagem e sua atuação diante dessa nova organização de poder, seja lidando cotidianamente com as representações midiáticas sobre sua prática e valor. Deve-se levar em conta ainda os efeitos que as novas tecnologias vêm operando na sua prática, aproximando-os cotidianamente dos pacientes, pela sua onipresença disponibilizada pelas novas tecnologias, bem como pelo alargamento de seu campo de atuação mediante inovações tecnológicas e assim por diante.

Um breve exemplo desse ponto é retratado por Joseph Dumit em seu livro *Drugs for life*. Nele, o autor analisa as lógicas e o processos de construção da peça publicitária de medicamentos e destaca os mecanismos pelos quais os textos publicitários interpelam o consumidor, efetuando um processo de personalização (expõem a doença localizando-a no doente, e não como uma entidade abstrata ou científica), promovendo a identificação do consumidor em potencial com o

personagem retratado e enfatizando a lógica do risco. Ou seja, mesmo que o indivíduo não tenha (aparentemente) a doença, ela pode estar presente de forma silenciosa. Há portanto um convite para que se vá ao médico investigar, mas isso ocorre já munido de uma "orientação" sobre sintomas e tratamentos (o remédio em questão). O convite é aparentemente para que se recorra à autoridade médica, mas isso se dá já imerso em um processo que lhe antecedeu, no qual o autodiagnostico já ocorreu (DUMIT, 2012).

Essa interrelação entre a experiência da doença e a mídia pode ser pensada em outros contextos. Por exemplo, quando se pensa sobre o câncer, uma das doenças de maior incidência epidemiológica na contemporaneidade e de grande visibilidade midiática, essas questões adquirem especial relevo. Trata-se de uma doença bastante perpassada pela lógica do risco. Todos somos doentes em potencial, devemos modificar nossos hábitos e rotinas para dele escapar (evitar a exposição ao sol, não fumar, realizar exames periódicos). A cobertura midiática sobre câncer é recorrente ao apontar as possibilidade e probabilidades de seus tratamentos e cura, através da divulgação de pesquisas científicas e dos fatores (e dos grupos) de risco. Através das notícias se organizam e ressignificam as verdades científicas, proporcionando aos seus consumidores subsídios para seu autodiagnóstico. Essa relação se torna ainda mais intensa na medida em que vem ocorrendo, como alguns autores apontam, um processo de individualização das notícias.

Proliferam as matérias sobre o cuidado, localizando os temas da saúde cada vez mais à vida rotineira das pessoas. Embora a dimensão política ainda se faça presente, em especial nos debates sobre o sistema público de saúde, o que se observa é o crescimento de matérias sobre os cuidados individuais. Trata-se cada vez menos de um problema de saúde coletiva, e cada vez mais uma discussão no âmbito das vidas privadas, voltadas à interioridade e saúde do indivíduo.

Essa dimensão individualizante se faz presente tanto do ponto de vista do conteúdos, mas também nas estratégias discursivas. Cada vez mais são convocados indivíduos comuns para falarem de sua experiência pessoal sobre a saúde. Mesmo quando aparecem celebridades, muitas vezes elas aparecem a partir de uma lógica privada. A experiência pessoal tornou-se uma forma de dar sentido à vivência da doença. Assim, o sofrimento e outras emoções tomam relevo. Não se trata apenas de uma doença que envolve uma experiência limite, mas muitas vezes esta é privilegiada nas narrativas sobre o evento. Isso certamente se insere no contexto do individualismo moderno, onde a noção de biográfico é fundamental e se constitui uma via de entendimento do mundo (VELHO, 1988; DUMONT, 1992).

O surgimento das narrativas biográficas se dá, portanto, na medida em que observamos a preponderância do indivíduo como valor. Daí é possível entender a crescente importância dada à narração de histórias que o tomam como eixo central. Como nos lembra Gilberto Velho,

> Nas sociedades onde predominam as ideologias individualistas, a noção de biografia, por conseguinte, é fundamental. A trajetória do indivíduo passa a ter um significado crucial não mais contido, mas constituidor da sociedade. É a progressiva ascensão do indivíduo psicológico, que passa a ser medida de todas as coisas. (...) Carreira, biografia e trajetória constituem noções que fazem sentido a partir da eleição lenta e progressiva que transforma o indivíduo biológico em valor básico da sociedade ocidental moderna (VELHO, 1994:100).

O interesse pelo biográfico nos remete a uma outra questão, ligada aos novos arranjos entre as esferas do público e privado, nos quais o espaço da intimidade passa a ser pensado como um espaço mais "autêntico" e "legítimo". Entre vários autores que abordam esta questão, MacCannel argumenta que esta divisão sustentaria as crenças do senso comum entre uma suposta verdade da intimidade, que seria moralmente superior à racionalidade e distância das relações sociais. Os bastidores seriam mais "verdadeiros", "mais reais" (contraposto à "mistificação" da região "de frente") e partilhar desta esfera promoveria um efeito positivo de aproximação promovendo a coesão social. A narrativa sobre a experiência da doença se dá "de dentro", a partir das emoções e dor daqueles personagens, e daí o relato tem ainda mais força. Na exposição do sofrimento e na recomposição da vida promove-se a empatia com o outro, criam-se as condições de aproximação, fortalecendo os laços sociais na medida em que o outro, um desconhecido, torna-se um pouco mais "familiar".

As narrativas biográficas sobre doença proliferam na mídia e se dão a partir de diferentes gêneros e perspectivas. Testemunhos, confissões, acusação, denúncia, superação são algumas das possibilidades narrativas nas quais o biográfico aparece. Isso é potencializado não apenas pelo viés da experiência da doença, mas também pela própria mídia. John Peters chama a atenção ao que o autor denomina de *testemunho na mídia*. Os meios de comunicação de massa não apenas nos transformam em espectadores do sofrimento alheio (*eyewitness*), mas também assistimos os atores sociais que os protagonizaram relatando sua experiência de sofrimento (*to bear witness*). Vários são os exemplos, tanto no jornal impresso, telejornal, documentários, Internet e inúmeras iniciativas de memória nas quais os relatos biográficos são o eixo condutor da narrativa sobre o

passado[3]. Nesse sentido, os meios de comunicação representam uma importante arena onde esses relatos emergem e disputam credibilidade e persuasão. Sofrimento, testemunho e mídia são, portanto, elementos muito próximos no contexto contemporâneo.

Essas são algumas possibilidades iniciais para se pensar as relações entre doença, mídia e processos de subjetivação. Essas questões se colocam em um momento de reconfiguração no qual mídia, doença, médicos, pacientes e tecnologias estabelecem intensas e complexas interrelações, constituindo-se um campo fecundo a ser investigado.

Bibliografia

CARDOSO, J. Entre Vítimas e Cidadãos: risco, sofrimento e política nas narrativas do JN sobre as epidemias de dengue. Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação e Comunicação e Cultura, da Escola de Comunicação da UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.

CASTIEL, L. D. "Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso". In: Roberto Passos Nogueira. (Org.) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. 1ed.Rio de Janeiro: CEBES, 2010, v. 1, p. 161-179.

CONRAD, P. "Medicalization and social control". **Annu. Rev. Sociol**. 1992 18:209-32.

DUARTE, L.F.D. e LEAL, O. F. "Introdução". In: **Doença, sofrimento e perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

DUMIT, J. **Drugs for Life:** How Pharmaceutical Companies Define Our Health. Durham, Duke University Press, 2012.

DUMONT, L. **Homo Hierarchicus**: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: EDUSP, 1992.

FAUSTO NETO, A. "Fragmentos de uma "analítica. da midiatização". **MATRIZes** , n. 2, abril 2008, p. 89-105.

FERRAZ, L. M. R. ; LERNER, K. "Análise do processo de enquadramento na construção midiática de doença". **RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (Edição em Português. Online), v. 6, p. 22, 2012.

[3] Realizei nos últimos anos diversos trabalhos sobre o tema, como a análise sobre o Instituto Fundação Shoah, criado em 1994 para registrar em vídeo testemunhos de sobreviventes do Holocausto, hoje abrigado na *University of Southern Califórnia* e que disponibiliza total ou parcialmente sua coleção em museus, universidades, exposições temporárias, filmes etc. (LERNER, 2004), bem como trabalho sobre relatos autobiográficos nos jornais cariocas na cobertura da Influenza H1N1 em 2009 (LERNER e SACRAMENTO, 2011). Ver também outras reflexões, como a tese de doutorado de Janine Cardoso sobre dengue no Jornal Nacional (CARDOSO, 2012), entre outros.

KROPF, S. "Conhecimento médico e construção social das doenças: algumas questões conceituais". In: KREIMER, P.; THOMAS, H. (Orgs). **Producción y uso social de conocimientos. Estudios de sociologia de la ciencia y la tecnologia em América Latina**. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2004, p. 103-125.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC. 1996.

LERNER, K. e SACRAMENTO, I. "O espaço autobiográfico na enunciação jornalística: uma análise dos relatos pessoais da experiência com a Infuenza H1N1". Trabalho apresentado no XXXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Recife, 2011.
___ e GRADELLA, P.A. "Mídia e pandemia: Os sentidos do medo na cobertura de Influenza H1N1 nos jornais cariocas". **Eco (UFRJ)**, v. 14, p. 33-54, 2011.
__ e SACRAMENTO, I. "Ambivalências do risco: a produção da confiança e da desconfiança na cobertura de O Estado de S. Paulo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza H1N1". **Tempo Brasileiro**, v. 188, p. 39-60, 2012.
___. "Memória, mídia e narrativas de sofrimento". In: RIBEIRO, A.P.; HERSCHAMNN, M. e FREIRE FILHO, J. **Entretenimento, felicidade e memória: forças moventes do contemporâneo**. São Paulo, Ed. Anadarco, 2012a.
___. "Mídia e saúde: a experiência dos observatórios". Apresentação no XII Encontro de Saúde Coletiva, Porto Alegre, novembro de 2012b.

MACCANNELL, Dean. "Staged authenticity" In: **The tourist: a new theory of the leisure class**, Schocken Books, 1976, pp.91-108

PETERS, J. D. "Witnessing." **Media, Cultura & Society**. Vol 23, pp. 707- 723, 2001.

ROSENBERG, C. "The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience". **The Milbank Quarterly**, 80(2):237-260, 2002.

VAZ, P., POMBO, M., FANTINATO, M., PECLY, G. "O fator de risco na mídia". **Interface** (Botucatu) [serial on the Internet]. 2007, 11(21): 145-153.
___ e CARDOSO, J.M. "A epidemia da dengue como questão política: risco e sofrimento no Jornal Nacional em 2008", trabalho apresentado no XX Encontro de Comunicação da COMPÓS: Porto Alegre /RS no GT Comunicação e Política, 2011.
___ e PORTUGAL, D. "A nova „boa-nova.: marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista brasileira Veja. **Comunicação, mídia e consumo**. São Paulo, ano 9, vol.9, n.26 p. 37-60, nov. 2012.

VELHO, G. "Memória, identidade e projeto - uma visão antropológica". **Revista Tempo Brasileiro**, n. 95. Rio de Janeiro: pp. 119-126, out.-dez., 1988.

WELCH, G., SCHWARTZ, L. e WOLOSHIN, S. "What.s Making Us Sick Is an Epidemic of Diagnoses". **New York Times**, Jan 2, 2007.

YOUNG, A. "The self-traumatized perpetrator as a transient mental illness". **L'évolution psychiatrique**, v. 67, n. 4, pp. 630-650,oct-dec 2002.