

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

RITA RANGEL DE SOUZA MACHADO

O DISCURSO SOBRE O CÂNCER:
o corpo e o feminino nos cartazes de campanhas educativas do Inca

Niterói/RJ

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE LINGUAGEM

O DISCURSO SOBRE O CÂNCER:
o corpo e o feminino nos cartazes de campanhas educativas do Inca

Rita Rangel de Souza Machado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos da Linguagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Linguística.

Orientadora: Silmara Cristina Dela da Silva

Niterói/RJ
Julho de 2025

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M149d Machado, Rita Rangel de Souza
O DISCURSO SOBRE O CÂNCER : o corpo e o feminino nos
cartazes de campanhas educativas do Inca / Rita Rangel de
Souza Machado. - 2025.
252 f.

Orientador: Silmara Cristina Dela Da Silva.
Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Instituto
de Letras, Niterói, 2025.

1. Análise do discurso. 2. Neoplasia. 3. Propaganda. 4.
Mulher. 5. Produção intelectual. I. Dela Da Silva, Silmara
Cristina, orientador. II. Universidade Federal Fluminense.
Instituto de Letras. III. Título.

CDD - XXX

RITA RANGEL DE SOUZA MACHADO

**O DISCURSO SOBRE O CÂNCER:
uma análise de cartazes de campanhas educativas no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos da Linguagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Linguística.

Linha 2: teorias do texto, do discurso e da tradução.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silmara Cristina Dela da Silva — Universidade Federal Fluminense (UFF)
Orientadora

Profa. Dra. Bethania Sampaio Corrêa Mariani — Universidade Federal Fluminense
(UFF)

Profa. Dra. Dantielli Assumpção Garcia — Universidade Estadual do Oeste do Paraná
(Unioeste)

Profa. Dra. Fernanda Luzia Lunkes — Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Prof. Dr. Fernando Lopes Tavares de Lima — Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan)/ Instituto Nacional de Câncer (Inca)

SUPLENTES

Prof. Dr. Phellipe Marcel da Silva Esteves — Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Ceres Ferreira Carneiro — Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj)

Dedico este trabalho ao meu pai, Levi Alves Machado, que, levado pela covid-19, sequer pôde me ver aprovada no doutorado. Ele estaria muito orgulhoso.

Dedico à minha mãe, Angela Rangel de Souza Machado, que, diante da vida, do câncer e do Parkinson, nunca perdeu o sorriso.

E dedico a todas as mulheres, cujos corpos resistem.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Senhor Supremo, meu refúgio e fortaleza, socorro bem presente na tribulação, cuja palavra é lâmpada para os meus pés e luz para os meus caminhos.

Agradeço à professora Silmara Cristina Dela da Silva, cujo processo de orientação é processo de aprendizado. Agradeço, além de toda a ajuda, sem a qual este trabalho não seria possível, pela paciência com minha personalidade um tanto dramática.

Agradeço às professoras Bethania Mariani, Fernanda Luzia Lunkes e Dantielli Assumpção Garcia e ao professor Fernando Lopes Tavares Lima, que aceitaram o desafio de contribuir com este trabalho. Obrigada pela leitura e pela enorme honra.

Agradeço aos professores e funcionários da Universidade Federal Fluminense, que desempenham suas funções com excelência, cordialidade e presteza.

Agradeço ao meu grande amigo Luiz Paulo Labrego de Matos, que um dia, lá pelo ano de 2016, me disse: “e se você pesquisasse as campanhas do Inca no doutorado?”. Anos depois, a semente plantada germinou projeto, cresceu tese. Obrigada de verdade amigo, você foi e é fundamental.

Agradeço à Débora de Castro Barros, que realizou a árdua tarefa de revisar este trabalho, e à Juliana Moreira, que, junto com a Débora, normalizou as referências.

Agradeço às colegas de orientação Beatriz Paragó e Raquel Magalhães pelas trocas em sala de aula e pelo feminismo que nos atravessa.

Agradeço aos meus colegas do Inca, que souberam lidar com minha ausência, principalmente na fase final da tese, e, desde o início, foram de grande incentivo nesse processo: Caroline Santos, Christine Dieguez, Débora de Castro Barros, Juliana Moreira, Maria Cecília Pachá, Mariana Acorse e Mariana Teles. Agradeço também ao Mário Jorge Sobral e à Patrícia Reis, que, dentro do Inca, acreditaram em mim e sempre me dispensaram confiança e afeto.

Agradeço à minha amiga Greicy Kelly dos Santos, cuja fé foi e é sempre força que me impulsiona na vida.

Agradeço à minha amiga Vanessa Gonçalves, que me acompanha desde o mestrado, acredita em mim, me alimenta com beleza, música e poesia, e sempre está por perto, mesmo que virtualmente, sem nunca soltar minha mão.

Agradeço à Raquel Danieli Mota, amiga que o doutorado me deu, que, além de ser uma enciclopédia viva, sendo meu socorro ao longo do doutorado, é também referência bibliográfica, com seu trabalho feminista, antirracista e interseccional. Sem você, esta tese não seria possível.

Agradeço à minha amiga, parceira, companheira de vida, Mariana Vieira Domingues, que, em 2020, me convidou para “tentar o doutorado esse ano e passar no ano que vem” e que trilhou comigo, desde 2021, essa jornada que é o doutoramento. Desde a faculdade, em 2002, temos caminhado juntas e, se não fosse por ela, eu sequer teria entrado no doutorado. Ela é inspiração, força, apoio, abrigo, abraços, ouvidos. Obrigada, minha amiga, por tudo, e por Inácio, que chega enchendo minha vida de alegria! Por ele, vamos juntas lutar por um mundo mais justo. Esta tese também é por você e para você.

Agradeço aos meus maravilhosos sobrinhos, Francisco Abrunhosa Machado, Ernesto Abrunhosa Machado, Martin Abrunhosa Machado, Ravi Amorim Machado e Rael Amorim Machado. A existência de vocês no mundo torna minha vida mais feliz e reforça o meu senso de justiça. É por vocês, pelo futuro, que continuo a lutar sem esmorecer.

Agradeço ao meu pai, Levi Alves Machado. Quase posso ouvir a sua voz cheia de orgulho me parabenizando pelo meu trabalho. Sinto falta da presença dele todos os dias, mas seus valores e sua fé continuam comigo, moldando-me e incentivando-me a seguir em frente, a ser corajosa e a nunca desistir.

Agradeço à minha mãe, Angela Rangel de Souza Machado. Neste momento, me faltam até as palavras. Sem falar em feminismo, ela me ensinou a ser insubmissa, independente, amorosa e grata. Ela é exemplo de vida, de fé, de luta, de força, de resiliência e de alegria, mesmo na dor, mesmo nas dificuldades. Ela me faz feliz. Ela me faz querer a vida, que é mais forte do que morte! Obrigada pela vida, pelo exemplo, pelas orações, por tudo, eu amo você!

Agradeço ao Eduardo Melo Lemos, meu amor, meu marido, meu amigo, meu parceiro. Desde o primeiro dia em que a ideia do doutorado surgiu, ele me incentivou, ouviu, apoiou, abraçou e amou, nunca soltou a minha mão, sempre esteve ao meu lado. A caminhada é mais bonita com você. Obrigada por tudo.

VOLTA DA VIDA

*Quero acordar o som adormecido em mim
Quero que brote o resto de semente da poesia enterrada.
Som e poesia bailando nos ares da vida ressuscitada
Serão música solfejada, tocada, cantada
Vibrando em todos os cantos amassados e sofridos.
Música, que será bálsamo regando as feridas expostas,
Restaurando as necroses deixadas pelas dores.
Dores tantas das mortes morridas nas dores das mentiras,
Dos sustos,
Das paixões traídas.
Quero que virem cinzas todas as dores, todos os gritos abafados.
Que sejam levados para o fundo do oceano
E destruídos pela violência das ondas em dia de tempestade.
Quero a volta da poesia, da música, do riso.
Vou arrancar de volta aquele riso que deixei abafado.
Quero mesmo a gargalhada escancarada,
Sem importar se é ou não convencional.
Quero o riso, a música, o poema mais forte que a tempestade
**Porque quero a vida
Que é mais forte que a morte.***

ANGELA RANGEL DE SOUZA MACHADO

SE DEPENDESSE DE MIM

*Se dependesse de mim acabaria com a dor
Decretaria o sorriso, decretaria o amor
Uma lei pra ternura, outra lei pra alegria
Todo mundo cantando num mundo de cortesia*

*Se dependesse de mim derreteria os canhões
Desarmaria as bombas que afligem os corações
De cada arma uma flor, de cada bala um abraço
E uma canção bonita atravessando o espaço*

*Se dependesse de mim a fome acabaria
Com um prato saudável na mesa de todo dia
Acabaria esse medo que cada um tem do outro
Numa brisa suave o riso correndo solto*

LEVI ALVES MACHADO

RESUMO

Esta pesquisa localiza-se no quadro teórico-metodológico da Análise de Discurso de base materialista fundada por Pêcheux e instaurada no Brasil por Orlandi. Tem como foco a análise do discurso sobre o câncer nos cartazes de campanhas educativas produzidas pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) e seus órgãos precursores desde a década de 1940 até os dias atuais, e tem como objetivo compreender os modos como se produz o efeito de sentidos sobre a doença nesses cartazes, observando como se dão as transformações, as regularidades e os sentidos estabilizados sobre o câncer ao longo do tempo. Para a construção do arquivo de pesquisa, foram consultadas inúmeras publicações e exposições institucionais, o portal do Inca e a página do projeto *História do Câncer*, promovido pela Casa de Oswaldo Cruz (COC), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esse levantamento resultou em um arquivo contendo 140 cartazes de campanhas educativas produzidos pelo Inca desde 1940 até o ano de 2024. A partir desse arquivo, foi construído o corpus de pesquisa. No processo de leitura do arquivo, a convocação do corpo feminino para simbolizar o câncer foi uma regularidade ao longo das décadas e figurou como critério para a delimitação do corpus, constituído por sete cartazes, um para cada década (1940-1950; 1970; 1980; 1990; 2000; 2010; 2020). As análises mostram o funcionamento de uma memória discursiva sobre a mulher e o feminino em uma formação discursiva patriarcal, que delimita o que pode e deve ser dito sobre o sujeito mulher e atribui a esse sujeito sentidos de cuidado, amor e responsabilidade sobre os processos de saúde e adoecimento; apontam também para o funcionamento da ideologia na formação social capitalista e patriarcal, na qual a mulher exerce papel fundamental, ao (re)produzir e manter, de modo gratuito, a força de trabalho, e que, para tal, é demandada a estar em um lugar de subalternidade e silenciamento. A ideologia produz o efeito de evidência de que essas são tarefas naturais da mulher, que as executa com amor. Quando “ganha voz”, o discurso da mulher é mobilizado a partir do discurso institucional sobre o câncer, que convoca outras mulheres ao cuidado e à preservação da vida. As ações educativas realizadas pelo Inca por meio de campanhas provocam rupturas com um silenciamento da doença, cujo nome muitas vezes sequer é pronunciado, e inscreve novos sentidos, como vida e sobrevivência, na memória discursiva. Contudo, tais ações não se dão fora das condições de produção de uma formação social capitalista e patriarcal e de uma formação discursiva patriarcal. O discurso sobre o câncer funciona mobilizando sentidos de prevenção, autocuidado, sobrevivência, vida, mas também sentidos estabilizados sobre o feminino, silenciando o adoecimento, o sofrimento, a dor e a morte, que ainda assim funcionam no discurso.

Palavras-chave: Análise de Discurso; Câncer; Propaganda; Corpo discursivo; Feminino.

ABSTRACT

This research is situated within the theoretical and methodological framework of Discourse Analysis based on materialist foundations, developed by Michel Pêcheux and established in Brazil by Eni Orlandi. It focuses on the analysis of discourse about cancer in educational campaign posters produced by the Brazilian National Cancer Institute (Inca) and its precursor institutions, from the 1940s to the present day. The aim is to understand how meaning effects about the disease are produced in these posters, observing how transformations, regularities, and stabilized meanings regarding cancer are constructed over time. To build the research archive, numerous publications and institutional exhibitions were consulted, along with the Inca website and the webpage of the *História do Câncer* project, promoted by Casa de Oswaldo Cruz (COC) of the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz). This survey resulted in an archive containing 140 educational campaign posters produced by Inca from 1940 to 2024. From this archive, the research corpus was constructed. During the reading process, the recurrent use of the female body to symbolize cancer emerged as a constant over the decades and was adopted as the main criterion for corpus selection, which consists of seven posters, one from each decade (1940-1950; 1970; 1980; 1990; 2000; 2010; 2020). The analyses reveal how a discursive memory about women and the feminine operates within a patriarchal discursive formation that defines what can and should be said about the female subject, assigning to this subject meanings of care, love, and responsibility over processes of health and illness. They also point to how ideology functions within the capitalist and patriarchal social formation, in which women play a fundamental role by (re)producing and maintaining the labor force gratuitously—a role that requires women to occupy a place of subalternity and silencing. Ideology produces the effect of evidence that these are natural tasks for women, performed out of love. When the female subject “gains a voice”, her discourse is mobilized through the institutional discourse about cancer, which calls upon other women to engage in care and the preservation of life. The educational actions carried out by Inca through these campaigns disrupt a historical silencing of the disease—whose name is often left unspoken—and inscribe new meanings, such as life and survival, into discursive memory. However, these actions occur within the production conditions of a capitalist and patriarchal social formation and a patriarchal discursive formation. The discourse about cancer operates by mobilizing meanings related to prevention, self-care, survival, and life, but also reinforces stabilized meanings about femininity, while silencing illness, suffering, pain, and death, which nonetheless continue to function within the discourse.

Keywords: Discourse Analysis; Cancer; Advertising; Discursive Body; Femininity.

LISTA DE SIGLAS

ACS	American Cancer Society
Afubra	Associação dos Fumicultores do Brasil
AIE	Aparelhos ideológicos de Estado
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCC	American Society for the Control of Cancer
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CQCT/OMS	Convenção-quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco
CRFB/1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DEF	Dispositivos eletrônicos de fumar
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HPV	Papilomavírus humano
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
Inca	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com deficiência
PNCF	Programa Nacional de Combate ao Fumo
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SD	Sequência discursiva
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde

UFF	Universidade Federal Fluminense
VIII CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde
WFA	Women's Field Army

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 —	Cartaz de campanha educativa sobre atividade física.....	41
Figura 2 —	Cartaz do dia mundial sem tabaco de 2019.....	64
Figura 3 —	Cartazes de campanhas educativas das décadas de 1930 e 1940 da Women’s Field Army.....	73
Figura 4 —	Cartazes de campanhas educativas contra o câncer da década de 1940.....	74
Figura 5 —	Exposição volante de cartazes de campanhas educativas sobre o câncer.....	75
Figura 6 —	Cartaz das Pioneiras Sociais da década de 1970.....	78
Figura 7 —	Cartazes em parceria com Ziraldo da década de 1980.....	80
Figura 8 —	Cartazes de ações educativas da década de 1990.....	82
Figura 9 —	Cartaz do cartunista Ziraldo para o <i>Programa Saber Saúde</i>	84
Figura 10 —	Campanhas antitabaco da década de 2010.....	85
Figura 11 —	Campanhas educativas com personalidades conhecidas da década de 2020.....	89
Figura 12 —	Cartazes de campanhas educativas sobre o câncer que compõem o corpus da pesquisa.....	99
Figura 13 —	Campanhas educativas contra o câncer da década de 1940.....	106
Figura 14 —	Estátua da Liberdade.....	107
Figura 15 —	Campanha nacional contra o câncer das décadas de 1940-1950..	109
Figura 16 —	<i>Une leçon clinique à la Salpêtrière</i> — André Brouillet, 1887.....	112
Figura 17 —	Campanha educativa sobre câncer da década de 1970.....	116
Figura 18 —	Unidades volantes de exame de Papanicolaou.....	117
Figura 19 —	<i>Vênus de Milo</i>	122
Figura 20 —	Pinturas de Vênus admirando sua imagem, sua beleza no espelho.....	124
Figura 21 —	Cartaz de campanha educativa da década de 1980.....	129
Figura 22 —	Capas de revistas dos anos 1980.....	131
Figura 23 —	Cartazes sobre o câncer do colo do útero da década de 1990.....	135
Figura 24 —	Cartaz da década de 1990 sobre o câncer de mama.....	136

Figura 25 —	Capas de revistas masculinas dos anos 1990.....	141
Figura 26 —	Cartaz de campanha do programa <i>Viva Mulher</i> lançado pelo Ministério da Saúde, mas reprovado pelo Inca.....	144
Figura 27 —	Cartaz da década de 2000.....	145
Figura 28 —	Cartaz sobre prevenção de doenças relacionadas ao sexo do <i>Programa Saber Saúde</i> , da década de 2000.....	147
Figura 29 —	Cartazes representando diversidade de raça, idade e corpos.....	153
Figura 30 —	Cartazes da década de 2010 com a presença de imagens de homens e de criança.....	154
Figura 31 —	Cartaz da década de 2010.....	155
Figura 32 —	Campanhas de 2020, nos cenários pré-pandêmico e pandêmico.	164
Figura 33 —	<i>Card</i> do Dia Mundial do Câncer de 2022 ilustrando a diversidade.....	165
Figura 34 —	Campanhas do Outubro Rosa de 2024 — mulher: seu corpo, sua vida.....	166
Figura 35 —	Cartaz da década de 2020.....	167
Figura 36 —	Campanhas de conscientização sobre o câncer de mama da Breast Cancer Care.....	183

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 NOÇÕES BASILARES EM ANÁLISE DE DISCURSO DE BASE MATERIALISTA.....	24
2.1 DISCURSO, SENTIDOS E SUJEITO.....	24
2.2 FORMAÇÕES IMAGINÁRIAS E POSIÇÃO-SUJEITO DO DISCURSO — QUEM SOU EU PARA LHE FALAR ASSIM?.....	28
2.3 APARELHOS IDEOLÓGICOS DE ESTADO, FORMAÇÕES IDEOLÓGICAS E FORMAÇÕES DISCURSIVAS — O FUNCIONAMENTO DA IDEOLOGIA.....	31
2.4 INTERDISCURSO, PRÉ-CONSTRUÍDO, ARTICULAÇÃO — O PAPEL DA MEMÓRIA.....	42
3 O CÂNCER COMO DISCURSIVIDADE — O REAL, O IMAGINÁRIO E O SIMBÓLICO.....	46
3.1 SOBRE SAÚDE, DOENÇA E DIAGNÓSTICO.....	46
3.2 O CÂNCER É DA ORDEM DO REAL.....	50
3.3 ESTRUTURA E ACONTECIMENTO.....	53
3.4 O DISCURSO SOBRE CÂNCER — O CÂNCER EM DISCURSO.....	57
4 ACHADOS E SILENCIADOS — DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO, DO ARQUIVO E DO CORPUS.....	67
4.1 CAMPANHAS EDUCATIVAS — FOI PROPAGANDA MESMO QUE EU DISSE..	67
4.2 DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS CARTAZES DE CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE O CÂNCER.....	69
4.3 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO ARQUIVO.....	90
4.4 DO ARQUIVO AO <i>CORPUS</i> : CRITÉRIOS DE CONSTITUIÇÃO DO CORPUS DISCURSIVO.....	97
5 GESTOS DE LEITURA — EFEITOS DE SENTIDO NOS CARTAZES DE CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE O CÂNCER.....	101
5.1 <i>CORPOEDISCURSO</i>	101
5.2 O FEMININO NA FORMAÇÃO DISCURSIVA PATRIARCAL.....	102
5.3 DÉCADAS DE 1940-1950 — LUTAI CONTRA O CÂNCER.....	105

5.4	DÉCADA DE 1970 — SEU MAIOR INIMIGO.....	115
5.5	DÉCADA DE 1980 — A CURA PODE ESTAR EM SUAS MÃOS.....	127
5.6	DÉCADA DE 1990 — UM TOQUE DE CARINHO.....	135
5.7	DÉCADA DE 2000 — TÁ NA MODA USAR CAMISINHA.....	143
5.8	DÉCADA DE 2010 — CUIDADO COM O NOSSO CORPO.....	152
5.9	DÉCADA DE 2020 — SEU CORPO, SUA VIDA.....	163
5.10	POR UM EFEITO DE REFLEXÃO.....	172
6	POR UM EFEITO DE FECHO.....	177
	REFERÊNCIAS.....	185
	APÊNDICE — QUADRO-RESUMO DOS ACHADOS DO ARQUIVO.....	199
	ANEXO — O ARQUIVO.....	208

APRESENTAÇÃO

Utilizo-me da primeira pessoa neste espaço para apresentar minha trajetória que me fez chegar a esta tese. No ano de 2010, fui aprovada no concurso público do Instituto Nacional de Câncer (Inca) e, em maio de 2011, tomei posse e entrei em exercício. Para uma profissional das Letras, cuja experiência profissional era toda em sala de aula, entrar em uma instituição de saúde foi um choque, uma mudança completa de paradigmas. O Inca tem uma pequena editora, que publica materiais técnico-científicos e educacionais na área da saúde, principalmente sobre câncer, e, desde 2011, exerço a função de revisora desses materiais.

Não posso dizer que esse foi meu primeiro contato com o câncer, nem com o Inca. Não mesmo. Minha mãe já havia sido diagnosticada com um câncer de mama e fez o tratamento de radioterapia no Inca. Meu pai teve câncer de pele e fez todo o tratamento, incluindo sua cirurgia, nesse Instituto que viria a ser o meu local de trabalho. Mesmo sendo uma profissional de outra área, eu acabei desenvolvendo curiosidade e interesse sobre os campos da saúde e do câncer.

E assim nasce a inquietação da profissional das Letras — estrangeira migrante tentando aprender uma nova língua — no pensar sobre a saúde. Não caberia a mim pensar novos tratamentos, descobrir novos fatores de risco ou descrever os aspectos fisiopatológicos de um tumor. Essa é tarefa para os profissionais da saúde. Para mim, a inquietação era, e continua sendo, os sentidos que envolvem o câncer: os ditos e aqueles silenciados, os aparentemente transparentes (“escolha a saúde”), que sempre podem ser outros (saúde é uma mera escolha?). Diante de muitas perguntas, resolvi pensar o câncer do ponto de vista discursivo. Mas como? Onde?

Na pós-graduação em *Gêneros Textuais e Interação*, que cursei na extinta Universidade Plínio Leite, entre 2009 e 2010, tive um leve contato com as teorias do discurso de base materialista, principalmente a partir da leitura de textos de Eni Orlandi. Foi paixão à primeira vista, dessas que a gente nem entende, mas ama mesmo assim. Quando resolvi cursar o mestrado, queria pensar o câncer discursivamente, era isso que me motivava, mesmo que eu não soubesse bem o que era “pensar discursivamente”. Assim, agarrei-me a Orlandi e fui. Fui para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), maior fundação federal de saúde do Brasil, instituição pública de excelência, reconhecida em todo o mundo. No Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em

Saúde (Icict) da Fiocruz, havia o programa de pós-graduação que poderia acolher meus anseios, já que contava com duas professoras que discutiam discurso em saúde. Em 2013, fiz o processo seletivo e fui aprovada, acreditando que os discursos sobre o câncer, como morte, sofrimento e tristeza, poderiam ser outros, como vida, superação, alegria. Como se deparar com o real (Pêcheux, 2015b [1983]) não é algo que se espera, mas que é impossível que seja de outro modo, estava tentando estudar a produção de sentidos sobre o câncer, e, no momento do meu processo seletivo, projeto escrito, prova feita, entrevista realizada, minha mãe recebe o segundo diagnóstico de câncer de mama. Será que realmente existiam sentidos outros?

Nesse momento, eu ainda estava muito crua nos estudos discursivos e, hoje, olhando para trás, vejo que apenas tangenciei a Análise de Discurso (e talvez ainda esteja tangenciando). Infelizmente, não foi possível ser orientada pelas professoras que pensavam o discurso, então minhas leituras foram bastante limitadas nesse sentido. Mas eu estava agarrada a Orlandi e não conseguia soltá-la mais, então tentei me aproximar da Análise de Discurso da maneira que me foi possível. Tenho plena consciência de que não foi o suficiente. Hoje, no doutorado da Universidade Federal Fluminense (UFF), percebo o quanto ainda ignoro e a enormidade da minha ignorância sobre Análise de Discurso no passado. Estou apenas dando os primeiros passos nessa teoria, mas, acredito, já consigo ao menos me deslocar rumo à opacidade dos sentidos. Minha dissertação versava sobre discursos produzidos em um grupo de apoio para pacientes com câncer. Na Associação dos Amigos da Mama de Niterói (Adama), fui acolhida e pude escutar as mulheres, suas histórias, suas alegrias, suas tristezas. Acredito que minha dissertação tenha sido sobre uma escuta e sobre contar essas histórias, tentando entendê-las para além do que estava posto.

Defendi minha dissertação em 2016 e fiquei esperando, esperando o momento em que as inquietações falariam comigo e, ao mesmo tempo, eu estivesse preparada para prosseguir. Ainda em 2016, um querido amigo e companheiro de baia, cafés e ideias sugeriu que eu estudasse os cartazes das campanhas produzidas pelo Inca. Ideias são sementes, e essa foi plantada. O ano era 2020 e, em plena pandemia de covid-19, com um grande incentivo da minha companheira das Letras e da vida, Mariana Vieira Domingues, chegou o momento de tentar. Escrevemos os projetos, lemos o projeto uma da outra, fizemos a inscrição no processo seletivo e começamos a estudar para a prova, cada uma individualmente, obviamente, porque encontros estavam interditados. Não seria sem real dessa vez. Enquanto estudava, meu pai contraiu covid-19 e foi internado. No dia da prova, ele tinha tido uma pequena melhora. Não chegou a saber que estava

concorrendo, nem que passei na prova, pois estava intubado. Quinze dias antes da entrevista, ele partiu. E eu fui aprovada.

Os quatro anos (e meio) desse processo de doutoramento me trouxeram muitas coisas: um aprendizado intenso, oportunidade de ouvir lendas da Análise do Discurso, de estudar e aprender com pessoas geniais, as quais admiro muito e cujas capacidades me inspiram, apesar de eu estar ainda distante delas. Aqui é o ponto em que me encontro. Depois de seis disciplinas de Análise de Discurso, ainda tento me apropriar de uma complexa, sutil, variada e profunda teoria para pensar a discursividade sobre câncer. Parto da seguinte pergunta motivadora: como se constroem discursos sobre o câncer? Diante dos mais variados caminhos aos quais tal pergunta pode levar, nasceu o desejo de pensar sobre o que dizem e silenciam os cartazes de campanhas educativas de prevenção e controle do câncer promovidas pelo Inca. Dizem que a tese é que dita os seus caminhos, e acredito plenamente nessa afirmativa. Este trabalho, que era sobre o câncer, tornou-se também um trabalho sobre as mulheres, o feminino e o modo como nossos corpos são convocados a simbolizar. Também é sobre o que se espera das mulheres em uma formação social patriarcal e capitalista e sobre o adoecimento das mulheres por câncer. E também é sobre mim, um pouco, pois sou mulher nessa mesma sociedade e tenho no câncer meu objeto de trabalho e de pesquisa. O discurso não é neutro, e esta tese também não. Ela expressa o desejo de resistência e de mudança, do fim do patriarcado e da exploração pelo capital. Que cada passo que dermos seja para construir uma sociedade mais justa, com mulheres verdadeiramente livres.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa está localizada teoricamente no campo da Análise de Discurso de base materialista, que surge na França, nos anos 1960, a partir dos trabalhos de Michel Pêcheux, e que é amplamente difundida no Brasil a partir da obra de Eni Orlandi. A Análise de Discurso é considerada um campo do conhecimento de entremeio, pois se estabelece na articulação da linguística, do materialismo histórico e da teoria do discurso, atravessados pela psicanálise, como afirma Pêcheux (2014c [1975]).

Lançando um olhar sobre a língua, a Análise de Discurso diferencia-se de outras disciplinas do campo da linguística por não tratar da língua em si, da gramática ou de outros recortes da linguística; o que interessa à Análise de Discurso é o discurso, entendido por Pêcheux (2014a [1969]) como um efeito de sentidos entre interlocutores. Efeito, e não sentido, porque, para a Análise de Discurso, existem múltiplos sentidos possíveis, e não “o” sentido. Conforme afirma Orlandi (2013b, p. 15): “O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso, observa-se o homem falando”. A Análise de Discurso, portanto, diferencia-se das demais práticas de estudo da língua porque não tem como objeto a língua estática, os exemplos falsos, a norma; ao contrário, ela lança seu olhar para os sentidos possíveis a partir de uma materialidade, de uma realização discursiva. Esses sentidos, entretanto, não estão atrelados, por exemplo, a um conceito dicionarizado para uma palavra, mas ao modo como ela se vincula a outras, a outros discursos, aos atravessamentos dos sujeitos, tanto aquele que produz um enunciado quanto aquele que o recebe, pois discurso é movimento. Ela considera as condições de produção, as formações discursivas, as formações ideológicas, a história, o dito e o silenciado, a fim de compreender como um texto significa. Tais noções são parte do arcabouço teórico da Análise de Discurso e serão discutidas ao longo desta tese.

Se a Análise de Discurso está no entremeio da linguística, do materialismo histórico, da teoria do discurso e da psicanálise, qual é o papel do materialismo para essa teoria? Conforme aponta Orlandi (2013b, p. 16), a Análise de Discurso reflete sobre “a maneira como a linguagem está materializada na ideologia e como a ideologia se manifesta na língua”. Não existe discurso sem ideologia, pois é produzido por um sujeito, e, para a Análise de Discurso, não existe sujeito que não seja interpelado pela ideologia, que não esteja sujeito à ideologia. A ideologia é um conjunto de práticas que funcionam para a manutenção das relações de produção e das posições na luta de classes, produzindo efeitos de evidência que legitimam os processos de opressão e silenciam outros sentidos possíveis. O papel do analista do discurso é justamente lançar luz

sobre tais apagamentos, apontar a opacidade do discurso, questionar o óbvio e entender os mecanismos que, na língua (também na imagem, no corpo), fazem funcionar a manutenção das relações de produção de uma formação social.

A psicanálise atravessa esse encontro da linguística com o materialismo e a teoria do discurso no ponto em que pensa o sujeito dividido, a partir das formulações do inconsciente. O sujeito da psicanálise constitui-se em sua relação com o simbólico, e essa é parte da concepção de sujeito da Análise de Discurso. Para a psicanálise, o inconsciente funciona como uma linguagem. Logo, o sujeito da Análise de Discurso é o sujeito da linguagem, que é afetado pelo real, que, conforme Pêcheux (2015b [1983]), é aquilo que é impossível que seja de outro modo. Esse real é da língua, afeta os sujeitos e interfere diretamente na sua forma de significar. “Isso redundaria dizer que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia” (Orlandi, 2013b, p. 20).

É esse encontro que constitui a Análise de Discurso e norteia esta tese tanto teórica quanto metodologicamente. O objetivo desta pesquisa é analisar os modos como se produzem sentidos sobre o câncer nos cartazes de campanhas educativas produzidos pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) e seus órgãos precursores¹, observando o modo como se dão as transformações, as regularidades e os sentidos estabilizados nessas campanhas ao longo do tempo. Como teoriza Mariani discutindo o jornalístico (1998, p. 60): “Um efeito imediato do *falar sobre* é tornar objeto aquilo que se teoriza”, afirmando ainda que esse dizer produz um efeito de distanciamento que permite ao sujeito enunciador emitir juízo de valor, dado “não estar envolvido” com a questão. Definindo os “discursos sobre”, Mariani afirma que eles “são discursos que atuam na institucionalização dos sentidos, portanto, no efeito de linearidade e homogeneidade da memória” (Mariani, 1998, p. 60). O discurso sobre o câncer é um falar sobre a doença que a torna um objeto e a inscreve na memória. A autora afirma ainda que os “discursos sobre”, de modo geral, “representam lugares e autoridade em que se efetua algum tipo de transmissão de conhecimento” (Mariani, 1998, p. 60). O discurso sobre o câncer objeto de nossa análise é produzido por uma posição de autoridade, um discurso institucional de uma autoridade em câncer, que visa a ensinar as pessoas como prevenir, vigiar e detectar precocemente a doença. Não é o discurso do câncer, pois não é ele que fala, mas, sim, sobre o câncer, pois é uma autoridade que enuncia sobre a doença.

Nas campanhas, existem regularidades inscritas na memória discursiva que se mantêm desde os primeiros cartazes da década de 1940 até os da década de 2020, em curso. A própria

¹ Centro de Cancerologia, criado em 1937 e transformado em Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941.

continuidade de um falar sobre o câncer é uma regularidade. Mas há tensões e transformações nessa discursividade, até porque mudam as condições de produção desse discurso. Por mais que a instituição Inca possa permanecer a mesma, ela também se transforma ao longo do tempo, assim como se transforma a sua historicidade. Na busca por entender regularidades, transformações e sentidos estabilizados, deparamo-nos com a regularidade dos corpos femininos convocados a discursivizar o câncer; assim, vimos que o discurso sobre o câncer é atravessado pelo discurso sobre as mulheres, não delas, mas sobre elas.

A fim de alcançarmos nosso objetivo de pesquisa, estruturamos esta tese em seis seções, sendo a primeira esta introdução e a última as considerações finais. Assim, na segunda seção, trazemos noções basilares que norteiam a Análise de Discurso de base materialista. As principais noções discutidas são: discurso, sentido, sujeito, formações imaginárias, aparelhos ideológicos de Estado (AIE), formações ideológicas, formações discursivas, interdiscurso e memória discursiva. Buscamos articular essas noções ao funcionamento do discurso sobre o câncer, sem perder de vista tratar-se de um dispositivo teórico, que é também dispositivo analítico.

Na terceira seção, propomos uma breve discussão sobre o câncer. Primeiro, trazemos uma reflexão sobre saúde, doença e diagnóstico, atravessada pelo imaginário da medicina como uma ciência à prova de falhas. Em seguida, pensamos rapidamente sobre o câncer e o real do corpo. Depois, trazemos uma reflexão sobre o acontecimento do discurso do câncer, pensando os novos enunciados que esse acontecimento estabiliza e inscreve na memória. Para finalizar, discutimos brevemente acerca da discursividade sobre o câncer, pensando os sentidos mobilizados em relação à doença tanto na história quanto pelos sujeitos adoecidos.

Na quarta seção, descrevemos o percurso trilhado para a construção do arquivo de pesquisa, bem como os critérios para o estabelecimento do corpus² de análise. Para isso, iniciamos a seção discutindo a propaganda de Estado, dado que entendemos que os cartazes de campanhas educativas sobre o câncer são uma forma de propaganda estatal; depois, reconstruímos as condições de produção de tais cartazes, que vão desde os anos de 1930, com a fundação do Centro de Cancerologia, até os dias atuais, em que o Inca é o órgão responsável por promover ensino, pesquisa e assistência e por desenvolver políticas públicas na área de cancerologia.

Na quinta seção, apresentamos as análises realizadas sobre os cartazes de campanhas educativas sobre o câncer que compõem o corpus da pesquisa. Inicialmente, trazemos uma pequena discussão sobre o corpo na análise de discurso e sobre a mulher e o feminino na

² Nesta pesquisa, utilizamos a lista de palavras sem itálico da Secretaria de Comunicação do Senado federal, disponível em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/estilos/estrangeirismos-grafados-sem-italico-ou-aspas>.

formação discursiva patriarcal. Depois, apresentamos a análise de um cartaz para cada década do período histórico, da década de 1940 à de 2020. Ao longo das análises, mobilizamos conceitos em Análise de Discurso e nas teorias feministas que constituem nosso dispositivo analítico, bem como algumas condições de produção específicas para os cartazes em análise.

Buscando um efeito de fecho, nas considerações finais, seção 6, retomamos as principais discussões realizadas, tentando entender como se deu o funcionamento do discurso sobre o câncer atravessado pelo feminino ao longo das décadas e pensando também outras formas possíveis de construir campanhas institucionais sobre o câncer que possam mostrar aquilo que não cessa de ser silenciado nas campanhas nacionais. Refletimos brevemente também sobre o papel e a importância do trabalho que o Inca vem realizando na discursividade do câncer e na quebra do silenciamento na doença, ao nomeá-la e dizer sobre ela.

Apresentamos ainda um apêndice e um anexo. No apêndice, produzimos um quadro que esquematiza os cartazes, seus temas³, as condições de produção e o quantitativo por cada década e total. No anexo, estão postos todos os cartazes com as fontes das quais foram retirados, divididos por décadas e temas. Tentamos, na medida do possível, apresentar os cartazes na mesma sequência em que aparecem no quadro esquemático, fazendo uma correlação entre ambos. Esperamos que tanto apêndice quanto anexo possam ajudar futuros pesquisadores que desejem estudar os cartazes de campanhas educativas sobre o câncer produzidos pelo Inca e seus órgãos precursores.

O câncer é sempre pensado pelos campos da biomedicina e da administração, principalmente a pública. Poucos foram os trabalhos que conseguimos encontrar e que discutem as campanhas educativas sobre o câncer, incluindo o tabagismo, em Análise de Discurso. Foram encontrados três trabalhos sobre campanhas de tabagismo, um sobre câncer de próstata, um sobre câncer de boca e um sobre câncer do colo do útero. Do ano 2000, há o trabalho de mestrado de Carlos André Echenique Dominguez, defendido na Universidade Federal do Rio de Janeiro, que só está disponível on-line em versão .txt, com graves problemas de formatação e digitação; de 2007, a dissertação de Mariana Pereira de Oliveira, defendida na UFF, sobre as mensagens de advertências em embalagens de cigarro; de 2019, há a tese de Simone Catarina Silva Archanjo, da Universidade do Vale do Sapucaí, que trabalha com campanhas de

³ Entendemos “tema” não de uma perspectiva conteudista, mas como uma construção no discurso, como um percurso, a partir da concepção de Guilhaumou e Mالدidier (2014 [1982]), ao afirmarem que essa “noção supõe a distinção entre ‘o horizonte de expectativas’ — o conjunto das possibilidades atestadas em uma situação histórica dada — e o acontecimento discursivo que realiza uma dessas possibilidades, inscrito o tema na posição referencial”. É pelo acontecimento no discurso que pensamos o tema como um referencial.

vacinação, dengue e câncer de boca; do mesmo ano, a tese de Edigar dos Santos Carvalho, da Universidade Federal de Pernambuco, sobre o funcionamento discursivo das campanhas antitabagismo do Ministério da Saúde; de 2020, encontramos a dissertação de Juliana Couto Monteiro de Barros, defendida na Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, sobre o discurso publicitário das campanhas antitabagismo; e, por fim, de 2023, recuperamos a dissertação de Roberta Gray de Souza Leal, da Universidade Federal de Juiz de Fora, que trata de campanha do câncer de próstata do Ministério da Saúde em Juiz de Fora, Minas Gerais. Diversos outros trabalhos foram encontrados, mas que não versavam sobre as campanhas dentro da Análise de Discurso. Apesar dos pontos de intercessão, tais trabalhos não foram mobilizados nesta tese, pois não encontramos contribuições específicas para o nosso corpus de análise.

Trazemos um esforço de análise dos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer produzidos pelo Inca, pois entendemos que é de extrema relevância pensar o câncer discursivamente, dado que ele é tanto da ordem do real do corpo — do impossível de ser de outro modo, do que não cessa de não se inscrever — quanto da ordem do simbólico — dos sentidos possíveis atribuídos à doença, a fim de significá-la. Esperamos, com esta pesquisa, poder contribuir, de algum modo, para o campo da saúde, mais especificamente do câncer, refletindo sobre sua discursividade.

2 NOÇÕES BASILARES EM ANÁLISE DE DISCURSO DE BASE MATERIALISTA

A Análise de Discurso de base materialista nasce na França, nos anos 1960, fundada por Michel Pêcheux (2014a [1969], 2014c [1975], 2015b [1983]), e é um campo do conhecimento que se constrói no entremeio de outros campos, articulando principalmente a linguística, o materialismo histórico e as teorias do discurso, atravessados pela psicanálise, para a produção de leituras possíveis a partir da percepção dos efeitos de sentido circulantes na formação social. A Análise de Discurso não é uma simples metodologia a ser aplicada para interpretar um texto, mas, sim, uma concepção filosófica de leitura de mundo e interpretação discursiva.

Junto a outros pensadores, como Catherine Fuchs, Paul Henry, Denise Maldidier, Françoise Gadet e outros, a Análise de Discurso cresceu e amadureceu, em um processo de releitura que reformula ideias, introduz novas formulações e deixa alguns princípios de lado. No Brasil, a partir das reflexões de Eni Orlandi, a Análise de Discurso torna-se um relevante campo de estudos, vinculado, principalmente, aos estudos da linguagem. Esse trabalho se vincula à Análise de Discurso de base materialista; por isso, nossa proposta aqui é tentar apresentar as noções basilares do campo, como discurso, sujeito, formações imaginárias, ideologia, formações ideológicas, formações discursivas, interdiscurso, memória e outros que se constituem em seu entremeio. Outras noções, como paráfrase, polissemia e intericonicidade, são definidas e discutidas no fluxo das análises, como dispositivos analíticos. Na retomada, na discursividade interdiscursiva, nos esquecimentos, iniciemos essa jornada.

2.1 DISCURSO, SENTIDOS E SUJEITO

Conforme afirma Pêcheux (2014a [1969]), discurso é “efeito de sentidos”. Segundo o autor, a língua não é transparente, mas opaca. Em relação a essa afirmação, a primeira percepção que destacamos é que discurso e sentidos não são separados: discurso é sentido, efeito de sentidos. Efeito porque não se está diante de “O” sentido, mas do resultado de atravessamentos da materialidade que produz tais efeitos. De sentidos, no plural, e não no singular, porque a Análise de Discurso compreende que o sentido pode sempre ser outro, nunca é único. Por outro lado, não é porque o sentido pode ser sempre outro que ele pode ser qualquer sentido, ou seja, pode-se interpretar qualquer coisa; ao contrário, “os sentidos resultam de relações: um discurso aponta para outros que o sustentam, assim como para

dizeres futuros” (Orlandi, 2013b, p. 39). Logo, o sentido pode ser outro, mas não qualquer outro, pois ele está vinculado a uma rede de relações na qual significa.

Analisar o modo como se produzem os sentidos está no cerne da Análise de Discurso. A significação não é estática, mas, sim, um movimento que se dá nas determinações e na errância tanto dos sujeitos quanto dos sentidos, que são dispersos. Os sentidos produzem-se a partir do que já foi dito e está apagado, do que constitui o sujeito histórica e ideologicamente, do que está dito e dos silêncios. Conforme afirma Silva Sobrinho:

Como ciência dos processos discursivos, dos processos de significação, a Análise do Discurso define seu objeto como efeito de sentido entre locutores. O discurso é sentido. Produz-se entre. Produz-se nas relações de sentido que constituem os sujeitos em suas práticas linguageiras conformadas pela ideologia e pelo inconsciente [...]. O discurso não é informação, é sentido constituído historicamente pela atualização da memória discursiva (Discurso, 2020).

O discurso é sentido, mas não é um sentido, pois esse é constituído historicamente. Como aponta Pêcheux (2019 [1976], p. 308), “as palavras, as expressões, as proposições têm sentido, ou seja, fazem sentido, e não necessariamente um sentido”. Os sentidos existem, porém não estão contidos na palavra, e nem mesmo uma palavra é possuidora de um sentido. A palavra “câncer”, por exemplo, pode ter como referente uma constelação, um signo do zodíaco ou uma doença. Mas, mesmo que se utilize qualquer uma dessas referências, o efeito de sentidos que produzirá será ancorado em discursos outros: aqueles que já foram ditos e aqueles por dizer. Quando falamos, nesta pesquisa, do discurso sobre o câncer, referimo-nos à doença, entendendo que diferentes sentidos podem comparecer: morte, vida, sobrevivência, dor, luto, resistência, esperança.

Nos cartazes que compõem o arquivo desta pesquisa, é possível observar que, nas décadas de 1940-1950, alguns afirmavam que o câncer é curável, ou seja, há esperança em relação à sobrevivência do sujeito adoecido. Contudo, de modo aparentemente contraditório, eles usavam imagens bélicas, como punhal cravado no caranguejo, avião caça de guerra, espada, feições assustadas e temerosas. Alguns cartazes também trazem o belicismo na própria linguagem, como “lutai contra o câncer”, “ajude-nos a combatê-lo” ou “defenda-se do câncer”. Produzidos no período histórico da Segunda Guerra Mundial, os cartazes, ao mesmo tempo que mobilizam sentidos de cura, falam do câncer como um perigo que precisa ser combatido, um risco à vida, um inimigo. No entanto, em um movimento metafórico, se a guerra pode ter fim, se a paz pode ser alcançada, então os sentidos do câncer associados ao bélico podem ser outros: o fim do câncer, a cura. Esse sentido outro, que desliza do bélico para a cura, aponta para a esperança, formulação presente, por exemplo, em cartazes da década de 2020, como podemos

observar no nosso arquivo de pesquisa. Se pelo deslizamento de sentidos é possível chegar ao sentido de esperança nos cartazes das décadas 1940-1950, na década de 2020 esse sentido vem pela via do que está dito; não funciona no não dito ou no deslizamento dos sentidos, ele está posto, mobilizando outros funcionamentos na produção de sentidos.

Assim, podemos nos ancorar na discussão que Haroche, Pêcheux e Henry (2020 [1971]) trazem sobre o sentido estar ou não contido nas palavras. É possível, a partir da formulação dos autores, compreendermos que existem atravessamentos que interferem na produção de sentidos. Os discursos não são constituídos pela mera junção de significante e significado, pois o sentido não está contido na palavra. Haroche, Pêcheux e Henry (2020 [1971]) exemplificam essa questão afirmando que “se considerarmos, por exemplo, o domínio da política e da produção científica, constataremos que as palavras podem mudar de sentido segundo as posições determinadas por aqueles que as empregam” (Haroche; Pêcheux; Henry, 2020, p. 24). Logo, o próprio sujeito, em sua posição-sujeito, ou seja, na posição que ocupa no discurso, é essencial para o funcionamento do sentido. A posição-sujeito importa para a produção de sentidos, e igualmente importam a história, a língua, aquilo que já foi dito antes, em outro lugar, conforme afirma Orlandi:

O dizer não é propriedade particular. As palavras não são só nossas. Elas significam pela história e pela língua. O que é dito em outro lugar, também significa nas nossas palavras. O sujeito diz, pensa que sabe o que diz, mas não tem acesso ou controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele (Orlandi, 2013b, p. 32).

Assim, é possível afirmar que o sujeito, em seus atravessamentos, retoma sentidos, produz sentidos e é produzido por eles. Como afirma Mariani (2016, p. 37), “o sujeito é efeito de linguagem, resultado de um processo de produção das estruturas-funcionamento ideologia e inconsciente, que operam se ocultando e contribuem na tessitura da evidência do sujeito como causa de si”. O sujeito, portanto, é efeito de linguagem, e não um sujeito empírico, ou seja, não é o João ou a Maria, não é um indivíduo. O sujeito em Análise de Discurso é um sujeito discursivo, que se manifesta por ocupar uma posição no discurso, ou seja, “não é o sujeito empírico que funciona no discurso, mas a posição sujeito discursiva” (Orlandi, 2017, p. 17). Quando pensamos nos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer, temos, por exemplo, um sujeito que produz um discurso sobre o câncer ocupando a posição de autoridade, um sujeito que se projeta como o especialista em câncer. Os cartazes são produzidos pelo Inca e seus órgãos precursores, porém, o sujeito não é o Inca empírico, a instituição de saúde, mas a posição no discurso de sujeito de autoridade, de instituição especializada em câncer.

O sujeito da Análise de Discurso também é afetado por dois esquecimentos, que funcionam como uma espécie de ilusão, conforme teorizam Pêcheux e Fuchs (2014 [1975]) e Orlandi (2013b). O esquecimento número um é o que diz da ilusão do sujeito de que ele está na origem de seu dizer, quando, na realidade, ele retoma sentidos preexistentes; o número dois é da ordem da enunciação, é o esquecimento de que o dizer sempre pode ser outro, o que é dito sempre pode ser dito de outro modo. Para ser sujeito, é necessário estar sujeito. Para tornar-se sujeito, é necessário estar sujeito à língua, à história e à ideologia. Como afirma Orlandi (2013b, p. 49), o sujeito é “materialmente dividido desde a sua constituição: ele é sujeito de e é sujeito à. Ele é sujeito à língua e à história, pois para se constituir para (se) produzir sentidos ele é afetado por elas”. Se não estiver submetido à língua e à história, é impossível adentrar o simbólico e, portanto, é impossível falar e significar, é impossível produzir discursos. O discurso sobre o câncer em cartazes de campanhas educativas é produzido por um sujeito que está sujeito à língua e à história, e que significa a partir delas, sendo, ao mesmo tempo, sujeito do discurso, daquele que ele produz, crendo-se na origem do dizer, mesmo sem o ser.

Pêcheux afirma, retomando Althusser, que a ideologia interpela os indivíduos em sujeitos, especificamente, “em sujeitos do seu discurso” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 149). Conforme já afirmado, sujeitos e sentidos são noções interdependentes: “a questão da *constituição do sentido* se junta à da *constituição do sujeito*, e não de um modo marginal [...], mas no interior da própria ‘tese central’, na figura da *interpelação*” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 140). É pela via da interpelação que um indivíduo torna-se sujeito ideológico. Esse é conduzido, pelos efeitos de evidência, sem se dar conta, crendo exercer sua própria vontade, estar na origem das suas ações e do seu dizer, o chamado teatro da consciência. Conforme explicita Pêcheux (2014c [1975]) sobre a ideologia:

Seu mérito é também o de mostrar esse vínculo de uma maneira tal que o teatro da consciência (eu vejo, eu penso, eu falo, eu te vejo, eu te falo etc.) é observado dos bastidores, lá de onde se pode captar que *se fala do* sujeito, que *se fala ao* sujeito, *antes de* que o sujeito possa dizer: “Eu falo” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 140).

O sujeito em Análise de Discurso é efeito de linguagem, ideológico e também, assim como na psicanálise, dividido. Conforme Orlandi (2013b), é sujeito à e sujeito de. Pêcheux vai buscar em Freud e Lacan a compreensão do que seria a divisão do sujeito. Ao ser assujeitado à língua e à história, ao ser interpelado pela ideologia e tornar-se sujeito, esse se divide entre aquilo que está no campo da consciência e aquilo que está no inconsciente, que não pode ser voluntariamente acessado, mas que aparece nas falhas. Segundo Pêcheux (2014c [1975]), é o inconsciente que determina onde o efeito de interpelação captura o sujeito, vinculando-o a uma

ou outra forma-sujeito, dentro de uma formação discursiva, noção que será discutida mais adiante. A divisão do sujeito, portanto, está naquilo que falta, mas que aparece sob a forma de sonho, do lapso que promove a troca de uma palavra pela outra, do chiste. Excluindo-se esses eventos, o sujeito se enxerga como a fonte dos seus pensamentos, das suas palavras, dos seus atos, como sujeito uno. As falhas do sujeito expõem o furo da ideologia, abrindo espaço para que haja a deriva dos sentidos: “‘uma palavra por outra’ é a definição de metáfora, mas é também o ponto em que o ritual [interpelação ideológica] se estilhaça no lapso” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 277). Passemos agora à reflexão sobre o jogo imaginário que constrói a forma-sujeito e as posições-sujeitos do discurso.

2.2 FORMAÇÕES IMAGINÁRIAS E POSIÇÃO-SUJEITO DO DISCURSO — QUEM SOU EU PARA LHE FALAR ASSIM?

Como já afirmamos, o sujeito da Análise de Discurso não é o sujeito social, empírico, ele é um efeito de linguagem, uma posição discursiva: a posição-sujeito, vinculada a um lugar do sujeito no discurso. Pêcheux (2014a [1969]), repensando e ampliando o esquema comunicacional de Jakobson, afirma que *A* e *B*, os interlocutores em uma situação de comunicação, na estrutura de uma formação social, não designam pessoas, mas lugares; por exemplo, na produção econômica, há o lugar do patrão e o lugar do empregado. Esses lugares são imaginários, no sentido de que os sujeitos se imaginam, dentro de determinado processo discursivo, como lugares em um discurso. Os diferentes lugares que o sujeito pode ocupar são representados no discurso a partir da noção teórica de formações imaginárias. Pêcheux (2014a [1969]) afirma ainda que discurso é efeito de sentidos entre dois pontos, pontos que não são dois indivíduos, seres empíricos, biológicos, mas, sim, dois lugares socialmente estabelecidos, que são ocupados por sujeitos do discurso. Tais lugares são marcados no discurso pelos pontos *A* e *B*. Contudo, se os lugares dizem respeito a uma construção social, a posição ocupada pelo sujeito — a posição-sujeito — trata efetivamente do modo como o sujeito se projeta em um discurso dado, ou seja, enquanto o lugar está no campo das ciências sociais, a posição se dá no discurso. Um trabalhador, que representaria um lugar, pode, dentro do discurso, ocupar a posição do patrão ao defender os interesses desse, por exemplo.

É a partir dessa reflexão que Pêcheux (2014a [1969]) conceitua formações imaginárias. Como afirma Mariani (2016):

Discursivamente, compreende-se que o ideológico funciona produzindo evidências imaginárias de sentido para o que chamamos de realidade. No jogo

das formações imaginárias, a imagem que faço da posição que ocupo para enunciar é o pontapé inicial para a entrada no complexo jogo das próprias formações imaginárias e da realidade (ou cena) imaginária que ali se configura (Mariani, 2016, p. 39).

É o sujeito que, de modo não intencional, estabelece uma imagem da posição que ocupa na enunciação, no jogo imaginário. Se os sujeitos ocupam posições no jogo imaginário do discurso, como identificar que posições são essas e quais as relações estabelecidas entre os pontos *A* e *B*? As posições discursivas que *A* e *B* atribuem a si mesmos e ao outro são as formações imaginárias. Imaginárias não no sentido de imaginação, invenção ou criatividade, mas por referência ao imaginário: a imagem que os sujeitos fazem do seu próprio lugar e a que fazem do lugar do outro, que é entremeada por outros conceitos, como aponta Mariani (2016, p. 39): “Imaginário, na perspectiva discursiva, é um conceito analítico que se forja e entre como operador de análise entremeado a inúmeros outros conceitos, como ideologia, inconsciente e simbólico”. Trata-se, portanto, de refletir sobre quais são as imagens das posições dos sujeitos do discurso, na relação consigo próprio e com os outros, perceptíveis a partir de marcas no próprio discurso.

Para pensar essas relações, Pêcheux (2014a [1969], p. 82) formula quatro perguntas: “Quem sou eu para lhe falar assim?”, que diz da imagem do lugar do sujeito em *A* para o próprio sujeito colocado em *A*; “Quem é ele para que eu lhe fale assim?”, refletindo sobre a imagem do lugar do sujeito em *B* para o sujeito colocado em *A*; “Quem sou eu para que ele me fale assim?”, sobre a imagem do lugar do sujeito em *B* para o próprio sujeito colocado em *B*; e “Quem é ele para que me fale assim?”, pensando a imagem do lugar do sujeito em *A* para o sujeito colocado em *B*. Esse jogo imaginário, proposto por Pêcheux (2014a [1969]), faz parte do processo de construção discursiva, já que não existe discurso sem sujeito, mesmo que nem todas as posições estejam claramente marcadas. É importante ressaltar que esse imaginário não é estático, completo em si e imutável, ou seja, ele não é sem falhas e sem contradições. Ao contrário, o jogo imaginário acontece na dinâmica discursiva, sendo igualmente dinâmico em sua construção.

A posição-sujeito do discurso é lugar de significação, pois é partir de sua posição no discurso que o sujeito pode produzir sentidos. Orlandi (2013b) afirma, pensando os sujeitos em relação às formações imaginárias, que

[...] não são os sujeitos físicos nem os seus lugares empíricos como tal, isto é, como são inscritos na sociedade, e que poderiam ser sociologicamente descritos, que funcionam no discurso, mas suas imagens que resultam de projeções. São essas projeções que permitem passar das situações empíricas — os lugares dos sujeitos — para as posições dos sujeitos nos discursos. Essa é a distinção de lugar e posição (Orlandi, 2013b, p. 40).

Essa posição, portanto, é discursiva, e é impossível pensar os sentidos produzidos pelo sujeito sem compreender essa posição, o que se dá no escopo das formações imaginárias. É necessário pensar qual é a imagem desse sujeito dentro do discurso. A resposta implica diretamente os sentidos produzidos por esse sujeito, pois faz funcionar determinada memória discursiva ligada a essa posição. Exemplifiquemos: existe o lugar social do médico e o do paciente; se um sujeito fala da posição de oncologista, ou seja, ocupando o lugar social do médico, ele ocupa a posição-sujeito de um especialista da saúde (sujeito em *A*) e seu discurso tem um valor de conhecimento, de autoridade, evocando toda uma memória discursiva ligada a essa posição. Por mais que o sujeito na posição de paciente (sujeito em *B*) possa ter buscado conhecimento sobre sua doença, a opinião do sujeito em *A*, na posição de médico, vai prevalecer: quem sou eu para lhe falar assim? Eu sou o detentor do conhecimento. Quem é ele para que me fale assim? Ele é o detentor do conhecimento, ele é quem sabe e está apto a tomar as decisões. Contudo, se esse médico vier a se tornar o paciente, ele passa a ocupar outra posição-sujeito; no exemplo dado, desloca-se de *A* para *B*, funcionando discursivamente de outra maneira, ou seja, por mais que tenha conhecimento, os sentidos que produzirá serão outros, já que o sujeito empírico é um médico, mas o sujeito discursivo ocupa a posição de paciente; logo, significa como um paciente, evocando outras memórias, atravessado por outros discursos. Nos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer, conforme já apontado, na posição-sujeito em *A* tem-se o sujeito de autoridade, a instituição pública, que compõe a estrutura do Estado e que é especialista em câncer. Essa posição sempre aparece marcada nos cartazes pelas logomarcas institucionais do Inca, de seus órgãos precursores e das instâncias institucionais acima, por exemplo Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde e Governo Federal, como será mais bem observado na seção 5, ao longo das análises realizadas.

Além do sujeito que ocupa a posição em *A*, marcado pelas logomarcas, os cartazes também trazem o sujeito imaginário que ocupa a posição em *B*, ou seja, aquele a quem o discurso se destina, projetado imaginariamente no dizer pelo sujeito em *A*. Esse sujeito comparece algumas vezes pelo funcionamento de um vocativo, como “mulher”, outras vezes pelo slogan que constitui o cartaz, como em “proteja sua equipe de trabalho”, que identifica o sujeito em *B* como o patrão ou um líder; mas, em sua maioria, esse sujeito imaginário é marcado pela fotografia ou pela ilustração que compõe o cartaz, como jovens, crianças, casais, mulheres. O sujeito com quem se fala é aquele que precisa aprender a se proteger, a se cuidar, que precisa agir em prol da sua própria saúde. O sujeito na posição em *A* é a imagem de uma autoridade que fala com um sujeito imaginário passivo, pronto a aprender e a obedecer, que ocupa a posição em *B*.

Entendemos que, para que o processo de produção de sentidos se engendre, é necessário que haja um sujeito ocupando determinada posição que evoca uma memória e significa a partir do que já foi dito e do silenciado, dentro de determinada formação discursiva, atravessado pela ideologia. Mas não podemos esquecer que não existe ritual sem falhas, posto que “a imagem do lugar de onde se fala não é garantia de nada, ao contrário, essa imagem pode se desfazer no próprio ato de tomar a palavra” (Mariani, 2016, p. 39), e as resposta a “quem sou eu” ou a “quem é ele” podem sempre ser outras.

2.3 APARELHOS IDEOLÓGICOS DE ESTADO, FORMAÇÕES IDEOLÓGICAS E FORMAÇÕES DISCURSIVAS — O FUNCIONAMENTO DA IDEOLOGIA

Conforme afirmamos anteriormente (subseção 2.1), o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia, e que essa interpelação é essencial para que o sujeito, numa posição dada, possa produzir sentidos. Cabe, então, refletir sobre esse conceito. Ideologia não é um conjunto de ideias. Trata-se de práticas materiais que trabalham a fim de manter o poder — material e simbólico — nas classes dominantes, detentoras do capital. A ideologia funciona como um mecanismo que possibilita a reprodução-transformação das relações de produção. Conforme afirma Pêcheux (2014c [1975]), a ideologia é uma força material que não se origina no sujeito, mas constitui os indivíduos em sujeitos, pela interpelação aqui já refletida. Pêcheux e Fuchs (2014 [1975]), afirmam que:

A modalidade particular do funcionamento da instância ideológica quanto à reprodução das relações de produção consiste no que se convencionou chamar *interpelação*, ou o assujeitamento do sujeito como sujeito ideológico, de tal modo que cada um seja *conduzido*, sem se dar conta, e tendo a impressão de estar exercendo sua livre vontade, a *ocupar o seu lugar* em uma ou outra das duas classes sociais antagonistas do modo de produção (ou naquela categoria, camada ou fração de classe ligada a uma delas) (Pêcheux; Fuchs (2014 [1975], p. 162).

A ideologia é um mecanismo que produz, para o sujeito, um efeito de evidência naquilo que está posto: é óbvio que cabe às classes trabalhadoras a realização do trabalho, é óbvio que o patrão tem direito ao lucro, é óbvio que cabe ao sujeito a responsabilidade por sua própria saúde, por exemplo. É o efeito de evidência. Assim, os discursos vão se produzindo atravessados por interesses ideológicos e sócio-históricos, que sequer são percebidos. Conforme afirmam Pêcheux e Fuchs (2014 [1975]), o discursivo deve ser concebido como “um dos aspectos materiais do que chamamos materialidades ideológicas” (Pêcheux; Fuchs, 2014 [1975], p. 163); logo, não há discurso fora da ideologia. Em relação à ideologia dominante,

Pêcheux (2019 [1976]) destaca que ela não se reproduz, de modo geral, como um mero espírito do tempo, uma mentalidade ou um hábito; ao contrário, ela conta com os AIE “enquanto lugar e meio de realização” (Pêcheux, 2019 [1976], p. 311), produzindo esse efeito de obviedade. A ideologia tampouco se estabelece de forma pacífica; ao contrário, constrói-se no confronto, no embate da luta de classes.

O conceito de AIE, adotado por Pêcheux e pela Análise de Discurso, foi cunhado por Althusser (1980 [1970]), que o define como “um certo número de realidades que se apresentam ao observador imediato sob a forma de instituições distintas e especializadas” (Althusser, 1980 [1970], p. 43), trazendo uma lista não exaustiva de realidades que funcionam como AIE:

- O AIE religioso (o Sistema das diferentes Igrejas),
- o AIE escolar (o sistema das diferentes escolas públicas e particulares),
- o AIE familiar,
- o AIE jurídico,
- o AIE político (o sistema político de que fazem parte os diferentes partidos),
- o AIE sindical,
- o AIE da informação (imprensa, rádio-televisão, etc.),
- o AIE cultural (Letras, Belas Artes, desportos, etc.) (Althusser, 1980 [1970], p. 43-44).

São diversos, portanto, os AIE que fazem funcionar e manter a ideologia dominante no lugar de dominação. Lunkes (2021), relendo Althusser, propõe ampliar o conceito de AIE que o autor chama preliminarmente de “médico” para AIE de saúde, pois a “saúde constitui-se enquanto objeto (assim como a liberdade, a justiça, a democracia, entre outros) disputando em diferentes práticas, tais como a empírica, e ideológica e a teórica” (Lunkes, 2021, p. 93). Essa formulação do AIE da saúde será adotada em nosso trabalho. Althusser (1980 [1970]) afirma que os AIE costumam ser de âmbito privado, como o religioso ou o familiar; entretanto, os AIE também podem operar no âmbito público, do próprio Estado. Em nossa pesquisa, analisamos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer produzidas por uma instituição de saúde do Estado, e logo tem seu funcionamento em um AIE de âmbito público, o AIE da saúde, que é regulamentado por um conjunto de legislações instituídas pelo próprio Estado.

No escopo da legislação que regulamenta o Estado brasileiro, no que diz respeito aos AIE da saúde (Lunkes, 2021), em 1988, a nova Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/1988), apelidada como Constituição Cidadã, estabelece, já no seu artigo 6.º, a saúde como um direito, um direito social: “São direitos sociais a educação, a *saúde*, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, [2025] [1988], grifo nosso). Não há, nesse artigo do texto constitucional, uma definição do que é saúde, mas há

um efeito de pré-construído — “que dá seu objeto ao pensamento sob a modalidade da exterioridade e da preexistência” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 101) — de que existe “saúde”, marcado pelo artigo feminino definido “a” que precede a formulação: “a saúde” é um direito porque o sentido de “saúde” é já-lá, no fio do interdiscurso. Não se define o que é “saúde”, mas “a saúde”, essa evidente, sendo um direito social.

Podemos pensar a redação do artigo 6.º em articulação com a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (Organização Mundial da Saúde, 1946, on-line). Mas todos os direitos sociais que são listados no artigo 6.º da CRFB/1988 não seriam componentes do “estado de completo bem-estar” proposto pela OMS? É possível ter saúde diante da ausência, por exemplo, de alimentação, trabalho, moradia e lazer? A relação entre ambos os textos aponta para esse sentido já-lá da saúde, que diz da ausência de doença, como discutiremos mais adiante, mas de outras condições de vida, mais amplas, que atravessam o sujeito.

Já no artigo 196 da CRFB/1988, na seção que trata especificamente da saúde, na qual inclusive é criado o SUS, o texto constitucional afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, [2025] [1988]). Entendemos que a saúde passa a ser, a partir desse artigo, não apenas um direito social, mas um direito de “todos”. Mas quem são “todos”? Orlandi (2012c), analisando o slogan governamental “Brasil, um país de todos”, afirma que “Esse ‘todos’ é ambíguo. Somos todos nós brasileiros, que estamos aí evocados, ou todos em aberto? O equívoco está em que pensamos sermos nós, povo brasileiro, em nossa igualdade social (impossível) e na verdade somos apenas um todo indeterminado” (Orlandi, 2012c, p. 127). A utilização de um “todos” indeterminado, que se abre à ambiguidade, sem um referente a quem ele retome, é uma indeterminação que produz um efeito de evidência de um sentido fornecido pelo trabalho da ideologia, encobrindo as diferenças; um efeito homogeneizante, que dissimula uma formação social de classes. Produz também um efeito de inclusão, pois não haveria um lado de fora de “todos”, mas, se é indeterminado, todos podem ser um, qualquer um, alguém ou ninguém, “todos é cada um e ninguém” (Orlandi, 2012c, p. 127). É uma inclusão aparente, porque, em uma estrutura social capitalista, a luta de classes por si só já é um sintoma de que não há esse “todos” inclusivo e homogêneo.

Além de um direito, o artigo 196 define a saúde também como um dever do Estado. Um dever é uma obrigação de fazer, de realizar por parte do Estado, e cabe a ele, portanto, garantir que “todos” tenham acesso ao seu direito: o direito à saúde. No entanto, ao mesmo tempo que o

artigo 196 afirma o dever do Estado, obriga o Estado, o artigo 197 relativiza essa obrigação. Diz o artigo: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil, [2025] [1988], art. 197). Nesse artigo, percebemos alguns deslizamentos que funcionam como um processo de desresponsabilização do dever do Estado. “Ações e serviços de saúde” — a saúde? — são “de relevância pública”, e não mais um “direito” ou um “direito social”, nem um “dever” do Estado. Ser relevante não significa do mesmo modo que ser obrigatório, um dever, pois aquilo que é relevante pode não ser observado diante de outras prioridades mais relevantes. Outro deslizamento se dá de “dever do Estado” para “cabendo ao Poder Público dispor”. O sentido de obrigação se mantém, mas há um deslizamento, pois o “dever”, que indicava uma obrigação de fornecer, passa a ser uma obrigação de dispor, que, na linguagem jurídica, funciona como “regular”, “prescrever”; assim, uma obrigação de fornecer “a saúde” o Estado passa a ter obrigação de regular a saúde, sentido que se reforça na própria sequência do texto constitucional: “sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”. Outro deslizamento importante é o de “Estado” para “Poder Público”. Segundo a Câmara dos Deputados, Poder Público é o “Conjunto dos órgãos por meio dos quais o Estado e outras pessoas públicas exercem suas funções específicas” (Câmara dos Deputados, [2025]). O Poder Público funciona dentro do Estado, mas não é o Estado. Ao deslizar de uma formulação para a outra, a obrigação do Estado passa a ser uma disposição do Poder Público, dos órgãos que compõem o Estado, produzindo um efeito de abrandamento do papel do Estado na saúde.

Ao falar sobre a execução “da saúde”, sobre o dever de fornecer, o artigo 197 afirma que deve ser feita “diretamente”, ou seja, pelo próprio Estado, ou “através de terceiros”, possibilitando a terceirização de uma obrigação que deveria ser, conforme os artigos 6.º e 196, do Estado. O AIE da saúde, regulamentado pelas legislações do Estado, trabalha para a manutenção do funcionamento ideológico de uma formação social capitalista e patriarcal. Tal funcionamento em benefício do capital fica marcado no final do artigo 197, quando esse afirma que a execução da saúde pode ser realizada por “pessoa física ou jurídica de direito privado”. A saúde — um direito, um dever — pode ser também um negócio, e um negócio lucrativo. Ao admitir que seja executada por pessoas “de direito privado”, o texto constitucional garante ao capital a possibilidade de lucrar com a exploração de um campo nomeado como um direito e como um dever do Estado. Fica, no texto da lei, o não dito de que a execução das ações e dos serviços de saúde pode não funcionar ou pode não ser eficiente — e “pode” tanto daquilo que é possível de acontecer quanto daquilo que é permitido acontecer —, e, caso isso ocorra, caso

não funcione, a legislação já abre um precedente, antecipando-se, para que o capital, por meio do serviço privado, possa ocupar o lugar que deveria ser do Estado. Numa formação social capitalista e patriarcal dividida pela luta de classes, a classe dominante tem acesso à prestação de serviços de saúde de qualidade e às condições de vida adequadas para a promoção da saúde, enquanto a classe trabalhadora é usuária dos serviços públicos — que podem ser fragilizados, mal prestados ou subfinanciados exatamente pela permissão dada à saúde privada — e não tem necessariamente acesso às condições de “bem-estar”, como propõe a OMS. O AIE da saúde em seu âmbito privado interfere diretamente no funcionamento do AIE da saúde de âmbito público.

Em 1990, é lançada a Lei n.º 8.080, que regulamenta o funcionamento do SUS. Nela, opera-se um movimento parafrástico em relação aos artigos 6.º, 196 e 197 da CRFB/1988. Em seu artigo 2.º, a Lei n.º 8.080 afirma: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990). Na condição de direito, a saúde é: um direito social (art. 6.º da CRFB/1988), um direito de todos (art. 196 da CRFB/1988) e um direito fundamental (art. 2.º da Lei n.º 8.080); logo, ela é um direito categorizado (social), personalizado (de todos) e escalonado (fundamental). Cada um dos dispositivos legais estabelece um “é” diferente para “a saúde”, ainda que nenhum deles traga uma definição sobre a formulação “saúde”. Da afirmação “dever do Estado”, do artigo 196 da CRFB/1988, há um deslizamento para um dever do Estado de “prover condições indispensáveis”. O dever, a obrigação em relação ao Estado se mantém, mas há uma especificação sobre esse dever que o (de)limita. Ainda que permaneça o sentido de “dever”, o parágrafo 2.º do artigo 2.º da Lei n.º 8.080/1990 afirma: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Brasil, 1990), dividindo esse sentido de obrigação com outros sujeitos, sobre os quais passa a recair esse dever. No “todos” para quem saúde é um direito, não estariam incluídas as “pessoas”, as “famílias” e a “sociedade”? Os sujeitos de direito passam a sujeitos de dever com a redação do parágrafo 2.º, e essa responsabilização dos sujeitos estará presente nas campanhas educativas sobre o câncer, como veremos nas nossas análises. Já a afirmação de que a saúde é dever “das empresas” tem um duplo funcionamento ideológico: se, por um lado, as empresas devem zelar pela saúde de seus trabalhadores, um efeito de sentido possível, por outro, elas — as pessoas de direito privado (art. 197 da CRFB/1988) — passam a ter uma obrigação em relação à oferta de saúde; logo, pelo funcionamento da ideologia, a saúde de âmbito privado deixa de ser suplementar à saúde pública e passa a ser também um dever, outro efeito de sentido possível.

Cabe destacar que o texto constitucional traz em si o conceito de saúde como ausência de doença, chamada por Almeida Filho (2011) de concepção negativa de saúde, no texto do

artigo 196, quando esse afirma que o Estado deve garantir a “redução do risco de doenças e outros agravos”. Assim como saúde, as formulações “risco”⁴, “doenças” e “outros agravos” também não são definidas. “Doença” é uma formulação que habita o imaginário, é um já-dito, mas o que seriam “outros agravos” relacionados à saúde e que não são doenças? Talvez algo que afete o “estado de completo bem-estar”? Parece-nos que o texto da Constituição é genérico na busca por ser abrangente e incluir a tudo e a “todos”. Ao mesmo tempo, ao não especificar o que é saúde, o que é doença, o que são riscos, o que são outros agravos e quem são todos, o texto do artigo 196 produz uma discursividade que possibilita a exclusão diante de uma negativa: isso não é doença, ou isso não é agravo à saúde, ou isso não é saúde; ou esses não são todos. A indefinição dessas formulações promove um efeito de apagamento, e, ao apagar o que é saúde, apaga-se também a obrigação do Estado e os interesses do capital. E é nesse ordenamento jurídico do Estado brasileiro que o AIE da saúde funciona, produzindo seus efeitos em prol da manutenção da ideologia dominante.

O Inca, cujas campanhas analisamos, como instituição de saúde, tem seu funcionamento nesse AIE de saúde, disputando práticas empíricas, ideológicas e teóricas (Lunkes, 2021) sobre o câncer e produzindo discursos sobre o câncer, a partir de uma posição imaginária de autoridade sobre a saúde. As campanhas educativas produzidas pela instituição, ainda que dentro do AIE de saúde, operam também no AIE informacional, pois se utilizam da propaganda para buscar construir sentidos hegemônicos sobre a doença. É importante ressaltarmos que os AIE não são capazes de, por si, impor dada formulação ideológica, mas, apoiados em distintas condições de produção, normalizam determinados discursos. Pêcheux (2019 [1976]) exemplifica esse fato com as tentativas de se importarem os discursos da prática capitalista e bancária para dentro do discurso religioso, colocando Jesus como um depósito sobre o qual se poderia colocar o capital. O autor destaca que essa tentativa de reconfiguração fracassou, mas que, contudo, se tivesse obtido êxito, teria efeito de evidência. Um exemplo do funcionamento dos AIE da saúde e da informação no discurso sobre o câncer é o efeito de evidência produzido sobre a necessidade de autoexame das mamas para a detecção precoce do câncer de mama.

Nas décadas de 1980 e 1990, inúmeras campanhas, *flyers*, propagandas televisionadas e de rádio, providas por diferentes instituições públicas e privadas, circularam, ensinando e

⁴ Apesar de não definido pelo legislador constitucional, o conceito de risco é amplamente discutido por diferentes campos, como o da saúde e o da sociologia. Para um contato com o tema, publicações como *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*, de Ulrich Beck, e *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*, de Luis David Castiel, Maria Cristina Rodrigues Guilam e Marcos Santos Ferreira são leituras interessantes.

estimulando as mulheres a fazerem o autoexame das mamas. Por meio dos AIE da saúde e da informação, a prática de autoexame das mamas tornou-se evidente, tanto que, ainda hoje, há pessoas, principalmente mulheres, que acreditam que devam autoexaminar suas mamas a cada 30 dias, mesmo que há quase três décadas a ciência da área da cancerologia afirme que essa não é uma boa estratégia para o controle do câncer de mama. O efeito de evidência permanece pela via da memória.

Esse efeito de evidência acontece, portanto, construído pelos AIE, pelo funcionamento da ideologia. Cabe destacar, conforme afirma Pêcheux (2019 [1976]), que os AIE formam um conjunto complexo e que sua contribuição para a reprodução e a transformação da ideologia não se dá de forma igual, já que os AIE têm particularidades que variam de acordo com o “estado da luta de classes na formação social considerada” (Pêcheux, 2019 [1976], p. 312). Além disso, é importante lembrarmos da afirmação de Pêcheux (2014c [1978]) de que não existe ritual sem falhas; logo, os AIE também são passíveis de falha em seu ritual de (re)produção ideológica, sendo também lugar de transformação.

Em seu trabalho de 1976, Pêcheux (2019 [1976]) discute as formações ideológicas e, dentro dessas, as formações discursivas. Haroche, Pêcheux e Henry (2020 [1971]) utilizam a expressão “formação ideológica” para

[...] caracterizar um elemento suscetível de intervir — como uma força confrontada a outras forças — na conjuntura ideológica característica de uma formação social em um momento dado. Cada formação ideológica constitui desse modo um conjunto complexo de atitudes e de representações que não são nem “individuais” e nem “universais”, mas que se relacionam mais ou menos diretamente a posições de classes em conflito umas em relação às outras (Haroche; Pêcheux; Henry, 2020 [1971], p. 33-34).

Pêcheux (2019 [1976]) pensa as formações ideológicas dentro de um contexto de reprodução-transformação das relações de produção, abordando um duplo caráter da ideologia, pois tais formações se referem, ao mesmo tempo, a coisas distintas e às mesmas coisas, já que têm um caráter regional ao mesmo tempo que têm um caráter de classe, sendo o primeiro subordinado ao segundo, sem que um anule o outro. Dentro dessas formações ideológicas estão as formações discursivas,

[...] *que determinam o que pode e deve ser dito* [...] a partir de uma posição dada numa conjuntura dada: o ponto essencial aqui é que *não se trata apenas da natureza das palavras empregadas, mas também (e sobretudo) de construções nas quais essas palavras se combinam*, na medida em que elas determinam a significação que tomam essas palavras: como apontávamos no começo, as palavras mudam de sentido segundo as posições ocupadas por aqueles que as empregam. Podemos agora deixar claro: as palavras “mudam de sentido” ao passar *de uma formação discursiva* a outra (Haroche; Pêcheux; Henry, 2020 [1971], p. 34).

Assim, segundo os autores, uma formação ideológica pode comportar diferentes formações discursivas. É nelas que os sentidos são possíveis, pois as formulações só podem produzir sentido em relação a outras palavras, no modo como elas se combinam. Por estarem vinculadas às formações ideológicas, é possível afirmar que são as formações discursivas que dão materialidade ao duplo caráter da ideologia: ser regional e de classe, remeter a coisas diferentes, ao mesmo tempo que remete às mesmas coisas. Pêcheux (2019 [1976]), exemplifica esse duplo caráter da ideologia quando fala das formações discursivas da religião feudal, na qual existia um discurso sobre o Jesus dos pobres, a abnegação dos servos voltado para o povo, enquanto, para os nobres, falava-se de um Deus todo-poderoso, no trono. Apesar de ser a mesma religião, o mesmo AIE e a mesma formação ideológica, existe a regionalidade ligada ao imaginário do sujeito que vai receber essa religião e ao modo como cada um deles deve se conformar a essa religião — e aí operam as formações imaginárias —, fazendo funcionar a ideologia dominante. Tal exemplo ratifica a afirmativa de Haroche, Pêcheux e Henry (2020 [1971]), pois se coloca dentro de determinado momento social. Com a ascensão da burguesia e o rompimento da estrutura feudal, por exemplo, o discurso religioso assume uma nova forma, com a finalidade de atender a uma nova formação social, mantendo o duplo caráter ideológico: regional e de classe.

A ideologia interpela os indivíduos em sujeitos do seu discurso, representando, na linguagem, as formações ideológicas, conforme aponta Pêcheux (2014c [1975]). É nelas que palavras, expressões, formulações estabelecem relações de sentido, o que quer dizer que uma mesma formulação pode mobilizar diferentes sentidos, de acordo com a formação discursiva na qual comparecem. Orlandi (2013b) afirma que:

O discurso se constitui em seu sentido porque aquilo que o sujeito diz se inscreve em uma formação discursiva e não outra para ter um sentido e não outro. Por aí podemos perceber que as palavras não têm um sentido nelas mesmas, elas derivam seus sentidos das formações discursivas em que se inscrevem. [...] As palavras falam com outras palavras. Toda palavra é sempre parte de um discurso. E todo discurso se delinea na relação com os outros: dizeres presentes e dizeres que se alojam na memória (Orlandi, 2013b, p. 43).

Para entendermos como o sentido não está ligado à palavra, conforme afirma Orlandi (2013b), podemos tomar como exemplo a palavra “câncer”, que evoca sentidos diferentes quando está na formação discursiva religiosa cristã, que a associa à presença ou à ausência de Deus na vida do sujeito; quando está na formação discursiva biomédica, que traça parâmetros e métricas para estabelecer diagnóstico e tratamento do sujeito; ou quando está numa formação discursiva farmacológica, que busca vender medicamentos que prometem curar o sujeito. As

três formações discursivas nomeadas estariam dentro da formação ideológica capitalista, pois o sujeito saudável é aquele capaz de produzir trabalho, portanto produzir capital (além do capital gerado pela venda massiva de medicamentos, o que aponta que tanto a saúde quanto a doença são extremamente lucrativas); logo, o câncer deve ser prevenido, diagnosticado, controlado e curado. Outro exemplo é a formulação “mulher”, que significa de determinada forma dentro de uma formação discursiva patriarcal, mobilizando sentidos como submissão, sujeição, fragilidade, cuidado, beleza, entre outros; já em uma formação discursiva feminista, a palavra “mulher” mobiliza outros sentidos, como independência, luta, força, direitos, igualdade, entre outros. Segundo Orlandi (2013b, p. 43), “aquilo que o sujeito diz se inscreve em uma formação discursiva e não em outra para ter um sentido e não outro”. Assim, no processo de análise, é importante identificar de qual formação discursiva se está tratando, para que seja possível compreender quais sentidos são permitidos, o que pode e de ver dito, e o modo como os sentidos são produzidos dentro de cada formação discursiva.

Pensadas como categoria analítica, as formações discursivas são construídas e nomeadas no processo de análise. É diante da visada sobre o *corpus* que é possível entendermos qual formação ideológica está funcionando, quais AIE estão operando e como as formações discursivas na materialidade analisada podem ser nomeadas. Retomando a citação de Haroche, Pêcheux e Henry (2020 [1971]), os autores falam “de *formação ideológica* para caracterizar um elemento suscetível de intervir — como uma força confrontada a outras forças — na conjuntura ideológica característica de uma formação social em um momento dado” (on-line). Logo, uma formação ideológica funciona em determinada formação social. A noção de formação social entra na Análise de Discurso pela via do materialismo histórico. No volume 1 do *Dicionário de política*, Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 509) afirmam que “por Formação social se entende a totalidade histórico-social constituída por um modo de produção e pela sua superestrutura política e ideológica”. O modo de produção que atravessa o período que constitui o corpus de pesquisa é o modo de produção capitalista; logo, podemos falar de uma formação social capitalista, que é também uma formação social patriarcal, pois a opressão das mulheres também é operada na formação social capitalista. Nomearemos a formação ideológica com a qual nos deparamos também como uma formação ideológica capitalista, que, no corpus analisado, é operada pelos AIE da saúde e da informação, como já afirmado.

Nosso corpus de análise, como já dito, é constituído dentro do campo da saúde, mais especificamente da área da cancerologia. O que pode e deve ser dito quando se fala em saúde e em câncer? E, em consequência, o que não pode e não deve ser dito? Vida, prevenção e cura são palavras que habitam esse campo. Nomeamos, portanto, como formação discursiva da

saúde aquela que, dentro da formação ideológica capitalista, delimita o discurso sobre a saúde e o câncer. Orlandi (2013b) destaca:

É preciso não pensar as formações discursivas como blocos homogêneos funcionando automaticamente. Elas são constituídas pela contradição, são heterogêneas nelas mesmas e suas fronteiras são fluidas, configurando-se e reconfigurando-se continuamente em suas relações (Orlandi, 2013b, p. 44).

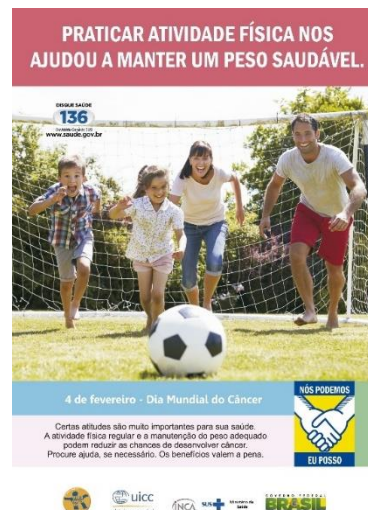
Assim, conforme afirma a autora, é importante compreender que as formações discursivas, apesar de delimitarem os sentidos possíveis de um dizer, não são blocos homogêneos, que funcionam de forma automática. Porque o discurso é produzido por um sujeito da língua, da ideologia e do inconsciente, esse discurso está sujeito a falhas, ao furo; assim, as formações ideológicas nas quais os sentidos se mobilizam são constituídas também pela contradição, pela heterogeneidade, tendo fronteiras fluidas, que permitem interseção e contato, e a própria transformação dentro da formação discursiva. Podemos pensar que, para além da formação discursiva da saúde, atuam outras formações, interligadas por fronteiras fluidas, que permitem a permeabilidade daquilo que pode e deve ser dito entre formações discursivas. No nosso processo analítico, nomeamos a formação discursiva bélica, quando o câncer é tratado como um inimigo; e a formação discursiva patriarcal, que funciona em todos os cartazes analisados ao se colocar o corpo da mulher como lugar de observação. O dispositivo analítico assim constituído, ao mesmo tempo que nasce do processo de leitura do corpus, ajuda-nos a compreender o modo como o discurso sobre o câncer produz sentidos, a partir daquilo que pode e deve ser dito, e daquilo que, por consequência, é forçadamente silenciado (Orlandi, 2007).

Uma formação discursiva comporta uma forma-sujeito do discurso, imagem projetada de um sujeito dentro de uma formação discursiva. O sujeito assume uma posição dentro do discurso, na qual se identifica com a forma-sujeito de uma formação discursiva, ou seja, identifica-se com a imagem que se faz do sujeito dentro dessa formação discursiva. A forma-sujeito da formação discursiva da saúde é a de um sujeito-autoridade, que pode e deve dizer sobre a saúde, seja ele uma instituição pública, seja ele um profissional de saúde. A essa autoridade está submetido o sujeito passivo e sem conhecimento sobre si e sobre as suas condições de saúde e adoecimento, que confia nas instituições e nos profissionais de saúde, autoridades detentoras do conhecimento sobre o tema, para o direcionamento sobre como o sujeito deve agir, seja por meio da prevenção, do autoexame, da luta, dos hábitos saudáveis de vida, seja por meio da procura pelos folhetos e serviços de saúde. O sujeito imaginário que ocupa a posição discursiva em *B*, conforme teoriza Pêcheux (2014a [1969]), ocupa a posição

de sujeito identificado com a forma-sujeito da formação discursiva da saúde, pois é um sujeito cuja ação é determinada pela convocação das instituições de saúde.

Contudo, o sujeito dividido, o sujeito da ideologia e do inconsciente, pode não se identificar completamente com essa imagem, com a forma-sujeito, o que Pêcheux (2014c [1975]) chama de contraidentificação com a forma-sujeito. Segundo Indursky, na contraidentificação o sujeito ainda está dentro da formação discursiva, mas torna-se o mau sujeito, pois provoca tensão na forma-sujeito ao “questionar os saberes e não simplesmente reduplicá-los” (Indursky, 2008, n.p.). Pêcheux (2014c [1975]) propõe ainda a desidentificação, que seria uma terceira modalidade discursiva do funcionamento subjetivo, quando sujeito é incapaz de se identificar com a forma-sujeito da formação discursiva que o interpela, rompendo com essa formação e filiando-se a uma outra, com a qual pode se identificar; ou, nas palavras de Indursky (2008, n.p.), “o sujeito do discurso desidentifica-se de uma formação discursiva e sua respectiva forma-sujeito para identificar-se com outra formação discursiva e sua forma-sujeito. Entretanto, esta desidentificação não representa a ‘liberdade’ do sujeito do discurso”. Não representa a liberdade pois, ao romper com uma formação discursiva, o sujeito identifica-se com uma outra, que passa a interpelá-lo.

Figura 1 — Cartaz de campanha educativa sobre atividade física



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

Na Figura 1, existe uma convocação à prática de atividade física. Na imagem do cartaz, dois adultos, um homem e uma mulher, e duas crianças, um menino e uma menina, jogam uma bola com uma rede de futebol ao fundo, produzindo o efeito imaginário de uma família que joga futebol. O enunciado “Praticar atividade física nos ajudou a manter um peso saudável”

complementa e integra a imagem do cartaz, trazendo uma discursividade sobre ações que são consideradas como fatores de proteção (atividade física e peso saudável) para o câncer. Em um processo de identificação com o discurso da saúde veiculado nesse cartaz, o sujeito passaria a praticar atividade física ou ao menos a considerar praticar atividade física, pois ela promove a saúde e a proteção contra o câncer. Mas um sujeito que se contraiidentifique com o discurso proposto pode refletir sobre as condições de vida que impedem tal prática, como rotinas exaustivas, falta de dinheiro, falta de tempo, falta de ânimo, entre outras. Não há uma ruptura com a forma-sujeito da formação discursiva da saúde, porém esse sujeito que questiona passa a ser um mau sujeito, aquele que se recusa a aderir a esse discurso da prática de atividade física como um cuidado de si. A contraiidentificação também aconteceria com um sujeito que questionasse, por exemplo, o fato de não haver campanhas contra a poluição do ar, promovida pela indústria e pela queima de combustíveis fósseis, fator de risco para doenças pulmonares, mas existirem inúmeras campanhas contra o tabagismo em favor da proteção do pulmão. Não conseguimos perceber qual seria o sujeito desidentificado com a forma-sujeito da saúde, tampouco a qual formação discursiva esse sujeito se filiaria, o que pode apontar para a força e para o domínio desse discurso.

O discurso não se dá fora da ideologia. Essa apresenta falhas, que permitem a reprodução, mas também a transformação das relações de produção. Ela opera como formações ideológicas, a partir das formações discursivas, que vão trazendo uma memória do dizer, de um já dito, o interdiscurso, que produz sentidos possíveis dentro dessas formações discursivas, a partir da identificação ou não do sujeito com a forma-sujeito do discurso.

2.4 INTERDISCURSO, PRÉ-CONSTRUÍDO, ARTICULAÇÃO — O PAPEL DA MEMÓRIA

Como já refletido aqui, os sentidos se dão pelo atravessamento histórico e ideológico do sujeito e pela língua. Um discurso não tem origem nem fim, pois ele sempre está ancorado em outros discursos que o antecederam e será ancoragem para discursos a vir (Orlandi, 2013b). Os sentidos que atravessam os discursos são chamados interdiscurso. Pêcheux (2014c [1975], p. 149) chama “interdiscurso ‘todo complexo dominante’ das formações discursivas”. O autor afirma ainda que “as palavras, expressões, proposições etc. recebem seu sentido da formação discursiva na qual são produzidas” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 147). É no interdiscurso que se reconhecem as formações discursivas, já que ele é a memória do dizer que comporta as formulações das formações discursivas, fazendo retornar um já dito apagado pela ideologia, estabelecendo

conexões entre palavras, expressões, formulações ditas em um discurso e aquelas ditas em outro lugar, em outro tempo, na mesma formação discursiva. O interdiscurso é a memória do dizer,

[...] é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos. Para que minhas palavras tenham sentido é preciso que elas já façam sentido. E isto é efeito do interdiscurso: é preciso que o que foi dito por um sujeito específico, em um momento particular se apague na memória para que, passando para o “anonimato”, possa fazer sentido em “minhas” palavras. No interdiscurso, diz Courtine (1984), fala uma voz sem nome (Orlandi, 2013b, p. 33).

É porque, dentro de uma formação discursiva, as palavras estão ancoradas em outras, já ditas, que elas significam de determinada maneira e não de outra, em determinadas condições de produção, que incluem o contexto imediato e o contexto sócio-histórico ideológico (Orlandi, 2013b). Essa ancoragem também é responsável por produzir um efeito de evidência, como se uma palavra ou expressão fosse transparente, podendo dizer apenas uma única coisa, efeito esse que é fruto do funcionamento da ideologia. Pêcheux (2014c [1975]) afirma que

[...] o próprio de toda formação discursiva é dissimular, na transparência do sentido que nela se forma, a objetividade material contraditória do interdiscurso, que determina essa formação discursiva como tal, objetividade material essa que reside no fato de que “algo fala” (*ça parle*) sempre “antes, em outro lugar, e independentemente”, isto é, sob o complexo das formações ideológicas (Pêcheux, 2014c [1975], p. 149).

Algo fala, em outro lugar, antes e independentemente, de forma que não seja possível retomar o começo de um discurso, nem apontar seu fim. “O discurso é sempre incompleto assim como são incompletos os sujeitos e os sentidos” (Orlandi, 2012a, p. 111). Esse sentido outro, apagado, é, contudo, recuperável, perceptível, pois não existe apagamento completo ou ritual sem falhas. Conforme afirma Orlandi:

Há um longo percurso entre o interdiscurso (memória discursiva) e o texto: ordem das palavras, repetições, relações de sentido, paráfrases que diluem a linearidade, mostrando que há outros discursos no discurso, que os limites são difusos, passando por mediações, por transformações, relação obrigatória ao imaginário. Farto trabalho da ideologia (Orlandi, 2012b, p. 110).

Aquilo que já foi enunciado, o já-dito, vai deixando suas marcas na estrutura, nos sentidos outros, nas reverberações dentro das formações discursivas, trabalhando em prol da reprodução, mas também da transformação das relações de produção, numa formação ideológica dada. “O interdiscurso disponibiliza dizeres, determinando, pelo já-dito, aquilo que constitui uma formação discursiva em relação à outra” (Orlandi, 2013b, p. 43-44); logo, é pela via do interdiscurso que podemos dizer: é uma formação discursiva da saúde, ou cristã, ou bélica, ou educacional etc. E como, mais uma vez, não há ritual sem falhas, também é pelo

interdiscurso que se podem recuperar os pontos de contato entre diferentes formações discursivas; ele estabelece o limite, mas também a interseção, como aponta Orlandi (2013b).

Pêcheux (2014c [1975]) reconhece no interdiscurso o funcionamento de dois elementos: o pré-construído e a articulação, que determinam ao mesmo tempo que dissimulam o assujeitamento do sujeito, produzindo o efeito de autonomia. Segundo o autor, o pré-construído “corresponde ao “sempre-já-ai” da interpelação ideológica, que fornece-impõe a “realidade” e seu “sentido” sob a forma da universalidade (Pêcheux, 2014c [1975], p. 151). Exemplificando com a declaração: “aquele que salvou o mundo morrendo na cruz nunca existiu” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 88), o autor afirma que o pré-construído designa “uma construção anterior, exterior, mas sempre independente, em oposição ao que é ‘construído’ pelo enunciado” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 89). Para que se possa negar, conforme o exemplo dado, a existência “daquele que salvou o mundo morrendo na cruz”, é necessário um discurso anterior que diga de alguém que morreu na cruz para salvar o mundo; caso contrário, o “construído”, a negação “nunca existiu”, por si só não produziria sentido, seria absurda. O pré-construído está ligado ao encaixe sintático, pois traz, na linguagem, um elemento que já estava posto antes, exterior e preexistente. Quando o sujeito evoca um pré-construído, exterior e anterior, ele estabelece uma tomada de posição, sua posição-sujeito, dentro de uma formação discursiva. O pré-construído marca a identificação, contraidentificação ou desidentificação do sujeito com a forma-sujeito de sua formação discursiva. No exemplo trazido por Pêcheux (2014c [1975]), é possível estabelecer que se trata de uma formação discursiva religiosa cristã; porém, ao questionar a existência do messias do discurso cristão, percebe-se um sujeito que pode estar em uma posição de desidentificação com a forma-sujeito dessa formação discursiva, buscando uma nova filiação a uma outra, ateuísta ou de outra religião não cristã, por exemplo.

Por sua vez, a articulação, também constitutiva do interdiscurso segundo Pêcheux (2014c [1975]), trata das maneiras de se articularem, linguisticamente, as proposições de um texto, o que implica os sentidos produzidos, num contexto discursivo, em determinadas condições de produção. O autor afirma que a articulação se apoia sob o processo de sustentação, que diz respeito ao modo como as proposições se constroem e se relacionam para produzir sentido. Por exemplo, se arbitrarmos uma oração explicativa, como “o câncer, *que é uma doença crônica*, pode ser prevenido”, essa formulação produz determinado efeito, pois articula “o câncer pode ser prevenido” com “o câncer é uma doença crônica”, de modo que a segunda oração traga uma definição sobre o termo “câncer”, da primeira oração, produzindo determinada sustentação entre as duas proposições. Já se a construção fosse “o câncer *mais incidente na população* pode ser prevenido”, haveria outro funcionamento discursivo, com

outro efeito de sentido, pois as proposições “o câncer pode ser prevenido” e “há um câncer mais incidente na população” têm uma sustentação diferente: a segunda restringe o sentido mais amplo da primeira. Veja que a primeira oração, “o câncer pode ser prevenido”, é a mesma para os dois exemplos propostos, mas ela apresenta diferentes sentidos, pela forma com que se articula, pela sustentação que acontece em cada uma das orações propostas: no primeiro exemplo, todo câncer pode ser prevenido; no segundo, somente aquele que é mais incidente na população. Os sentidos produzidos nos diferentes processos de sustentação são também diferentes, pois esses processos já estavam dados, são anteriores ao “construído” em determinada proposição; por isso, a articulação também é parte do interdiscurso, é o “*retorno do saber no pensamento*” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 102). A articulação, assim como o pré-construído, também se reinscreve no discurso do sujeito, apresentando traços que o determinam, vinculado à forma-sujeito da formação discursiva na qual está inscrito. Ela “*constitui o sujeito em sua relação com o sentido*, de modo que ela representa, no interdiscurso, aquilo que *determina a dominação da forma-sujeito*” (Pêcheux, 2014c [1975], p. 151).

O interdiscurso é um fio condutor na produção dos sentidos. Dependendo da memória evocada, pode-se estar diante de diferentes sentidos, que, como já dissemos, não podem ser quaisquer sentidos, pois o interdiscurso também delimita, pela formação discursiva, pelas condições de produção e pela língua, os sentidos possíveis. Conforme aponta Pêcheux (2015b [1983]), a memória deve ser entendida no entrecruzamento dos sentidos, “da memória mítica, da memória social inscrita em práticas, e da memória construída do historiador” (Pêcheux, 2015b [1983], p. 44). O autor afirma que a memória pode absorver um acontecimento, como se ele nunca tivesse existido. Quando pensamos, por exemplo, no câncer como uma doença terrível e fatal, que deve ser temida, esses sentidos foram postos em circulação em dado momento, como um acontecimento, mas esse princípio já foi esquecido, fazendo com que tais sentidos retornem no discurso como uma evidência. Pêcheux (2015b [1983]) afirma também que um novo acontecimento pode perturbar a memória, que tende a absorvê-lo, produzindo uma nova estabilidade dos sentidos. Já Orlandi (2015, p. 53) aponta que a “memória é feita de esquecimentos, de silêncios. De sentidos não ditos, de sentidos a não dizer, de silêncios e de silenciamentos”. A autora também afirma: “As palavras simples do nosso cotidiano chegam até nós carregadas de sentidos que não sabemos como se constituíram e que, no entanto, significam em nós e para nós” (Orlandi, 2013a, p. 20). O papel da memória, portanto, é o de inscrever, na língua, a história, o acontecimento, fazendo com que as palavras possam significar nos sujeitos e para os sujeitos. Pela via do interdiscurso, a memória promove a produção, a reprodução e a transformação dos processos de produção dos sentidos.

Discutidas algumas noções basilares da Análise de Discurso de base materialista, que funcionam como nosso dispositivo teórico-analítico, entendemos ser importante pensar o câncer como objeto discursivo. Na próxima seção, discutiremos os desafios de conceituar saúde e doença, o câncer como acontecimento do discursivo e a discursividade do câncer, partindo de alguns relatos de pacientes. Ainda que a materialidade desta pesquisa sejam os cartazes de campanhas educativas, o câncer se inscreve em uma memória discursiva e afeta os sujeitos, por isso, lançaremos um curto olhar sobre a discursivização do câncer pelo dizer do sujeito adoecido.

3 O CÂNCER COMO DISCURSIVIDADE — O REAL, O IMAGINÁRIO E O SIMBÓLICO

Para as ciências biológicas, o câncer é uma doença, sendo amplamente estudado por áreas do conhecimento tradicionalmente reconhecidas como campos da ciência, como farmácia, tecnologia, medicina, entre outras. Mas o câncer não se restringe aos seus aspectos biológicos. O câncer também é discurso: o discurso sobre o câncer. É por isso que nossa proposta de pesquisa é pensar o câncer segundo a perspectiva de uma disciplina da interpretação, entendendo-o como um acontecimento do discurso e pensando sua discursividade a partir dos ditos, dos não ditos e da memória discursiva que reverbera sentidos sobre o câncer no sujeito.

3.1 SOBRE SAÚDE, DOENÇA E DIAGNÓSTICO

Duas afirmativas funcionam como efeitos de evidência neste trabalho. A primeira é a de que o câncer é uma **doença**. A segunda, decorrente da anterior, é a de que, por ser uma doença, o câncer faz parte do campo da **saúde**. Saúde e doença são formulações que produzem um efeito de evidência, um sentido dado, mas é importante desnaturalizarmos essas formulações, para entendermos seu funcionamento discursivo. Conforme questiona Lunkes (2021):

Saúde de quem? Saúde para quem? De que saúde se está falando? Do ponto de vista discursivo, o efeito de pré-construído produzido a partir de uma rede de formulações sobre o conceito de saúde conduz a um efeito de homogeneidade e coloca em suspenso os diferentes funcionamentos em jogo nas práticas teórico-científicas, políticas etc. (Lunkes, 2021, p. 88).

Como destaca a autora, o efeito de homogeneidade produzido pelo já-lá do conceito de saúde apaga seus diferentes funcionamentos, que, mesmo nos campos da medicina e da saúde, não são bem delimitados. A “saúde” como conceito é uma formulação em disputa. Como afirma Almeida Filho (2011, p. 12), “o conceito de ‘saúde’ ironicamente constitui um dos pontos cegos paradigmáticos das ciências da saúde em geral, e da saúde coletiva em particular”. O autor afirma que a saúde, como fenômeno, é definida de modo negativo e de modo positivo: “Na concepção negativa, o termo saúde implica mera ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades. Na vertente positiva, saúde pode denotar desempenho, funcionalidades, capacidades e percepções” (Almeida Filho, 2011, p. 29). Saúde e doença, em diferentes discursividades, funcionam como um par em oposição, pois a presença da doença implica a ausência da saúde, e a ausência da doença significa a presença da saúde. Esse par em oposição

aparece com diferentes nomeações ao longo da história. Canguilhem (2009 [1943]) constrói uma discussão sobre como o normal e o patológico se construíram em diferentes épocas e visões de saúde. Para Hipócrates, saúde era equilíbrio, enquanto doença, desequilíbrio. Para Platão, há uma “oposição conceitual entre virtude e vício. Virtude significa ‘saúde, beleza, boa disposição de ânimo’; ao contrário, vício implica ‘doença, feiúra, fraqueza’” (Almeida Filho, 2011, p. 19). Kant opõe terapêutica, que se referiria à doença, e dietética, que diria respeito à saúde, ao sentimento de saúde, que “não pode deixar de ser ilusório, uma aparência fugaz, já que a sensação de bem-estar não implica que a doença esteja efetivamente ausente. O sentimento da doença, este sim, será indubitável e inapelável: sentir-se mal significaria sempre ausência de saúde” (Almeida Filho, 2011, p. 21). Na concepção negativa, a saúde se definiria não como algo que se apresenta, que está presente, mas, sim, por uma ausência, a ausência da doença (+doença = -saúde; -doença = +saúde). O que determinaria a saúde, portanto, seria a presença ou a ausência doença.

No entanto, há, como já dissemos, uma concepção positiva da saúde. Em abril de 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU) lança uma agência especializada em saúde, a OMS, que apresenta como objetivo “aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (Organização Mundial da Saúde, 1946, on-line). Esse objetivo está traçado na constituição da OMS, que data de 1946, portanto, antes de sua fundação oficial. É nessa mesma constituição, escrita no período pós-Segunda Guerra, que temos um marco da concepção positiva de saúde, que é definida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, 1946, on-line). Almeida Filho (2011) afirma que essa definição talvez buscasse um alívio para o período depressivo do pós-guerra. Chama atenção a formulação “estado completo”, que silencia a própria incompletude do sujeito. Completo relaciona-se a três bem-estares: físico, mental e social. Bem-estar não é uma grandeza quantificável; ao contrário, é uma formulação que funciona na subjetividade dos sujeitos. Logo, como estabelecer o que seria um “estado de completo bem-estar”? E um “completo bem-estar físico, mental e social”? Diante da definição da OMS, é possível nos perguntarmos: como definir um parâmetro para dizer que um sujeito é possuidor de saúde, ou é um sujeito saudável? Ainda que a definição da OMS seja positiva, “doença” e “enfermidade”, advindas das concepções negativas de saúde, continuam a comparecer, fazendo funcionar um já-dito de que saúde e doença estão relacionadas por oposição. Almeida Filho (2011) afirma que, na busca de definir o que seria esse “todo completo” da saúde, os “burocratas” e os “novos evangelistas” (Almeida Filho, 2011, p. 9) ampliam ainda mais a lista de bem-estares, incluindo o intelectual e o espiritual, e definindo

cada um. Esse “todo completo” — sempre incompleto, sempre passível de ampliação — de bem-estares, o autor nomeia como “dimensões da saúde integral”. Como aponta Almeida Filho (2011), em 1978 a OMS lança uma campanha em nível mundial voltada para a promoção da atenção primária em saúde, que seria capaz de universalizar a saúde, mas permanece a pergunta: qual saúde? O estado de completo bem-estar?

Na segunda metade da década de 1980, o Brasil começava a construir a redemocratização, após 20 anos do governo autoritário da ditadura civil-militar, que se instaurou em 1964 e perdurou até 1985. Esse momento político do nosso país será discutido na seção 4. Em 1986, acontece, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), que busca entender a saúde como um “conceito ampliado”. Conforme o relatório final apresentado pela VIII CNS:

Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Esse conceito ampliado proposto pela VIII CNS, como resultado das formas de organização social e de produção, também não faz uma definição clara do que é saúde, a qual continua funcionando como um já-dito que não se sabe ou não se pode dizer o que é: saúde é bem-estar; saúde é manutenção de hábitos saudáveis; saúde é impossível sem moradia, alimentação e lazer; saúde é o acesso aos serviços de saúde; “saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático” (Almeida Filho, 2011, p. 15); saúde é ausência de doença; saúde é efeito de evidência.

Se definir saúde parece um desafio, definir doença, por outro lado, é um processo de maior consenso nos campos da saúde e da medicina, pois ela se dá a conhecer a partir de sinais e sintomas. Sinais, para o campo da medicina, é tudo aquilo que foge à norma e pode ser observado tanto pelo sujeito adoecido quanto por um sujeito observador externo — mais validados quando esse observador é um médico —, como palidez, rubor ou febre. Já os sintomas são subjetivos e só podem ser observados pelo próprio paciente, como sonolência, dor ou tontura, como afirma Ferreira (1994). Para o discurso médico, sintoma tem caráter subjetivo, enquanto sinais têm parâmetros considerados objetivos e quantificáveis. Contudo, esses parâmetros são arbitrados pelo campo da medicina, que se pauta em médias gerais para dizer o que é normal e o que é patológico, parâmetros que costumam ser constantemente atualizados, mas que, ainda assim, não são questionados, o que já aponta para o fato de que existe um

imaginário sobre “a medicina” como um campo de correção. Clavreul (1983 [1978]) problematiza a questão do erro na medicina afirmando que, mesmo que um médico cometa um erro, ele não estará fora do discurso médico. O autor afirma ainda que, no caso de um erro de diagnóstico, por exemplo “o médico, ainda que se engane, permanece ‘no verdadeiro’ do discurso médico (para retomar uma expressão de Canguilhem). Mas, se a psicossomática, a bruxaria ou a religião são invocadas, sai-se do discurso médico, entra-se numa outra lógica” (Clavreul, 1983 [1978], p. 80-81). Há um funcionamento discursivo do erro dentro da medicina como um não erro, exatamente porque se mantém nos limites da própria medicina. Esse imaginário da medicina como definitiva, correta, produz um efeito de apagamento do erro, como se fosse possível existir fumaça sem fogo, ritual sem falha (Pêcheux, 2014c [1975]) e medicina sem erro.

Além dos sinais e sintomas, existem os exames, que são uma série de procedimentos usados para entender se algo no corpo foge ao “normal” estabelecido pela medicina, mas não pode ser visto apenas no espaço da clínica. Os exames também podem indicar sinais de doença, caso haja alguma alteração em relação ao que é considerado normal. Na presença de sinais, sintomas e resultados de exames, a doença é estabelecida, nomeada: é o chamado diagnóstico. Pensando no diagnóstico discursivamente, Lunkes (2021, p. 94) afirma que esse “pode ser assumido como uma construção discursiva sustentada por determinados critérios, os quais são definidos na contemporaneidade sob a égide do AIE da saúde”. Nesse sentido, o diagnóstico funciona como uma vitrine para o saber médico que regula os corpos, dado que só poderia ser estabelecido pelo médico, e, a partir do momento em que a doença é nomeada, essa nomeação se tornaria inquestionável, pois, como afirma Clavreul (1983 [1978], p. 42): “Mais ainda que a eficácia da medicina, é sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável”. O autor afirma ainda que o saber médico funciona como uma crença, uma religião, e que, quem questiona a medicina, cedo ou tarde recorrerá a ela, que seria a detentora dos ritos salvadores. A observação dos sintomas clínicos, a leitura de exames e o diagnóstico somente são aceitos no imaginário caso sejam estabelecidos pela medicina, pelo médico. Como afirma Clavreul (1983 [1978], p. 81): “Por mais interessantes que sejam todos os discursos possíveis sobre o mal e a doença, eles não retêm o médico se não estiverem na ordem médica”. Não importam a fé, os chás, os *chakras*, as energias, para o campo da medicina só importa o que for produzido no campo da medicina, o diagnóstico médico, o olhar do especialista sobre o sujeito adoecido.

Neste trabalho, buscamos analisar o discurso sobre o câncer. Na medicina, o câncer é uma doença, dado que provoca sinais e sintomas e é confirmado a partir de exames. O câncer é

também um diagnóstico, uma nomeação, que retira sinais e sintomas do campo genérico, das possibilidades, e estabelece para eles uma nomeação: câncer. Como aponta Lunkes (2021, p. 98): “O diagnóstico inscreve diferentes redes de memória ao circunscrever diferentes elementos que constituem os sintomas e que são reunidos sob um determinado processo de designação, que produz efeito de legitimidade e fechamento de um quadro”. O diagnóstico de câncer mobiliza, pela via da memória, os sentidos de sofrimento e morte; o que pode provocar, no sujeito, susto, medo, insegurança. Por outro lado, é a partir do diagnóstico que o tratamento é possível. Como afirma Lunkes (2021 p. 96), “em alguns casos o diagnóstico representa não apenas uma descoberta que permite ao sujeito designar sua situação, mas a possibilidade de receber um tratamento digno, adequado e proporcionar melhores condições de existência ao sujeito em tratamento”, ainda que essas condições de tratamento nem sempre sejam alcançadas pelos sujeitos adoecidos nos sistemas de saúde público e privado no Brasil.

Saúde, doença, diagnóstico e medicina são formulações que atravessam esta pesquisa e, como já dissemos, trazem um já-dito inscrito numa memória, produzindo um efeito de evidência, um já-lá que diz dos sentidos estabilizados para tais formulações. Sobre a medicina, existe um imaginário que a coloca como ciência infalível, a única capaz de determinar o que é doença e estabelecer um diagnóstico. Já a saúde pode operar tanto dentro quanto fora da medicina, pois mobiliza outros espaços, como as políticas públicas, os hábitos de vida, as condições de sobrevivência dos sujeitos em uma formação social capitalista e patriarcal. Mas até mesmo sobre a saúde dos sujeitos a medicina se sobrepõe, pois muitas vezes um sujeito só se considera saudável caso seja assim declarado por um médico.

Sem pretensão de estabilizar sentidos, mas buscando esclarecer quais funcionam em nosso esforço de análise, nesta tese, entendemos a saúde como um campo teórico e político, que discute e propõe ações de promoção do bem-estar e de fatores que ajudam a diminuir o risco de adoecimento do sujeito, como a cessação do tabagismo, o estímulo à alimentação saudável ou o uso de preservativos na relação sexual, também ações de cuidado que se dão a partir do adoecimento. Além disso, também entendemos o sentido de saúde que funciona na oposição saúde versus doença, quando falamos de sujeito saudável como aquele que não está doente, ou de sujeito adoecido como aquele que não está saudável. E entendemos o diagnóstico como nomeação da doença, mas também como um momento em que o sujeito se depara com o indizível real do corpo.

3.2 O CÂNCER É DA ORDEM DO REAL

O real é uma noção que entra na Análise de Discurso pelo atravessamento da psicanálise freudiana e lacaniana. Pêcheux (2015b [1983], p. 29) afirma que “‘há real’, isto é, pontos de impossível, determinando aquilo que não pode não ser ‘assim’”. O real, em Análise de Discurso, é aquilo que escapa ao discurso, o que não pode ser totalmente capturado pela linguagem ou pela ideologia, um limite estrutural, um “resto” que persiste fora da significação.

Pensando sobre o real em Análise de Discurso e na psicanálise, Carnevale (2012) afirma que:

O real já se coloca de saída para o sujeito, é anterior a ele e o invade, produz efeitos. Acreditamos que este saber continue produzindo efeitos por ser o sujeito atravessado pelo inconsciente e, por isto, possui um saber não sabido, mas que para além deste não sabido, está lá e produz efeitos no sujeito. Ao ingressar na linguagem, o sujeito se insere num mundo do qual ele não poderá dar conta, posto que não existe o todo significante, transparente, compreensível e transmissível (Carnevale, 2012, p. 45-46).

Como afirma a autora, o real não é indiferente ao sujeito, pois produz efeitos nele. Para que um sujeito possa tornar-se sujeito, é necessário que ingresse na linguagem, seja sujeito à língua, mas a língua não pode dar conta do todo, algo sempre escapa, sempre fica de fora. Há uma falha, uma falta, “que marca este sujeito simbolicamente inscrito e imaginariamente constituído. Esta falta que o recobre e da qual ele busca dizer, são apenas tentativas de circunscrever o seu pensamento, marcado pelo real, pelo impossível de se dizer” (Carnevale, 2012, p. 46). O real é o impossível de dizer, o que está fora do simbólico. Como afirmam Baldini e Mariani (2013, p. 111), o real é “aquilo que não é simbolizável, que permanece como sempre externo ao sujeito”. Segundo os autores:

O real em Lacan não é uma esfera pré-discursiva da qual o simbólico poderia aproximar-se ou distanciar-se, ao contrário, é efeito do próprio simbólico, como aquilo que o simbólico expulsa para adquirir consistência. O real é pleno, sem fissura, irrepresentável, inominável (Baldini; Mariani, 2013, p. 111).

Fora do simbólico é onde está o real, que, ainda que expulso dele, o “real existe em relação ao simbólico e ligado a ele pelo imaginário” (Carnevale, 2012, p. 71), sendo o real “o impossível... que seja de outro modo” (Pêcheux, 2015b [1983], p. 29). Dado que está fora do simbólico, mas ligado a esse pelo imaginário, o real não é interpretável; logo, não é possível mudá-lo ou ressignificá-lo, ele “é pleno, sem fissuras”. Pêcheux (2015b [1983], p. 29) fala sobre o real em diversos sentidos, admitindo que possa haver outros tipos de real, que não apenas “o real”. Segundo o autor:

E supor que — entendendo-se o “real” em vários sentidos — possa existir um outro tipo de real [...], e também um outro tipo de saber, que não se reduz à ordem das “coisas-a-saber” ou a um tecido de tais coisas. Logo: um real constitutivamente estranho à

univocidade lógica e um saber que não se transmite, não se aprende, não se ensina, e que, no entanto, existe produzindo efeitos (Pêcheux, 2015b [1983], p. 43).

Há o real da língua e o real da história. O real da língua é da ordem da repetição, o que levaria à construção de regras, mas “o real da língua é da ordem do impossível, logo o que se colocaria enquanto regra seria o possível de ser repetido pelo sujeito, sem que em algum momento ele pudesse abarcar a unidade enquanto real” (Carnevale, 2012, p. 46). O real da língua é inapreensível, como afirma a autora. O real da história é a “contradição que constitui cada sujeito” (Carnevale, 2012, p. 23). O real da língua é o impossível linguístico, e o real da história é a contradição. Mas, se o real pode ser entendido em diversos sentidos, como afirma Pêcheux (2015b [1983]), haveria outras acepções de real? Leandro-Ferreira (2013a, 2013b), estudando o corpo como materialidade discursiva, afirma que há o real do corpo.

Ao pensarmos a noção de corpo, enquanto **corpo discursivo**, não empírico, não biológico, não orgânico, o estamos propondo como um objeto discursivo, como materialidade que se constrói pelo discurso, se configura em torno de limites e se submete à falha. Para dar vida e fôlego a essa formulação, torna-se necessário a inclusão do real do corpo como categoria incontornável do campo discursivo. O corpo entraria no dispositivo como constructo teórico e lugar de inscrição do sujeito. Esse *corpo que fala* seria também o *corpo que falta*, donde a inclusão da noção de **real do corpo**, ao lado do *real da língua e do real do sujeito*. *A exemplo do que singulariza o registro do real, o real do corpo seria o que sempre falta, o que retorna, o que resiste a ser simbolizado, o impossível que sem cessar subsiste* (Leandro-Ferreira, 2013a, p. 78).

O corpo discursivo não é o corpo físico, biológico, mas uma materialidade que vai se construir como tal pelo discurso, no discurso. O corpo discursivo é um lugar de inscrição do sujeito; já o real do corpo é o que sempre falta, que não se cessa de não se inscrever, pois sempre falha em seu processo de inscrição. Ele resiste a ser simbolizado, é o impossível do corpo. Nesta pesquisa, pensamos o câncer discursivamente, como acontecimento do discurso e efeito de sentidos inscritos em uma memória, que atualizam essa memória, (re)produzindo (novos) sentidos. O câncer é da ordem do simbólico, porque se diz sobre ele e a partir dele. Mas o câncer também é da ordem do real, daquilo que foi expulso da realidade (Carnevale, 2012), que está foracluído, sendo inatingível. O câncer é da ordem do impossível que seja de outro modo (Pêcheux, 2015b [1983]) do corpo, algo que emerge no corpo, é a falta que é excesso, aquilo que não se procura, posto que “a gente se depara com ele, dá de encontro com ele, o encontra” (Pêcheux, 2015b [1983], p. 29). O psicanalista Jean-Jacques Gorog afirma que “há o *real como impossível*. Entrevê-se aqui sua razão, que o traumatismo surpreende o sujeito como uma pura contingência, e aparece fora de sentido. É, portanto, de fato, impossível de ser apreendido” (Gorog, 2019, p. 32), e o câncer é esse traumatismo do corpo que surpreende o sujeito e aparece

fora de sentido, levando esse sujeito a uma busca por simbolizá-lo. Leandro-Ferreira (2013b, p. 105) afirma que “o real é o mistério do corpo falante”, é “o buraco constitutivo, o furo da estrutura que nele habita” e que, por meio do real do corpo, “o sujeito se inscreve na dimensão do impossível”; o câncer é da ordem do real do corpo como o impossível.

Diante desse encontro com o real, com o impossível, o sujeito que recebe o diagnóstico de câncer precisa simbolizar, precisa dizer da sua doença, significá-la, dar sentido a ela, tentar fazer com que seja possível que o câncer seja de outro modo. Essa simbolização toca o imaginário e tangencia o real, mas não é capaz de encontrá-lo, pois o real do corpo não pode ser de outro modo, ele é “pleno, sem fissura, irrepresentável, inominável” (Baldini; Mariani, 2013, p. 111). E é justamente o corpo, não o do real, mas o discursivo, aquele convocado a simbolizar sobre o câncer, não pelo sujeito adoecido, mas pela instituição que cria campanhas educativas para dizer sobre o câncer. Nesse dizer institucional, há o encontro do discurso com o imaginário, de uma memória com uma atualidade, e é sobre esse acontecimento que passamos a refletir.

3.3 ESTRUTURA E ACONTECIMENTO

Pêcheux (2015b [1983]) afirma que um discurso é estrutura e acontecimento. A estrutura do discurso está no campo da língua, dos elementos linguísticos que constituem o texto, o qual, segundo Orlandi (2012a), é a unidade complexa de significação da Análise de Discurso.

Na perspectiva da análise de discurso, o texto é definido pragmaticamente como unidade complexa de significação, consideradas as condições de sua produção. O texto se constitui, portanto, no processo de interação. A relação entre o discurso e o texto é a que existe entre o objeto teórico e o da análise (Orlandi, 2012a, p. 28).

Como materialização da língua em uso, o texto é um importante elemento de análise da Análise de Discurso. Segundo aponta Orlandi (2013b, p. 16): “Levando em conta o homem na sua história, considera os processos e as condições de produção da linguagem, pela análise da relação estabelecida pela língua com os sujeitos que a falam e as situações em que se produz o dizer”. No encontro entre as condições de produção, a língua e os sujeitos é que se tem a materialidade do discurso. Elementos da língua, uma palavra, uma frase, um sintagma evocam sentidos diferentes ao serem realizados discursivamente, pois se enlaçam a diferentes redes de sentidos, de acordo com a memória do dizer, a formação discursiva na qual são produzidos e as condições de produção (Pêcheux, 2014a [1969]). Um verbo no imperativo, por exemplo, funciona, discursivamente, de modo diferente do funcionamento desse mesmo verbo no presente do indicativo ou no futuro; uma conjunção, e não outra, ou uma preposição, e não outra, vão

produzir diferentes sentidos. Em *Semântica e discurso*, Pêcheux (2014c [1975]) mostra analiticamente como a própria forma de articulação de duas orações interfere nos sentidos produzidos por elas. Essa estrutura constitutiva do texto, pensada a partir do seu funcionamento, é parte fundamental de uma leitura discursiva. Contudo, é possível afirmar que um discurso não se materializa apenas em um texto; outras linguagens, como a música, a arte, os gestos, os símbolos, o corpo, podem ser lidas discursivamente, pois também produzem sentidos.

Logo, é possível afirmar que a estrutura à qual se refere Pêcheux (2015b [1983]) também está presente para além do texto, compreendido como materialidade linguística, já que a Análise de Discurso se debruça sobre outras discursividades, como a imagem. Cor, posicionamento, luz e sombra são exemplos de estruturas que ajudam a analisar discursivamente uma imagem ou um filme. Souza (2001) traz uma relevante discussão sobre o estudo da imagem em Análise de Discurso. A autora tece uma crítica a diversas formas de análise da imagem, como aquelas que a estudam a partir do verbal, como se fosse um signo linguístico, ou as que a estudam destrinchando sua construção imagética, propondo uma apreensão a partir de seus elementos específicos. Segundo a autora:

Acaba-se por se propor para o estudo do não-verbal uma descrição formal da imagem, não entrando em pauta a materialidade significativa da imagem na sua dimensão discursiva. Ou seja, não se discute nem os usos que vêm sendo feitos — como na mídia, por exemplo — da imagem, nem as possibilidades de interpretação da imagem social e historicamente determinada (Souza, 2001, p. 69).

Logo, ao se pensar um discurso a partir da interpretação de uma imagem, é importante compreender essa imagem como uma materialidade significativa. Descrever os elementos que a constituem e fazem dela uma imagem pode ser um interessante processo de interpretação, que busca compreender o funcionamento dos elementos constitutivos da imagem. Contudo, esse processo pode ser reducionista. Para a Análise de Discurso — e neste trabalho —, a imagem é, em si, um discurso, capaz de produzir sentidos. Parece-nos impossível fugir dos aspectos descritivos, que podem tentar transformar o não verbal em verbal ou apenas decodificar; portanto, ao apontarmos os elementos que constituem a imagem, propomo-nos o esforço de manter a conexão com o todo significante. Conforme afirma Lagazzi (2011):

Assumindo que o discurso se constitui na relação entre a língua e a história, propus falar do discurso como *a relação entre a materialidade significante e a história* para poder concernir o trabalho com as diferentes materialidades e reiterar a importância de tomarmos o sentido como efeito de um trabalho simbólico sobre a cadeia de significante, na história. Materialidades preñes de serem significadas. Materialidades que compreendo como *o modo significante pelo qual o sentido se formula* (Lagazzi, 2011, p. 401).

Materialidade significativa, portanto, vai além do trabalho com o texto verbal, lançando uma visada para outros possíveis modos de construir discursos, como a partir das imagens. Ainda segundo a autora: “Não se trata de analisarmos a imagem *e* a fala *e* a musicalidade, por exemplo, como acréscimos uma da outra, mas de analisarmos as diferentes materialidades significantes uma no entremeio da outra” (Lagazzi, 2011, p. 402). Olhar o discurso veiculado por um cartaz de campanha educativa sobre o câncer é, portanto, analisar o discurso que acontece nesse entremeio, não pelo texto ou pela imagem, mas pelos efeitos de sentido que ambos produzem juntos, entrelaçados. Pêcheux (2015b [1983]) afirma que, para trabalhar uma materialidade discursiva, é necessário que seja feita a descrição dessa materialidade. O autor afirma que:

Uma descrição, nesta perspectiva, não é uma apreensão fenomenológica ou hermenêutica na qual *descrever* se torna indiscernível de *interpretar*: essa concepção da descrição supõe ao contrário o reconhecimento de um real específico sobre o qual ela se instala: o real da língua [...]. Eu disse bem: a língua. Isto é, nem linguagem, nem fala, nem discurso, nem texto, nem interação conversacional, mas aquilo que é colocado pelos linguistas como a condição de existência do simbólico (Pêcheux, 2015b [1983], p. 50).

É possível dizer, partindo dessa afirmativa de Pêcheux (2015b [1983]), que o processo de descrição e interpretação se dá sobre a estrutura, como descrição da língua. É importante destacar que mesmo o processo de descrição é interpretativo, pois, observando uma mesma materialidade, diferentes analistas podem construir distintas entradas de leitura. Isso não é o mesmo que dizer que qualquer leitura é possível. As condições de produção e a própria materialidade que está sendo observada limitam as possibilidades de descrição e de interpretação, afinal

[...] a descrição de um enunciado ou de uma sequência coloca necessariamente em jogo (através da detecção de lugares vazios, de elipses, de negações e interrogações, múltiplas formas de discurso relatado...) o discurso-outro como espaço virtual de leitura desse enunciado ou dessa sequência (Pêcheux, 2015b [1983], p. 54).

Existe um espaço virtual de leitura que é delimitado pela própria materialidade sobre a qual se lança a leitura. É a própria materialidade que estabelece os limites da interpretação, do funcionamento de um discurso. Segundo Pêcheux, o discurso também é acontecimento, definido pelo autor como o “ponto de encontro de uma atualidade e uma memória” (Pêcheux, 2015b [1983], p. 16). Em Análise de Discurso, o acontecimento está sendo pensado dentro de um processo discursivo, o que implica dizer que não estamos discutindo um fato histórico, mas um acontecimento que pode ser “apreendido na consistência de enunciados que se entrecruzam em um momento dado” (Guilhaumou; Maldidier, 2014 [1986], p. 172). Analisando a reação à

vitória de François Mitterrand nas eleições presidenciais na França, em 10 de maio de 1981, Pêcheux (2015b [1983]) observa as diferentes disputas discursivas que se dão sobre esse evento a partir do enunciado “*On a gagné*”. O autor aponta como um fato histórico é simbolizado, tornando-se acontecimento do discurso, que opõe as evidências (dados, estatísticas etc.) a toda a disputa ideológica que se dá no campo discursivo. Conforme afirma o autor,

[...] a questão teórica que coloco é, pois, a do estatuto das discursividades que trabalham um acontecimento, entrecruzando proposições de aparência logicamente estável, suscetíveis de resposta unívoca (é sim ou não, é x ou y, etc.) e formulações irremediavelmente equívocas (Pêcheux, 2015b [1983], p. 27-28).

O dizer jornalístico sobre o “*On a gagné*” é aparentemente estável, mas há também um dizer que é equívoco. É o encontro de diferentes enunciados que faz trabalhar o acontecimento do discurso analisado por Pêcheux (2015b [1983]) e que faz emergir os sentidos relacionados a esse acontecimento. No âmbito do discurso, portanto, o acontecimento se dá no encontro de enunciados, de dizeres, que promovem uma ruptura, um novo dizer, um dizer da atualidade que se ancora na memória. Segundo Dela-Silva (2008, p. 18), um acontecimento do discurso “permite a emergência de um novo enunciado [...], que configura novas posições enunciativas”. Quando escolhemos lançar um olhar discursivo sobre o câncer, estamos enxergando também o discurso sobre o câncer do ponto de vista de um acontecimento, que faz emergir enunciados hoje tão evidentes, como “prevenção do câncer” e “controle do câncer”.

Segundo Teixeira e Fonseca (2007, p. 13): “A doença é conhecida desde longa data. Egípcios, persas e indianos, 30 séculos antes de Cristo, já se referiam a tumores malignos, mas foram os estudos da escola hipocrática grega, datados do século IV a. C., que a definiram melhor”. Podemos afirmar que, no campo da saúde, o câncer já era conhecido há milênios, ou seja, seu “acontecimento” histórico se deu mais de 5 mil anos antes do momento em que começaram, no Brasil, as campanhas para prevenção e controle do câncer. Ainda assim, afirmamos que é a partir da década de 1940, quando essas campanhas são lançadas, que o câncer se torna o acontecimento do discurso, que faz emergir novos dizeres sobre a doença. O título da publicação de Teixeira e Fonseca (2007) — *De doença desconhecida a problema de saúde pública* — aponta uma mudança em relação ao câncer, pois ele deixa de ser “desconhecido”, embora já fosse conhecido da medicina. Quando passa a “problema de saúde pública”, isso não se refere apenas à ciência do câncer, como dados de incidência e mortalidade, mas, sim, ao lançamento do câncer no campo discursivo. Ao entrar no discurso — no da saúde e no da mídia, como veremos mais adiante —, o câncer começa a produzir sentidos. Em sua discussão sobre o acontecimento jornalístico, Dela-Silva afirma que:

O acontecimento jornalístico é entendido, assim, como uma construção do jornalismo enquanto uma prática discursiva da/na mídia, que não se confunde com existência empírica dos acontecimentos, quaisquer que sejam eles. [...] A narrativa jornalística, ao produzir discurso, produz também o próprio acontecimento que ali é narrado. [...] [O acontecimento é] uma construção que atesta o próprio jornalismo como prática sócio-histórica, como um acontecimento do discurso que pressupõe sujeito e tomadas de posição, então com um gesto de interpretação (Acontecimento [...], 2020).

Conforme afirma a autora, um acontecimento jornalístico se dá na prática da mídia. Logo, é possível afirmar que, ao entrar na mídia por meio das campanhas educativas, que são uma forma de mídia, mas no campo das propagandas, como será discutido mais adiante, o câncer torna-se acontecimento do discurso, que não está diretamente relacionado à doença empírica, mas à sua discursividade. Dela-Silva (2008, p. 18) aponta que um acontecimento do discurso é “observável na relação entre dizeres, de forma a produzir rupturas, silenciamentos e novos processos de significação”. O câncer entra no discurso, comportando estrutura e acontecimento, materializados em documentos públicos, normativas de saúde, fundação de instituições, cartazes sobre a doença, e sua discursividade produziu, e ainda produz, rupturas, silenciamentos e novas significações. E entra no imaginário social e histórico, carregado dos sentidos produzidos inclusive por órgãos oficiais, que vão significar nos sujeitos, aos quais cabem o movimento de interpretação. Seu acontecimento do discurso vai, ao longo do tempo, sendo trabalhado, quando a memória sobre o câncer encontra uma atualidade, construindo outras discursividades e outra memória, sempre ancorada no interdiscurso, movimento possível de ser observado nas análises dos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer. Nosso objetivo é analisar o funcionamento desses sentidos produzidos a partir de cartazes de campanhas sobre o câncer ao longo da história.

3.4 O DISCURSO SOBRE CÂNCER — O CÂNCER EM DISCURSO

O câncer hoje é classificado no grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Ser categorizado como *doença crônica* mobiliza sentidos, ditos e não ditos, que deslizam, a partir de uma memória, para ancorar-se em uma nova rede de significados. Ser *crônica*, para a medicina, é ser uma doença com a qual o paciente lidará ao longo de sua vida, que pode ser, mas não é, necessariamente, fatal; que pode ser controlada, mas não curada, no sentido de que demandará cuidados e vigilância por toda a vida. Esse grupo contempla outras doenças, como diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. Já ser *não transmissível*, para a medicina, é a afirmativa de que ninguém transmitiu a doença para o paciente, e tampouco ele a transmitirá para alguém.

O câncer é amplamente significado como uma doença fatal. Ao falar em câncer, mobilizam-se redes de sentidos, como dor, sofrimento, mal, fraqueza, finitude, morte, tanto que o sinônimo para câncer é “neoplasia maligna” — maligna, má, perversa, cruel. Em 1978, Susan Sontag lançou o livro *A doença como metáfora* (Sontag, 1984), no qual discute como o câncer e a tuberculose mobilizaram sentidos e foram metaforizados ao longo dos séculos. Hoje, mais de 40 anos depois do lançamento desse trabalho, houve muito incremento do conhecimento científico em relação ao câncer, o que torna algumas afirmações datadas. Contudo, ainda é extremamente relevante e atual para dizer da discursivização da doença, mesmo não sendo um trabalho em Análise de Discurso, pois mobiliza a memória construída em relação ao câncer em diferentes literaturas ao longo do tempo. A autora traz, por exemplo, uma citação de Georg Groddeck, médico e psicanalista alemão, de 1923, afirmando que o “câncer leva, através de estágios definidos, à morte. Com isso, quero dizer que o que não é fatal não é câncer” (Groddeck, 1923 *apud* Sontag, 1984, p. 13). Foi a própria medicina, que funciona no imaginário como uma ciência a ser respeitada, à prova de falhas, uma forma de religião, como aponta Clavreul (1983), que ajudou a construir o imaginário do câncer como doença fatal. Hoje, as ciências da saúde consideram o câncer uma doença crônica, ou seja, é possível sobreviver; o câncer não é necessariamente fatal, apesar de não ter cura.

Outro destaque importante é dizer que o câncer é *não transmissível*, afirmação que é fruto de um conhecimento da ciência atual. Contudo, estão inscritos na memória sentidos sobre isolar um sujeito adoecido com câncer por medo de que ele transmita essa doença. Há mais de 40 anos, Sontag afirmava:

Qualquer doença encarada como um mistério e temida de modo muito agudo será tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa. Assim, pessoas acometidas de câncer, em número surpreendentemente elevado, vêm-se afastadas por parentes e amigos e são objeto de procedimentos de descontaminação por parte das pessoas de casa, como se o câncer, a exemplo da tuberculose, fosse uma doença transmissível (Sontag, 1984, p. 5).

Apesar de hoje ser conhecido que o câncer não é contagioso, ou seja, é não transmissível, ainda existe no imaginário dos sujeitos a ideia de isolamento do sujeito adoecido, profilaxia, higienização imediata de quaisquer objetos em que tocar o doente (prato, copo, talher, toalha) e a ideia de que esses objetos não poderão ser tocados por mais ninguém, mesmo quando o tumor não é aparente, quando não há secreções ou sangramentos. É como se os objetos tocados pelo sujeito estivessem amaldiçoados. Por ter um sistema imunológico comprometido, ou seja, por ter maior probabilidade de contrair doenças infectocontagiosas, a ciência médica recomenda que tudo que chega ao paciente esteja limpo e esterilizado, bem como o ambiente no qual ele

está, mas isso ainda se confunde com achar que a doença é contagiosa e que não se deve tocar em nada que foi usado pelo paciente.

Se pensarmos nesses sentidos aos quais o câncer aparece ancorado — fatal e contagioso, devendo o paciente ficar isolado —, é possível entender outro efeito de sentido associado ao câncer: o medo. Descobrir-se com câncer era — e ainda hoje esse sentido reverbera — ser posto diante da morte e da finitude. Por mais que, atualmente, seja comum que se fale de câncer, por mais que a doença não seja mais silenciada, por mais que um sujeito possa se expor a diferentes fatores de risco ou seguir todas as orientações de proteção, o diagnóstico de câncer é um encontro com o real do corpo, que, na busca por um modo de interpretação, é simbolizado, levando ao medo do tratamento, da dor, da morte. Muitos outros sentidos são possíveis a partir desse encontro e de sua simbolização, sendo possível ancorar o sentido de câncer aos sentidos de fé, luta, resistência, resiliência, coragem, resignificação, vitória, superação, mudança. Contudo, o medo, em oposição à coragem, por exemplo, costuma ser relatado como o primeiro sentimento — e, para nós, o primeiro sentido — quando do diagnóstico de câncer.

Em uma rápida busca no Google por “relatos de pacientes com câncer”, foram encontrados “Aproximadamente 32.800.000 resultados (0,32 segundos)”⁵. Selecionamos apenas uma página, a fim de tentar entender se, de fato, sentidos associados ao medo ainda são, nos dias de hoje, relacionados ao câncer. Escolhemos o site da organização não governamental Oncoguia, instituição dedicada ao câncer que tem como objetivo “ajudar o paciente com câncer a viver melhor por meio de projetos e ações de informação de qualidade, educação em saúde, apoio e orientação ao paciente, defesa de direitos e advocacy” (Oncoguia, 2021), por ser um portal dedicado exclusivamente ao tema do câncer, com um espaço exclusivo para depoimentos, que funciona como um grupo de apoio virtual. Dele, foram selecionadas algumas sequências discursivas (SD), que são, conforme Mariani (1998), sequências superiores à frase, fluidas “o suficiente para viabilizar a apreensão das formulações discursivas (fds), ou seja, de sequências lingüísticas nucleares cujas realizações representam, no fio do discurso (ou intradiscurso) o retorno da memória” (Mariani, 1998, p. 53), SD essas de relatos dos próprios sujeitos⁶:

SD1 – *Fui forte ao receber a notícia e falei que iria fazer o que tivesse que fazer para me curar*⁷.

⁵ Resultado encontrado no Google em 21 de janeiro de 2022.

⁶ Optamos por inserir os relatos, mesmo que com menos de quatro linhas, com recuo de 4 cm e itálico para destacá-los no texto e diferenciá-los das demais citações. Além disso, escolhemos não colocar os nomes dos pacientes, que estão disponíveis no site, apenas os links que levam aos relatos completos em notas de rodapé.

⁷ Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/depoimento/michele-barros-marques/2924/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SD2 – *Estou na luta novamente, me sinto muito fraca, dores no tórax, costela e coluna.*

*Estou muito triste*⁸.

SD3 – *O médico pediu outros exames como na rede pública são demorados, fiz particular, e o retorno é dia 13.01.23, estou muito angustiada com a demora.*

*Com muita fé que tudo dará certo, mas impossível não ficar abalada depois de um diagnóstico desse*⁹.

SD4 – *Passei madrugadas sem dormir. Na primeira consulta com a mastologista de cara não tinha dúvida que seria câncer. Abriu um buraco na minha mente: agora o que será? Perdi o chão, mamografia birra 4, ultrassonografia birra 5 e começou o tratamento. Na biópsia, resultado nada agradável*¹⁰.

SD5 – [...] *ela disse eu estava com câncer... o mundo caiu ali naquele instante eu vivenciei o que é ter o chão arrancado dos seus pés, e agora?*¹¹.

SD6 – *Fui rapidamente ao PS ginecológico onde a médica pediu a biópsia, foram dias de tensão até sair o resultado que foi o que eu mais temia “câncer”. [...]*

*Eu estava meio que em choque, parecia não sentir emoção alguma, nem entender nada q ele falava, mas no momento em q eu fui agendar as sessões de químio, ao ver aquelas pessoas com expressões cansadas, descoradas, sem cabelo, é como se tivesse caído a ficha, caí numa crise de choro, passei uns 2 dias chorando e pensei comigo, tenho 2 opções, me entregar, ou enfrentar com fé e coragem... optei pela segunda opção, e foi aí que descobri uma força que não imaginei que tinha*¹².

Nas SD selecionadas, a palavra medo não está dita, mas comparece pelos não ditos, pelos silêncios e pelo interdiscurso. Conforme afirma Orlandi (2013b, p. 82), “há sempre no dizer um não-dizer necessário”. Na SD1, a palavra “forte” aparece no momento do diagnóstico, chamado pelo sujeito de “notícia”, que traz um efeito de virtude, de algo inesperado ou fora do comum. Ao receber o diagnóstico, os sujeitos costumam ficar fracos (em oposição direta a ser forte), ficar tristes (SD2), ficar angustiados e abalados (SD3), perder o chão, ter um buraco aberto na mente (SD4), sentir cair o mundo e ter o chão arrancado de seus pés (SD5), sentir tensão e ficar em choque (SD6). Por mais que a palavra “medo” não compareça, é possível afirmar que as narrativas revelam um medo silenciado ou dito de outro modo: a tristeza, por exemplo, pode estar associada ao medo da morte; perder o chão e cair o mundo são sensações descritas diante de algo assustador, de algo que pode ceifar a vida. No relato da SD6, comparece o olhar do outro sobre o sujeito adoecido: “*ver aquelas pessoas com expressões cansadas,*

⁸ Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/depoimento/noadia/2916/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

⁹ Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/depoimento/nara/2934/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

¹⁰ Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/depoimento/adenir-nunes-dias/2930/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

¹¹ Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/depoimento/vanessa-rebelo/2927/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

¹² Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/depoimento/tatiana-souza/2903/>. Acesso em: 21 jan. 2023.

descoradas, sem cabelo”. Essa imagem corrobora o sentido de sofrimento associado ao câncer, sentido esse que, ao olhar para o outro, faz “*cair a ficha*” e enxergar-se a si próprio, quando, também, comparece o medo: esse sujeito doente sou/serei eu. É também na SD6 que se afirma: “*foi o que eu mais temia ‘câncer’*”. Apenas nesse trecho o medo aparece de forma mais marcada na palavra “temer”, que funciona pelo sentido de “ter medo”.

Contudo, apesar de o medo associado ao câncer aparecer no relato, pela via dos não ditos, os outros sentidos que passaram a ser mobilizados no percurso discursivo do câncer também estão presentes, dessa vez naquilo que é dito: “*fui forte*” (SD1); “*com muita fé que dará certo*” (SD3); “*enfrentar com fé e coragem, descobri uma força que não tinha*” (SD6). Força, fé, confiança, coragem são termos que apontam para uma disputa, uma oposição ao medo da morte, ao sofrimento, à tristeza associados ao câncer. Em muitos outros relatos do site Oncoguia, encontra-se principalmente a palavra “fé”, associada ou não a “Deus”. Encontram-se também gratidão à família, aos profissionais de saúde, bem como o sentido de valorização da vida. Ainda assim, todos esses termos aparentemente positivos não significam sozinhos, pois, conforme afirma Pêcheux (2019 [1976]), as palavras têm sentido, fazem sentido, mas não necessariamente um sentido, pois esse se constitui pela memória, pelo já-dito, pela história e pela ideologia, dentro de determinadas condições de produção. Tais palavras, portanto, estão atravessadas pelas significações da dor, do sofrimento, do medo e da morte e, ao negar tais significações, apontam para sua presença pujante.

Apesar de, nos dias atuais, os sujeitos adoecidos falarem abertamente sobre o câncer, desde artistas participando de campanhas até celebridades e líderes políticos assumindo seu adoecimento, nem sempre isso foi assim. Conforme afirmado por Sontag (1984), o câncer era considerado contagioso; logo, alguém que se deparasse com a doença precisava ficar isolado, as famílias escondiam seus doentes, muitas vezes o doente sequer sabia do seu diagnóstico: definhava e morria sem saber o que lhe havia acontecido. Ter câncer era uma vergonha e falar sobre câncer era um tabu, conforme mostra a autora. Outro fator que também construiu um imaginário do câncer como vergonhoso é sua associação com sentimentos reprimidos.

Por muito tempo, a ciência e a mitologia popular, como nomeia Sontag (1984), acreditaram que um câncer surgia por um amor reprimido, por um ódio não expresso, por uma paixão silenciada. Na década de 1970, conforme aponta a autora, “muitos acreditam que o câncer seja uma doença ligada a insuficiência de paixão, atacando os que são sexualmente reprimidos, inibidos, não espontâneos, incapazes de exprimir o ódio” (Sontag, 1984, p. 15). Mais adiante, a autora afirma: “De acordo com a mitologia do câncer, geralmente é uma firme repressão de sentimentos que causa a doença. Sob a forma mais antiga e mais otimista dessa fantasia, os

sentimentos reprimidos eram de ordem sexual” (Sontag, 1984, p. 16). Logo, apesar da crença de que o câncer era possivelmente contagioso, também havia a de que um sujeito adoecido era alguém que reprimia sentimentos e emoções, incapaz de se expressar, alguém digno de pena e, ao mesmo tempo, de repreensão, pois foi incapaz de demonstrar suas paixões. Ter um câncer, portanto, era jogar luz, expor ao outro a existência de sentimentos reprimidos, o que causava extrema vergonha e levava ao silenciamento, ao segredo sobre a doença. Por mais que o campo da ciência, nos dias de hoje, não corrobore mais a noção de que a paixão silenciada seja a causa do câncer, a vergonha do diagnóstico continua a funcionar, fruto de uma memória discursiva que produz um efeito de evidência de que ter câncer é uma vergonha.

A noção de repressão como causadora do câncer, para além da vergonha, leva a um outro efeito de sentido possível: a culpabilização e, por consequência, a culpa. Os discursos do campo da saúde sobre fatores de risco e prevenção da doença, tão presentes nos cartazes de campanhas objeto de estudo desta tese, podem, por vezes, produzir esse mesmo efeito de sentido, pois impõem sobre o sujeito toda a responsabilidade sobre a sua saúde, como se fosse possível interditar o adoecimento. Assim, a medicina e as instituições de saúde, públicas e privadas, impõem uma culpa sobre o sujeito que adoece: adoeceu, pois não se preveniu; adoeceu, pois não procurou um profissional da saúde; adoeceu, pois não pegou um folheto, ou não fez um autoexame, ou não aprendeu a se defender, ou não cuidou do próprio corpo, como veremos nos cartazes que serão analisados. Contudo, ainda hoje, o conhecimento científico sobre as causas do câncer é limitado. O Inca, órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas e diretrizes de prevenção e controle do câncer, afirma que:

O câncer **não tem uma causa única**. Há diversas **causas externas** (presentes no meio ambiente) e **internas (como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas)**. Os fatores podem interagir de diversas formas, dando início ao surgimento do câncer.

Entre 80% e 90% dos casos de câncer estão associados a causas externas. As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, **os hábitos e o comportamento podem aumentar o risco** de diferentes tipos de câncer (Instituto Nacional de Câncer, 2022, n.p., grifo nosso).

Em seu discurso institucional, oficial, da posição imaginária do sujeito como autoridade da saúde, o Inca afirma que há diversos fatores, internos e externos, ou seja, há fatores sobre os quais se pode interferir (externos) e aqueles sobre os quais não cabe qualquer ação (internos), que podem levar ao desenvolvimento do câncer. Entre os principais fatores externos, são listados o tabagismo, o consumo de álcool, a má alimentação, a inatividade física, a obesidade, as práticas sexuais inseguras, a exposição ao sol e a outras radiações, e as exposições no ambiente de trabalho. Sobre esses fatores recaem as ações de prevenção primária do câncer.

Podemos nos perguntar: como isso leva à culpabilização e à culpa? Se existem fatores de risco aos quais o sujeito se expõe, no momento do diagnóstico de câncer, é comum que ele se culpe por ter fumado, bebido ou comido fast-foods. É exatamente nesse sentido que as ações para a população se dão: tenha uma alimentação saudável, mantenha o peso sob controle, não fume etc. O sujeito adoecido pode se sentir absoluta e individualmente responsável por sua doença, o que gera culpa e, também, vergonha, não mais aquela dos sentimentos reprimidos, mas a mesma do “o que eu fiz comigo mesmo?”¹³. Essa é a outra face, a da culpabilização: o olhar do sujeito saudável para o sujeito adoecido pode ser o de empatia, solidariedade, mas também o de culpabilização: ele sempre fumou, sempre bebeu, sempre foi obeso, não fez o autoexame, não fez os exames preventivos, não se cuidou, e por aí vai. Muitos estudos genéticos são feitos hoje nos quais resultados positivos para genes ligados ao câncer servem como um “nada consta”, que zera a dívida do paciente com suas práticas de vida, afinal, ele tem câncer porque é geneticamente programado para ter. Sontag (1984, p. 37) afirma que as “teorias psicológicas da doença são um meio poderoso de pôr a culpa no doente”. Muitas vezes, as teorias sobre os fatores de risco e proteção também o são, principalmente porque tanto risco quanto proteção ficam restritos às ações do sujeito, silenciando o papel das ações do capital sobre os processos de adoecimento — por exemplo, o uso de agrotóxicos, a poluição industrial, a exploração do trabalho que impede o acompanhamento de saúde, entre outros, que serão novamente discutidos nas análises deste trabalho. Silencia-se também o papel do Estado, como no acesso ao sistema de saúde, que, muitas vezes, é precário e moroso, ou no acesso a condições dignas de moradia, transporte, segurança e lazer, que interferem diretamente na manutenção da saúde. Também fica silenciado que o adoecimento é um processo natural em todo ser vivo, e o ser humano, ser vivo que é, adoece e vai adoecer. Ao se romper com o processo de silenciamento desses dizeres, promove-se uma ruptura com o discurso de culpabilização do sujeito.

Outra ruptura com a culpabilização está ancorada na afirmativa de Canguilhem (2009 [1943], p. 40) de que “a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade”. Quais são as condições nas quais os sujeitos que desenvolvem um câncer vivem? Em qual formação social? Em qual sistema? Fumar é fator de risco para o câncer de pulmão, mas o ar poluído da cidade também o é. No cartaz da campanha do Dia Mundial sem Tabaco de 2019 (Figura 2), existe uma clara associação entre o fumo e doenças de pulmão, incluindo o câncer.

¹³ Minha mãe, quando teve seu primeiro diagnóstico de câncer, ouviu do oncologista, assim que entrou na sala de consulta, antes mesmo de se sentar: “o câncer adora uma obesidade”.

Na Figura 2, a seguir, além da imagem do pulmão doente preso em um narguilé cheio de fumaça de cigarros ainda acesos, existem duas frases no imperativo: “Não deixe o tabaco tirar seu fôlego” e “Escolha a saúde, não o tabaco”. Quem é o sujeito imaginário com quem se fala nesse cartaz? Conforme indaga Pêcheux (2014a [1969], p. 82): “Quem é ele para que eu lhe fale assim?”. A campanha certamente é voltada para o sujeito fumante. Ela associa o tabaco a doenças pulmonares tanto pela discursividade do pulmão doente e aprisionado quanto pela palavra “fôlego”, que, nessas condições de produção, trazem à memória o sujeito fumante como alguém que não tem fôlego. E “quem sou eu para lhe falar assim” de forma imperativa (“não deixe”, “escolha”)? Trata-se de diversas autoridades de saúde, explicitadas nas logomarcas no final do cartaz. Mas o que queremos, neste ponto exato, é lançar um olhar sobre a frase “Escolha a saúde, não o tabaco”.

Figura 2 — Cartaz do Dia Mundial sem Tabaco de 2019



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019a.

O tabagismo é classificado como uma doença, de acordo com a décima edição da *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10), sob o código CID 10 Z72. Se é uma doença, pode ser uma escolha? O sujeito simplesmente escolhe ficar doente? A campanha é voltada para o sujeito fumante, mas não se manifesta, por exemplo, contra a indústria do tabaco. Por mais que o Brasil seja pioneiro nas ações antitabaco e seja signatário da Convenção-quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS), como discutiremos mais adiante, ainda é o segundo maior produtor de tabaco do mundo, ficando atrás apenas da China, segundo dados da Associação dos

Fumicultores do Brasil (Afubra)¹⁴. Se o tabaco é tratado como o oposto da saúde (“escolha a saúde, não o tabaco”), por que a campanha visa ao fumante e não à indústria que entrega o produto? E, além, se a poluição do ar também provoca diversos problemas pulmonares, incluindo o câncer, por que fazer campanhas tratando o fumante como um sujeito que escolhe ser doente sem sequer mencionar os grandes poluidores do ar? Por que a poluição do ar sequer entra em uma lista de fatores de risco?

As condições materiais de vida que levam aos fatores de risco nunca entram na equação quando o tema é promoção da saúde e prevenção do câncer. Quais são as condições sociais que levam à má alimentação, à obesidade, ao consumo de álcool, ao tabagismo? Não se fala do modo de produção capitalista, nem das relações exploratórias de trabalho, não se fala da pobreza, nem das situações que geram doenças como ansiedade e depressão, que levam à obesidade e ao fumo, que levam ao câncer. Levam não, podem levar, porque, mesmo diante de todas essas “exposições”, há quem desenvolva um câncer e há quem não o desenvolva. É mais fácil culpar e responsabilizar o sujeito, jogando sobre ele todo o conhecimento científico da autoridade de saúde (“quem sou eu para lhe falar assim”) e, diante do adoecimento, dizer “o câncer adora uma obesidade” ou “você sabia que fumar causava câncer” do que combater os modos de vida da formação social capitalista e patriarcal que levam à exposição do sujeito ao fator de risco. Não é a culpa de um indivíduo, porque esse, que é culpabilizado, já se sujeitou à língua, à história e à ideologia, tornando-se sujeito do discurso, inclusive do discurso sobre câncer. A responsabilidade, portanto, é lançada sobre o sujeito, nunca sobre o sistema, nunca sobre o capital. Cabe ao sujeito mudar seu destino, como se fosse capaz de, em sua condição material de vida, simplesmente não adoecer.

Medo, vergonha, culpa, responsabilidade, vida e morte, fé, coragem, todos são discursividades relacionadas ao câncer e aos sujeitos adoecidos. O discurso sobre o câncer nos cartazes de campanhas educativas não se dá fora dessa memória discursiva que atravessa a doença. Também não se dá fora das condições de produção em que os cartazes foram feitos. Estamos trabalhando com um discurso que se atualiza na memória, sempre no encontro de uma atualidade e uma memória, ao longo de oito décadas, ou seja, em diferentes condições de produção, em diferentes estágios da formação social e do próprio conhecimento médico. Na próxima seção, vamos discutir o processo de construção do arquivo e do corpus, pensando o funcionamento de uma propaganda de Estado e as condições de produção do arquivo em questão.

¹⁴ Disponível em: <https://afubra.com.br/fumicultura-mundial.html>. Acesso em: 22 jan. 2022.

Nesta pesquisa, objetivamos investigar o modo como os sentidos sobre o câncer são produzidos a partir dos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer. Para isso, construímos um arquivo de pesquisa que, discursivamente, nos encaminhou a um corpus de análise. Na próxima seção, vamos discutir a construção desse percurso, mas, antes, vamos refletir sobre o que é uma campanha educativa como propaganda de Estado e as condições de produção nas quais as campanhas do Inca foram produzidas desde a década de 1940 até a década de 2020 em curso.

4 ACHADOS E SILENCIADOS — DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO, DO ARQUIVO E DO CORPUS

É partindo das condições de produção do discurso que propomos pensar e delimitar qual discurso queremos analisar, pela via da Análise de Discurso. No percurso desse recorte, desse limite, vamos discutir as campanhas educativas como formas de propaganda de Estado, os procedimentos que levaram à construção do arquivo de pesquisa e os critérios estabelecidos para a constituição do corpus discursivo.

4.1 CAMPANHAS EDUCATIVAS — FOI PROPAGANDA MESMO QUE EU DISSE

Neste trabalho, como já expusemos, constituímos como arquivo e corpus de pesquisa os cartazes de campanhas educativas sobre o câncer produzidas pelo Inca e seus órgãos precursores desde a década de 1940 até os dias atuais. Apesar de serem chamadas de “educativas”, entendemos que tais campanhas funcionam como propagandas, sendo uma política de Estado, conforme aponta Pêcheux (2015a [1979]).

Carrozza (2011) discute a origem do termo “propaganda”, afirmando que esse termo “deriva do latim ‘propagare’ que, por sua vez, vem de ‘pangere’ e que significa enterrar, mergulhar, plantar. [...] Utilizado nesse sentido, o termo se referia à propagação de determinados princípios e ideais” (Carrozza, 2011, p. 130). Conforme Coutinho (2015), “propaganda” funcionaria no campo das ações políticas e (por isso mesmo?) religiosas, por meio da propagação de crenças, ideias, doutrinas, princípios, estando mais relacionada a alguns AIE, como a Igreja. Ela também opera na manutenção do próprio Estado, a partir da circulação, por exemplo, das ideias de determinado governo. Retomando Coutinho (2015):

[...] em referência ao termo propaganda podemos observar sua aparição frequente em estudos que se detiveram as questões advindas da implantação e manutenção dos regimes políticos da antiga URSS e aos ideais nazi-fascistas da Alemanha de Hitler. Embora diametralmente opostos, ambos os regimes, ao invocarem o uso da propaganda para difusão de seus ideais às massas, se valiam dos estudos behavioristas que naquele período a situavam como um instrumento capaz de afetar o comportamento das multidões (Coutinho, 2015, p. 46).

Independentemente do regime ideológico, a propaganda é utilizada como forma de convencimento de um povo em favor das ideias de um governo e do próprio Estado. Carrozza (2011) afirma que ela tem relação com a ideologia, pois oculta, manipula, produz efeito de evidência, funcionando em prol de uma formação social capitalista e patriarcal, “em que o

anunciado se coloca presentificado discursivamente como porta-voz de interesses outros que derivam da estrutura do político” (Coutinho, 2015, p. 48).

A propaganda é um ponto no qual o capital e o político se encontram. As campanhas sobre o câncer produzidas pelo Inca são nomeadas por Teixeira e Fonseca (2007) como educativas, pois se iniciam, na década de 1940, dentro de um conjunto de ações educativas sobre o câncer promovidas tanto pelo Serviço Nacional de Câncer (SNC) quanto por diversos estados do Brasil. São até hoje assim nomeadas, pois buscam ensinar algo: não fumar, comer saudável, não se expor ao sol, usar preservativo, praticar atividade física, fazer exames preventivos etc. Trazem, em sua maioria, uma informação nova ou não, conhecida ou desconhecida, mas que busca “ensinar” como agir diante da sua própria saúde, ou, ao menos, levar a uma reflexão sobre isso. Por outro lado, a manutenção da saúde tem implicação direta na manutenção do Estado, pois doenças geram custos, principalmente em um país cuja maioria da população depende exclusivamente do sistema público de saúde, como é o caso do Brasil. Logo, campanhas institucionais que promovam a saúde fazem funcionar os sentidos de economia e manutenção do Estado, e, nesse sentido, entendemos que funcionam como propagandas de Estado.

Propomos ainda mais uma reflexão. Se o sujeito de uma formação social capitalista e patriarcal é considerado “força de trabalho”, ao adoecer e não poder trabalhar, o capital perde parte de sua “força”. Em doenças como o câncer, por exemplo, cujo tratamento é longo e, muitas vezes, debilitante, e a doença pode inclusive evoluir para óbito, um sujeito trabalhador pode ficar distante das atividades laborais por meses ou até mesmo anos, sem qualquer garantia de que vá retornar ao trabalho. Segundo publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2024:

Se o Brasil melhorasse o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento do câncer para alcançar as melhores taxas de sobrevivência observadas na OCDE e na UE, isso seria...

- prevenir **uma em cada duas** mortes prematuras por câncer,
- aumentar a esperança média de vida da população em **7 meses**,
- adicionar o equivalente a **34.000 trabalhadores em tempo integral**,
- aumentar os gastos gerais com saúde em **1,1%** (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024).

A OCDE discute o impacto das mortes por câncer na economia, afirmando que melhores taxas de sobrevivência “adicionariam” um grande quantitativo de trabalhadores em “tempo integral”. Dividindo esse tempo integral por uma jornada de oito horas diárias, poderíamos afirmar que esse quantitativo sobe para 102 mil trabalhadores “adicionados” ao mercado de trabalho. Reportagem da BBC News Brasil (Wentzel, 2018) analisa estudo publicado na revista *Cancer Research Epidemiology* com dados de 2012, o qual discute os impactos do câncer na

economia dos países que compõem o bloco econômico composto por Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul, Egito, Emirados Árabes Unidos, Arábia Saudita, Etiópia, Irã e Indonésia, conhecido como Brics. Sobre o Brasil, a matéria afirma que:

A estimativa é de que o país sofra um prejuízo de US\$ 4,6 bilhões anuais, o equivalente a R\$ 15 bilhões e a 0,21% de toda a riqueza gerada.

O cálculo considera a renda média dos profissionais, quantos anos deixaram de ser trabalhados e com quanto eles poderiam ter contribuído economicamente por meio de salário e emprego até o final da carreira. Não foram incluídas crianças, pessoas que estavam em idade de aposentadoria e os gastos de saúde com os doentes (Wentzel, 2018).

Esse estudo resenhado pela BBC mostra como o câncer também é pensado pelo ponto de vista econômico não apenas naquilo que diz respeito aos gastos com o tratamento em si, mas nos impactos causados pelo adoecimento do sujeito-trabalhador na economia capitalista. A promoção da saúde e a prevenção do câncer não são questões econômicas ligadas apenas aos custos da doença para o Estado, mas também para o capital. Assim, podemos afirmar que as propagandas sobre o câncer não só funcionam numa lógica estatal, mas também atendem aos interesses do capital. Essa propaganda “estabelece uma correlação com a infraestrutura econômica como instância ideológica que existe sob a forma de formação ideológica” (Coutinho, 2015, p. 36) e pode mobilizar sentidos da ordem do político, do religioso e também do comercial, como afirma Coutinho (2015). Entendemos, assim, que a propaganda em saúde atende aos interesses do Estado, ao mesmo tempo que atende aos interesses do capital.

A propaganda de saúde sobre o câncer tem início no Brasil na década de 1940, com as primeiras ações implementadas pelo SNC, e, entre presenças e ausências, elas se perpetuam até os tempos atuais. Mas quais são as condições de produção dessa estratégia de Estado? É sobre isso que passamos a refletir.

4.2 DAS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS CARTAZES DE CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE O CÂNCER

A formação de um arquivo de pesquisa e de um corpus discursivo em Análise de Discurso não é possível fora das condições de produção do discurso. Courtine (2014 [1981]), ao discutir as condições de produção, aponta como a conceituação dessa expressão tem origem multidisciplinar e é difícil de ser estabelecida. Segundo o autor:

O que se enuncia como multidisciplinaridade necessária à Análise de Discurso e situa o discurso no campo de uma complementaridade [...] com o cortejo de denegações de que essas posições se acompanham [...] parece-nos esconder o reconhecimento do fato de que a Análise de Discurso se instaura sob o signo da *articulação de duas faltas*, da qual a noção de CP constitui o mais certo

sintoma: a psicologia social à qual falta a possibilidade, ao caracterizar o enunciado, de se sustentar sobre a base material da língua, o que não falta à Linguística; a Linguística, por sua vez, para a qual faz falta uma “teoria do sujeito da situação”, ou seja, das CP do discurso, que invoca as disciplinas psicológicas e sociais (Courtine, 2009, p. 48).

A noção de condições de produção articula-se, segundo o autor, no entremeio do que falta à psicologia e à linguística. Para se pensar as campanhas educativas sobre o câncer, é essencial discutir suas condições de produção. Conforme afirma Orlandi (2013a), é possível “considerar as condições de produção em sentido estrito e temos as circunstâncias da enunciação: é o contexto imediato. E se as considerarmos em sentido amplo, as condições de produção incluem o contexto sócio-histórico, ideológico” (Orlandi, 2013a, p. 30). Para tecer uma análise sobre os cartazes de campanhas educativas sobre o câncer, é necessário pensar tanto as circunstâncias da enunciação quanto o contexto sócio-histórico e ideológico. Em seu vídeo-verbete, Nardi (Condições [...], 2020) afirma que, para se pensar as condições de produção, é necessário refletir sobre o movimento dos discursos na história e o movimento dos sujeitos, apontando que um processo discursivo contém uma materialidade histórica que influencia a produção de efeitos de sentido. Logo, seria impossível entender o modo como se produzem os efeitos de sentido dos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer sem pensar no trajeto que leva à sua criação, produção, reprodução e circulação.

Sob essa perspectiva, discutiremos os contextos imediatos e os sócio-históricos do surgimento do controle do câncer no Brasil, bem como seu desenvolvimento e sua atualidade. Os cartazes de campanhas educativas surgem na década de 1940 como política pública para “combater” o câncer. Segundo Teixeira e Fonseca (2007), no início do século XX, o câncer começa a aparecer como uma questão de saúde no Brasil, muito em função da visibilidade que passa a ganhar nos Estados Unidos e na Europa. Aqui, em 1919 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), equivalente ao Ministério da Saúde dos dias atuais; em 1937, é criado o Centro de Cancerologia; e, em 1941, ele é transformado em SNC, que viria a ser o atual Instituto Nacional de Câncer, contando com diversos sanitaristas que defendiam um novo modelo de saúde pública, voltado a doenças preveníveis e curáveis.

À saúde pública caberia o papel de agente principal na concepção e execução das atividades nesse campo, devendo também coordenar a ação da iniciativa filantrópica. Nesse contexto, o câncer como doença prevenível e mal possivelmente contagioso, passaria a ser foco dessa renovada saúde pública (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 30).

Nesse período, com o crescimento dos casos de câncer no exterior e com o estudo que se começa a fazer sobre a doença, principalmente nos Estados Unidos, ganham força as ideias

e as ações voltadas ao diagnóstico precoce e ao tratamento do câncer. Segundo os autores, a “transformação do câncer em mal prevenível tornava-o um objeto típico da saúde pública” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 31). No Brasil, no início do século XX, intensificou-se a construção de estatísticas em relação à incidência da doença, mas pouco foi feito além disso. A partir da criação do Centro de Cancerologia e posteriormente do SNC, a doença passa efetivamente a ser vista como questão de saúde pública, e ações mais efetivas começam a acontecer. Mário Kröeff, um importante médico-cirurgião da época que atuou como sanitarista, é nomeado diretor do Centro de Cancerologia, sendo também, posteriormente, do SNC. No cargo:

Uma de suas primeiras iniciativas foi reunir a imprensa da capital federal para divulgar o trabalho a ser desenvolvido no centro e pedir a colaboração para uma campanha de propaganda contra a doença. Tirando proveito do interesse da imprensa pela fundação do Centro, ele pretendia usar o poder de fogo dos jornalistas em favor da propaganda pelo diagnóstico precoce (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 66-67).

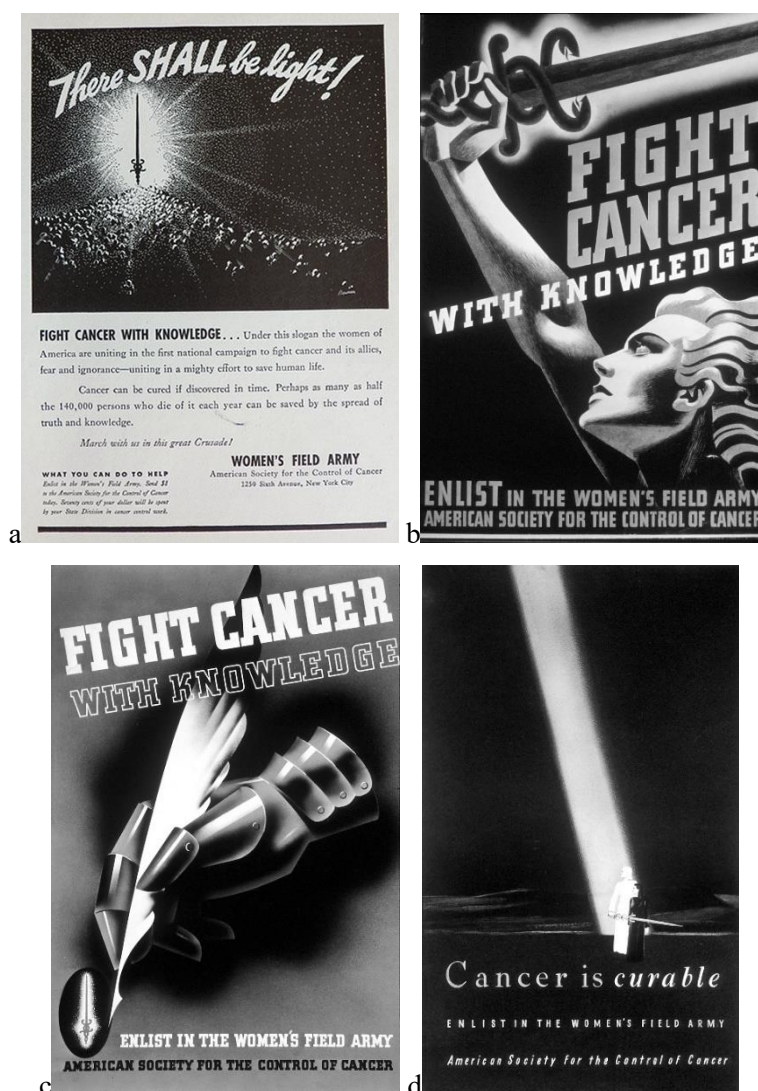
A mesma lei que cria o SNC, conforme afirmam Teixeira e Fonseca (2007, p. 93), “previa em seu artigo 2.º que uma das atribuições do Serviço era a propaganda intensiva da prática dos exames periódicos de saúde para a obtenção do diagnóstico precoce da doença”. Mário Kröeff passa a produzir materiais gráficos, distribuindo-os em consultórios médicos, escolas e outras instituições. Assim surgem os cartazes de campanhas educativas sobre o câncer no Brasil. A princípio, eles eram baseados em imagens impactantes, que buscavam chamar a atenção para o tema do câncer, mas também buscavam, textual e visualmente, apontar para a possibilidade de cura da doença, conforme afirmam Teixeira e Fonseca (2007).

Pêcheux (2015a [1979], p. 73) afirma que a propaganda “é, pelo menos desde Napoleão, um negócio estratégico” no que se refere às questões militares de um Estado. O autor afirma também que, a partir dos anos de 1940: “A propaganda não é mais um negócio militar: ela torna-se a preocupação número um de um Estado cuja política é, no essencial, determinada do exterior” (Pêcheux, 2015a [1979], p. 74). Ainda segundo Pêcheux (2015a [1979]), as propagandas de Estado são um “dispositivo essencial do Estado capitalista autoritário moderno” (Pêcheux, 2015a [1979], p. 74) e se fazem por meio de “imagens e palavras, sentimentos, ideias e gestos” (Pêcheux, 2015a [1979], p. 74). Mundialmente, a propaganda se consolida como política de Estado, e é nesse movimento que surgem as campanhas institucionais voltadas para o câncer. Quando essa política chega ao Brasil, ela já está vigente em países da Europa e nos Estados Unidos, nos quais a propaganda nacional contra o câncer se inspira, como afirmam Teixeira e Fonseca (2007).

Conforme a Embryo Project Encyclopedia (Santora e Darby, 2021), nos Estados Unidos, em 1913, um grupo de dez médicos e cinco empresários fundou a American Society for the Control of Cancer (ASCC), para promover a conscientização e a detecção precoce do câncer, que, até então, era uma doença desconhecida e cercada de tabus mesmo entre os médicos, que pouco falavam sobre ela. Em 1920, a ASCC começou a recrutar mulheres para arrecadarem fundos para a formação social. Essas mulheres iniciaram um trabalho de educação sobre o câncer, principalmente voltado para outras mulheres. Em 1936, o trabalho voluntário dessas mulheres é transformado no Women's Field Army (WFA), exército de campanha feminino, em tradução livre, que se torna oficialmente uma organização feminina voluntária dentro da ASCC. O WFA, assim, começou um trabalho que recrutou milhares de mulheres para serem voluntárias em todo o país, distribuindo panfletos, exibindo filmes, entre outras iniciativas para promover o entendimento de outras mulheres sobre cânceres reprodutivos, principalmente os cânceres de mama e do colo do útero. O WFA ajudou a reduzir o número de mortes relacionadas ao câncer, ao disseminar conscientização sobre prevenção e ensinar mulheres sobre saúde reprodutiva e detecção precoce, sendo um dos primeiros recursos educacionais amplamente difundidos sobre o tema nos Estados Unidos. Em suas campanhas educativas, o WFA adotou o slogan *"fight cancer with knowledge"* (combata o câncer com conhecimento, em tradução livre) e tinha como marca a imagem de uma espada cercada de luz, cujo cabo era um caduceu hermético, símbolo da medicina (Figura 3). As imagens educativas tinham caráter bélico, reforçado pelo próprio nome da organização "exército", certamente afetado pelo contexto de guerra das décadas de 1930 e 1940. A ASCC torna-se American Cancer Society (ACS) em 1945, e o WFA torna-se o Field Army em 1945, sendo encerrado em 1948 e tendo suas atividades absorvidas pela ACS (Santora e Darby, 2021).

A espada com o caduceu hermético, a manopla (luva da armadura) que segura uma pena, o jogo de luz e sombra, todos são elementos que apontam para um sentido bélico, ao mesmo tempo que fazem funcionar o sentido de "conhecimento" como iluminação. A ignorância sobre o câncer é a treva contra a qual se deve lutar, tendo a espada, a pena e a luz como armas: combater o câncer, mas com conhecimento. Na Figura 4, temos dois cartazes brasileiros do mesmo período com imagens que, pela via da intericonicidade, que será teorizada na seção 5, relacionam-se com os cartazes do WFA.

Figura 3 — Cartazes de campanhas educativas das décadas de 1930 e 1940 da Women's Field Army



Fontes: a, Attic Paper; b, c, d, National Cancer Institute Visuals Online.

No cartaz nacional da Figura 4a, o conhecimento comparece, por exemplo, ao se afirmar “cuidado com os charlatães” e “só o tratamento científico cura o câncer”. Há também o jogo de luz e sombra estabelecendo o confronto entre conhecimento e desconhecimento, no caso, entre o charlatanismo e a ciência. Na Figura 4b, há o funcionamento do sentido bélico, marcado pelo caça de guerra e pelo punhal que fere o caranguejo. Se, na campanha do WFA, a mão do guerreiro segura uma pena (conhecimento), no cartaz nacional ela segura um punhal, ela ataca o inimigo, reforçando ainda mais o sentido bélico, comum nas campanhas do período. Os cartazes de campanhas brasileiros traziam imagens fortes e/ou frases de efeito, que buscavam conscientizar a população em relação à necessidade de se prevenir e tratar precocemente o câncer.

Figura 4 — Cartazes brasileiros de campanhas educativas contra o câncer da década de 1940



Fonte: a, Teixeira e Fonseca, 2007; b, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

O controle do câncer no Brasil e no mundo começa a se desenvolver e se intensificar no contexto das duas grandes guerras mundiais — Primeira Guerra, entre 1914 e 1918, e Segunda Guerra, entre 1939 e 1945 (Guerra mundial, 2025) — e da Guerra Fria, que vai de 1945 até 1991, com a dissolução da União Soviética (Guerra fria, 2025). As campanhas do Brasil e dos Estados Unidos trazem, tanto nas imagens quanto nos textos, esse discurso bélico que circulava nesse período, com formulações como o caça de guerra, o punhal, a espada, a manopla, o jogo de luz e sombra, as expressões faciais de medo, e algumas palavras como “*fight*”, “*lutai*” e “*defenda-se*”.

Como apontam Teixeira e Fonseca (2007), com o fim da era Vargas, Mário Kroeff é substituído na direção do SNC por Antônio Prudente de Moraes, em 1954, que, ainda no mesmo ano, é substituído por Ugo Pinheiro Guimarães. Tal mudança ocorre em um momento em que o próprio modo de pensar a saúde se transforma, e o câncer passa a ser tratado como “problema de saúde pública, passível de controle pela contínua prevenção associada a ações curativas de base local” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 85). O Estado passaria a atuar na orientação e na supervisão das ações da iniciativa privada, também no financiamento e na manutenção dos centros de referência sobre a doença. Foi na administração de Ugo Pinheiro Guimarães que o Instituto de Câncer surge como vinculado, mas independente do SNC. Durante a administração de Juscelino Kubitschek (1955-1960), o SNC passou a ter mais recursos financeiros, e foi inaugurada a sede do Instituto na praça da Cruz Vermelha, em 1957, onde o Inca funciona até hoje. Com a saída de Kroeff, há uma mudança na diretriz das campanhas, que deixam de ser impactantes e passam a

“alertar para os perigos da doença sem, no entanto, produzir uma cancerofobia” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 98). A partir de 1950, os cartazes de campanhas passam a ser expostos em caminhões (Figura 5) estacionados por diversas cidades do país, principalmente nos subúrbios, combinadas com ações educativas divulgadas no rádio e em jornais e revistas.

Figura 5 — Exposição volante de cartazes de campanhas educativas sobre o câncer



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

No processo de construção do arquivo, como será explicitado mais adiante, dos diversos cartazes encontrados desse primeiro momento das campanhas educativas sobre o câncer, não foi possível diferenciar quais foram produzidos nos anos de 1940 e quais foram produzidos nos anos de 1950, por isso datamos décadas de 1940-1950. Da década de 1960, nenhum cartaz foi recuperado. Cabe reafirmar que os cartazes que constituem o arquivo desta pesquisa são os produzidos pelo Inca e seus órgãos precursores. Foram encontrados cartazes de campanhas feitos por alguns estados nesse período, principalmente o estado de São Paulo, contudo eles estão fora do escopo do nosso trabalho. Como será discutido mais adiante, sobre a construção do arquivo, esse não é completo ou fechado, apresenta furos, lapsos. Pode ser que, em nosso

esforço de pesquisa, não tenhamos conseguido encontrar outros cartazes das décadas de 1960 e 1970, pode ser que tenham se perdido por falta de preservação, pode ser que ainda existam em meio físico em alguma biblioteca, mas é possível que, nesse período, que foi o do regime civil-militar, de fato não tenha havido a produção de cartazes de campanhas educativas para controle do câncer no Brasil.

Em 1.º de abril de 1964, o governo eleito de João Goulart, que era “um governo voltado para a promoção da justiça social e da soberania nacional” (Lara; Silva, 2015, p. 277), foi deposto por um golpe civil-militar. Conforme afirmam Lara e Silva (2015):

O golpe de 1º de abril, apoiado pelo imperialismo norte-americano, pelos setores conservadores da alta hierarquia da Igreja Católica, pela burguesia internacional e nacional (industrial e financeira, os grandes proprietários de terras), conteve o avanço das forças populares que vinham num crescente nível de organização e mobilização em torno das lutas pelas reformas de base (Lara; Silva, 2015, p. 277).

A partir desse momento, o Brasil passa a viver sob um regime conservador, autoritário e violento, tendo como uma de suas principais marcas a perseguição política, com sequestros, torturas e assassinatos de opositores, e a censura à liberdade de expressão, tanto no jornalismo quanto nas artes. O conservadorismo e a censura impactaram também as políticas de saúde e a liberdade dos corpos. E é aqui que calcamos uma hipótese para a possível não produção de campanhas educativas sobre o câncer naquele período.

Ainda durante o governo de João Goulart, a saúde começava a ser discutida, no Brasil, pelos sanitaristas desenvolvimentistas (Lima; Fonseca; Hochman, 2005) sob uma perspectiva progressista, que entendia que “as condições de saúde da população estavam vinculadas às suas condições de vida e trabalho” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 103). Sob essa perspectiva, enxergava-se uma relação entre pobreza e doença, sendo necessária a construção de “um projeto de desenvolvimento nacional baseado em reformas estruturais da formação social com melhoria da distribuição da riqueza nacional” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 103). Com o golpe civil-militar e a deposição do governo eleito, a visão mais progressista de saúde foi substituída por uma ótica assistencialista e privatista.

Mesmo com as amplas discussões nesse campo, até esse momento, o acesso à saúde como cuidado era restrito e se dava em algumas frentes: as campanhas de saúde voltadas para as doenças endêmicas, principalmente nas áreas rurais, como malária, doença de Chagas e febre amarela, entre diversas outras (Lima; Fonseca; Hochman, 2005); os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que prestavam serviços de saúde a trabalhadores com carteira assinada de áreas determinadas, por exemplo comerciários e bancários, e cuja prestação de

saúde era diferenciada de acordo com o poder de financiamento de cada categoria (Escorel, 2012; Silva; Silva, 2016); o atendimento de medicina privado, reservado às pessoas com poder aquisitivo; alguns centros especializados, como o Inca. Quem não fazia parte do mercado formal de trabalho e nem tinha condições de pagar por uma saúde privada ficava à margem de qualquer tipo de assistência. A partir do golpe civil-militar, essa condição se acirra ainda mais em função de uma lógica que diferenciava saúde pública e saúde individual.

Nessa nova conjuntura, em 1966, os IAP são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), “o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados” (Escorel, 2012, p. 326), além de ampliar o acesso a todos os trabalhadores formais, não apenas àqueles cuja categoria tinha um IAP. O INPS passa a ser o responsável pelo que se entendia como saúde individual, ou seja, prestação de assistência hospitalar a pessoas acometidas, de fato, por uma doença; já o Ministério da Saúde tornava-se responsável pela saúde pública, que se resumia às doenças endêmicas e às campanhas de prevenção. Contudo, o Ministério da Saúde praticamente não tinha recursos financeiros (Menicucci, 2024; Teixeira; Fonseca, 2007), enquanto o INPS concentrava os que eram recolhidos de trabalhadores, das empresas e do próprio governo, o que lhe garantia os recursos que efetivamente eram investidos em saúde assistencial. Assim, grande parte da população continuava sem acesso à saúde, tendo como únicos recursos os centros e postos de saúde pública voltados para questões específicas, como maternidade, hanseníase, tuberculose, câncer, e os serviços de saúde filantrópicos, como as Santas Casas e as Fundações (Escorel, 2012).

A saúde seguia a ideologia do governo civil-militar de apoio à privatização. O INPS passa a ser o maior consumidor dos serviços privados de saúde, reduzindo o atendimento próprio em prol de contratar empresas privadas. O Decreto-lei n.º 200/1968 sobre a reforma administrativa “preconizava em cada ministério o abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, com restrição das atividades, na medida do possível, ao nível normativo” (Escorel, 2012, p. 327). Nesse contexto, conforme apontam Teixeira e Fonseca (2007), o Inca passou por um declínio, inclusive financeiro, ficando impossibilitado de cumprir sua missão institucional, incluídas as propagandas de prevenção do câncer. O Ministério da Saúde chegou a cogitar privatizar o Instituto. Diante de inúmeras manifestações contrárias, a instituição não foi privatizada, porém foi transferida para a Federação de Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara, ligada ao Ministério da Educação, deixando de ser referência nas políticas de câncer e passando, ao longo de dois anos e três meses, a atender inclusive a outras doenças.

Ao retornar ao Ministério da Saúde em 1971, a instituição estava fragilizada e empobrecida. Ao longo da década de 1970, o foco do controle do câncer no país foram a

assistência e a formação de profissionais. Houve, entre as décadas de 1960 e 1970, uma campanha nacional contra o câncer; contudo, ela exibia as tecnologias curativas, os procedimentos (Teixeira; Fonseca, 2007), o que corrobora a ideia desenvolvimentista do governo civil-militar. Dessa campanha, não foram encontrados cartazes educativos com chamados gerais à população para a prevenção da doença, diferentemente do que foi recuperado dos anos de 1940 e 1950.

A lógica privatista na saúde perpetrada após o golpe civil-militar, o desfinanciamento do Ministério da Saúde e do próprio Inca, a perda de valor institucional, a mudança de um discurso de prevenção para um discurso de tratamento, todos esses são acontecimentos que apontam para a hipótese de que não tenham sido produzidas, nesse período, as campanhas educativas como haviam sido instauradas nos anos de 1940. Teixeira e Fonseca (2007) afirmam inclusive que, em 1966, o Ministério da Saúde instituiu campanhas contra diversos tipos de doenças, mas não incluiu o câncer. A Fundação das Pioneiras Sociais, um grupo de senhoras da alta sociedade que, como a WFA, reuniam-se para financiar ações sociais, tinha um caráter híbrido entre o público e o privado e investia em prevenção dos cânceres femininos, lançou o cartaz aqui apresentado, único recuperado da década de 1970 (Figura 6). Essa é uma possível explicação para a ausência de outros cartazes desse período. Na análise do cartaz da década de 1970, vamos discutir de modo mais aprofundado o que foi a Fundação das Pioneiras Sociais e de que modo ela funcionou como um dos órgãos precursores do Inca. O cartaz em questão traz um dizer que também é atravessado pela formação discursiva bélica: “aprenda a se defender do seu maior inimigo”. Para além do período da Guerra Fria, a vigência de um governo ditatorial, violento e repressivo também reforça esse funcionamento bélico no cartaz da década de 1970.

Figura 6 — Cartaz das Pioneiras Sociais da década de 1970



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.

Entre 1976 e 1980, foi instituído o Programa de Controle do Câncer, que se justificava pelo aumento da incidência da doença no país, “sendo sua atuação dirigida para medidas de profilaxia e detecção através do diagnóstico precoce” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 124). Com a lei da anistia em 1979, o Brasil tem um grande marco em seu processo de redemocratização, que culmina com a eleição de um civil para a Presidência da República, em 1985, e a promulgação de uma nova constituição, em 1988 (Brasil, 2025). Conforme apontam Teixeira e Fonseca (2007), esse processo impactou o modo como se constituíam as políticas de saúde no país:

Nesse momento, o INCA, começando a superar as dificuldades por que passara nas décadas anteriores, conseguiu pôr em marcha um processo de expansão baseado em um engenhoso modelo institucional onde os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social partilhavam sua gestão (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 127).

Com esse novo modelo de gestão, ao longo da década de 1980, o Inca ampliou sua área de atuação para além da assistência médica, fortalecendo o ensino e a pesquisa e desenvolvendo a coordenação das ações nacionais de controle do câncer, entre elas as pioneiras ações de controle do tabagismo. Desde a década de 1960, o Brasil discute a regulação do tabaco, mas, a partir de 1986, é criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), que incluiu estratégias de propaganda antitabaco (Portes; Machado; Turci, 2018). Nesse mesmo ano, o dia 29 de agosto é instituído como Dia Nacional de Combate ao Fumo pela Lei n.º 7.488/1986 (Portes; Machado; Turci, 2018). Em 1989, é criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco (PNCT), que tinha como principais objetivos a promoção de “ações educativas para prevenção à iniciação do tabagismo e [a] promoção de ações políticas e legislativas de regulamentação dos produtos derivados de tabaco” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 138). O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer (Instituto Nacional de Câncer, 2024a) e, por isso, as ações antitabaco de âmbito nacional são desenvolvidas pelo Inca. Nesse contexto, o Instituto assina uma parceria com o cartunista Ziraldo e promove uma campanha antitabagismo com cinco cartazes ilustrados pelo artista (Figura 7). Esse trabalho, que começa na década de 1980, é fortalecido ao longo do tempo, mantendo a estratégia de produção de campanhas, que incluem cartazes, em sua maioria, com mensagens e imagens impactantes.

Figura 7 — Cartazes em parceria com Ziraldo da década de 1980



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.

Na construção do nosso arquivo de pesquisa, não encontramos cartazes de outras temáticas relacionadas ao câncer para essa década, à exceção de um, que não traz a assinatura do Inca e versa sobre o câncer de mama. Apesar da ausência da assinatura, entendemos que o Inca se inscreve na autoria do cartaz junto ao Ministério da Saúde, e por isso ele foi analisado nesta tese. Nesse cartaz, pela primeira vez na história, uma pessoa famosa, a atriz da Rede Globo Cássia Kiss¹⁵, permite que sua imagem seja associada a uma campanha de câncer. Entendemos que há um efeito de personificação, dado que não é apenas uma mulher

¹⁵ A campanha estrelada pela atriz Cássia Kiss contou com outras peças além desse cartaz, como um folder e um vídeo, veiculado no intervalo da novela das oito, horário considerado nobre da Rede Globo, dada a alta audiência. Nesse vídeo, ela fazia o autoexame das mamas, com os seios completamente à mostra, o que gerou grande repercussão.

desconhecida que ilustra o cartaz, mas uma pessoa específica, conhecida, famosa, o que mobiliza sentidos outros na memória discursiva. É a primeira vez também que uma fotografia ilustra um cartaz. Apesar de sua retomada do protagonismo na área de câncer na década de 1980, a estratégia de produção de cartazes de campanhas educativas sobre o câncer fica mais restrita ao tabagismo. Será retomada na década de 1990 e fortalecida a partir da década de 2000.

A década de 1990 foi um período de grandes mudanças no Brasil. Ela se inicia com o governo do primeiro presidente eleito pelo voto popular direto depois mais de 20 anos, já na vigência de uma nova Constituição Federal. Em 1990, a saúde no Brasil passa por uma impactante mudança, que vai aos poucos se consolidando ao longo da década: a promulgação da Lei n.º 8.080/1990, que regulamenta a implementação e o funcionamento do SUS. A partir do SUS, a saúde passa a ser vista como um direito universal, e não mais como um direito apenas dos trabalhadores. Como afirmam Teixeira e Fonseca (2007), com a criação do SUS, o Ministério da Saúde passa a ser “a principal arena decisória no processo de definição da política de saúde para o País, e detentor de maior poder neste processo” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 141).

Em relação ao Inca, há o funcionamento de uma contração pois, por mais que o SUS tenha uma lógica descentralizadora e o Inca seja uma instituição centralizadora, o que apontaria para seu enfraquecimento, ao mesmo tempo esse momento de implementação do SUS permitiu que o Instituto se fortalecesse “no processo de consolidação de serviços públicos de saúde de qualidade a toda [a] população brasileira” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 142), dada a ruptura com a lógica privatista da saúde que funcionava no período da ditadura civil-militar. O Inca também se consolidou como a instituição de referência para definição de políticas de controle do câncer no país, principalmente diante dos dados de crescente incidência e mortalidade pela doença. Diante do desafio de se pensar a saúde sob uma nova lógica, Teixeira e Fonseca (2007) afirmam que

[...] o INCA foi bem-sucedido em suas respostas aos desafios apresentados pelo SUS no decorrer dessa década. A adesão a um projeto de universalização da prestação de serviços pressupunha que a instituição deveria se preparar para atender ao aumento da demanda por parte da população. Sua estrutura foi se tornando cada vez mais complexa, acompanhando a crescente especialização nesse campo e a ampliação da prestação de serviços médicos em sua área de atuação. Incorporou as inovações tecnológicas e apresentou intenso investimento em pesquisa, na formação profissional e na sistematização de dados estatísticos que pudessem orientar a definição de políticas para o setor, assegurando por meio dessas medidas sua consolidação institucional. Comprovou com essa trajetória a viabilidade de um serviço público de qualidade que concilia ações de prevenção e vigilância, de assistência oncológica e de ensino, pesquisa e divulgação técnico-científica, amparadas em forte projeto de desenvolvimento institucional (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 143).

Segundo os autores, a criação do SUS permitiu que o Inca, ao longo da década de 1990, fosse exemplo de prestação de serviços públicos de saúde de qualidade, com inovação tecnológica. Além disso, a Instituto também assumiu protagonismo nas atividades de ensino, pesquisa, formação profissional e construção de políticas públicas de controle do câncer, colocando-se de fato no papel de um instituto, com atuação relevante além da assistência oncológica. Foi nessa década que o Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, pertencente à Fundação das Pioneiras Sociais, foi incorporado ao Inca, como será mais bem discutido na análise da campanha da década de 1990.

Em relação às ações educativas voltadas à população, na década de 1990 elas tiveram como temáticas principais a prevenção e o diagnóstico precoce dos cânceres de mama, colo do útero, boca e próstata, então os mais incidentes na população brasileira.

Figura 8 — Cartazes de ações educativas da década de 1990



Fonte: a, Casa de Oswaldo Cruz; b, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.

Nesse período, foram lançados inúmeros materiais de campanha, como pôsteres e cartilhas, documentos que não compõem o nosso arquivo de pesquisa. Foram recuperados seis cartazes dessa década, sendo três deles sobre o tema do tabagismo. Em 1996, acontece a aprovação da Lei n.º 9.294/1996, que versa sobre as ações de controle do tabaco, como proibição do fumo em recintos coletivos fechados, restrição da propaganda dos produtos e estabelecimento de advertências relativas aos malefícios do tabagismo (Portes; Machado; Turci, 2018). Logo, podemos perceber que o tema do tabagismo continua a ser relevante na produção de propagandas educativas pelo Inca.

No ano seguinte, 1997, é criado o programa *Viva Mulher* para controle do câncer do colo do útero no Brasil, que promoveu uma grande ação nacional de convocação das mulheres para a realização do exame de Papanicolaou, conhecido como exame preventivo para o câncer do colo do útero, com o objetivo de prestar um serviço rápido e eficiente na detecção precoce e na prevenção do câncer do colo do útero. No âmbito do *Viva Mulher*: “A divulgação dos fatores de risco e dos mecanismos de prevenção era feita de forma permanente, por meio de campanhas e dos agentes sanitários” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 150). Conseguimos recuperar um cartaz referente a esse programa.

Não apenas as questões relativas à criação do SUS e às mudanças na lógica de saúde funcionam como condições de produção dos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer na década de 1990. É importante pensarmos em como a formação social brasileira se estruturava nessa década. Depois de longos anos de repressão do pensamento e dos corpos, a partir da redemocratização, houve um movimento que entendemos como de liberdade dos corpos, no qual a hipersexualização e a nudez, principalmente dos corpos femininos, começam a ser mais exaltadas e mostradas. Isso fica visível nos programas dos canais abertos da televisão, no carnaval, nas revistas masculinas. Essa hipersexualização dos corpos femininos comparece, por exemplo, nos cartazes sobre câncer de mama e do colo do útero produzidos pelo artista Flamir nessa década (Figuras 23b e 24 da seção 5), o que confirma que o discurso sobre o câncer não se dá fora das suas condições de produção.

Na década de 2000, há um fortalecimento das políticas de controle do tabaco no Brasil e no mundo. Entre 1999 e 2023, a OMS, sob coordenação do Brasil, elaborou a CQCT/OMS, primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS. O Brasil tornou-se signatário do tratado em 2005, ano de sua adoção pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS). A CQCT/OMS propõe uma série de medidas intersetoriais, como controle da propaganda e publicidade do tabaco, promoção de propaganda e publicidade antitabaco, controle do patrocínio promovido por empresas de tabaco, adoção de advertências sanitárias, proteção para impedir o tabagismo passivo, promoção do tratamento de fumantes, combate ao comércio ilegal e aumento de impostos para coibir a venda (Instituto Nacional de Câncer, 2025c). Há uma intensificação das campanhas educativas promovidas pelo Inca sobre o controle do tabagismo como um fator de risco para o câncer, tendo sido recuperados 25 cartazes sobre o tema.

Ainda pensando no controle do tabagismo, mas voltado para a infância e a adolescência, em 1998 o Inca lança o *Programa saber saúde de prevenção do tabagismo e de outros fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis*, que “tem como objetivo geral formar cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma

concepção mais ampla de saúde e que contribuam para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida” (Instituto Nacional de Câncer, 2022). O *Saber Saúde* fala em “comportamentos saudáveis”, o que vai além do controle do tabagismo, adotando outros temas, como prática de atividade física, alimentação natural e variada, e exposição solar segura. O programa é desenvolvido nas escolas com a capacitação de professores para trabalhar, em sala de aula e na escola, com temas relacionados à saúde, fornecendo materiais para que esse trabalho seja realizado. Na década de 2000, o cartunista Ziraldo deu continuidade à sua parceria com o Inca e ilustrou diversos materiais, como livros, folhetos, adesivos e cartazes, no âmbito do *Saber Saúde* (Figura 9).

Figura 9 — Cartaz do cartunista Ziraldo para o *Programa Saber Saúde*



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.

Um dos temas trabalhados no *Saber Saúde* é o sexo seguro (como na Figura 28 na seção 5), o uso de preservativos. A epidemia de aids assolou o Brasil e o mundo a partir da década de 1980. Se, inicialmente, as populações mais afetadas eram a de homens homossexuais e a de usuário de drogas injetáveis, ao longo da década de 1990 houve uma mudança gradativa nesse perfil, que Brito, Castilho e Szwarcwald (2001) chamam de heterossexualização da epidemia. Segundo os autores, em 1998 39,2% dos casos de infecção pelo HIV/aids se deram por transmissão sexual entre heterossexuais. Essa mudança também trouxe o que os autores chamam feminização da epidemia. Na década de 2000, as relações heterossexuais e a proteção das mulheres começam a ser mais fortemente abordadas nas campanhas de uso do preservativo. O cartaz do cartunista Ziraldo que fala do uso de preservativos, por exemplo, é ilustrado com um casal cis heterossexual. Já a maior conscientização das mulheres fica marcada pelo fato de

que o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde lançou campanhas voltadas para mulheres especificamente ou para homens e mulheres concomitantemente em 2001, 2003, 2004, 2007, 2008 e 2009. Além do aumento dos casos da aids em mulheres, há também o risco de contrair outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), que pode levar ao câncer do colo do útero. Dado esse risco, o Inca lançou, em 2008, uma campanha de prevenção às IST com foco na infecção do HPV e na prevenção do câncer do colo do útero, que será analisada na seção 5. No arquivo recuperado da década de 2000, prevaleceram as campanhas sobre o tabagismo e as incluídas no *Programa Saber Saúde*. Apenas a campanha sobre camisinha foge aos dois temas.

As ações antitabaco continuam a se fortalecer na década de 2010, pois há um fortalecimento da CQCT/OMS, dado que outros países aderem à convenção ao longo das décadas de 2000 e 2010. Além disso, o Brasil começa a ter redução do tabagismo, o que aponta para uma eficácia das medidas adotadas. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), houve redução do tabagismo de 14,7% da população, em 2013, para 12,6%, em 2019 (Instituto Nacional de Câncer, 2025b). Para a década de 2010, foram recuperados 20 cartazes sobre o tema. Cabe ressaltar que essas ações não se dão apenas pela produção de cartazes, mas englobam outros materiais de campanha, como em mídias digitais e televisivas e por meio de advertências sanitárias nos pontos de venda e nas embalagens de cigarro.

Figura 10 — Campanhas antitabaco da década de 2010



Fonte: Instituto Nacional de Câncer.

Na década de 2010, o Brasil passou por importantes transformações, que impactaram também o modo como as campanhas sobre o câncer foram planejadas e desenvolvidas. No ano de 2010, o país aprovou a Lei n.º 12.288/2010, conhecida como Estatuto da Igualdade Racial. Essa lei nasce como fruto de demandas sociais sobre igualdade de oportunidade entre pessoas brancas e negras e sobre o combate ao racismo. No mesmo ano, o país elege a primeira presidente mulher da história, Dilma Rousseff, o que lança um foco sobre as questões da desigualdade de gênero no Brasil. Em 2013, o país vive um grande movimento de reivindicação popular, que ficou conhecido como “Junho de 2013”, ou “Jornadas de Junho”, no qual inicialmente estudantes foram às ruas reivindicar a manutenção do preço das passagens de ônibus, que haviam sofrido reajuste. Os atos, que começaram com a demanda sobre o preço das passagens, “cresceram e se tornaram grandes manifestações com diversas pautas ligadas às condições de vida da população — saúde, educação, habitação e transportes” (Mello, 2023). Indursky (2016), discutindo as manifestações de junho de 2013, afirma que,

[...] além de mobilizar uma memória social em circulação, elas apresentam uma especificidade que lhes é própria e que as distingue de outras práticas sociais, pois trata-se de práticas discursivas de sujeitos políticos coletivos produzidas em espaços sociais dispersos e em tempos descontínuos (Indursky, 2016, p. 66).

As Jornadas de Junho são práticas discursivas, conforme analisa a autora, que vão culminar nas manifestações de 2015 pelo impeachment da presidenta Dilma Rousseff, que se concretiza em 2016. Reescrevendo sua primeira formulação, a autora afirma que

[...] as manifestações, tanto as de 2013 quanto as de 2015, são práticas discursivas, a um só tempo simultâneas e heterogêneas, espacial e temporalmente dispersas, atravessadas pela memória social, produzidas, como forma de resistência ao poder instituído, por sujeitos políticos e coletivos, afetados por diversas formas de subjetivação. Tais manifestações expressam, em meu entendimento, um mal-estar vigente em relação não só ao poder instituído, mas também à democracia, forma de governo vigente hoje no Brasil (Indursky, 2016, p. 67).

A crise política manifestada por sujeitos coletivos de modo heterogêneo e disperso é uma crise, conforme a autora, da própria democracia, que, no final da década de 2010 e na década de 2020, desde a eleição de Jair Bolsonaro em 2018 e a tentativa de golpe de Estado em 2023, tem sofrido ataques e tentativas de ruptura. Voltando a 2015, no início do segundo mandato, Dilma promulga a Lei Complementar n.º 150/2015, que garante direitos trabalhistas às empregadas domésticas. Como apontam Zoppi-Fontana e Cestari (2014):

Consideramos a aprovação da chamada “PEC das domésticas” como um acontecimento discursivo que afeta a rede de memórias dos discursos escravagista, da colonização e da democracia racial, dando lugar a tomadas de

posição e deslocamentos ideológicos, tanto por parte do movimento de mulheres negras e do movimento sindical das trabalhadoras domésticas, quanto das posições patronais representadas massivamente na mídia conservadora (Zoppi-Fontana; Cestari, 2014, p. 169).

Assim, podemos afirmar que essa lei é fruto de demandas das mulheres, mas, para além disso, leva a reflexões sobre o papel das mulheres na formação social e sobre questões relacionadas à interseccionalidade raça e gênero, já que a maioria das domésticas são mulheres pretas que, até então — e até hoje —, realizavam o trabalho doméstico como as mucamas negras do período da escravidão, somente com obrigações e sem direitos trabalhistas, de forma análoga à escravidão. A partir de 2016, a presidente Dilma começa a sofrer um golpe de Estado, que também leva milhares de pessoas para a rua, tanto as favoráveis quanto as contrárias ao golpe. Após a concretização do golpe, que levou à Presidência Michel Temer, então vice de Dilma, a população continua a se mobilizar ao longo de 2017, pedindo “fora Temer” (Protestos [...], 2024). Além disso, a década de 2010 também foi a dos grandes eventos, com a Copa do Mundo de Futebol, em 2014, e as Olimpíadas no Rio de Janeiro, em 2016.

Essa foi uma década de importantes mudanças no ordenamento jurídico brasileiro, além de ter sido um tempo de fortes articulação e reivindicação sociais. Esse processo reivindicatório se fortalece com outro fenômeno de grande impacto na formação social brasileira: a mudança da comunicação, que se dá a partir do aumento do acesso à internet, da chegada dos *smartphones*, que retira a internet do computador e a coloca em movimento junto com o sujeito, e o crescimento do uso das mídias sociais virtuais. Com a expansão da internet e das mídias sociais, os sujeitos que antes eram apartados dos espaços de fala tradicionais, como as mídias impressa e televisiva, passa a ter espaços de fala, logo, de demanda. Assim, reivindicações como a diversidade racial nas propagandas ou a reflexão sobre os papéis impostos à mulher na formação social começam a ser, de algum modo, ouvidas. O Inca mantém seu protagonismo como instituto de assistência, ensino, pesquisa e educação, e produz cartazes de campanhas sobre o câncer feminino, que passam a apresentar mulheres pretas, com diversidade de corpos e de idades, sem que estejam sensuais ou sexualizadas. Nesse momento, ainda não haviam sido incluídas mulheres obesas, PcD ou pessoas transexuais¹⁶. É em 2010 que, pela segunda vez, uma pessoa famosa, a atriz Zezé Motta, permite que sua imagem seja veiculada em uma campanha sobre o câncer: uma mulher preta e com mais de 60 anos à época. Há, nesse cartaz, um efeito de personificação, pois o sujeito

¹⁶ Homens transexuais, mesmo que operados, têm risco para os cânceres de mama e do colo do útero. Já mulheres trans têm risco aumentado para câncer de mama, dada a reposição hormonal. Essas pessoas ainda não são visivelmente contempladas nas campanhas (Santos, 2019; Calas 2023; Nascimento, Lúcio, Coutinho e Sá, 2024)

que está ali não é qualquer sujeito. Há a identificação de que se trata da atriz Zezé Motta, e não de um sujeito anônimo, como na maioria dos cartazes ao longo das décadas. Na década de 2010, as campanhas sobre o câncer feminino se intensificam, o que fica visível em nosso arquivo com a presença de 12 cartazes sobre o tema, sendo 11 sobre o câncer de mama e apenas um sobre o câncer do colo do útero. Nessa década, podemos observar uma recorrência do sentido de “cuidado” nos cartazes voltados para o público feminino, bom como o funcionamento, em alguns cartazes, de um “eu” e um “nós”, que apontam para uma identificação entre a mulher representada no cartaz e a mulher imaginária a quem o cartaz se dirige (sujeito que ocupa a posição em *B*) (Pêcheux, 2014a [1969]).

Há uma série de outros cartazes de campanha sobre outros temas, como o câncer de boca, os fatores de prevenção — até então só abordados no âmbito do *Saber Saúde* —, o câncer infantil e o câncer em geral. Na campanha que traz como tema “o câncer não pode acabar”, há também o sentido de diversidade, pois os cartazes contemplam diferentes gêneros, idades, corpos e raças. A campanha não trata de um câncer específico, mas, sim, de aspectos da vida que normalmente são prejudicados com o adoecimento, como a vontade de viver, a amizade, a solidariedade e a esperança. Pela primeira vez fora do âmbito do tabagismo ou dos fatores de prevenção, a imagem de homens aparece associada ao câncer, contudo o cartaz não fala sobre um câncer masculino ou o cuidado com a saúde do homem, como acontece com as mulheres, e, sim, que o câncer não pode acabar com a amizade.

No final de 2019, o mundo enfrentou a grave pandemia de covid-19, que chegou ao Brasil efetivamente em 2020. Com a recomendação para que as pessoas ficassem em casa por conta do risco de contágio da doença, muitas deixaram de fazer acompanhamento médico, exames periódicos e preventivos, investigação de sinais e sintomas, e tratamentos para doenças já estabelecidas, como o câncer. Nessa nova condição de produção, o Inca lança uma campanha estimulando a adesão ao tratamento de câncer, chamada “o momento é agora”. Para essa campanha, foram produzidos três cartazes, que representam profissionais de saúde, um com uma mulher negra, um com um homem branco e um com um homem e uma mulher, ambos brancos. Em todos os cartazes, as pessoas são retratadas usando máscaras, recomendação da época para conter o contágio da doença, o que mostra o atravessamento da covid-19 na produção de sentidos sobre o câncer. Como a covid-19 é uma doença que ataca diretamente os pulmões, e como esse órgão é o mais afetado pelo tabagismo, ser fumante é considerado um dos principais fatores que aumentam o risco para complicações da covid-19. Assim, essa doença também foi tema da campanha de controle do tabagismo de 2020.

Na década de 2020, comemoraram-se os 20 anos da CQCT/OMS, e as ações de controle do tabagismo continuaram a se desenvolver, contudo com um novo foco: os dispositivos eletrônicos de fumar (DEF). Embora proibidos desde 2009 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os DEF chegaram ao Brasil na década de 2010 e tiveram forte expansão, muito pela crença de que se está vaporizando e não fumando, logo não faz mal à saúde. Como afirma o Inca:

Existe uma falsa ideia de que os DEF fazem menos mal à saúde do que os cigarros convencionais. Estudos mostram que os níveis de toxicidade podem ser tão prejudiciais como os do cigarro convencional, já que combinam substâncias tóxicas com outras que, muitas vezes, apenas mascaram os efeitos danosos (Instituto Nacional de Câncer, 2024c, p. 22).

Dados sua expansão e principalmente o forte apelo que os DEF têm com o público infantojuvenil, eles têm sido o tema principal das campanhas sobre tabagismo da década em curso.

Na década de 2020, as campanhas têm intensificado o sentido de diversidade, que surge, como já discutimos, das demandas sociais potencializadas pelo uso das mídias sociais. As campanhas, inclusive, passam a conter materiais em formatos específicos para serem veiculados em mídias sociais, chamados *cards*. Pela primeira vez, PcD e indígenas são incluídas nas campanhas em um *card* gerado para rede social, no qual há uma imagem de uma pessoa em cadeira de rodas, uma cega, uma muda, uma com síndrome de Down, uma asiática e uma indígena. Essa peça de campanha não faz parte do nosso arquivo de pesquisa, pois não se trata de cartazes, mas, sim, de uma peça para os meios digitais. Mesmo diante dos esforços pela inclusão, ainda não foram contempladas, até 2024, pessoas visivelmente transexuais ou obesas, por exemplo.

Figura 11 — Campanhas educativas com personalidades conhecidas da década de 2020



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

A ideia de pessoas famosas associarem sua imagem às campanhas de câncer não é mais um tabu, e a campanha “eu sou, eu vou” reuniu diferentes artistas, como Ana Botafogo, Carlinhos de Jesus e Suzana Vieira, para falar sobre ações a serem feitas no contexto do câncer, como levar esperança, energia e apoio às pessoas com a doença, lembrar as amigas de fazer os exames preventivos e engajar os amigos. Há, nessa campanha, o funcionamento do “eu” como um processo de individualização, que aponta para a ação que cada um, cada “eu” pode realizar; assim como há, mais uma vez, o funcionamento da personificação, pois o “eu sou, eu vou” não é enunciado por desconhecidos, mas por sujeitos publicamente conhecidos.

Em relação às campanhas que abordam os cânceres femininos, apesar de ainda não haver uma mulher obesa ou um homem trans, por exemplo, a diversidade de raça e corpos continua, e há a inclusão de uma mulher PcD para se falar sobre os cânceres de mama e do colo do útero, cartaz que será analisado na seção 5. Percebemos, nessa década, como na anterior, o funcionamento de um “eu” que produz um efeito de identificação entre a mulher representada no cartaz a que esse o “eu” é atribuído e a mulher imaginária, sujeito ao qual o cartaz se dirige. Há também uma recorrência do sentido de cuidado em todas os cartazes que versam sobre os cânceres femininos (mama e útero) na década. Por ser essa uma década em curso, não é possível que promovamos um efeito de fecho desse período, que talvez venha a contemplar a diversidade que ainda está silenciada nas campanhas sobre o câncer.

Para Nardi: “Recorrer à noção de condições de produção é pensar a relação de um discurso e dos sujeitos do discurso com as relações de produção, reprodução e transformação das relações sociais que constituem todo processo discursivo, nele delineando trajetórias de sentido” (Condições [...], 2020, on-line), e são as condições de produção a lente que nos permite os gestos analíticos lançados sobre o corpus da pesquisa. A seguir, vamos discutir como construímos nosso arquivo de pesquisa e quais os critérios que nortearam o estabelecimento do corpus de análise.

4.3 PROCEDIMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO ARQUIVO

O arquivo desta pesquisa foi construído a partir da adoção de diversas estratégias na tentativa de encontrar todos os cartazes de campanhas educativas de controle do câncer postas em circulação pelo Inca e seus órgãos precursores.

Mariani (2016), discutindo a teoria e os gestos de leitura de um arquivo, afirma que esse nunca é completo. Segundo a autora: “Essa é uma das ilusões mais comuns sobre arquivos, a da completude” (Mariani, 2016, p. 19). A ilusão e o anseio de completude inicialmente nos

afetaram no processo de construção do arquivo desta pesquisa. Contudo, diante do estudo sobre o arquivo em Análise de Discurso, o que podemos afirmar é que no nosso arquivo existem muitas ausências, e temos a ciência de que é impossível construir um arquivo absolutamente completo, pois “um arquivo é uma não totalidade, ele resulta de gestos de leitura daqueles que em dado momento histórico o organizam” (Mariani, 2016, p. 19). Nosso arquivo é, portanto, parte do nosso gesto de leitura.

Conforme preconiza a Análise de Discurso, um arquivo deve ser lido e tratado como um movimento de dizer, mas também de silenciar. Segundo Guilhaumou e Maldidier:

O arquivo no interior do qual a análise do discurso clássica recortava seus *corpus* tinha como origem séries textuais impressas, já conhecidas e analisadas pelos historiadores. Quando eventualmente nos interessávamos por sua materialidade, nós a tomávamos como uma evidência (Guilhaumou; Maldidier, 2014 [1986], p. 169).

Os autores já trazem aqui uma crítica na relação dos analistas com o arquivo, já que ele era tomado como uma evidência sem, contudo, o ser. O arquivo não é uma evidência, inclusive porque seu processo de construção também é atravessado pela história, pela ideologia, pelas estratégias de busca, pelos atravessamentos de quem constrói o arquivo, pois, como afirma Mariani (2016, p. 10), “não há arquivo em si, ou *a priori*, sem o gesto de leitura que o constituiu”. O que faz e o que não faz parte do arquivo são decisões que sofrem o atravessamento ideológico daquele que o compila. Romão, Leandro-Ferreira e Dela-Silva (2011, p. 11) sinalizam que, pelo “efeito ideológico, fica parecendo óbvio que alguns dados sejam expostos e outros fiquem à margem ou silenciados, que certos documentos recebam prestígio e outros sejam descartados”; logo, há um efeito de evidência em relação aos arquivos, como se não coubessem questionamentos sobre quais documentos os compõem e por que esses e não outros os compõem. É preciso, portanto, pensar o arquivo discursivamente, e não o tratar como uma evidência dada, mesmo que, em uma análise, o corpus seja recortado de um arquivo constituído por outros que não o analista. Sobre esse pensar discursivamente o arquivo, Guilhaumou e Maldidier (2014 [1986], p. 170) vão afirmar que: “Na perspectiva atual, consideramos a complexidade do fato arquivista. O arquivo nunca é dado *a priori*, e em uma primeira leitura, seu funcionamento é opaco”.

Na procura de seu dispositivo de arquivo, Guilhaumou e Maldidier (2014 [1986]) buscam fontes impressas, como panfletos, jornais, livros e cartazes, bem como fontes manuscritas. Nos dias atuais, com a tecnologia digital, as buscas se dão também, e principalmente, nos meios digitais, a partir de sites, publicações on-line e outros arquivos digitalizados. Romão, Leandro-Ferreira e Dela-Silva (2011) afirmam que

[...] a *web* mantém-se sob o imaginário da completude: é frequente a afirmação de que em *sites* de busca, dos quais o *Google* é o mais conhecido, “Tudo está disponível”, ao alcance do clique do sujeito-internauta. Esse imaginário é sustentado pela impossibilidade de quantificar os materiais “arquivados” na rede, pela impossibilidade de delimitar as bordas deste grande arquivo, repleto de pequenos arquivos (Romão; Leandro-Ferreira; Dela-Silva, 2011, p. 15).

Mais adiante, as autoras citam uma reportagem na qual se afirma que, “para cada *site* visitado por um sujeito, há ao menos 400 outros inacessíveis, ‘invisíveis’, ‘presos num buraco negro digital’”, e que o *Google* só conseguiria acessar 0,2% de toda a informação que de fato está na internet (Romão; Leandro-Ferreira; Dela-Silva, 2011, p. 15). Se há uma ilusão de completude em relação a arquivos físicos, essa ilusão é reforçada em relação aos arquivos digitais disponíveis na internet, dos quais, como apontam as autoras, desconhecemos o tamanho, os limites, os critérios e o que de fato está disponível.

Ainda assim, foi na internet que buscamos, e encontramos ou não encontramos, os documentos que compõem o arquivo da nossa pesquisa. Buscamos recuperar, na construção do nosso arquivo, todos os cartazes que foram produzidos desde a década de 1940 até o ano de 2024. Nosso anseio por “todos” advém do desejo do arquivista “de completude do arquivo” (Romão; Leandro-Ferreira; Dela-Silva, 2011, p. 14), ainda que esse seja inesgotável, como aponta Mariani (2016). Ressaltamos ainda que a recuperação de um começo absoluto do arquivo é impossível, por isso construir um arquivo é tarefa que, por si, conta com um limite, já que dizeres e documentos se perdem ou não são encontrados, enquanto outros são incluídos.

A construção do arquivo pode ser um grande desafio num processo de pesquisa. Essa etapa é importante, pois é a partir da leitura discursiva do arquivo que podemos perceber as regularidades, as diferenças, os silenciamentos, as mudanças, e, assim, estabelecer um corpus de pesquisa. Dado o percurso temporal proposto, da década de 1940 até 2024, o desafio de recuperação dos cartazes de campanhas para a formação do arquivo é realmente grande.

É importante explicitar um primeiro critério para a composição do arquivo: seu modo de organização. Decidimos separar os cartazes por décadas. A partir dos anos de 2010, é mais fácil recuperar os cartazes pelo ano específico em que foram produzidos, pois eles aparecem assim divididos e, inclusive, nomeados no portal do Inca. Entretanto, em anos anteriores, muitas vezes não é possível precisar exatamente o ano, mas, sim, a década. A organização temporal do arquivo é de fundamental importância para esta pesquisa, pois a proposta é analisar as regularidades, as transformações e os sentidos estabilizados do discurso institucional sobre o câncer no Brasil ao longo do tempo. Partimos da hipótese de que, ao entrar em circulação por

meio da propaganda chamada “educativa”, o câncer torna-se um acontecimento e, como tal, é discursivizado, logo passa a produzir sentidos. Ao entrar no imaginário social e histórico, o câncer carrega os sentidos produzidos, inclusive por órgãos oficiais, que vão significar nos sujeitos, aos quais cabe o movimento de interpretação. Mas quais são os processos de constituição desses sentidos? Quais são seus efeitos? Eles se mantêm com o transcurso do tempo? Eles se transformam? Tais questões foram fundamentais para pensar discursivamente a construção do arquivo, organizando-o por décadas. Toda escolha promove presenças e ausências, ditos e silenciados; contudo, parte do fazer do analista é lidar com as possibilidades e, também, com os limites de uma pesquisa.

Descreveremos os procedimentos de busca realizados para a construção do arquivo da pesquisa. Em 2017, o Inca completou 80 anos. Para essa data comemorativa, o Instituto lançou, em parceria com a Casa de Oswaldo Cruz e o Centro Cultural do Ministério da Saúde, uma exposição — *Inca 80 anos de história* — em que conta um pouco da sua história e da sua atualidade. Essa exposição, à época, foi realizada fisicamente em Brasília e no Rio de Janeiro. Foi criada também uma mostra virtual¹⁷, que está no ar até hoje. Inicialmente, buscamos nessa mostra virtual os cartazes que foram formulados nas décadas de 1940 e 1950, bem como em outros períodos.

Dos arquivos da exposição, foi possível resgatar sete cartazes, além de uma foto de um caminhão expositor (Figura 5) com diversos outros cartazes colados nele, referente às décadas de 1940 e 1950. Como as imagens veículas na foto do caminhão estão muito pequenas e pouco definidas, elas não puderam compor o corpus de análise. É interessante ressaltar que, na exposição *Inca 80 anos de história*, as imagens estão associadas à década de 1930, quando é criado o Centro de Cancerologia, que depois se transforma em SNC, antecessor do Inca. Contudo, na publicação *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil* (Teixeira; Fonseca, 2007), livro produzido a partir de ampla pesquisa historiográfica, afirma-se que o SNC foi criado em 1941 e com ele a propaganda voltada para o câncer. É a partir daí que campanhas começam a ser criadas e amplamente veiculadas. Logo, consideramos que os cartazes datam das décadas de 1940 e 1950, quando das primeiras ações do SNC. Nessa exposição, também foram encontrados 19 cartazes de campanhas das mais diferentes épocas, que, contudo, não estavam datados na exposição, sendo impossível precisar seu período, o que foi conseguido apenas com as pesquisas subsequentes para o arquivo. Uma dessas imagens, encontrada datada no projeto História do Câncer, foi selecionada da página da exposição, pois a qualidade estava

¹⁷ Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/inca80anos/index.html>. Acesso em: 22 mar. 2023.

melhor. Duas delas não foram encontradas em outros lugares. Uma foi descartada, por ser impossível de datar, e a outra, que apresenta a logomarca do governo federal referente ao período de 2007 a 2010, foi classificada como anos 2000.

Reunidos esses cartazes, o passo seguinte foi a busca no portal do Inca (<https://www.inca.gov.br>), que, em uma aba específica, chamada “Publicações”, concentra os materiais da instituição, desde os livros até os materiais das referidas campanhas. No site, foi possível encontrar cartazes a partir da década de 2010. Para essa década, foram encontrados 53 cartazes. No ano de 2022, o portal do Inca foi parcialmente desativado, passando a funcionar dentro do portal “gov.br” (<https://www.gov.br/inca/pt-br>). Entre 2022 e 2023, algumas campanhas estão disponíveis na interface do portal antigo, que só pode ser acessada pela via do “gov.br”¹⁸, e no portal novo. Entretanto, a partir de 2024, só é possível ter acesso às campanhas na aba “Campanhas”, dentro de “Assuntos” no portal “gov.br”, na qual constam as campanhas a partir de 2022. Em novembro de 2022, o Inca lançou também seu repositório institucional, chamado Ninho, no qual consta um arquivo de distintos documentos institucionais, incluindo as campanhas. Os cartazes encontrados no Ninho já haviam sido recuperados por outros meios. Para a década de 2020, foram encontrados 20 cartazes (de 2020 a 2022) no antigo portal do Inca e 12 cartazes (2023 e 2024) no portal gov.br. Já no período de finalização da tese, uma colega de trabalho apontou que a campanha de 2023 para o Outubro Rosa, composta por dois cartazes com a mesma imagem e o mesmo texto, nos formatos retrato e paisagem, estava disponível somente no portal do Ministério da Saúde, do qual a recuperamos. Ressaltamos aqui que o nosso arquivo foi composto unicamente pelos cartazes. Fôlderes, folhetos, cartilhas, fundos de tela, *cards* para as mídias sociais, entre outros materiais, não foram incluídos. Todas as buscas realizadas nos portais foram feitas diversas vezes, dado que eles são constantemente atualizados, com acréscimo e decréscimo de materiais.

Diante de um intervalo de 60 anos entre os cartazes de campanhas encontrados, traçamos outras estratégias de busca. Uma delas foi procurar publicações do Inca ou feitas em parceria com o Inca que pudessem retomar a memória histórica das campanhas. A primeira consultada foi a publicação *Dia mundial sem tabaco e dia nacional de combate ao fumo: catálogo de campanhas 1997-2017* (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b), que reúne 20 anos de ações de prevenção do câncer e cessação do tabagismo. Como indicado

¹⁸ Caso seja digitado o antigo endereço eletrônico do Inca, <https://www.inca.gov.br>, há um redirecionamento automático para o endereço <https://www.gov.br/inca/pt-br>. Logo, não é possível acessar a interface do portal anterior pelo antigo endereço eletrônico. É necessário acessar o endereço pelo portal “gov.br”, posicionar o cursor em “Central de Conteúdos” e selecionar “Publicações”; assim, o site redireciona para a interface do portal antigo, porém também com um novo endereço.

no título, a partir dessa publicação, foi possível reunir cartazes de campanhas das décadas de 1990, 2000 e 2010, inclusive algumas que não estavam disponíveis no portal do Inca. No ano de 1999, houve uma grande programação artística e esportiva para o combate ao tabagismo, contudo as imagens presentes na publicação não foram selecionadas por se tratar de *flyers* da programação do evento, e não de cartazes de campanhas educativas. Outros materiais, como pôsteres, adesivos e selos, também não foram incluídos no arquivo. Além das figuras presentes na publicação, o acesso aos arquivos originais para publicação revelou mais dois cartazes, que não entraram na versão final do livro. A partir dessa publicação, foram totalizados dois cartazes da década de 1990, 25 da década de 2000 e mais seis da década de 2010, além dos já coletados no portal do Inca. A publicação consultada, duas datas anuais relacionadas à cessação de fumar e o fato de o tabagismo ser o principal fator de risco modificável para o câncer, fazem com que esse tema seja dominante no arquivo, apesar de não constituir o recorte de um corpus de análise.

Outra publicação consultada foi o catálogo da exposição *Saber saúde: 20 anos – educação para o controle de câncer no Brasil* (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b). Dela, foi possível recuperar cinco imagens produzidas pelo cartunista Ziraldo na década de 1980 para as primeiras ações de controle do tabagismo no Brasil. Desse catálogo, ainda foram recuperados sete cartazes da década de 2000, também do cartunista Ziraldo, para o *Programa Saber Saúde*, sobre diversos temas relacionados à promoção da saúde e, por consequência, à prevenção do câncer.

Do catálogo da exposição *A mulher e o câncer de mama no Brasil* (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2014), foi possível recuperar três cartazes sobre câncer de mama, um do final dos anos 1980, um do início dos anos 1990, esse também feito pelo Flamir, e outro dos anos de 2010, não disponível no portal do Inca. Do catálogo da exposição *A mulher e o câncer do colo do útero no Brasil* (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017a), recuperaram-se dois cartazes da década de 1990, um deles também feito pelo cartunista Flamir. Dentro do acervo de imagens dos originais dessa publicação, foi possível recuperar mais dois cartazes da década de 2010, um de câncer de mama, outro de colo do útero.

Após buscar em outras publicações, sem resultados positivos, entramos no site do projeto *História do câncer: atores, cenários e políticas públicas*¹⁹, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). No site do projeto existe uma aba chamada “Acervo de Imagens”. Dentro dessa página, há um link: “Controle do Câncer no Brasil – Campanhas Educativas”. Dessa busca, recuperamos: um cartaz dos anos 1970; quatro cartazes da década de 1990, dos

¹⁹ Disponível em: <http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/index.php/pt-br>. Acesso em: 28 out. 2022.

quais apenas um é realmente da década de 1990, dado que a logo dos outros três remete ao primeiro governo Lula, que aconteceu entre 2003 e 2006 e, por isso, foram reclassificados como anos 2000; e dois cartazes da década de 2000 — um, contudo, está erradamente arquivado como sendo de autoria do Inca, apesar de não o ser, mas, sim, de autoria apenas do Ministério da Saúde. Nessa busca, também constam todos os cartazes das décadas de 1940-1950 que faziam parte da já citada exposição dos 80 anos do Inca. Existe também uma série de outros materiais de campanhas que não compuseram o arquivo por não se tratar de cartazes, ou por serem cartazes produzidos por outras instituições que não o Inca.

Foi feito também contato com o Serviço de Comunicação Social, responsável pela produção e pelo arquivamento dos cartazes de campanhas educativas do Inca, com a finalidade de buscar outros cartazes além dos disponíveis na internet, mas não encontramos nenhum material diferente dos que já havíamos obtido. Esses foram os caminhos traçados na construção do nosso arquivo de pesquisa. No Quadro 1, apresentamos o compilado dos cartazes encontrados.

Quadro 1 – Arquivo — tema dos cartazes e quantitativos

DÉCADA	TEMA	TOTAL POR TEMA	TOTAL POR DÉCADA
1940-1950	Câncer	8	8
1960	—	—	—
1970	Cânceres femininos, exame periódico	1	1
1980	Tabagismo	5	6
	Câncer de mama	1	
1990	Tabagismo	2	6
	Câncer do colo do útero	2	
	Câncer de mama	1	
	Câncer de boca	1	
2000	Tabagismo	25	36
	Fatores de proteção	7	
	Câncer de pele	1	
	Divulgação da instituição	1	
	Câncer do colo do útero e IST	1	
	Câncer do colo do útero*	1	
2010	Tabagismo	20	49
	Câncer de mama	11	
	Câncer do colo do útero	1	
	Câncer de boca	1	
	Fatores de proteção	6	
	Palavras inspiradoras	1	
	Câncer infantil	1	
	Câncer	8	
2020	Câncer e coronavírus	3	34
	Tabagismo	14	
	Câncer de mama	6	

	Cânceres de mama e do colo do útero	6	
	Câncer	5	
	Total	140	

Fonte: elaboração própria.

Conforme aponta Pêcheux (2014b [1982]):

Seria do maior interesse reconstruir a história deste sistema diferencial dos *gestos de leitura* subjacente, na construção do arquivo, no acesso aos documentos e a maneira de apreendê-los, nas práticas silenciosas de leitura “espontânea” reconstituíveis a partir de seus efeitos na escritura: consistiria em marcar e reconhecer as evidências práticas que organizam essas leituras, mergulhando a “leitura literal” (enquanto apreensão-do-documento) numa “leitura” interpretativa — que já é uma escritura. Assim começaria a se constituir *um espaço polêmico das maneiras de ler*, uma descrição do “trabalho do arquivo enquanto relação do arquivo com ele-mesmo, uma série de conjunturas, trabalho da memória histórica em perpétuo confronto consigo mesma” (Pêcheux, 2014b [1982], p. 59).

É possível perceber que o próprio processo de construção do arquivo já implica gestos de leitura. Quando lemos, no arquivo, uma aparição relevante de um tema, por exemplo o tabagismo, conforme citado, já estamos, de alguma forma, empreendendo uma leitura, ou “escutando” o arquivo, pois, conforme afirmam Guilhaumou e Maldidier (2014 [1986], p. 182), a “materialidade do arquivo impõe sua própria lei à descrição”. Construir o arquivo, portanto, não se dá sem atravessamentos e produção de sentido.

O arquivo não é um mero conjunto de documentos, mas se faz a partir do gesto de leitura que incide sobre esse próprio arquivo, construído a partir do atravessamento ideológico, pois aquilo que está posto produz um efeito de evidência, silenciando outros arquivos possíveis: outra seleção, outra forma de organização, outro critério. Assim, buscamos, em diferentes lugares, pelos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer produzidos pelo Inca, a fim de construir esse arquivo do qual será recortado o corpus discursivo. Sobre esse corpus, serão lançados nossos gestos de leitura.

4.4 DO ARQUIVO AO CORPUS: CRITÉRIOS DE CONSTITUIÇÃO DO CORPUS DISCURSIVO

É importante fazer uma reflexão sobre o corpus, seu processo de construção, seus limites e, para este trabalho, sua distinção do conceito de arquivo. Conforme afirmam Guilhaumou e Maldidier (2014 [1986]), o corpus é um recorte dentro de um arquivo. Para Courtine (2014 [1981], p. 54), um corpus é “um conjunto de sequências discursivas, estruturado segundo um plano definido em relação a um certo estado das CP²⁰ do discurso”. O autor afirma que, para a

²⁰ CP — condições de produção.

construção de um corpus, é necessário “delimitar um *campo discursivo de referência* [...], impondo aos materiais uma série sucessiva de restrições que os homogeneizem” (Courtine, 2014 [1981], p. 54). A primeira restrição estabelecida para a construção do nosso corpus de pesquisa foi aquela que norteou toda a construção do arquivo: cartazes de campanhas educativo-publicitárias sobre câncer produzidas pelo Inca e seus órgãos precursores desde a década de 1940 até a década de 2020. Diante de um arquivo com 140 cartazes (produzidos até 2024), certamente outras delimitações são necessárias.

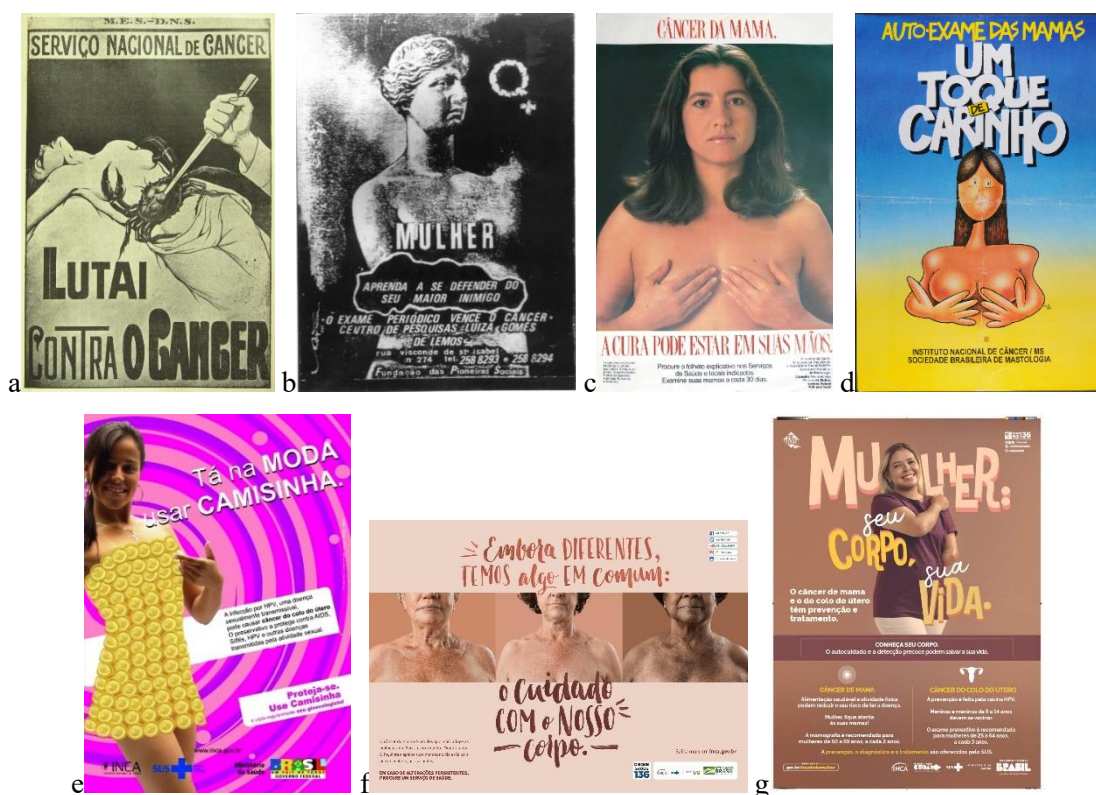
Malidier (2014 [1971]), em *O discurso político e a guerra da Argélia*, ao discutir a constituição de seu corpus, afirma que determinar os dados de uma análise é fazer uma triagem na “massa de enunciados produzidos”, a fim de “extrair deles um conjunto homogêneo” (Malidier, 2014 [1971], p. 152). Faz-se necessário, então, interrogar o arquivo, olhá-lo a partir de um gesto de leitura, ou de um gesto de escuta, para que, norteado pelo objetivo da pesquisa, o próprio arquivo possa “dizer” as delimitações que levam ao corpus discursivo da pesquisa em questão. O que, no arquivo, é regularidade, o que é reprodução e o que é transformação? Courtine (2014 [1981]) vai afirmar que “a constituição do *corpus* deve responder a exigências de ‘exaustividade, de representatividade e de homogeneidade’, características ‘que são comandadas pela adequação aos objetivos da pesquisa’” (Courtine, 2014 [1981], p. 56). Logo, o que no arquivo é também exaustivo e representativo? Cremos que não é possível responder a essas questões em busca da construção de um corpus sem olhar para o arquivo como não evidente, pois o “arquivo não é um simples documento no qual se encontram referências; ele permite uma leitura que traz à tona dispositivos e configurações significantes” (Guilhaumou; Malidier, 2014 [1986], p. 170). Parte-se, portanto, da leitura crítica do arquivo, do debruçar-se sobre ele, para tentar encontrar seus dispositivos e configurações significantes na construção do corpus de análise.

Dadas algumas dificuldades, já discutidas, que se deram desde a construção do arquivo, não foi possível selecionar, para a construção do corpus, por exemplo, um cartaz para cada ano. Caso esse fosse um critério possível em relação ao arquivo, cremos que haveria, ainda assim, uma limitação em relação ao próprio trabalho de uma tese de doutorado, dada a quantidade de cartazes a serem analisados. Portanto, nosso critério diacrônico, dentro daquilo que o arquivo nos permite, foi escolher analisar um cartaz de cada década, ainda que mais cartazes possam ser utilizados no processo de análise para estabelecer as condições de produção da década em questão. Cremos que esse critério temporal pode ajudar a alcançar o objetivo de pesquisa, qual seja: *analisar os modos como se produzem os efeitos de sentidos*

nos cartazes, observando as transformações, as regularidades e os sentidos estabilizados sobre o câncer ao longo do tempo.

Mesmo com tais restrições estabelecidas, ainda assim se faz necessário mais um recorte, que dê conta de dizer qual imagem de cada década deve ser analisada. Para isso, fomos olhar o arquivo, refletir sobre ele e lançar gestos de leitura. Um primeiro dizer foi o que fala sobre o capital: a manutenção da saúde faz funcionar a manutenção do capital. Contudo, esse dizer, que comparece no não dito, está presente em todos os cartazes e, portanto, não serve como recorte do corpus. Depois, mapeamos a presença ou a ausência da palavra câncer, o que se mostrou muito interessante, pois essa palavra, que comparece logo nos primeiros cartazes dos anos de 1940, está ausente em todos os da década de 1980 produzidos pelo cartunista Ziraldo, por exemplo. Essa seria uma interessante entrada de análise, mas o arquivo nos mostrou outra regularidade, que nos capturou para a construção do corpus desta pesquisa: a convocação do corpo feminino para simbolizar o câncer.

Figura 12 — Cartazes de campanhas educativas sobre o câncer que compõem o corpus da pesquisa



Fonte: a, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017; b, Casa de Oswaldo Cruz; c, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017; d, Casa de Oswaldo Cruz; e, Casa de Oswaldo Cruz; f, inca.gov.br; g, inca.gov.br.

Desde os primeiros cartazes da década de 1940 até a década de 2020, o corpo feminino ilustra diversos cartazes sobre o câncer. Nos anos 1940-1950, tratava-se do câncer, mas não de um câncer específico. A partir da década de 1970, os corpos femininos são convocados a falar sobre os cânceres femininos biológicos: mama e colo do útero. Não há, ainda hoje, cartazes de campanhas voltados especificamente para cânceres masculinos biológicos, como de pênis ou próstata. Quando corpos masculinos ilustram os cartazes, eles estão no contexto do tabagismo, do câncer em geral ou dos fatores de proteção. Algumas vezes, comparecem para ilustrar uma família. Nunca estão expostos ou sexualizados. Não são responsabilizados pelo seu próprio adoecimento ou sua cura. Já em relação aos corpos femininos, seja por ilustração, seja por fotografia, algumas vezes são sexualizados, algumas vezes aparecem despidos, sempre são responsabilizados pelo processo de cuidado e cura em relação ao seu adoecimento por câncer. Diante dessa regularidade que o arquivo nos mostrou, selecionamos sete imagens (Figura 12) para serem analisadas buscando compreender como se constrói o discurso sobre o câncer nas propagandas oficiais, mas também, diante do corpus selecionado, como se constrói o discurso sobre o feminino no discurso sobre o câncer ao longo do tempo.

Dessa forma, estabelecemos os recortes necessários para a construção de um corpus que, esperamos, seja representativo — mesmo diante da ciência de que um corpus nunca é totalmente representativo — para entender como se constroem os discursos sobre o câncer e sobre o feminino em cartazes de campanhas educativas produzidos pelo Inca ao longo do tempo.

5 GESTOS DE LEITURA — EFEITOS DE SENTIDO NOS CARTAZES DE CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE O CÂNCER

Antes de apresentar as análises realizadas para esta pesquisa, entendemos ser necessário explicitar alguns dispositivos analíticos que atravessaram o processo de análise: a relação entre corpo e discurso; e os sentidos sobre a mulher, o feminino e o patriarcado em uma formação social capitalista e patriarcal. Outros dispositivos analíticos serão construídos ao longo do percurso de análise.

5.1 *CORPOEDISCURSO*

Pensando a relação entre corpo e discurso, Orlandi afirma que, “considerando a materialidade do sujeito, o corpo significa. Em outras palavras, a significação do corpo não pode ser pensada sem a materialidade do sujeito” (Orlandi, 2012c, p. 83). Nos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer que constituem o corpus deste trabalho, o corpo feminino é convocado a discursivizar sobre o câncer. É um corpo que significa, dada a materialidade do sujeito, e, por isso, entendemos esse corpo também como uma materialidade, uma materialidade discursiva. Conforme afirma Leandro-Ferreira (2013a, p. 77): “Corpo e discurso andam próximos no campo teórico da análise do discurso. E isso não deve ser motivo de espanto. Afinal corpo é tanto uma linguagem, como uma forma de subjetivação e, por isso mesmo, tem relação estreita com o discurso”. Como linguagem e modo de subjetivação, o corpo promove efeitos de sentido e pode tornar-se objeto da Análise de Discurso. Não o corpo biológico, pois: “Enquanto corpo empírico, ele é apenas carne” (Orlandi, 2012c, p. 85), mas o corpo simbólico, interpelado, capaz de produzir sentidos.

Segundo Zoppi-Fontana e Fontana (2023),

[...] mais do que matéria física, o corpo produz sentido ao mesmo tempo que sentidos sobre ele são constantemente (re)produzidos. O corpo é, nessa perspectiva, produzido a partir de efeitos determinados pelo complexo contraditório, desigual e determinado do interdiscurso, do já-dito, do já-enunciado (Zoppi-Fontana; Fontana, 2023, p. 57).

Logo, na Análise de Discurso, o corpo é também discurso, é *corpoediscurso*, que “se formam conjuntamente” (Leandro-Ferreira, 2023, p. 36). Ser *corpoediscurso* é ser corpo que produz sentidos, ao mesmo tempo que sentidos são produzidos sobre ele, conforme apontam Zoppi-Fontana e Fontana (2023) e Orlandi (2012c); essa afirma que o corpo simbólico é

produzido em um processo de significação, no qual a ideologia trabalha. A autora afirma ainda que:

Não há corpo que não esteja investido de sentidos, e que não seja corpo de um sujeito que se constitui por processos nos quais as instituições e suas práticas são fundamentais para a forma como ele se individualiza, assim como o modo pelo qual, ideologicamente, somos interpelados em sujeitos, enquanto forma sujeito histórica (em nosso caso, capitalista) (Orlandi, 2012c, p. 93).

Todo corpo é investido de sentidos, o que inclui os corpos presentes nos cartazes de campanhas aqui analisados, que são produzidos pela instituição de saúde responsável pelo controle do câncer no Brasil, legitimada pelo órgão público máximo da saúde, que é o Ministério da Saúde, e pelo próprio Governo Federal. Courtine (2023, p. 132) afirma que existe “uma longa tradição tanto da expressão do corpo quanto de seu controle”. Retomando a história dos sentidos produzidos sobre o corpo individual, o autor afirma que esse corpo foi carregado de significados, que adquirem o “valor de sinais no interior de um código de comunicação tanto verbal quanto corporal” (Courtine, 2023, p. 138). Essa reflexão sobre os sentidos produzidos pelo e sobre o corpo através dos séculos aponta para a discursivização do corpo. O autor afirma que o “corpo é, então, um espaço de conversão do olhar em discurso, de conversão do corpo ‘visto’ em corpo ‘sabido’” (Courtine, 2023, p. 146); logo, é objeto de interesse da Análise de Discurso. E é sobre esse corpo — mas corpo feminino —, visto e sabido, corpo discursivo, que refletiremos.

5.2 O FEMININO NA FORMAÇÃO DISCURSIVA PATRIARCAL

O corpo convocado para discursivizar o câncer é o corpo feminino, o corpo da mulher, o corpo-mulher, *com-forma(do)*, apto a ser olhado e julgado. Pensando sobre a significação do corpo, Orlandi (2012c, p. 93) afirma que, “quando digo que o corpo já vem significado, penso ideologicamente, ou seja, na imagem que fazemos de um corpo ocidental ou oriental, ou como pobre ou rico, como homem, mulher ou homossexual etc. Sentidos já dados. Estabelecidos e estabilizados”. A exposição, o olhar, o julgamento são possíveis, pois existe, na formação social capitalista e patriarcal ocidental, um pré-construído, um já significado ideológico, sentidos já dados e estabilizados, que dizem o que é ser uma mulher, como uma mulher deve comportar-se, quais os papéis de uma mulher nessa formação social. Como aponta Garcia (2021, p. 215), “a presença do corpo-mulher (um corpo feminino) aponta para equívocos, falhas, furos no modo de inscrição sócio-histórica-ideológica que sustenta formulações para esse corpo e seu lugar de pertencimento”. A presença do corpo feminino mobiliza sentidos que dizem do lugar

imaginário da mulher, do seu lugar de pertencimento, daquilo que se espera de uma mulher em uma formação social capitalista e patriarcal.

O apagamento do caráter social do papel e do lugar da mulher, que se dá por meio da ideologia, é tão profundo que existe uma naturalização, como se estivéssemos diante de um fenômeno meramente biológico, e não um fenômeno sócio-histórico discursivo. Mota (2020, p. 38) afirma: “A mulher já nasce em contextos sociais específicos, que pressupõem lugares de ocupação determinados por outrem e comportamentos aceitos como femininos”. Assim, sobre a mulher são imputadas normas de conduta, modos de ser e de agir, modos de dizer. Em uma formação discursiva patriarcal, há o que pode e deve ser dito sobre a mulher, o que pode e deve uma mulher dizer e fazer, e há aquilo que está interditado para e sobre a mulher.

Nessa formação discursiva, a mulher pode e deve ser bela, bondosa, dócil, submissa, delicada, feminina, sutil; “o corpo-mulher faz funcionar um modo de ver a mulher nas sociedades patriarcais que intenta colá-la à posição de recato, de docilidade, à posição de mãe, à posição de submissão” (Garcia, 2021, p. 217). Esse imaginário sobre a mulher não se dá, contudo, sem contradição, pois essa mesma mulher deve também ser sensual, desejável, ativa, forte, capaz de exercer uma atividade remunerada ao mesmo tempo que cuida de uma casa, cria filhos saudáveis, mantém o marido asseado e alimentado, cuida dos ascendentes, tudo isso sem receber qualquer compensação financeira. Pela via da contradição, a mesma mulher frágil, que precisa ser defendida, é a fortaleza que deve trabalhar gratuitamente e suportar jornadas infinitas de trabalho. Como afirma Carneiro (2018):

[...] historicamente, a “jornada feminina gratuita” foi naturalizada, o que levou às mulheres a se submeterem, silenciosamente, ao trabalho não-remunerado, tornando, muitas vezes, essa dupla jornada de trabalho dentro do espaço doméstico (gratuita) e fora do espaço doméstico (remunerada) (Carneiro, 2018, p. 74).

A biologização das condições materiais do modo de produção capitalista fez e faz com que as mulheres, como afirma Carneiro (2018), sejam submissas, de modo silencioso, a uma dupla jornada de trabalho, sendo uma delas não remunerada. Federici (2023) afirma que

[...] o capitalismo, como um sistema baseado na exploração do trabalho humano, definiu as mulheres como corpos — isto é, como seres dominados por sua biologia —, na medida em que se apropriou de nossa capacidade reprodutiva e a pôs a serviço da reprodução da força de trabalho e do mercado de trabalho (Federici, 2023, p. 37).

Logo, as mulheres são, dentro do sistema capitalista, segundo a autora, corpos aptos a (re)produzir a força de trabalho. A apropriação do caráter biológico do corpo feminino é uma apropriação que se dá no campo discursivo. Como afirma Beauvoir (2019 [1949], p. 11):

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da formação social; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário do macho castrado, que qualificam de feminino”. O lugar e o papel da mulher não são instâncias biológicas, mas, sim, um produto de uma construção discursiva que coloca a mulher em um lugar de subalternidade, beleza, fragilidade, doçura, cuidado etc. Junto com Carneiro (2018), afirmamos que “o nosso olhar sobre a mulher é voltado para o sujeito-mulher, a mulher que se torna [...], a mulher discursivizada” (Carneiro, 2018, p. 71). Nos cartazes analisados, existem regularidades e mudanças ao longo das décadas na posição desse sujeito-mulher, esse que se torna mulher, convocado a discursivizar o câncer. O sujeito-mulher é frágil e indefeso, e é ao mesmo tempo sensual e belo. Tem seu corpo seminu exposto à observação, um corpo-mulher “já significado por uma memória que coloca esse corpo como objeto de prazer do homem, como pecado — já que o excita, provoca” (Garcia, 2021, p. 219). É um símbolo da beleza e da fecundidade, mas também dos prazeres masculinos. Nem sempre é quem fala, mas sempre é sobre quem se fala. Em todos os cartazes, é exigido que a mulher seja agente ativo sobre seu próprio cuidado, seja a responsável pela própria saúde, seja a culpada por seu adoecimento.

Diante da reflexão sobre o que pode e deve ser dito sobre a mulher na formação discursiva patriarcal, e diante da percepção de que o corpo feminino é aquele convocado a construir o discurso sobre o câncer, resta-nos perguntar: Por que a mulher? Por que o corpo feminino? Se homens também têm câncer, por que o corpo feminino é que discursiviza o câncer? Por que tratar de cânceres femininos? Já há sinais no horizonte, mas fica o convite às análises, em busca de olhar um funcionamento do discurso sobre o câncer que é também um discurso sobre a mulher.

Como discutimos no processo de construção do corpus de pesquisa, optamos por analisar um cartaz de campanha educativa sobre o câncer por década, a fim de *analisar os modos como se produzem os efeitos de sentidos nos cartazes, observando as transformações, as regularidades e os sentidos estabilizados sobre o câncer ao longo do tempo*, que é nosso objetivo de pesquisa. Para entender o funcionamento do discurso sobre o câncer, propusemos um percurso temporal. No percurso, foi possível observar regularidades, como o jogo imaginário proposto por Pêcheux (2014a [1969]), no qual é possível perceber que a preocupação com a autoridade do dizer sobre saúde já se fazia presente desde a década de 1940; transformações, como a mudança do belicismo para a afetividade, que reflete também as condições de produção de cada período; e os sentidos estabilizados, como a discursivização do câncer como uma doença que demanda a ação do sujeito. Em algumas décadas, outros cartazes, além do escolhido para a análise, serão apresentados, a fim de pensar as condições de produção

do período em que o cartaz foi formulado. Portanto, cada seção a seguir trará a análise de um cartaz por década, em sequência cronológica.

5.3 DÉCADAS DE 1940-1950 — LUTAI CONTRA O CÂNCER²¹

Como já discutimos, o controle do câncer no Brasil oficializa-se a partir da criação, em 1937, do Centro de Cancerologia, que, em 1941, torna-se o SNC. As ações de controle do câncer que começam a ser implantadas na década de 1940 por Mário Kröeff prolongam-se até a década de 1950, incluídos os cartazes de campanhas educativas sobre o câncer, como apontam Teixeira e Fonseca (2007). Nos acervos em que encontramos esses cartazes — exposição dos 80 anos do Inca, site do projeto História do Câncer, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e publicação *De doença desconhecida a problema de saúde pública* (Teixeira; Fonseca, 2007) —, alguns são datados como década de 1940, outros não são datados, nenhum é datado como década de 1950. Pela dificuldade de precisar qual cartaz foi produzido em qual década, nomeamos por décadas de 1940-1950, dado que as ações de ambos os períodos funcionam em continuidade, lideradas pelo sanitarista Mário Kröeff.

O câncer é uma doença com altas e crescentes taxas de incidência e mortalidade. Talvez por esse motivo ele seja uma doença extremamente conhecida atualmente, apesar de ainda muito mistificada, estigmatizada e, por isso, também silenciada. Se ainda hoje existem estigmas e mitos sobre a doença, nas décadas de 1940-1950 o desconhecimento gerava medo, muitos estigmas e um processo de silenciamento. As propagandas oficiais sobre o câncer, incluindo os cartazes de campanhas, surgem como estratégia que busca romper esse silenciamento. Segundo Zandwais (2019):

Para além de uma política econômica, a “propaganda” esteve e tem estado, por outro lado, até os dias atuais a serviço de políticas de Estado. Tomada sob esta ótica, torna-se menos transparente, na medida em que suas materialidades deixam de ser simplesmente quantificáveis, e passam a encontrar lugares significativos no plano das ideias (Zandwais, 2019, p. 71).

Como política de Estado de controle do câncer, as campanhas educativas, que podem ser consideradas propagandas em saúde, começam a ser intensamente utilizadas e difundidas na década de 1940. Essas propagandas não buscam vender um produto, mas um sentido de saúde, que, como afirma Zandwais (2019), está localizado no plano das ideias. Ainda hoje,

²¹ Essa análise foi parcialmente apresentada no *I SeMiDi – Seminário do Grupo de Pesquisa “Mídia e(m) Discurso”*, em 2022, e publicada no livro *Mídia e(m) discurso: percursos de pesquisa – volume 2*, em 2023.

essas campanhas acontecem visando a “vender” prevenção e controle de câncer e promoção da saúde, tendo em vista a relevância da doença na formação social. Contudo, se hoje o câncer tem todo esse reconhecimento e ação, nem sempre foi assim. É no início do século XX, segundo Teixeira e Fonseca (2007), que o câncer começa a ser tratado como uma questão de saúde pública no Brasil, influenciado pelo contexto internacional, principalmente pelas ações promovidas nos Estados Unidos. É nesse período que o câncer começa a ser visto como prevenível e tratável, passando a ser uma responsabilidade do Estado.

A partir da década de 1940, com as ações implantadas no SNC por Mário Kröeff, surgem as campanhas educativas sobre o câncer, que tinham, entre suas ações, a produção de cartazes com imagens fortes e frases de efeito, buscando conscientizar a população em relação à necessidade de se prevenir e tratar precocemente o câncer. Tais cartazes eram inspirados no modelo estadunidense e distribuídos em espaços de saúde, como hospitais e consultórios. Também compunham imagens de exposições volantes feitas em caminhões que circulavam pela cidade de Rio de Janeiro (Teixeira; Fonseca, 2007). Eles funcionavam como uma forma de propaganda estratégica de Estado, conforme formula Pêcheux (2015a [1979]).

Figura 13 — Campanhas educativas contra o câncer da década de 1940



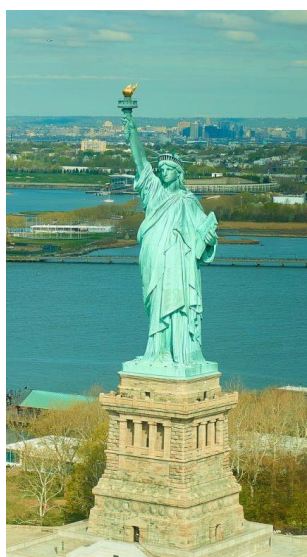
Fonte: a, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017; b, Teixeira; Fonseca, 2007.

Legenda: em a, campanha do SNC; em b, campanha estadunidense.

Orlandi (2013b) discute a articulação dos processos parafrásticos e polissêmicos no funcionamento discursivo. Retomando a autora, “de um lado, há um retorno constante a um mesmo dizer sedimentado — a paráfrase — e, de outro, há no texto uma tensão que aponta para

o rompimento” (Orlandi, 2013a, p. 27). Na Figura 13a, é possível perceber, principalmente na terceira imagem do cartaz, o processo parafrástico da campanha nacional em relação às campanhas estadunidenses, como a da Figura 13b e as da Figura 3, com o braço que ergue a espada com o caduceu hermético, símbolo da medicina. Por outro lado, há também uma mudança, uma ruptura, principalmente no que se refere ao feminino, já que, na Figura 13a, a primeira imagem de composição da campanha é de uma mulher assustada diante do caranguejo, que representa o câncer, já a espada é levantada por um rosto que parece masculino, dado os traços mais angulosos; já nas Figuras 3b e 13b, a mulher é a guerreira armada para a luta contra com o câncer, não uma mulher frágil e assustada, mas sim aquela que ergue a espada. No interdiscurso estão inscritos sentidos sobre a mulher, tanto do um sujeito frágil e indefeso como se vê na campanha nacional, quanto do sujeito forte, guerreiro, na campanha estadunidense, na qual cabe à mulher o papel de lutar contra o câncer. Percebemos que, entre a imagem de fragilidade da Figura 13a e a de força da Figura 13b, funciona um processo de contradição que coloca em disputa os sentidos sobre a mulher. Nas campanhas nacionais, contudo, a mulher nunca porta a arma para a luta; ao contrário, a mulher, quando comparece, é sempre indefesa e desprotegida, como veremos na Figura 15.

Figura 14 — Estátua da Liberdade



Fonte: adaptado de Hammond, c2025.

A espada empunhada pela mulher na “luta contra o câncer” tem em sua base duas serpentes entrelaçadas, que remetem ao caduceu hermético, símbolo da medicina. O cartaz da Figura 13b, apesar da imagem da arma, afirma que a luta contra o câncer deve ser feita com o

conhecimento (*knowledge*). O caduceu hermético e a palavra “*knowledge*” apontam para um sentido de que o câncer deveria ser “combatido” pelo conhecimento da medicina, afastando-se o perigo do charlatanismo, relatado inclusive em campanhas das décadas de 1940. Milanez (2013, p. 346) vai pensar sobre “o funcionamento da memória no campo discursivo das imagens”, o qual chama de intericonicidade. A mulher empunhando a espada faz funcionar, pela via da intericonicidade, a memória de uma estátua da mulher que empunha uma tocha, símbolo dos Estados Unidos: a Estátua da Liberdade, “cujo nome oficial é A Liberdade Iluminando o Mundo” (Estatua da Liberdade, 2024) (Figura 14). A espada com o caduceu hermético, ilustrada com uma iluminação a seu redor, funciona como a tocha que ilumina, que lança luz sobre o desconhecimento, lutando contra o câncer com a iluminação do conhecimento.

Os sentidos de luta, medo e conhecimento funcionam na construção de um discurso sobre o câncer produzido nos cartazes de campanhas educativas das décadas de 1940-1950 tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos. Nas campanhas nacionais, existe uma regularidade em relação à imagem do caranguejo e certa brutalidade na construção das imagens, como se as campanhas buscassem educar pelo medo, ao mesmo tempo que dizem que não se deve temer a doença.

Ao analisarmos cartazes em nosso percurso de pesquisa, lidamos com uma materialidade composta por imagem e texto. Entendemos ser importante fazer uma breve reflexão sobre essa forma de materialidade do discurso.

Eni Orlandi (2007) faz uma ampla discussão sobre como os sentidos se constroem. A autora afirma que “O homem está condenado a significar. Com ou sem palavras, diante do mundo, há injunção à ‘interpretação’: tudo tem de fazer sentido (qualquer que seja ele). O homem está irremediavelmente constituído pela sua relação com o simbólico” (Orlandi, 2007, p. 29-30). Sentidos são produzidos no dito e no silenciado. Florencio *et al.* (2009, p. 21) conceituam discurso como uma “relação indissociável entre língua, história e ideologia”. Apontam os autores como o discurso amplia o conceito de língua e linguagem, agregando às estruturas linguísticas os processos de produção das enunciações, bem como seus contextos, fatores históricos e relação com a ideologia. Discurso, portanto, inclui a língua, mas olha os sentidos produzidos de modo ampliado, para além dessa língua, pois: “Introduz na reflexão sobre a língua o sujeito, a história, a ideologia e o inconsciente” (Florencio *et al.*, 2009, p. 21).

Orlandi (2006, 2013b) conceitua discurso como curso, percurso, movimento. Discurso é a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do ser humano e de sua história. O discurso, então, está relacionado ao sujeito e à sua capacidade de significar e significar-se. Os efeitos de sentido se dão porque são sujeitos, dentro de dadas circunstâncias, afetados por memórias discursivas que produzem os discursos.

Esse está relacionado às suas condições de produção, à sua exterioridade, à memória. O trabalho simbólico do discurso está na base da produção da existência humana. Ele relaciona a linguagem à sua exterioridade, à ideologia e à história. Não existe discurso novo, algo que jamais foi dito, já que o sujeito é construído por uma história, e, naquilo que ele enuncia, está presente o interdiscurso, que são outros discursos, já ditos. O discurso sobre o câncer cuja materialidade significativa são os cartazes de campanhas educativas produzidos pelo Inca mobilizam o interdiscurso ao dizer sobre o corpo feminino e ao representar a mulher em um lugar de fragilidade, como nas Figuras 13a e 15.

Figura 15 — Campanha nacional contra o câncer das décadas de 1940-1950



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

Como já discutimos na construção do corpus, o corpo feminino é convocado a produzir sentidos sobre o câncer — assim como, no jogo discursivo, o câncer é convocado a constituir sentidos sobre o corpo feminino — desde as primeiras campanhas da década de 1940 até os

dias atuais. Para nossa análise das décadas de 1940-1950, selecionamos um cartaz no qual um corpo feminino desfalecido diz sobre o câncer, mas também sobre a memória da mulher doente, frágil, desfalecida, em perigo, que precisa de um salvador, como vemos na Figura 15.

O cartaz que traz a campanha educativa é composto por uma imagem e três enunciados: “M.E.S. – D.N.S.”; “Serviço Nacional de Cancer”; e “Lutai contra o cancer”. Ao dizer câncer, M.E.S., sigla de Ministério da Educação e Saúde, e D.N.S., de Departamento Nacional de Saúde, podemos pensar que o cartaz se filia a uma formação discursiva da saúde.

Pêcheux (2014a [1969]) afirma que, no processo discursivo, funcionam as formações imaginárias, que dizem do lugar que os sujeitos do discurso atribuem cada um a si mesmo e ao outro. Afirma também o autor que “todo processo discursivo supõe a existência dessas formações imaginárias” (Pêcheux, 2014a [1969], p. 82). Ao dizer “M.E.S. – D.N.S.” e “Serviço Nacional de Cancer”, o sujeito que ocupa a posição em *A*, termo escolhido por Pêcheux (2014a [1969]) para representar as formações imaginárias, responde à pergunta “Quem sou eu para lhe falar assim?” (Pêcheux, 2014a [1969], 82), já que identifica as autoridades da área da saúde — o ministério e o serviço especializado em câncer — envolvidas no processo de produção da campanha. A delimitação dessa posição discursiva, do lugar de autoridade de quem fala, é relevante, pois, dentro das condições de produção da época, estava a preocupação em relação ao charlatanismo na saúde, como eram considerados os tratamentos alternativos para a cura. Segundo Teixeira e Fonseca (2007),

[...] a ação da saúde pública não visava somente a curandeiros e outros não iniciados nas ciências médicas. Pelo contrário, ela se voltava também para os médicos e farmacêuticos que faziam uso de tratamentos e fórmulas não validados pela medicina do período (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 31-32).

As campanhas tinham o objetivo de educar e informar. A posição de autoridade em relação ao tema — Serviço Nacional de Câncer, do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde — produz, como feito de evidência, a ideia de que se trata de uma informação verdadeira, que, portanto, deve ser observada e seguida. A presença dessa informação determina a posição-sujeito de quem produz o discurso: a autoridade máxima do governo para o assunto.

Em “Lutai contra o cancer”, o verbo está no modo imperativo: “Lutai”. Não se trata de um convite, mas, sim, de uma ordem ou de uma recomendação incisiva, vinda de um sujeito que se identifica como autoridade no tema. Por ser uma ordem, espera-se que seja cumprida. Lutar, principalmente ao ser acompanhado da preposição “contra”, faz funcionar uma memória discursiva da guerra, pois se luta contra um inimigo, que pode ser uma pessoa, um pensamento,

uma ideia, uma coletividade etc. À formação discursiva da saúde interliga-se uma formação discursiva bélica, que mobiliza sentidos de guerra, de luta contra o inimigo. No cartaz, esse inimigo é uma doença, o câncer, e a ideia de “lutar contra” é reforçada, na imagem, pelo punhal que fere o caranguejo. A ordem de lutar contra poderia ser dada em diferentes condições de produção, como em “lutai contra o comunismo”, “lutai contra os oponentes” ou “lutai contra as tentações”. A primeira proposição coloca um pensamento político no lugar de inimigo, estrutura amplamente utilizada principalmente por sujeitos com posições políticas autoritárias. Na segunda, o inimigo é alguém que se encontra em posição contrária, oposta, que funciona tanto em um contexto de guerra, por exemplo, quando o oponente é o exército contrário ao seu, quanto em um contexto de jogo, quando o oponente é a pessoa ou o time adversário. Já a terceira proposição é tradicional em um discurso religioso, quando as tentações — enviadas pelo inimigo — tornam-se o próprio inimigo. Essa, no entanto, pode sofrer deslizamentos, tratando-se de fidelidade (a traição como tentação) ou dieta (a comida como tentação). Diante disso, é possível perceber que um nome, ao ser produzido discursivamente, enlaça-se a uma rede de sentidos, e não a outra. Podemos afirmar que a escolha de “lutai contra” opera no campo da guerra, do bélico, assim como a escolha de uma arma perfurante matando o inimigo. Em diferentes formulações, o discurso é de enfrentamento, combate, batalha. Por outro lado, “previna-se contra o câncer”, “cuide-se contra o câncer” e “trate-se contra o câncer” são substituições que, ainda que no imperativo, convocariam o sujeito à saúde, e não à guerra. Contudo, em nenhuma dessas possibilidades tem-se o mesmo efeito de urgência produzido por “lutai contra o câncer”.

É possível perceber um deslizamento de um discurso sobre saúde para um discurso bélico. Na década de 1940, quando as campanhas educativas sobre o câncer começam a ser produzidas, o mundo vivia o acontecimento histórico da Segunda Guerra Mundial, que começa em 1939 e se estende até 1945. Mesmo com o fim da guerra em meados da década de 1940, o mundo continua a viver em um contexto de guerra, a guerra fria, que se estende até início dos anos 1990. As condições de produção do cartaz das décadas de 1940-1950 ajudam a entender esse deslizamento da saúde para o bélico. Trata-se de um cartaz de um departamento de saúde, com fins educativos e comunicacionais de chamar a atenção dos sujeitos leitores para um problema de saúde. Contudo, a escolha da imagem e do verbo no imperativo que constituem o discurso é belicista: arma (punhal), morte do inimigo (caranguejo = câncer) e luta (“lutai”). Susan Sontag (1984) discute algumas metáforas associadas ao câncer. A autora afirma que uma delas é a metáfora da guerra, que vem estabelecida por expressões como lutar, combater, destruir, bombardear, matar. Essa rede de sentidos de fato é bastante utilizada, ao longo de décadas, em diversos países, quando se fala de câncer. Hoje, em diferentes condições de

produção, a escolha de termos como cuidado, prevenção e detecção precoce afasta o câncer do discurso belicista das décadas de 1940-1950. Outros, como vida e carinho, buscam silenciar o sentido de morte historicamente associado ao câncer. Contudo, o discurso bélico ainda é observado, mesmo que em construções mais positivas, quando se fala, por exemplo, em “vitória”, que tem como não dito a luta, a guerra, o combate.

Outro ponto importante do discurso sobre o câncer veiculado no cartaz analisado é o papel da mulher: seu corpo e sua fragilidade. Por mais que seja uma ilustração, e não uma fotografia — dadas as condições de produção do cartaz, pois nas décadas de 1940 e 1950 não era simples (re)produzir uma fotografia —, o corpo remete a uma historicidade do feminino. A mulher está deitada, com a cabeça jogada para trás, com apenas um pano cobrindo a virilha, tendo o restante do corpo desnudo, desfalecendo, enquanto é atacada pelo “inimigo”. Por mais que esse corpo representado seja um corpo doente, ele remete a uma sensualidade feminina: uma mulher deitada, rendida, entregue, seminua. O discurso do corpo doente também é o discurso da sensualidade feminina. Se o caranguejo, a mão e o punhal forem retirados do cartaz, a imagem poderia muito bem significar o êxtase sexual, por exemplo. Essa mistura de doença, sensualidade e êxtase já havia sido retratada nos anos 1880, com Jean-Martin Charcot, médico psiquiatra, ao exibir as histéricas, mulheres consideradas doentes.

Figura 16 — *Une leçon clinique à la Salpêtrière* — André Brouillet, 1887



Fonte: Ferreira, 2017.

Na imagem da Figura 16, é possível perceber o corpo de mulher, desfalecido, cabeça para trás, completamente entregue, doente e frágil, com o colo à mostra, também remetendo a uma sensualidade, a um êxtase, ao mesmo tempo que fala da doença. Discutindo a intericonicidade, Milanez (2015) afirma que

[...] as imagens são produções interiores e exteriores a nós e que nossas vidas estão recheadas de imagens de todos os lados, tanto em nossos entornos quanto dentro de nós, ou seja, qualquer imagem ou paisagem mental que é por nós (re)criada, imaginada ou sonhada. Há, assim, um laço inseparável entre as imagens exteriores e as imagens interiores que são percebidas pelo nosso olhar, pelo nosso corpo, que olha para fora e para dentro de si (Milanez, 2015, p. 201).

A construção de um laço entre imagens exteriores e interiores, também entre distintas imagens exteriores que se fixam na memória, faz-nos pensar que existe uma imagem visual historicamente construída da mulher contraditoriamente doente e sensual, desvalida e entregue ao gozo. Essa é imagem feminina retratada tanto na Figura 15 quanto na Figura 16, que se relacionam pela via da memória das imagens, da intericonicidade.

A fragilidade feminina é outro sentido mobilizado pela via da memória, um já-lá que produz um efeito de evidência: claro que a mulher é frágil, claro que a mulher é mais frágil do que o homem, toda mulher é frágil, toda fragilidade precisa de um salvador. Diante dessa imagem de fragilidade considerada como evidente, podemos perceber um dizer que se filia à formação discursiva patriarcal. Pensando aquilo que “pode e deve ser dito” (Haroche; Pêcheux; Henry, 2020 [1971]) de uma formação discursiva, na formação discursiva patriarcal, sempre se pode dizer da mulher como menor que o homem, frágil, subserviente, objeto de desejo, corpo a ser observado. O corpo desfalecido é o corpo de uma mulher, vítima de um cruel ataque (do caranguejo, do câncer), que não esboça qualquer tipo de reação. Como nas narrativas de contos de fada, a “princesa” indefesa aguarda seu salvador. Vemos, no cartaz, uma mão que porta um punhal e ataca o caranguejo, o inimigo. Não tanto pela imagem, mas pelo funcionamento do não dito, tem-se a impressão de que é uma mão masculina. Logo, a imagem reforçaria o imaginário da mulher como desprotegida, à espera de um homem que possa salvá-la. Apesar de a mulher fragilizada ser recorrente nas campanhas nacionais, nos Estados Unidos, por exemplo, conforme pode ser observado na Figura 13b, é a mulher que porta a arma para a “luta contra o câncer”. O belicismo se mantém, mas o discurso sobre a mulher é diferente, dadas as diferentes condições de produção. Segundo Teixeira e Fonseca (2007), nos Estados Unidos, as associações femininas promoviam essas campanhas; no Brasil, por outro lado, eram os órgãos oficiais, comandados por homens. A mulher retratada na campanha nacional é frágil, inativa, doente e sensual, e está à espera de seu salvador. Assim, são estabelecidas relações de contradição, de força, próprias dos efeitos de sentidos produzidos discursivamente.

É importante pensar sobre o caranguejo, presente em múltiplas iconografias sobre o câncer. Segundo o oncologista Siddhartha Mukherjee:

Foi na época de Hipócrates, por volta de 400 a.C., que um termo para câncer apareceu pela primeira vez na literatura médica: *karkinos*, da palavra grega para “caranguejo”. O tumor, com os vasos sanguíneos inchados à sua volta, fez Hipócrates pensar num caranguejo enterrado na areia com as patas abertas em círculo. A imagem era peculiar (poucos cânceres, a rigor, se parecem com caranguejos), mas também vívida. Escritores que vieram depois, tanto médicos como pacientes, acrescentaram detalhes. Para alguns, a superfície endurecida e desbotada do tumor lembrava a dura carapaça do corpo do caranguejo. Outros sentiam o animal mexer-se sob a carne, como se a doença se espalhasse furtivamente pelo corpo. Para outros, ainda, a súbita pontada de dor produzida pela doença era como se estivessem presos nos tenazes de um caranguejo (Mukherjee, 2012, p. 68 *apud* Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018, p. 224-225).

O caranguejo, na imagem, representa o câncer. Imagem e texto se complementam na produção de sentidos quando o câncer é o caranguejo e o “*lutai*” é a mão com o punhal que o mata. O caranguejo também mobiliza outros sentidos na campanha, além dos vasos sanguíneos inchados, como viu Hipócrates, ou da carapaça que parece um tumor. O caranguejo está posicionado sobre o abdômen de sua vítima, mas suas patas se espalham: duas pela lateral do abdômen, duas nos quadris, duas na virilha e duas nos seios. As que estão nos seios são as dianteiras, que contêm as pinças do caranguejo. Apesar de não estar dito no texto que compõe o cartaz, o caranguejo simboliza a capacidade da doença de se espalhar pelo corpo, a chamada metástase, característica que a faz ser considerada uma doença maligna, sendo sinônimas de câncer as expressões “*neoplasia maligna*” e “*tumor maligno*”, conforme mencionamos na subseção 3.4. A pinça esquerda, na imagem, envolve o mamilo, enquanto a pinça direita penetra o seio pelo mamilo. Essa representação remete a uma ideia de agressividade do câncer. Além disso, o fato de as pinças estarem nos seios falam também sobre a sensualidade do corpo feminino. Se, por um lado, o caranguejo ataca o seio, ferindo, machucando uma parte do corpo que, pela via do interdiscurso, é um símbolo da sexualidade da mulher, por outro lado, ele toca o seio feminino, o que faz reforçar o imaginário de êxtase sexual já discutido. As patas que se encaminham para a virilha também são capazes de produzir esse mesmo efeito.

Os diferentes simbolismos que compõem a imagem, bem como o texto que a acompanha, fazem circular sentidos sobre o câncer que o associam ao bélico, mas também trazem sentidos, pela via do interdiscurso, sobre a fragilidade feminina, a sensualidade da mulher e a força masculina, que apontam para o funcionamento da ideologia, ao reverberarem discursos já ditos em contextos diferentes da formação discursiva da saúde.

Nesse primeiro gesto de análise, voltamo-nos para os sentidos produzidos sobre o câncer em um cartaz de uma campanha educativa das décadas de 1940-1950 que apontam para o modo como os sujeitos entendiam o câncer no período em que esse material foi produzido. A partir

desse cartaz, foi possível refletir sobre o discurso produzido na conjunção de texto, corpo e imagem. O cartaz escolhido para essa análise é rico em elementos discursivos e nos permite entender que, nos anos 1940-1950, quando o câncer passa a ser reconhecido como um problema de saúde pública no Brasil, ele é visto como um inimigo a ser derrotado. Nesse sentido, algumas propagandas anticâncer deslizam do discurso sobre saúde para um discurso belicista. A imagem selecionada é visualmente impactante, pois traz em si as imagens da morte do sujeito acometido pela doença e da morte da própria doença, com o caranguejo alvejado. Tais seleções, ao mesmo tempo que buscam alertar os sujeitos leitores para o problema da doença, também contribuem para produzir medo, diante da violência da imagem e do chamado à guerra, que silencia ao mesmo tempo que faz comparecer o perigo do inimigo. O discurso sobre o câncer é, portanto, o da saúde, mas também o da batalha e o do patriarcado.

Como já discutido no processo de construção do arquivo, não conseguimos recuperar nenhum cartaz de campanha do Inca ou de seus órgãos precursores que date da década de 1960. Da década seguinte, apenas um cartaz foi encontrado. Esse fala sobre o câncer da mulher e também funciona, como o cartaz das décadas de 1940-1950, no encontro das formações discursivas da saúde, bélica e patriarcal, enunciando: “Mulher: aprenda a se defender do seu maior inimigo”. Passemos à análise do cartaz da década de 1970.

5.4 DÉCADA DE 1970 — SEU MAIOR INIMIGO²²

Na década de 1970, o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, instituição que, em 1992, foi incorporada ao Inca, lança um cartaz de campanha educativa sobre a prevenção de câncer voltada para as mulheres (Figura 17).

O Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos foi inaugurado em 1957 pelo então presidente Juscelino Kubitschek, no âmbito da Fundação das Pioneiras Sociais. Essa Fundação foi idealizada por Sarah Kubitschek, esposa de Juscelino, inicialmente em Minas Gerais, quando ele era governador do Estado. Ao tornar-se presidente, Juscelino transforma esse grupo em uma ação oficial de governo, criando, em 1956, a Fundação das Pioneiras Sociais, que, como apontamos na subseção 4.2, era composta por mulheres da alta sociedade, assim como o WFA, nos Estados Unidos na década de 1940. Essa Fundação tinha financiamento misto, com verba oficial do governo, mas também contribuições da indústria, do comércio e de pessoas particulares

²² Essa análise foi parcialmente apresentada em comunicação oral no XV Sappil Linguagem (Seminário dos Alunos do Programa de Pós-graduação em Estudos de Linguagem da UFF), em 2024.

(Teixeira; Fonseca, 2007). Apesar de ter sido fundada e financiada em parte pelo governo, a Fundação das Pioneiras Sociais não era vista como um braço do Estado, pelo contrário.

O Jornal do Brasil, de 6 de março de 1956, referia-se a campanha das Pioneiras Sociais como “um momento para reflexão sobre a contribuição particular solidária. A entidade partia do princípio de que o problema da assistência aos necessitados não deveria ser incumbência exclusiva do Estado (Temperini, 2012, p. 341).

Figura 17 — Campanha educativa sobre câncer da década de 1970



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, 2011b.

Em 1957, a sogra de Juscelino e mãe de Sarah, Luiza Gomes de Lemos, morre por conta de um câncer ginecológico. Diante desse acontecimento, o então presidente cria, no âmbito das Pioneiras Sociais, um centro de pesquisas com o nome de sua sogra, voltado para a pesquisa, a prevenção e o tratamento dos cânceres femininos, especificamente os de mama e do aparelho genital. O Centro “dispunha de consultórios ginecológicos, laboratórios de citologia e

histopatologia e da Escola de Citopatologia, para formação de citotecnologistas” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 154). O cartaz da Figura 17 foi produzido como uma campanha educativa no âmbito desse Centro. Na construção do arquivo, não foram encontrados outros cartazes do Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, logo não é possível afirmar que essa era uma prática do Centro. Contudo, a Fundação das Pioneiras Sociais promoveu a prevenção do câncer do colo do útero, inclusive com um ônibus, chamado “unidade volante”, que circulava por diferentes pontos das cidades, realizando a coleta de exame de Papanicolaou nos bairros, o que facilitava o acesso das mulheres ao exame (Figura 18).

Figura 18 — Unidades volantes de exame de Papanicolaou



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, 2011a.

Legenda: em a, unidade volante em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro; em b, unidade volante em Juiz de Fora, em Minas Gerais.

Após a extinção da Fundação das Pioneiras Sociais, em 1992, o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos é incorporado ao Instituto Nacional de Câncer, e o endereço onde funcionavam suas ações é hoje conhecido como Hospital do Câncer III, especializado no tratamento do câncer de mama. Apesar de pertencer originalmente às Pioneiras Sociais, e não ao Serviço Nacional de Câncer, por ter se tornado parte do Inca, entendemos o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos também como um órgão precursor do Inca, como parte da história da construção do Inca como Instituto formulador de políticas, e não apenas como um hospital para assistência de saúde.

Como já discutimos, o Inca sofreu grandes impactos com as políticas de saúde a partir do golpe civil-militar de 1964. O Instituto perdeu financiamento, foi retirado do Ministério da Saúde, ficando subordinado à Federação de Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara, vinculada ao Ministério da Educação, perdeu profissionais e sofreu grande impacto na capacidade de execução de suas funções, como a prevenção do câncer. Ao voltar ao Ministério da Saúde, o Inca estava empobrecido e fragilizado; contudo, ainda assim as campanhas sobre o

câncer giravam em torno de mostrar o desenvolvimento tecnológico e buscar financiamento, afastando-se do caráter educativo original das campanhas. Assim, na década de 1970, apenas o cartaz de campanha educativa sobre o câncer produzido pelo Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos foi recuperado.

A Figura 17 apresenta um cartaz no qual se lê: “mulher”, “aprenda a se defender do seu maior inimigo” e “o exame periódico vence o câncer”. A gravura desse cartaz é a reprodução da estátua *Vênus de Milo*, parte da exposição permanente do Museu do Louvre, na França (Figura 19). Também constam as informações “Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos” e “Fundação das Pioneiras Sociais”, além do endereço do Centro. Como já discutido, o Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos era um braço da Fundação das Pioneiras Sociais que atuava diretamente nas questões que envolviam os cânceres femininos, promovendo formação de profissionais, pesquisa, atendimento às mulheres e programas de prevenção do câncer.

Retomamos a noção de formações imaginárias proposta por Pêcheux (2014a [1969]), e discutida na subseção 2.2. O autor afirma que, nos processos discursivos, funciona uma série de formações imaginárias, “que designam o lugar que *A* e *B* se atribuem cada um a *si* e ao *outro*, a imagem que eles fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro” (Pêcheux, 2014a [1969], p. 82). *A* e *B*, no conceito de Pêcheux, são posições imaginárias ocupadas pelos sujeitos do discurso, sendo *A* a posição ocupada pelo sujeito “destinador”, aquele que enuncia, e *B* a posição ocupada pelo sujeito “destinatário”. O autor propõe, então, que, em todo discurso, o sujeito em *A* se pergunta “Quem sou eu para lhe falar assim?” e “Quem é ele para que eu lhe fale assim?”. No caso do cartaz da Figura 17, o sujeito imaginado em *B* é uma mulher. Já o sujeito em *A* é marcado no discurso pela presença dos dizeres “Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos” e “Fundação das Pioneiras Sociais”. O “eu” da posição-sujeito em *A* é o especialista, o centro de referência, o detentor do conhecimento sobre os cânceres femininos. É ele quem promove assistência, mas também ensino e pesquisa. A presença marcada do nome dos órgãos responsáveis pelos cartazes acontece desde a década de 1940 até a atualidade. Essa declaração de “quem sou eu” marca uma posição de legitimidade: eu sou aquele que tem o conhecimento sobre o câncer; eu sou aquele que pode falar; eu sou aquele em quem você, mulher, pode e deve confiar.

O vocativo “mulher” é seguido do imperativo “aprenda a se defender do seu maior inimigo”. A mulher convocada é o sujeito imaginário que ocupa a posição em *B*, com o qual fala o sujeito em *A*. Quem é esse sujeito — mulher — para que o sujeito em *A* lhe fale assim? Essa mulher é um sujeito que precisa se defender, um sujeito que está sob risco de um ataque inimigo, sendo esse inimigo o câncer. Ela é o sujeito que precisa se submeter aos conhecimentos e à legitimidade da instituição de saúde, que precisa aprender e que precisa se defender.

Discutindo sobre a tarefa do analista do discurso, Orlandi (2004, p. 90) afirma que essa é “explicitar os processos de significação que trabalham o texto: compreender como o texto produz sentidos, através de seus mecanismos de funcionamento”. O cartaz da década de 1970 traz a memória de um discurso bélico para significar no discurso da saúde, como aconteceu também no cartaz da década de 1940, analisado anteriormente; portanto, há novamente o encontro da formação discursiva da saúde com a formação discursiva bélica. Ao usar “se defenda”, “inimigo” e “vence”, o cartaz da década de 1970 faz funcionar o discurso bélico como metáfora para o discurso sobre o câncer. Se essa metáfora já é uma memória que atravessa diferentes formações sociais, inclusive na literatura, como aponta Sontag (1984), em um contexto de um governo militar, que atua pela força para se defender do inimigo, no caso, o comunismo, ela se legitima ainda mais. Conforme afirma Sontag (1984):

A metáfora militar na medicina foi usada em larga escala pela primeira vez na nona década do século passado, com a identificação das bactérias como agentes patológicos. Das bactérias se dizia que “invadem” ou “se infiltram”. Mas agora, com o câncer, as expressões relativas a sítio e guerra, usadas para descrever a doença, têm um contundente sentido literal e muita autoridade. Não só o desenvolvimento clínico da doença e seu tratamento médico são assim descritos, mas a própria doença é concebida como o inimigo contra o qual a sociedade trava a guerra (Sontag, 1984, p. 42-43).

Segundo a autora, o discurso bélico funciona como metáfora para doenças, mas se intensifica no caso do câncer, porque esse seria um “inimigo” real, alguém que deseja matar, destruir você; logo, contra ele se trava uma guerra. O cartaz em questão traz a mesma discursividade: “aprenda a se defender do seu maior inimigo”. Defende-se porque se está sob ataque, porque existe uma guerra, e quem ataca é o inimigo. Em um período em que o discurso bélico é associado a doenças, é quase natural que o câncer, uma doença cujos surgimento, desenvolvimento e tratamento são praticamente desconhecidos, seja tratado como um inimigo. Contudo, cabe perguntar: Por que o câncer é o maior inimigo da mulher? Por que “o maior”? E por que da mulher, especificamente? Sontag (1984) aponta para uma guerra travada por toda a sociedade, sendo o câncer um inimigo de qualquer pessoa por ele acometida e um inimigo da própria sociedade. E ele é o inimigo, mas não é chamado de “o maior”. Já no cartaz da década de 1970, ele é o maior inimigo e da mulher especificamente.

A palavra “maior” é um adjetivo que significa de modo comparativo, já que, para que exista um maior, é necessário que haja um menor. Orlandi (2013b, p. 30) afirma que os sentidos “têm a ver com o que é dito ali, mas também em outros lugares, assim como o que não é dito, e com o que poderia ser dito e não foi. Desse modo, as margens do dizer, do texto, também fazem parte dele”. Apesar de não estar dito no cartaz que a mulher tem outros inimigos, nem

mesmo nomeá-los, ao dizer “o maior inimigo”, dado o valor comparativo, ele afirma que a mulher tem outros inimigos, ao menos um outro, menor do que o câncer. Apesar de, pelo funcionamento do interdiscurso, existir uma memória de que não cabe à mulher o lugar do soldado, do guerreiro, ela tem diversos inimigos, sendo o câncer o maior deles. No cartaz da década de 1940, havia uma convocação à luta contra o inimigo: “lutai contra o câncer”. Apesar de o cartaz da década de 1940 trazer uma representação de um corpo feminino, ele não falava exclusivamente para as mulheres. Já no caso do cartaz da década de 1970, o vocativo “mulher” funciona como uma convocação, um chamado: é com o sujeito mulher que se está falando. A mudança do sujeito que ocupa a posição em *B* produz também uma mudança dos sentidos mobilizados dentro do discurso bélico, pois cabe à mulher aprender a se defender de seu inimigo, e não lutar contra ele. Há uma diferença de funcionamento entre “lutai” e “se defender”, já que o primeiro é um convite a uma posição ativa em um combate, travado por ambos os lados, enquanto o segundo produz sentidos de uma posição mais passiva; afinal, só é necessário se defender quando há um ataque anterior.

Contudo, em um discurso bélico, em uma guerra, em uma luta, para que o “inimigo” seja derrotado, “defender-se” não é o suficiente. É necessário lutar para vencer. No cartaz da década de 1970, os sentidos de guerra são possíveis também pelo funcionamento do verbo vencer em “o exame periódico vence o câncer”. Vencer mobiliza sentidos de disputa, já que, para vencer, é necessário disputar: disputar e vencer uma guerra, um jogo, um processo judicial. Existem lados opostos que disputam, até que um deles vença. O exame periódico, portanto, está em disputa com o câncer e é capaz de vencê-lo, de vencer a guerra. Para que a mulher possa defender-se de seu inimigo, ela precisa recorrer ao exame periódico. À mulher não cabe o papel ativo de lutar, mesmo contra seu maior inimigo; mas, diante dele, deve aprender a se defender. Por mais que os textos dos cartazes das décadas de 1940 e 1970 funcionem de modos distintos, quando olhamos a imagem que constitui o cartaz da década de 1940 e o verbo “defender-se” dos anos 1970, o que funciona é uma mesma memória da mulher como vítima, exposta, fragilizada. No primeiro, a mão com o punhal é sua salvadora; no segundo, é o exame periódico que funciona como o grande herói. O exame periódico é capaz de vencer; a mulher, apenas de se defender.

Outro funcionamento que diz sobre o modo como os sentidos são produzidos no cartaz da Figura 17 é o uso do imperativo “aprenda”. Após o vocativo “mulher”, há o encaixe sintático com uma oração imperativa: “aprenda a se defender”. O vocativo funciona como um chamamento e como a marcação do sujeito imaginário a quem o cartaz se dirige. A sequência sintática com o uso do imperativo tanto reforça a posição de autoridade da instituição, já que ela está no lugar de quem pode determinar aquilo que deve ser feito, quanto estabelece um

sentido de urgência, uma vez que uma ordem dada por uma autoridade deve ser prontamente cumprida. Esse funcionamento do imperativo vai se repetir nas campanhas educativas sobre o câncer ao longo das décadas, assim como já foi visto no cartaz da década de 1940 com o “lutai”. O uso dessa forma verbal é muito comum na publicidade e na propaganda. Conforme apontam Chaves e Alves (2020, p. 453): “O uso do modo imperativo com verbo explícito em uma propaganda está relacionado à dimensão semântica que envolve ordem, pedido, mando, injunção, ou seja, às forças ilocucionárias que solicitam do interlocutor um fazer ou um deixar de fazer. O comando é direto”. Para além de uma ordem, o imperativo na propaganda produz um efeito de persuasão, pois se trata de uma forma verbal, que fala diretamente com o sujeito, produzindo um efeito de aproximação. No cartaz da década de 1970, esse efeito de aproximação é também intensificado pela presença do vocativo, já que esse produz um chamamento, fala diretamente com o sujeito “mulher”.

Há ainda outro funcionamento do imperativo utilizado no cartaz da Figura 17 que tem encaixe semântico com o sentido de fragilidade da mulher mobilizado por “se defender”. O imperativo utilizado é “aprenda”, do verbo aprender. Esse verbo produz, em seu funcionamento semântico, um efeito de mudança de percurso, de mudança de estado: do estado da ignorância, do desconhecimento para o estado do saber, do conhecimento. Ao utilizar “aprenda”, existe uma ordem, um chamado ou um convite para essa mudança de estado, para a ruptura com a ignorância sobre algo. No cartaz da Figura 17, a mulher, posta no vocativo, é chamada a aprender, porque ela ignora, desconhece. Se a estrutura verbal do cartaz fosse “mulher, defenda-se do seu maior inimigo”, ainda existiria o funcionamento de uma memória da fragilidade e da passividade, mas ela agiria em sua defesa a partir de um conhecimento que já tem. No entanto, ao dizer “aprenda a se defender”, essa ideia de passividade se une à de desconhecimento, ignorância; até mesmo para exercer um papel passivo, essa mulher imaginada em *B* é ignorante. Assim, o uso do imperativo, associado às relações semânticas entre “aprender” e “defender-se”, atua na produção de sentidos que reforçam o imaginário de uma mulher frágil, passiva, inocente e ignorante em relação aos inimigos que rondam sua existência. Esse dizer sobre a mulher é possível, pois às formações discursivas da saúde e bélica interliga-se a formação discursiva patriarcal.

Em articulação com os textos que o compõem, o cartaz da Figura 17, ao trazer a *Vênus de Milo*, faz funcionar um pré-construído, que, conforme afirma Pêcheux (2014c [1975], p. 89), designa “o que remete a uma construção anterior, exterior, mas sempre independente, em oposição ao que é ‘construído’ pelo enunciado”. Cabe perguntar: quem é a *Vênus de Milo*? Trata-se de uma estátua que foi encontrada pelos franceses na cidade de Milo, na Grécia, em 1820. Houve muitas controvérsias em relação tanto a qual figura mitológica representava quanto ao

período histórico em que teria sido esculpida (Vênus, 2012). Hoje, é exposta como uma obra do período helenista e datada entre 150 e 125 antes da era cristã (AEC). A estátua não tem o braço esquerdo, o braço direito é parcial e falta também o pé esquerdo. O destino dessas partes faltantes também gerou grandes especulações e discussões, mas a versão oficial é que a estátua foi encontrada da mesma forma como chegou à França e é exposta até os dias atuais, exceto pelo coque, que foi recolocado, e a ponta do nariz, que foi refeita em gesso (Louvre Museum, 2024).

Figura 19 — *Vênus de Milo*



Fonte: Louvre Museum, 2024.

A *Vênus de Milo* é chamada também de Afrodite, inclusive no próprio museu que a expõe, isso porque Afrodite é a divindade no panteão grego — e a estátua foi encontrada na Grécia —, enquanto Vênus é a deusa equivalente no panteão romano. O cartaz de campanha educativa sobre o câncer, ao escolher a *Vênus de Milo* como ilustração, mobiliza sentidos que estão relacionados a essa personagem mitológica. Conforme afirma Orlandi (2020, p. 143) ao discutir o discurso em sua relação com a interpretação, “há sempre exterioridade constitutiva: o interdiscurso, a memória, um ‘já dito’ anterior e exterior à existência de qualquer dizer”. Essa memória, portanto, é constitutiva do sentido, mesmo quando ela se dá por esquecimento, pois

não é possível retomar a origem do sentido, mas ele é já-lá e parte dessa existência no jogo de memória-esquecimento para produzir novos sentidos.

Quais são as memórias, qual já dito é mobilizado a partir da deusa Vênus ou Afrodite? Conforme Chevalier e Gheerbrant (Afrodite, 2012), em seu *Dicionário de símbolos*, Afrodite é considerada a deusa com a beleza mais sedutora e representa “as forças irreprimíveis da fecundidade, não em seus frutos, mas no desejo apaixonado que acendem entre os vivos” (Afrodite, 2012, p. 14). Ainda segundo os autores, ela representa o desejo e o prazer dos sentidos. Afrodite não seria, portanto, a deusa do amor, mas, sim, a deusa do desejo, do sexo e da beleza. No verbete “Vênus”, Chevalier e Gheerbrant (Vênus, 2012) afirmam: “Enquanto deusa do amor, rainha dos prazeres, também chamada de aquela que ama o gozo e a alegria, seu culto associava-se às prostituições sagradas” (Vênus, 2012, p. 938). Afrodite ou Vênus simboliza beleza, desejo, sexo, prazer e fecundidade, e essa foi a representação escolhida para o cartaz da década de 1970. Contudo, ao mesmo tempo que Vênus ou Afrodite é um símbolo de beleza e sexualidade, a estátua que é reproduzida no cartaz não tem braços nem um dos pés, está quebrada, mutilada.

Um dos símbolos de Vênus ou Afrodite é um espelho, conhecido como “espelho de Vênus”, “espelho de Afrodite”, “símbolo de Vênus” ou “símbolo de Afrodite”. Vênus admira a própria beleza no espelho, conforme pintado por diversos artistas ao longo dos séculos, como Tiziano Vecellio (1555), Peter Paul Rubens (1614-1615), Diego Velázquez (1647-1651) e Sir Edward Burne-Jones (1877) (Figura 20). Vênus é a deusa da beleza, da sensualidade, e, ao admirar-se em seu espelho, é como se a beleza contemplasse a própria beleza. Esse espelho, que reflete a beleza, a sensualidade, a fecundidade e o desejo apaixonado, representados por Vênus, torna-se um símbolo, um sinal. Orlandi (2020, p. 143) afirma que: “Diante de um sinal como ‘4’ há um gesto mínimo de interpretação que é o de reconhecê-lo como um sinal que significa algo, em uma memória discursiva, num discurso específico”. Para que um sinal ou um símbolo produzam sentidos, então, é necessário que haja um sentido anterior que se signifique nesse sinal. O símbolo do espelho de Vênus é amplamente reconhecido como um sinal que significa o feminino e o feminismo.

Em 1750, Carl Linnaeus introduz o espelho de Vênus como um símbolo, na biologia, para representar as fêmeas (Stearn, 1962). Por mais que essa representação tenha se perdido na biologia, o espelho de Vênus manteve-se, pela via da memória, como símbolo do feminino e, mais tarde, como símbolo do feminismo. O cartaz da década de 1970 traz o espelho de Vênus junto à própria Vênus, e, assim como a estátua, o espelho também está quebrado.

Figura 20 — Pinturas de Vênus admirando sua imagem, sua beleza no espelho



Fontes: a, Titian, [1555?]; b, Rubens, [16--]; c, Velázquez, [1647-51]; d, Burne-Jones, 1877.
 Legenda: em a, *Vênus com um espelho*, de Tiziano Vecellio (1555); em b, *Vênus do espelho*, de Peter Paul Rubens (1614-1615); em c, *Vênus ao espelho*, de Diego Velázquez (1647-1651); e, em d, *O espelho de Vênus* (1877).

Vênus é um mito, uma deusa mitológica, uma estátua, uma pintura, que faz funcionar a memória de beleza, fecundidade, paixão, desejo, lascívia. Vênus é um símbolo, não uma mulher. Mas o cartaz usa esse símbolo, um mito, para falar com uma mulher. Cabe aqui considerar as condições de produção, pois, até a década de 1970, a mídia raramente dispunha de fotografias. Até mesmo nas capas de revistas, por exemplo, o que havia eram ilustrações, assim não seria possível colocar, no cartaz, uma fotografia de mulher, como ocorre depois, a partir da década de 1980. A mulher simbolizada pela ilustração da Vênus, com a qual se fala, é uma mulher que é demandada a aprender a se defender contra seu pior inimigo — o câncer —, pois ela corre o risco de ficar quebrada, mutilada, partida; logo, precisa ser alertada. Os cânceres tratados pelo Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos eram os chamados cânceres

femininos, quais sejam, o câncer de mama e os cânceres do útero e colo do útero. Tanto a mama quanto o útero são órgãos ligados à sexualidade e à fecundidade femininas. O câncer é uma doença com alto potencial para levar à morte; assim, em articulação com o discurso bélico, ele seria o pior inimigo de qualquer pessoa que o enfrentasse. Contudo, o cartaz afirma que ele é o pior inimigo da mulher. Dados os cânceres específicos tratados pelo Centro, apesar de o cartaz não os nomear, é possível compreender que se está falando dos tumores que afetam diretamente a sexualidade e a fecundidade femininas.

No caso do câncer de mama, é possível dizer que ele afeta também a beleza feminina, pois, por mais que hoje existam diversos tratamentos mais conservadores, ou seja, que preservam ao máximo os seios, na década de 1970 o tratamento era a mastectomia radical, que fazia (e ainda faz) com que a mulher perdesse o seio, sendo o seio sempre associado à beleza feminina. Naquela época, também não existia cirurgia de reconstrução de mama; logo, uma mastectomia significava uma mutilação para o resto da vida. Além disso, o seio é a fonte de alimentação de um bebê, de uma nova vida, gerada no útero. A perda do útero ou do seio é a impossibilidade da fecundidade, da reprodução. Essa perda também pode impactar diretamente a sexualidade, o desejo e as paixões femininas. Uma mulher “atacada” por seu maior inimigo seria como uma Vênus quebrada, mutilada, impossibilitada de se admirar no espelho, pois até mesmo o espelho está quebrado. Sendo esse espelho o símbolo do feminino, é como se próprio feminino estivesse quebrado. A presença da imagem da deusa da beleza, das paixões e da fecundidade — não uma deusa inteira, mas em sua versão quebrada —, para dizer que o câncer é o pior inimigo da mulher, faz funcionar um sentido sobre o câncer como aquele capaz de tornar a mulher uma Vênus quebrada: não fértil, não bela, não desejável, não admirável, não reflexível. Uma mulher quebrada. Uma mulher ceifada do próprio feminino. Logo, é preciso aprender a se defender.

O câncer do colo do útero, que é um dos cânceres femininos tratados pelo Centro de Pesquisa Luiza Gomes de Lemos, é um tumor que pode afetar diretamente a fecundidade feminina, a capacidade de reprodução, de produzir uma nova vida. O trabalho reprodutivo realizado pela mulher é fundamental para a manutenção da sociedade em uma formação social capitalista e patriarcal, pois é um trabalho que, além de ser não remunerado, garante a manutenção da mão de obra a ser explorada. Magalhães e Silva (2010) afirmam que, em uma formação social capitalista e patriarcal, regida pela divisão de classes, existe uma divisão sexual do trabalho que relega as mulheres

[...] ao âmbito privado, controlando sua força de trabalho e sua sexualidade para garantir filhos legítimos, “dignos do direito à herança”, e, ao mesmo

tempo, a produção e a reprodução da força de trabalho. Produção e reprodução da força de trabalho significam: a produção de seres vivos aptos para o trabalho, e seres históricos aptos para a determinação do modo de produção (Magalhães; Silva, 2010, p. 181).

Cabe às mulheres, em uma formação social de classes, portanto, produzir seres vivos para o trabalho, capazes de reproduzir o modo de produção capitalista. Essa incumbência feminina não é fruto da biologia, mas, sim, uma construção sócio-histórica. Como afirmam Magalhães e Silva (2010, p. 180): “A instauração da propriedade privada (apropriação particular dos meios de produção) inaugura na história a subordinação das mulheres aos homens”. Pela via do processo ideológico, há um apagamento que produz um efeito de evidência do lugar das mulheres como de subordinação, como as responsáveis por realizar um trabalho não remunerado que é essencial ao próprio capitalismo: a reprodução da força de trabalho, como corroboram Magalhães e Silva (2010). Os cânceres do útero podem afetar a fecundidade, e a redução da capacidade reprodutiva não é interessante para o capital e deve ser prevenida, evitada, detectada precocemente. Refletindo sobre o papel da mulher em uma formação social capitalista e patriarcal, Federici (2021) afirma:

Assim que erguemos a cabeça das meias que cerzimos e das refeições que preparamos e olhamos para a totalidade de nossa jornada de trabalho, vemos que, embora ela não resulte em salário, nosso esforço gera o produto mais precioso do capitalismo: a força de trabalho. O trabalho doméstico, na verdade, é muito mais que a limpeza da casa. É servir à mão de obra assalariada em termos físicos, emocionais e sexuais, prepará-la para trabalhar dia após dia por um salário. É cuidar de nossas crianças — futura mão de obra —, ajudá-las desde o nascimento e ao longo de seus anos escolares e garantir que elas também atuem da maneira que o capitalismo espera delas. Isso significa que por trás de cada fábrica, cada escola, cada escritório ou mina existe o trabalho oculto de milhões de mulheres, que consomem sua vida produzindo a vida de quem atua nessas fábricas, escolas, escritórios e minas (Federici, 2021, p. 28-29).

Ou seja, além do trabalho de reprodução — da gravidez ao parto —, cabe à mulher também, em uma formação social capitalista e patriarcal e na formação discursiva patriarcal, a garantia dos cuidados e da sobrevivência tanto das crianças, que devem ser criadas para serem educadas e obedientes, aprendendo desde sempre a submissão ao patrão, quanto dos trabalhadores homens adultos, já que a mulher, ainda que exerça atividade remunerada, é a responsável pelo cuidado do lar, garantindo a alimentação, a limpeza e o descanso dos homens “provedores”. Os cânceres femininos, portanto, seja o de mama, seja o do útero ou colo do útero, representam um grande impacto para o funcionamento de uma formação social capitalista e patriarcal, pois uma mulher doente, além de não poder se reproduzir e cuidar, ainda precisa ser cuidada.

O cartaz da década de 1970 utiliza-se da imagem que retrata um corpo feminino, o da deusa da beleza, da fecundidade e do prazer, para alertar as mulheres sobre o câncer. Retomamos o dizer de Zoppi-Fontana e Fontana (2023) de que, para além de uma matéria física, o corpo produz sentido, enquanto sentidos sobre ele são (re)produzidos. Quais sentidos são (re)produzidos sobre o corpo da mulher quando se utilizam uma estátua quebrada e o símbolo do feminino igualmente quebrado para dizer que o câncer é o “pior inimigo” da mulher? Orlandi (2013b, p. 32) afirma que as palavras “significam pela história e pela língua”. A palavra “inimigo” significa a partir de um contexto bélico, pois é em uma guerra que se têm inimigos. O câncer é o inimigo contra o qual se deve guerrear, já que é uma doença que pode levar a mutilações ou à morte. O seio e o útero, no imaginário, são atributos da feminilidade e da reprodução, da vida; logo, ao retirá-los, o próprio feminino fica quebrado, como a estátua mutilada, como o espelho partido. Assim, o câncer seria o “maior inimigo” não da mulher, mas do feminino, da fecundidade, da beleza.

A beleza associada ao feminino é um sentido recorrente nos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer, como veremos ao longo das análises. Na década de 1980, uma atriz famosa, jovem, considerada modelo de beleza à época, cedeu sua imagem para uma campanha sobre o câncer de mama. Quais sentidos a imagem dessa mulher jovem e bela produz sobre o adoecimento por câncer e sobre o câncer? Quais funcionamentos podem ser observados no cartaz que afirma: “a cura pode estar em suas mãos”? Essas são algumas das questões que norteiam nosso próximo gesto de análise.

5.5 DÉCADA DE 1980 — A CURA PODE ESTAR EM SUAS MÃOS²³

Ao ser compreendido como discurso, o corpo torna-se objeto da Análise de Discurso. Retomando novamente Zoppi-Fontana e Fontana (2023), reafirmamos que o corpo é mais que uma matéria; ele produz sentido, assim como sentidos são (re)produzidos sobre ele. Logo, o corpo é discurso, pois produz sentidos, ao mesmo tempo que sentidos são produzidos sobre o corpo, conforme apontam as autoras. No cartaz da campanha educativa sobre o câncer da década de 1980, produzida pelo Inca, mais uma vez o corpo feminino é convocado a simbolizar sobre o câncer. Orlandi (2007, p. 53), ao refletir sobre o silêncio, afirma, sobre o silenciamento, que, “como o sentido é sempre produzido de um lugar, a partir de uma posição do sujeito —,

²³ Essa análise foi parcialmente apresentada em comunicação oral no VII Seminário de Estudos em Práticas de Linguagem e Espaço Virtual (VII Seplev), em 2024.

ao dizer, ele estará, necessariamente, não dizendo ‘outros’ sentidos. Isso produz um recorte necessário no sentido. Dizer e silenciar andam juntos”. Diante dessa compreensão do dito e do silenciado, perguntamos: Que corpo é esse? O que se diz sobre ele? O que não se diz? O que é silenciado? Como ele funciona discursivamente?

Apropriando-nos de Leandro-Ferreira (2023, p. 35), afirmamos: “Busco *um corpo amarrado ao discurso*”, um corpo que, diante do real, do impossível, é convocado a simbolizar, a produzir sentidos sobre o adoecimento por câncer. O real implica o discurso do e sobre o corpo. Conforme apontam Zoppi-Fontana e Fontana (2023, p. 58-59), “é preciso considerar a presença do real também no modo como esse corpo produz sentido e nos sentidos que sobre ele são produzidos”, pois o corpo é forma material afetada pelo simbólico, que cursa do real ao simbólico, produzindo sentidos.

Como discutimos na subseção 3.2, entendemos que o câncer é da ordem do real do corpo, pois é no corpo que se dá o encontro do sujeito com a doença. Conforme afirma Pêcheux (2015b [1983]) o real “é o impossível... que seja de outro modo” (Pêcheux, 2015b [1983], p. 29). O câncer é o impossível, porque, diante do diagnóstico, não existe outro modo. O outro modo possível está no campo do simbólico, fora do real. Mesmo quando existe negação, recusa ao tratamento, mesmo quando se tenta ignorar, o câncer é simbolizado, produzindo sentidos, pois no silêncio o câncer também significa. Leandro-Ferreira (2023, p. 41) afirma que: “Com o *real* abrem-se brechas para o estranho, para o equívoco, para o impossível, resultando desse movimento uma nova face para o corpo que, investido de gozo, vai revelando angústias, desejos, incertezas, impossibilidades”. O câncer provoca uma brecha, revelando angústias, incertezas e impossibilidades, e entra no simbólico para, enfim, buscar produzir algum sentido. E é o corpo, esse que adoece, que é posto em risco, que se modifica pela doença e por seus tratamentos, que revela angústias e incertezas; é esse corpo — em nosso corpus, um corpo feminino — o convocado para lançar o câncer no simbólico, discursivizando-o.

O cartaz apresentado na Figura 21 não traz a logo do Inca; logo, não seria possível afirmar que foi realizado pela instituição, tendo apenas o nome do Ministério da Saúde. Contudo, ele está disponibilizado no acervo de uma exposição que conta os 80 anos de história do Inca. Entendemos, portanto, que o Inca se inscreve na autoria do cartaz, dado que o coloca como parte de sua própria história, da história de suas produções; por isso, decidimos analisá-lo como uma campanha institucional do Inca.

Nesse cartaz, produzido na década de 1980, a imagem feminina é uma fotografia da atriz Cássia Kis, uma mulher nacionalmente conhecida no período em que o cartaz foi produzido, principalmente por suas participações em novelas da Rede Globo. O câncer, como já

afirmamos, é uma doença cercada por estigmas, muitas vezes silenciada ou até mesmo não nomeada, que sempre esteve associada à vergonha e ao medo. Talvez por isso, até esse momento, na década de 1980, não era comum que pessoas famosas, conhecidas, associassem sua imagem a qualquer coisa relacionada ao câncer. Cássia Kis foi a primeira artista no Brasil a permitir que sua imagem fosse utilizada em uma campanha relacionada à doença.

Figura 21 — Cartaz de campanha educativa da década de 1980



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

O corpo retratado na campanha da década de 1980 é um corpo feminino, jovem, famoso. Conforme nos aponta Leandro-Ferreira (2023, p. 51), “o corpo também sofre os efeitos da ideologia e da força de sua inércia, que buscam tornar esse corpo naturalizado, *com-forma(do)* e, assim, mais identificado e aceito nos rituais cotidianos de exposição e reprodução do corpo

social”. Em Análise de Discurso, entende-se a ideologia não como um conjunto de ideias, mas como práticas materiais que trabalham a fim de manter o poder — material e simbólico — nas classes dominantes, detentoras do capital. A ideologia funciona como um mecanismo que possibilita a reprodução-transformação das relações de produção, conforme afirma Pêcheux (2014 [1975]). Se o corpo atravessado pela ideologia tem de ser *com-forma(do)*, o corpo feminino é aquele que precisa ser ainda mais *com-forma(do)*, fazendo funcionar o sentido de submissão feminina sempre já-lá, na formação discursiva patriarcal, conforme temos observado.

Conforme aponta Mota (2020, p. 38), ao discutir a construção do feminino na formação social patriarcal, refletindo junto com autoras feministas: “A mulher já nasce em contextos sociais específicos, que pressupõem lugares de ocupação determinados por outrem e comportamentos aceitos como femininos”. A autora vai discutir o padrão de “feminilidade” sob a perspectiva discursiva, quando afirma que

[...] à mulher é imposto desde a infância um padrão de feminilidade atestada pelo discurso que supõe um componente natural ao comportamento humano, além do assujeitamento psicológico, que cerceia suas experiências empíricas e moldam uma existência assentada na aceitação externa (Mota, 2020, p. 40).

Também em busca de aceitação, o corpo feminino deve cumprir padrões, submeter-se, subjugar-se; “o sujeito feminino deve se apresentar como um *corpo dócil*, que pode ser submetido, assujeitado, utilizado, transformado” (Mota, 2020, p. 42). O corpo dócil conforma-se a formas que vão se modificando ao longo da história, sempre privando-o de liberdade.

Se o corpo-padrão dos anos 2020 é aquele moldado na academia, com músculos definidos e aparentes, e inúmeras intervenções cirúrgicas e estéticas — ou o corpo extremamente magro dos anos 1990 e 2000, que começa a voltar como padrão nas mídias sociais —, o corpo feminino padrão da década de 1980 era jovem, natural, magro (não esquelético, como nas décadas posteriores) e sensual, como é possível rememorar, pela via da intericonicidade, a partir de diferentes capas de revistas da década de 1980 (Figura 22). Conforme já apontamos na análise das décadas de 1940-1950, Milanez (2013), retomando diálogos e entrevistas com Courtine, afirma que há uma historicidade das imagens, uma memória das imagens, chamada intericonicidade. Segundo o autor (2013), Courtine afirma, em entrevista, que “a intericonicidade supõe as relações das imagens exteriores ao sujeito como quando uma imagem pode ser inscrita em uma série de imagens, uma genealogia como o enunciado em uma rede de formulação” (Milanez, 2013, p. 346). Esse corpo-padrão, como corroborado pelas diversas imagens (Figuras 21 e 22), é não apenas reproduzido pelas revistas, mídia impressa de grande circulação nesse período, mas também ditado, estabelecido por essa mídia. Como afirma Leandro-Ferreira (2023,

p. 53), “todas as mídias, com a penetração incrível e cada vez maior sobre nossas vidas, também (re)produzem modelos de corpo legitimados pela cultura hegemônica, como corpos ideais a serem aceitos — a *imagem social do corpo virtual*”. A autora está discutindo também o papel atual das mídias sociais no estabelecimento desses corpos ideais; contudo, na década de 1980, eram as revistas e os programas de televisão que cumpriam esse papel de (re)produção de padrões.

Figura 22 — Capas de revistas dos anos 1980



Fontes: a, O Cruzeiro, 1980; b, Revista Manchete, 1980; c, Steffen, 2015.

O corpo do cartaz (Figura 21) é um corpo-padrão da época em que o cartaz foi produzido. Nas capas das revistas, é possível observar que há sempre uma parte do corpo aparente ou quase aparente. Na revista *Manchete* (Figura 22b), pescoço e ombro estão à mostra; em *O Cruzeiro* e *Nova* (Figuras 22a e 22c), pescoço, colo e plexo solar estão completamente aparentes, e os seios têm seus contornos à mostra, estão quase. No cartaz da Figura 21, o corpo está todo aparente; apenas os seios, aqueles que podem ser acometidos pela doença, estão tapados. Mas, por outro lado, ao estarem escondidos, eles estão também sugeridos, trazendo a memória da sensualidade.

No cartaz da campanha de prevenção do câncer, o corpo apresentado não é um corpo que, pela via do interdiscurso, remete ao câncer. Conforme afirma Orlandi (2013b, p. 33), o interdiscurso é a memória do dizer, “é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos. Para que minhas palavras tenham sentido é preciso que elas já façam sentido”. Não é possível recuperarmos a origem de um dizer, mas, para que ele possa produzir sentidos, é necessário que esses sentidos estejam já-lá, na memória. Ao dizer sobre um sujeito adoecido com um câncer, a imagem de corpo que vem pela memória discursiva é um corpo feio, excessivamente magro, frágil, careca, sem vitalidade, mutilado, muitas vezes com

feridas aparentes, conforme relato da paciente que vai marcar sua primeira quimioterapia, trazido na SD6 (subseção 3.4), quando afirma ter encontrado “*pessoas com expressões cansadas, descoradas, sem cabelo*”. Mulheres com câncer carregam uma marca especial: um lenço amarrado na cabeça. Não é um lenço religioso, como os utilizados por mulheres muçulmanas ou indianas, por exemplo, mas um lenço amarrado, cobrindo uma cabeça sem cabelos, fazendo as vias do próprio cabelo. Como a perda dos cabelos é uma consequência comum de um dos tratamentos do câncer — a quimioterapia —, ao vermos uma mulher com lenço amarrado, logo pensamos: deve estar “lutando” contra um câncer.

A mulher do cartaz não é essa doente; ao contrário, ela apresenta fartos cabelos, longos e volumosos, uma face saudável e um corpo aparentemente intacto. Mas o cartaz afirma: “A cura pode estar em suas mãos”. Só se diz sobre cura em um contexto de uma doença existente, afinal, não se pode curar quem não está doente. Mas a mulher representada no cartaz não parece doente; então, por que se falar em cura? Mais abaixo, aparece o texto “Examine suas mamas a cada 30 dias”. Nessa afirmativa, fala-se de detecção precoce, ou seja, da possibilidade de descobrir, por meio do exame regular das próprias mamas, o câncer em estágios iniciais, quando é mais fácil de ser curado. O sentido de cura, portanto, funciona a partir do sentido de examinar-se, de uma doença em potencial, mas não necessariamente aparente, presente no cartaz.

É interessante pensar que o câncer é considerado, pela ciência, uma doença “silenciosa”, ou seja, uma doença que se desenvolve dentro do sujeito e pode demorar para apresentar sintomas. Logo, o cartaz educativo, ao apresentar uma mulher jovem, bela, seminua e, aparentemente, saudável, também faz funcionar uma memória: mesmo esse corpo-padrão pode ter câncer, pois ele é “silencioso”. Essa é uma leitura possível para a aparente contradição em se falar sobre câncer, mas apresentar um corpo que em nada remete à doença, pois mesmo uma mulher com fartos cabelos, jovem e bela pode ter um câncer ainda não diagnosticado, por isso ela é convocada a examinar-se.

Outro funcionamento que se faz nessa contradição entre saudável-doente, belo-feio é que a saúde e a beleza do corpo são responsabilidades da mulher. Zoppi-Fontana e Fontana (2023, p. 63) afirmam que a gentrificação dos corpos determina, “numa relação de formas desiguais, quem pôde olhar corpos, lê-los e dizer sobre eles e de quem é o corpo olhado, lido e dito pelo outro”. O corpo a ser olhado, lido e dito pelo outro é o corpo da mulher. Por isso, cabe a ela toda a responsabilidade pela manutenção de um corpo digno (ou indigno, por que não?) de ser olhado, lido, dito. Essa relação desigual lança sobre a mulher a obrigação de seu cuidado, o que é ratificado pelas afirmativas já citadas “A cura pode estar em suas mãos” e “Examine suas mamas a cada 30 dias”, e também em “Procure o folheto”. A expressão “em suas mãos” dialoga com

outras, como “autocuidado” e “carinho”, que podem ser observadas em outros cartazes das décadas seguintes. Já “Procure o folheto” e “Examine suas mamas” trazem, nos imperativos “procure” e “examine”, o funcionamento desse sentido de responsabilidade da mulher sobre seu corpo, sua beleza, sua sensualidade, sua feminilidade; logo, sua saúde. Assim, é possível que o corpo mulher esteja apto para ser olhado, lido e dito pelo outro. Mas não apenas isso. O fato de uma mulher adoecer também faz dela e de seu corpo alvos do olhar, do dizer e da leitura do outro, algumas vezes por sentidos de compaixão, sim, mas muitas vezes carregado de sentidos de críticas e julgamentos, afinal, a cura estava “em suas mãos”, nas mãos dessa mulher que se deixa adoecer por simplesmente não se examinar a cada 30 dias ou não procurar um folheto.

E cabe nos perguntarmos: a uma mulher é dado, afinal, o direito de adoecer? Em um arquivo de 143 cartazes de campanhas educativas sobre o câncer, excetuando-se as campanhas contra o tabagismo, apenas um da década de 1940, três da década de 2010 e dois da década de 2020 retratam o corpo masculino como um possível doente. Nos demais que usam corpos como estratégia de convocação para falar sobre o câncer, esses são femininos, corpos de mulheres que precisam se prevenir, cuidar de si, fazer exames, ter carinho por si próprias. Conforme afirmam Dela-Silva, Alves e Teixeira (2018, p. 317), “o mundo sempre foi dos homens e se coloca um desejo de dominação do feminino”. O corpo feminino precisa ser dominado, autocuidado, precisa estar belo e saudável. Sobre o corpo masculino recai o silêncio, sobre ele nada pode ou deve ser dito. Isso significa que homens não adoecem, que homens não têm câncer? Segundos dados da publicação *Estimativa 2023*, do Inca (Instituto Nacional de Câncer, 2022, p. 29): “A taxa ajustada de incidência, excluído o câncer de pele não melanoma, foi 17% maior em homens (185,61) do que em mulheres (154,08)”. Logo, homens adoecem por câncer. No entanto, por mais que o adoecimento masculino possa impactar o trabalho, o adoecimento e a morte prematura de uma mulher impactam diretamente o trabalho gratuito da mulher para a manutenção do capital: a maternidade. Como afirma Federici (2021):

A disponibilidade de mão de obra bem disciplinada é condição essencial para a produção em todos os estágios do desenvolvimento capitalista. É por isso que, até hoje, tanto nos países “desenvolvidos” como nos “subdesenvolvidos”, o trabalho doméstico e a família são os pilares da produção capitalista (Federici, 2021, p. 29).

Se uma mulher adoece, como gera filhos? São as mãos de obra do futuro, condição essencial para a produção capitalista, como afirma Federici (2021). Se a mulher adoece, quem cuida, quem garante, de forma gratuita, a sobrevivência, a formação, a “preparação para a vida” de uma criança? O trabalho gratuito feminino na formação social capitalista e patriarcal é fundamental para sua continuidade, é o pilar da produção capitalista. E é pelo mecanismo da

ideologia que esse trabalho é tratado como amor, afeto, instinto, obrigação, apagando-se a exploração, a opressão, a submissão e a dominação da mulher. Contudo: “A família é, em essência, a institucionalização de nosso trabalho não assalariado, de nossa dependência não assalariada dos homens”, diz Federici (2021, p. 33), que ainda afirma: “As publicações dos movimentos de mulheres têm mostrado os efeitos devastadores que esse amor, o cuidado e o serviço tiveram sobre as mulheres. Essas são as correntes que nos aprisionam a uma condição próxima à escravidão” (Federici, 2021, p. 35). No processo de adoecimento por câncer, é comum ouvir de mulheres frases do tipo: “eu tenho filhos, o que vai ser deles?”. Em trabalho de campo para a dissertação de mestrado, uma paciente com câncer de mama afirmou, diante do diagnóstico: “A primeira palavra: eu não quero morrer! Meu filho, meu neto...” (Machado, 2016, p. 59). O mecanismo ideológico que coloca a mulher na posição de cuidadora, de pilar da família funciona mesmo diante do encontro com o real do corpo, pois, ao simbolizar, a responsabilidade com a família comparece. A mulher, portanto, tem a responsabilidade de manter um corpo-padrão, mas também um corpo saudável. E não, à mulher não é dado o direito de adoecer. Ao deparar-se com o real do corpo, com a doença, ela é julgada, responsabilizada e criticada, afinal, bastava ter usado as próprias mãos, bastava ter procurado o folheto.

Ao trazer um corpo feminino padrão, jovem, bonito, sensual, *com-forma(do)*, o cartaz de campanha educativa sobre o câncer da década de 1980 faz funcionar uma memória discursiva sobre o corpo feminino e sobre o papel e as responsabilidades da mulher na formação social. Pela via da intericonicidade, é possível perceber que essa memória está construída em diferentes revistas do mesmo período. Pela via da contradição, o cartaz analisado opõe o corpo doente àquele que pode e deve ser saudável e belo, cabendo apenas à mulher a responsabilidade por mantê-lo assim. Mas, apesar de todos os olhares e toda a responsabilização da mulher, ela adocece, o corpo feminino adocece, e, também por adoecer, ele reflete sua capacidade de resistir à norma, àquilo que lhe é interditado, ao dizer e ao olhar sobre si: “o corpo resiste! O corpo acontece! Ainda que com dor, sofrimento e adoecimentos” (Leandro-Ferreira, 2023, p. 41).

O corpo da mulher é convocado, é exposto, é observado, mas também é lugar de resistência. No encontro com o real, no adoecimento, abre-se uma brecha, que simboliza esse adoecimento, que pode produzir sentidos de opressão, mas também sentidos de liberdade, ao rebelar-se contra as expectativas do corpo-padrão, belo e saudável.

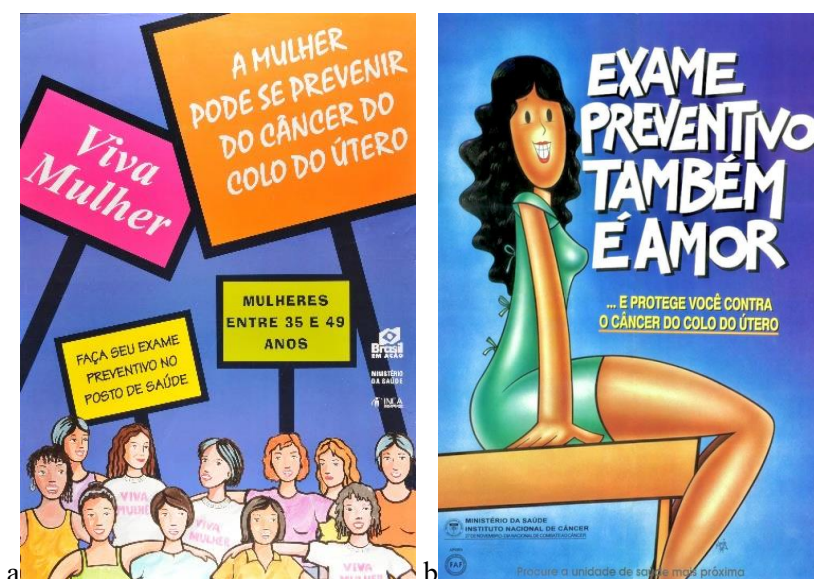
Como vimos discutindo, Milanez (2013), em diálogo com Courtine, fala sobre intericonicidade, que seria uma memória discursiva das imagens. No cartaz de campanha da década de 1990, há uma retomada, no que diz respeito à imagem, do cartaz da década de 1980. Essa retomada produz deslizamentos e aponta para sentidos outros dentro das formações

discursivas da saúde e patriarcal. Orlandi (2013b) nos ensina que o sentido pode sempre ser outro. Que outros sentidos são produzidos, na década de 1990, a partir da paráfrase do cartaz da década de 1980? Essa é nossa próxima discussão.

5.6 DÉCADA DE 1990 — UM TOQUE DE CARINHO

Dos anos 1990, recuperamos cinco cartazes de campanhas educativas sobre o câncer. Dois deles trazem como tema o tabagismo, que começou a ser trabalhado pelo Inca nos anos 1980 e vai ganhar mais força nos anos 2000. Os outros três são sobre cânceres femininos. Um deles está ligado a um programa de prevenção do câncer do colo do útero chamado *Viva Mulher*; um é para o *Dia Nacional de Combate ao Câncer*, tendo como tema o câncer do colo do útero; e o outro é feito em parceria com a Sociedade Brasileira de Mastologia, sobre o câncer de mama. Esses dois últimos trazem ilustrações do artista Flamir. Nesses três cartazes, mais uma vez o corpo feminino é mobilizado para produzir sentidos sobre o câncer.

Figura 23 — Cartazes sobre o câncer do colo do útero da década de 1990

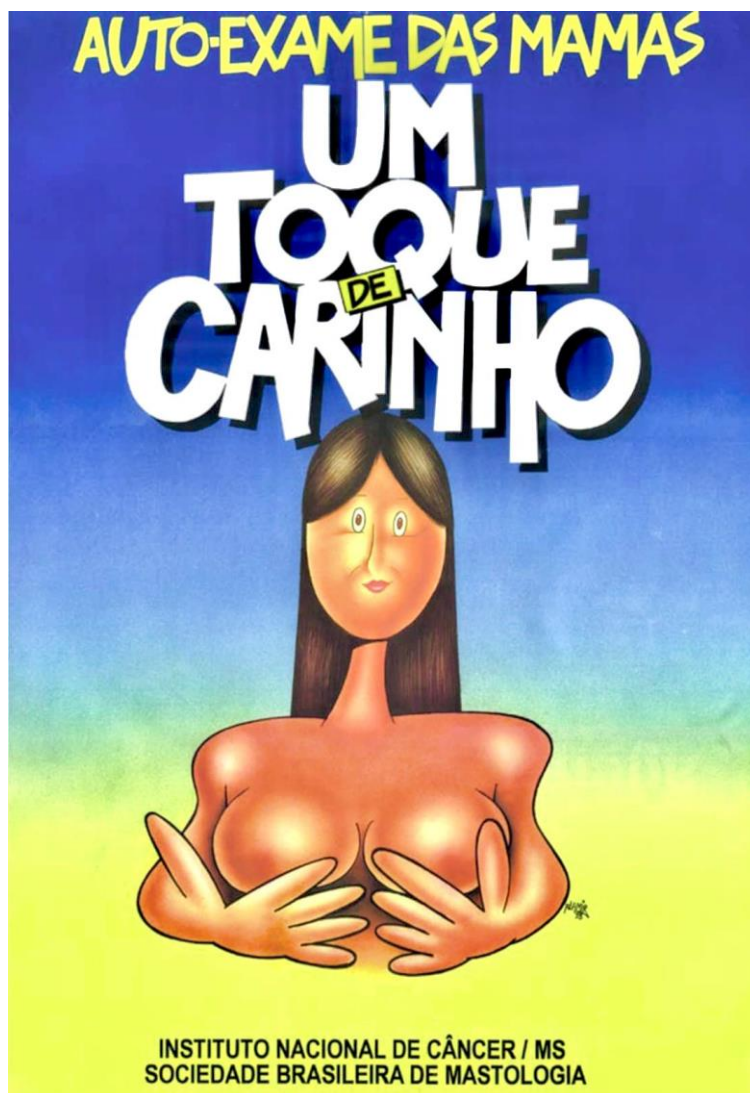


Fonte: a, Casa de Oswaldo Cruz, 2011b; b, Biblioteca Virtual em Saúde, 1994.

Nosso gesto de análise terá como foco o cartaz sobre o câncer de mama (Figura 24), dado que a ilustração desse cartaz faz funcionar uma memória no campo discursivo das imagens (Milanez, 2013), pois traz elementos semelhantes aos do cartaz da década anterior, de 1980, com a foto da atriz Cássia Kis (Figura 21): uma mulher de cabelos castanhos, olhos castanhos, olhando para frente, nua, com as mãos sobre os seios. Ambos os cartazes se relacionam

discursivamente, por meio da paráfrase, que busca estabilizar os sentidos produzidos pelo Inca, pois as figuras femininas retratadas em ambos têm similaridades, além de o tema do autoexame fazer-se presente nos dois cartazes.

Figura 24 — Cartaz da década de 1990 sobre o câncer de mama



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

Juntamente com a imagem, o cartaz apresenta os dizeres “auto-exame das mamas”, “um toque de carinho”, “Instituto Nacional de Câncer/MS” e “Sociedade Brasileira de Mastologia”. Conforme visto em todos os cartazes analisados até aqui, existe uma assinatura de autoria do documento que faz funcionar o jogo imaginário do discurso proposto por Pêcheux (2014a [1969]). O sujeito que fala, aquele que ocupa a posição em *A*, são dois órgãos oficiais do campo da saúde: um instituto especializado em câncer e uma formação social especializada na saúde dos seios. Essa assinatura, portanto, faz funcionar uma posição de autoridade para o sujeito que

fala: eu sou aquele que tem conhecimento sobre o câncer de mama, eu sou aquele designado pelo Estado para construir políticas sobre o câncer, eu sou aquele que reúne os médicos especialistas na saúde das mamas. Para além de demarcar a autoria, a assinatura traz um sentido de autoridade e legitimidade para as campanhas, pois, na relação de forças, é o Estado por meio da instituição que está autorizado a falar desse lugar.

Diferentemente dos cartazes das décadas anteriores, com “lutai”, “aprenda”, “procure” e “examine”, o cartaz sobre o câncer de mama da década de 1990 (Figura 24) não tem presença de um verbo no imperativo. O cartaz da Figura 23a apresenta um imperativo “faça”; contudo, os das Figuras 23b e 24 não têm esse modo verbal, que funciona como uma forma de persuasão e de responsabilização do sujeito sobre sua saúde, já que ele é chamado a agir, a lutar, a aprender, a procurar. No entanto, embora sem a presença do imperativo, é possível perceber o funcionamento da responsabilização da mulher sobre sua saúde a partir da palavra, muito em voga do final dos anos 1980 até os anos 2000, “auto-exame”, cuja grafia atual é “autoexame”. Esse consistia em um método sistemático e minucioso de exame das mamas que deveria ser feito pelas mulheres em casa, após o período menstrual. Por ter uma técnica muito detalhada, a adesão das mulheres era mais difícil. Além disso, a principal incidência do câncer de mama se dá após os 50 anos, quando a maioria das mulheres já não menstrua mais, não sendo mais possível estabelecer a hora certa de fazer o exame mensal. A estratégia atual, que vigora desde os anos 2010, é chamada de autoconhecimento ou autopalpação, que consiste em a mulher, ao longo de sua vida, nas práticas diárias, como ao tomar banho ou vestir-se, tocar e conhecer suas mamas e as alterações normais que elas sofrem ao longo do ciclo hormonal ou após a menopausa. Conhecer-se permitiria à mulher perceber alguma mudança nas mamas e buscar ajuda. Aliada a essa estratégia, o Inca recomenda também a realização de mamografia de rastreamento bienal nas mulheres a partir dos 50 até os 69 anos (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015; Rede Câncer, 2020).

Tanto em “autoexame” quanto em “autopalpação” ou “autoconhecimento”, há a regularidade do prefixo “auto”, que mobiliza o sentido de que algo é realizado por si próprio, de modo independente do que lhe é externo. O autoexame das mamas é, portanto, um exame que a mulher faz em si mesma, um exame que ela deve fazer para cuidar de sua própria saúde, uma forma de ter “carinho” consigo mesma, de ter um “autocarinho”. O procedimento, apesar de ser um exame das mamas, não é chamado “exame das mamas”; os exames mantêm-se no domínio da medicina, dos profissionais de saúde, enquanto o autoexame é algo que pode ser feito por qualquer sujeito fora desse âmbito profissional. A presença do prefixo “auto” produz um funcionamento discursivo de responsabilidade do sujeito por sua saúde, pois diz que a

mulher deve ser examinada por si mesma, ou seja, a mulher é a responsável pelo exame periódico de suas próprias mamas, sendo, assim, responsável pelo diagnóstico precoce do câncer de mama, afinal “a cura pode estar em suas mãos”, como diz o cartaz da década de 1980 (Figura 21). Apesar da ausência do imperativo, o sentido de responsabilização da mulher por seu adoecimento comparece pelo funcionamento do prefixo “auto”, uma vez que, ao examinar-se, a mulher pode descobrir precocemente um câncer de mama e se curar. Logo, se a doença é descoberta em estágios mais avançados, é porque houve um furo, uma falha nesse “auto”, nesse “faça”, nesse imperativo que, silenciado, produz sentidos.

Sentidos sobre o câncer estão sendo produzidos, mesmo que a palavra “câncer” não compareça no texto principal do cartaz, mas apenas no nome da instituição. Orlandi (2012b) afirma que, no processo discursivo, o dizer e o não dito estão ligados como efeitos materiais. Conforme a autora, os “sentidos silenciados migram para outros objetos simbólicos atestando sua necessidade” (Orlandi, 2012b, p. 130). Assim como o “faça” comparece a partir do funcionamento do prefixo “auto”, o sentido de câncer comparece no “autoexame das mamas”, já que esse é um procedimento cujo objetivo é detectar o câncer precocemente. Se, no cartaz dos anos 1980 (Figura 21), a primeira palavra é “câncer” para falar do exame das mamas, nos anos 1990, o sentido de câncer de mama já está presente na memória discursiva, ao se enunciar “autoexame das mamas”. Por sua necessidade, o sentido de câncer comparece em outro objeto simbólico no texto principal do cartaz. A presença da palavra no nome da instituição funciona como uma repetição, reforçando o sentido produzido a partir do não dito, da ausência da palavra “câncer”. Cabe refletir também que o câncer é tido muitas vezes como um tabu, como já refletimos. Muitas pessoas sequer nomeiam a doença, que pode ser chamada de “aquela doença” ou “a doença maligna”, como se nomeá-la fosse um modo de invocar a doença, ou agravar seu prognóstico. No cartaz da Figura 24, a palavra câncer significa, ainda que silenciada.

Pensando os processos parafrásticos e polissêmicos, Orlandi (2012a, p. 25) afirma que “a produção do discurso se faz na articulação de dois grandes processos, que seriam o fundamento da linguagem: o processo parafrástico e o processo polissêmico”. Segundo a autora, o primeiro “permite a produção do mesmo sentido sob várias de suas formas”; já o segundo “é o responsável pelo fato de que são sempre possíveis sentidos diferentes, múltiplos” (Orlandi, 2012a, p. 25), como já abordamos. Nas décadas de 1940-1950 e 1970, o processo parafrástico é percebido pela presença do discurso da formação discursiva bélica como metáfora para o dizer sobre o câncer. Na década de 1980, essa paráfrase já não é observada, pois esse discurso bélico está ausente. Vemos, nesse período, um deslizamento do sentido sobre o câncer a partir do uso de palavras e expressões do próprio discurso sobre a saúde, como “cura”, “serviços de saúde”, “examine”. Na

década de 1990, outro deslizamento de sentido é percebido quando, pela primeira vez, aparecem palavras que, pela via do interdiscurso, fazem funcionar o sentido de afetividade: “carinho”, no cartaz sobre câncer de mama (Figura 24), e “amor”, em um dos cartazes sobre o câncer do colo do útero (Figura 23b). Do discurso bélico ao discurso da afetividade, há um deslizamento de sentidos, que aponta para um processo polissêmico da produção do discurso sobre o câncer a partir de sentidos diferentes e múltiplos: do bélico, da saúde, do afeto.

Os sentidos de afetividade são atribuídos à mulher, ao feminino em uma formação discursiva patriarcal. No livro *Tudo sobre o amor*, bell hooks (2021), ao discutir a reciprocidade nos relacionamentos amorosos, afirma:

As mulheres, independentemente dos nossos traumas de infância, recebemos apoio cultural para cultivar um interesse pelo amor. [...] Mulheres são encorajadas pelo pensamento patriarcal a acreditar que deveríamos ser amorosas, mas isso não significa que sejamos mais equipadas emocionalmente do que nossos semelhantes do sexo masculino para fazer o trabalho amoroso (hooks, 2021, p. 161).

Ser amorosa, afetiva, cuidadosa, sentido que desliza para cuidadora, portanto, faz parte da construção sócio-histórica de um discurso sobre o feminino. Mulheres são educadas desde a primeira infância a cuidar do outro, incluindo as brincadeiras de casinha, de boneca, de enfermeira, de professora, todas atividades ligadas ao cuidado e à afetividade. Conforme aponta hooks (2021):

Com bastante frequência, as mulheres são ensinadas desde a infância, seja pelos adultos responsáveis ou pela mídia, a como dar cuidados básicos que são parte da prática do amor. Nós recebemos orientações sobre como sermos empáticas, como cuidar e, o mais importante, como ouvir (hooks, 2021, p. 163).

As práticas do amor, como afirma a autora, são ensinadas às mulheres, pois cabe a esse sujeito a obrigação da afetividade. Orlandi (2012a, p. 24) afirma que “o dizer tem sua história”. Apesar de serem social e historicamente construídos, os dizeres sobre cuidado e afetividade femininos produzem um efeito de evidência, um já-lá, como se cuidado e afetividade, carinho e amor fossem parte inclusive da constituição biológica da mulher. hooks (2021) afirma que, em livros de autoajuda, por exemplo, é comum que o cuidado, a afetividade, o amor sejam tratados como inerentes, uma condição natural da mulher. Há, portanto, um apagamento dessa historicidade, que se dá pelo funcionamento da ideologia. Orlandi (2012b, p. 22) afirma que a ideologia é caracterizada “pela fixação de um conteúdo, pela impressão do sentido literal, pelo apagamento da materialidade da linguagem e da história, pela estruturação ideológica da subjetividade”. É esse apagamento da história que atribui o cuidado e a afetividade às mulheres como algo “natural”, responsabilizando-as tanto por seus parceiros amorosos quanto por seus filhos, familiares e amigos.

Produz-se o efeito de evidência de que esses são atributos femininos, apagando a historicidade dessa construção e apagando também o fato de que esse cuidado constitui um trabalho não remunerado para o capital, pois a mulher como a cuidadora natural e afetuosa é uma construção do capitalismo. Conforme afirma Federici (2021, p. 32-33), “a família, como a conhecemos no Ocidente, é uma invenção do capital para o capital, uma instituição que deve garantir a quantidade e a qualidade da força de trabalho e seu controle”. Assim, ao cuidar e criar os filhos como um ato de amor e abnegação, e ao cuidar e garantir as condições de sobrevivência de seus parceiros amorosos, a mulher garante a manutenção da força de trabalho presente e futura.

E, se cabem à mulher o afeto e o cuidado sobre o outro, ela deve também cuidar e amar a si mesma. O autoexame é “um toque de carinho” da mulher para si mesma, é o “autocarinho”, o “autoafeto”, o “autocuidado”, pois, se a mulher é quem cuida, quem cuida da mulher? Na formação discursiva patriarcal, ela deve ser a responsável por sua própria saúde e sua sobrevivência, para que possa continuar a ser a responsável pelo cuidado com o outro, pela sobrevivência do outro.

Se há semelhanças entre os cartazes das décadas de 1980 e 1990, percebemos que há também diferenças marcantes, que vão atuar, juntamente com o texto, para o funcionamento discursivo: os seios da ilustração são muito maiores e não estão escondidos; e as mãos tocam os seios, mas não os tapam, estando as aréolas à mostra. Se, no cartaz dos anos 1980, o corpo desnudo com o seio coberto pelas mãos traz uma memória da sensualidade, a figura feminina com seios enormes e desnudos do cartaz dos anos 1990 mobiliza esse sentido de forma mais explícita. Mobiliza também a memória da sensualidade presente no cartaz da década de 1940 (Figura 15), pois essas mãos que tocam os seios produzem um efeito de substituição das patas do caranguejo que penetram os seios femininos. As patas que sensualizam os seios são a doença, as mãos que sensualizam os seios são a detecção precoce da doença.

É importante pensar nas condições de produção da década de 1990. Após mais de 20 anos de um regime repressor, que silenciava os discursos e os próprios corpos, em 1988 o país promulga uma nova constituição, apelidada de Constituição Cidadã, e dá início de fato a um tempo de democracia e de certo imaginário de liberdade. O fim da ditadura civil-militar e o fim dos processos repressivos e silenciadores possibilitaram uma exposição dos corpos, que vai ser amplamente explorada nos anos 1990. Nesse período, inaugura-se outro modo de sexualização do corpo feminino, que passa a ser exibido sem roupa na TV. Mulheres desfilavam na Marquês de Sapucaí, no carnaval do Rio de Janeiro, com os seios à mostra; a Globeleza era exposta completamente nua nas vinhetas do canal de TV aberta Rede Globo de Televisão; no canal de TV aberta SBT, o quadro “banheira do Gugu”, exibido aos domingos à tarde, no qual uma

mulher com um biquíni muito pequeno tentava impedir que homens pegassem um sabonete em uma banheira, mostrava não só o corpo feminino, mas um homem e uma mulher em contato físico intenso, seminus e molhados; no canal de TV aberta Band, o *Programa H* tinha a personagem “Tiazinha”, uma mulher seminua, com lingerie preta, uma máscara nos olhos e salto muito alto, portando um chicote na mão; no campo da música, um exemplo é o grupo É o Tchan, que cantava músicas com letras de cunho sexual e tinha duas dançarinas que usavam roupas curtas, e estava sempre presente nos programas de auditório da TV aberta. Foi um período em que as chamadas revistas masculinas, que traziam fotos de celebridades nuas, fizeram grande sucesso, como mostram as imagens da Figura 25.

Figura 25 — Capas de revistas masculinas dos anos 1990



Fonte: a, Revista Playboy, 1997; b, Revista Sexy, 1995.

Em ambas as revistas, as mulheres retratadas em poses sensuais tocam seus seios, assim como o faz a mulher ilustrada no cartaz sobre o câncer de mama da Figura 24. Em entrevista a Milanez (2006), Courtine discute a historicidade das imagens, afirmando que

[...] toda imagem se inscreve no interior de uma cultura visual e essa cultura visual supõe a existência de uma memória visual no indivíduo, de uma memória das imagens na qual toda imagem tem um eco. Há um “sempre-já” de uma imagem. Essa memória das imagens pode ser uma memória das imagens externas percebidas, mas pode muito bem ser a memória das imagens internas sugeridas pela percepção exterior de uma imagem. Então, a noção de intericonicidade é uma noção complexa, porque ela supõe o estabelecimento da relação de imagens externas, mas também de imagens internas, as imagens das lembranças, as imagens que guardamos na memória, as imagens das impressões visuais armazenadas pelo indivíduo. Não há imagem que não nos faça ressurgir outras imagens, tenham essas imagens sido vistas antes, ou simplesmente imaginadas. É isso que me parece essencial, porque é isso que vem colocar a questão do corpo bem no centro da análise [...]. (Courtine *apud* Milanez, 2006, p. 168).

As imagens das capas das revistas *Playboy* e *Sexy* (Figura 25) inscrevem-se em uma memória visual do corpo feminino como um objeto de exposição e de desejo sexual. Essa memória visual se constrói no interior da formação discursiva patriarcal, na qual, pela via da contradição, a mulher deve ser bela e recatada, e ao mesmo tempo sexy e desejável. O discurso da sexualização do corpo feminino funciona em diversos processos parafrásticos da década de 1990, com as exposições de tais corpos sexualizados na TV aberta, no carnaval e nas bancas de jornais. O cartaz sobre o câncer de mama, que retoma a campanha da década anterior, também se inscreve nessa outra memória, ao ilustrar uma mulher com seios fartos e aréolas à mostra, com as mãos apenas tocando, mas não encobrindo esses seios, em uma posição similar à da fotografia exposta na Figura 25b. O cartaz do câncer de mama faz funcionar uma memória da sexualização do corpo feminino. Ao falar de autoexame das mamas, ou seja, de prevenção do câncer, o cartaz também mobiliza sentidos outros, que dizem do corpo da mulher como um objeto de exposição e de desejo.

Imagem e texto funcionam ao mesmo tempo na produção de sentidos sobre o câncer, que deslizam para os sentidos de sexualização da mulher. Discutimos sobre o funcionamento da palavra “carinho” como uma afetividade atribuída ao feminino. Mas o cartaz da Figura 24 traz uma frase: “um toque de carinho”. O substantivo “toque” também produz efeitos no cartaz, pois, ao mesmo tempo que diz do modo como o autoexame das mamas deve ser realizado, a partir do toque, da palpação dos seios, diz também desse sentido de sexualidade, pois o toque é um dos elementos que constituem o processo de sedução e as relações sexuais. O modo como a mulher está representada no cartaz da Figura 24 faz deslizar o sentido de toque para esse outro lugar, da sensualidade e da sexualização. As capas de revista da Figura 25 poderiam trazer a frase “um toque de carinho” mantendo o sentido de sexualidade, pois “toque” e “carinho” também funcionam nesse discurso da sexualização.

Refletindo com Courtine (*apud* Milanez, 2006, p. 168) sobre “uma memória das imagens na qual toda imagem tem um eco”, é possível pensar ainda em uma retomada da memória da Vênus, utilizada no cartaz da década de 1970, mas não da *Vênus de Milo*, aquela quebrada, e, sim, da deusa que, como afirmam Chevalier e Gheerbrant (Vênus, 2012), é a “rainha dos prazeres, também chamada de aquela que ama o gozo e a alegria” (Vênus, 2012, p. 938). O corpo feminino que se autoexamina, que faz sobre si mesmo “um toque de carinho” é também o corpo que gera o desejo do outro, que promove o prazer, o gozo e a alegria. É o corpo dócil, *com-forma(do)*, apto a ser olhado e julgado, o corpo desejado, um corpo-Vênus exposto na TV, nas ruas, nas bancas de revista, nas galerias da vida, e que, também por isso, precisa manter-se saudável.

O sentido do corpo feminino como objeto sexual que começa a comparecer nesse cartaz da década de 1990 também se faz presente no cartaz da década seguinte. Esse é um pouco diferente dos que viemos observando até aqui, pois o câncer não é seu tema principal. Ainda assim, veremos como o corpo feminino é convocado a responsabilizar-se pela saúde e pela prevenção ao câncer, ao mesmo tempo que é sexualizado, inscrevendo-se nas formações discursivas da saúde e patriarcal. Passemos à análise do cartaz de campanha educativa da década de 2000.

5.7 DÉCADA DE 2000 — TÁ NA MODA USAR CAMISINHA

Como já afirmamos, ao tratar das condições de produção, na subseção 4.2, desde os anos 1980, o Brasil iniciou, de forma pioneira, ações de desestímulo ao consumo do tabaco do país. No ano de 2003, a Assembleia Mundial da Saúde criou a Convenção-quadro para o Controle de Tabaco, cujo processo de elaboração foi coordenado pelo Brasil desde 1999. Em 2005, o país ratificou a assinatura da Convenção, e sua implementação passou a chamar-se Política Nacional de Controle do Tabaco (Instituto Nacional de Câncer, 2024b). Esse pioneirismo no controle do tabaco resultou em inúmeras campanhas sobre tabagismo ao longo dos anos 2000. Em nosso arquivo, recuperamos 20 cartazes de campanhas educativas sobre tabagismo. Recuperamos também seis cartazes de um conjunto de imagens produzidas pelo artista Ziraldo para o *Programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Programa Saber Saúde)*, desenvolvido pelo Inca nos anos 2000 com a finalidade de discutir temas relacionados à saúde com as crianças nas escolas. Nas campanhas de tabagismo, comparecem corpos femininos e masculinos desde os anos 1980. Como, neste recorte de análise, estamos pensando na convocação do corpo feminino na produção de um discurso sobre o câncer nos cartazes produzidos pelo Inca, por mais que os cartazes de campanhas sobre tabagismo falem sobre o câncer, eles não foram selecionados para serem analisados, pois o câncer não é o tema principal dessas campanhas.

Do site do projeto *História do câncer: atores, cenários e políticas públicas*, da Casa de Oswaldo Cruz (COC), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), recuperamos dois cartazes atribuídos ao Inca e que atenderiam aos critérios desta pesquisa: um produzido no âmbito do programa *Viva Mulher* sobre o controle do câncer do colo do útero (Figura 26), que estaria mais em consonância com o corpus de pesquisa, e outro sobre o uso de camisinha, que tem como foco a contaminação pelo papilomavírus humano (HPV), que pode levar ao câncer do colo do útero (Figura 27).

Figura 26 — Cartaz de campanha do programa *Viva Mulher* lançado pelo Ministério da Saúde, mas reprovado pelo Inca



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, 2011b.

Apesar de o primeiro cartaz, da Figura 26, ser atribuído ao Inca no site do projeto, há apenas a assinatura do Ministério da Saúde, sem a logo ou o nome do Inca em qualquer lugar. Fizemos uma busca na área de publicações do site do Inca, no repositório institucional e no projeto de 80 anos de história do Inca e não encontramos essa imagem em nenhum dos dois acervos. Apesar da ausência de assinatura, existia uma possibilidade de que o cartaz em questão tivesse sido produzido com participação de profissionais da instituição. No jornal institucional *Informe Inca* nº 120, de março de 2002, afirma-se que a campanha foi produzida pelo Ministério da Saúde e lançada em Brasília. Contudo, aconteceu dentro do âmbito do programa *Viva Mulher*, que começou em 1997 e estendeu-se até meados dos anos 2000, sendo sua última campanha para a população em 2002 e que promovia ações de controle do câncer do colo do útero, com a realização de exames cervicais em larga escala e a capacitação de profissionais para a coleta e a leitura das lâminas (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018). Nos anos 2000, o *Viva Mulher* era coordenado pelo Inca, como inclusive ressalta a matéria do *Informe Inca*. A fim de dirimir qualquer dúvida em relação ao cartaz de campanha, fizemos contato com o então coordenador do *Viva Mulher*, que confirmou que a campanha que inclui o cartaz em questão foi produzida pelo Ministério da Saúde. Ele afirmou que o Inca chegou a ser consultado, mas

reprovou o material, entendendo que ele não atendia ao público-alvo, pois uma mulher muito branca, quase etérea, “flutuando”, não representava a maioria das mulheres às quais a campanha se dirigia, que eram as de baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, que, no contexto de desigualdade social do Brasil, são, em sua maioria, pretas ou pardas, usuárias do SUS, que nunca tinham sido submetidas ao exame preventivo. Ainda assim, o Ministério da Saúde decidiu manter a campanha com a imagem que aparece no cartaz, que foi impresso e distribuído por todo o Brasil.

Diante da impossibilidade de utilizar o cartaz do programa *Viva Mulher*, dado ao fato de não atender ao critério de ter sido produzido pelo Inca, ou de o Inca ter se inscrito em sua autoria, como aconteceu na década de 1980, decidimos analisar o cartaz sobre o uso de preservativos, pois esse também convoca um corpo feminino para significar o câncer e fala de um câncer feminino, além de trazer a autoria do Inca em sua assinatura.

Figura 27 — Cartaz da década de 2000



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, 2011b.

O cartaz da década de 2000 é composto por um fundo de círculos em tons vibrantes de rosa e lilás. À esquerda, a imagem de uma mulher muito jovem, quase uma adolescente, sorrindo, usando um colar com uma cruz dourada no pescoço e apontando para seu vestido, feito de camisinhas ou preservativos masculinos. No topo, alinhado à direita, em um plano inclinado, com uma fonte grande e branca, tem-se a frase: “Tá na MODA usar CAMISINHA.”, com destaque em caixa-alta para as palavras “moda” e “camisinha”. Mais ao centro do cartaz, também em plano inclinado, sobre um fundo branco que atravessa os círculos, com uma fonte pequena e preta, há a seguinte sequência de frases: “A infecção por HPV, uma doença sexualmente transmissível, pode causar **câncer do colo do útero**. O preservativo protege contra AIDS, Sífilis, HPV e outras doenças transmitidas pela atividade sexual.”, com destaque para o sintagma “câncer do colo do útero”. Mais abaixo, também em um fundo branco, esse restrito à metade direita do cartaz, com a fonte rosa, três orações imperativas, duas com a fonte média, uma com uma fonte bem pequena: “Use camisinha. Proteja-se e visite regularmente **seu ginecologista!**”. Mais abaixo, centralizado, quase no rodapé do cartaz, em fonte preta, aparece o endereço eletrônico do Inca, e, no rodapé, à esquerda, as logomarcas do Inca e do SUS, e, à direita, as do Ministério da Saúde e do Governo Federal (Brasil um país de todos).

As logomarcas do Inca, do SUS, do Ministério da Saúde e do Governo Federal estão presentes, fazendo funcionar, como já discutimos em cartazes das décadas anteriores, o jogo imaginário em que o sujeito que ocupa a posição em *A*, como aponta Pêcheux (2014a [1969]), é o sujeito de autoridade para falar sobre a saúde. O cartaz em análise tem, contudo, uma interessante diferença dos cartazes das décadas anteriores e das posteriores, como veremos mais adiante, pois ele não é um cartaz especificamente sobre o câncer. É, na verdade, um cartaz que fala sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo a infecção pelo HPV, que pode levar ao desenvolvimento do câncer. A prevenção de doenças relacionadas ao sexo também comparece em um dos cartazes que compõem nosso arquivo de pesquisa, produzido pelo artista Ziraldo (Figura 28) no âmbito do *Programa Saber Saúde*.

Na ilustração da Figura 28, há uma chuva de elementos, que podem representar os agentes infecciosos, como vírus e bactérias, transmissíveis por meio do sexo, mas o casal está protegido pelo uso do guarda-chuva, cuja estampa é de preservativos, em uma alegoria à proteção fornecida pelo uso da camisinha no ato sexual, que comparece no discurso. A relação com a camisinha, tão explícita no cartaz da Figura 27, também se dá pelo uso da formulação “furo”, pois o “risco de furar”, a possibilidade do “furo”, acidental ou proposital, são noções

que funcionam, pela via do interdiscurso, no discurso sobre a camisinha. Assim como na Figura 27, a logo do Inca comparece no cartaz ilustrado por Ziraldo, ainda que não esteja tratando sobre câncer, inscrevendo o Inca como autoridade no campo mais amplo da saúde, e não apenas no da cancerologia. Tal inscrição é reforçada pelo mesmo funcionamento em diversos cartazes que compõem nosso arquivo de pesquisa, como os demais do *Programa Saber Saúde* ou os que tratam do tema do tabagismo. Em alguns deles, como o da Figura 28, a palavra “câncer” sequer aparece.

Figura 28 — Cartaz sobre prevenção de doenças relacionadas ao sexo do *Programa Saber Saúde*, da década de 2000



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.

No jogo imaginário (Pêcheux, 2014a [1969]), o sujeito que ocupa a posição em *A* é, novamente, o sujeito de autoridade, mas qual sujeito ocupa a posição em *B*? Quem é ele para que eu — autoridade da área da saúde — lhe fale assim? No cartaz da Figura 27, o sujeito imaginado na posição em *B* é um sujeito mulher, sobre quem recai a responsabilidade pelo uso da camisinha. Esse sujeito é marcado pela imagem da mulher muito jovem, mas também por outros elementos que compõem o cartaz: as cores em tons de rosa e lilás do fundo e a presença da palavra “moda”, que, pela via do pré-construído, estão ligadas ao feminino; o sintagma “câncer do colo do útero”, destacado em negrito no cartaz, que é um câncer feminino; e a

formulação “ginecologista”, médico cuja especialidade está ligada aos órgãos sexuais femininos e à gestação. A juventude desse sujeito mulher é reforçada pelo uso da formulação “tá”, que é um modo popular, informal, jovem de dizer a terceira pessoa do singular do verbo “estar” no presente do indicativo. Esse sujeito ocupando a posição em *B* é, portanto, uma mulher jovem, cuja feminilidade é marcada pelo rosa, que está atuada com a moda, é sexualmente ativa e precisa se proteger, cuidar-se, para não contrair uma IST, e precisa, nesse cuidado, visitar um médico especialista.

Em 1997, segundo o portal do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012a), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a comercialização, em todo o país, da camisinha feminina. Ainda conforme o Conass, somente em 2012 esse preservativo começou a ser distribuído gratuitamente pelo SUS. Já o preservativo masculino, ilustrado no cartaz da Figura 27, que chegou ao Brasil no período imperial, no século XIX, é distribuído gratuitamente desde o ano 1994, quando se fortaleceram as políticas para enfrentamento da epidemia de aids (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012b). No cartaz, o corpo feminino está trajando um vestido feito de camisinhas; contudo, essas não são os preservativos femininos, mas, sim, os masculinos. Ao dizer apenas “camisinha”, como acontece no cartaz em análise, evoca-se, pela via do interdiscurso, o sentido de camisinha masculina, já que essa antecede o modelo feminino. Para se referir ao modelo feminino, é comum o dizer “camisinha feminina” ou “preservativo feminino”.

A mulher é convocada a se responsabilizar pela prevenção de IST, mas o produto ao qual se faz referência é utilizado no órgão sexual masculino, portanto não é possível que uma mulher cis utilize a camisinha ilustrada no cartaz; ela apenas pode ser usada pelo homem cis ou por uma mulher trans ou travesti. À mulher cis cabe a exigência do uso por parte do parceiro sexual ou a recusa ao sexo. Ainda assim, no discurso sobre a prevenção das IST — das quais uma pode levar a um câncer feminino —, a mulher é responsabilizada pelo processo de prevenção. Não há, no cartaz da Figura 27, qualquer referência ao homem cis, esse que pode usar a camisinha, nem na imagem, nem no texto que compõem o cartaz e veiculam esse discurso sobre a saúde e sobre o câncer. O funcionamento da ideologia produz um efeito de evidência, um já-lá na memória dos sujeitos, de que cabe à mulher a função de cuidar do outro e de si mesma. Mesmo o preservativo tendo sido desenvolvido para uso no órgão sexual masculino, cabe à mulher a obrigação de “usá-lo”, seja pela exigência de que o parceiro vista o preservativo, seja pela recusa ao sexo sem preservativo. A camisinha é masculina, mas a responsabilidade é feminina, o cuidado é feminino. E o câncer é feminino.

Por mais que uma infecção pelo HPV possa gerar doenças no homem, como verrugas no órgão sexual masculino, o câncer associado a essa infecção é feminino, não masculino; é o câncer do colo do útero, o que pode afetar a fecundidade e fazer a mulher “incompleta”, uma Vênus quebrada, sentidos que funcionam a partir da ideologia. Federici (2023, p. 39), discutindo as lutas das mulheres, afirma que existe um “pressuposto de que o melhor que podemos esperar da vida é sermos servas domésticas e sexuais dos homens e produtoras de trabalhadores e soldados”. O câncer do colo do útero tem potencial de afetar o pressuposto afirmado por Federici, pois pode tornar a mulher infértil e, pelo período do tratamento, incapaz de exercer as tarefas da servidão doméstica, bem como pode impedir as relações sexuais. O câncer pode matar ou pode mutilar, pode impedir a mulher — do rosa, da moda, da sexualidade — de performar conforme o esperado. O corpo de uma jovem mulher é, então, convocado a dizer sobre esse câncer feminino, a dizer de modo enfático, a gritar, dada a quantidade de camisinhas que tecem seu vestido, que é necessária a prevenção, que a mulher tem não uma escolha, mas uma obrigação de se proteger.

A responsabilização da mulher sobre o cuidado é marcada também pelo funcionamento do imperativo no cartaz da Figura 27, em “Use camisinha. Proteja-se e visite regularmente seu ginecologista!”. Como já discutido, o uso do imperativo é comum nas propagandas como estratégia de convencimento, de persuasão, mas, discursivamente, esse modo verbal apresenta outros funcionamentos. Como já refletimos, o sujeito que ocupa a posição em *A* é uma autoridade de saúde, é o sujeito que tem, na formação discursiva da saúde, o saber, o conhecimento; logo, cabe a ele determinar como o sujeito que ocupa a posição em *B* deve agir. Com o uso dos verbos no imperativo, essa posição de autoridade, de detentor do conhecimento sobre a saúde é ratificada, pois o dizer não é uma sugestão ou uma pergunta, nem uma busca pelo estabelecimento de um diálogo; o dizer é uma ordem, um “faça”: “use”, “proteja-se”, “visite”. Se o sujeito em *A* dá uma ordem, a responsabilidade por seu cumprimento é do sujeito com o qual se fala, o sujeito em *B*, logo, a mulher cis jovem, heterossexual, feminina e sexualmente ativa. Essa mulher é a responsável por “usar camisinha”, “proteger-se” e ainda “visitar” a autoridade de saúde para cuidar de sua saúde. O “outro lado” da relação sexual é marcado apenas pela presença do preservativo masculino, mas o homem em si não comparece e não recebe nenhuma ordem, ele não ocupa a posição do sujeito em *B*, ou seja, ele não é convocado a “usar camisinha” ou a “proteger-se”. A ausência do homem reforça o sentido de que o imperativo recai sobre a mulher, a responsabilidade é da mulher e a ordem é dada para a mulher, ainda que, como já dissemos, a camisinha deva ser usada no órgão sexual masculino, não na genitália feminina. A mulher, ainda que extremamente jovem, deve ser responsável pelo

cuidado e pelo uso de um preservativo que não pode ser vestido no corpo dela, mas o homem, pela via da memória da formação discursiva patriarcal, pode ser imaturo, inconsequente, irresponsável, tudo isso atribuído a uma “juventude” que se prolonga indefinidamente.

É interessante pensar no jogo de efeitos de sentido produzidos a partir da escolha do verbo “usar” em “Tá na MODA usar CAMISINHA” e do vestido de camisinhas que a jovem traja. “Usar camisinha” funciona, pensando em um movimento parafrástico, como um retorno a um mesmo dizer sedimentado (Orlandi, 2013b), como “colocar camisinha”, “pôr camisinha” ou “utilizar camisinha”, estando a camisinha no lugar de um objeto a ser usado, colocado, posto, utilizado com uma finalidade específica. Mas o verbo “usar” também funciona, em um movimento parafrástico, como “vestir”: “usar uma roupa”, “usar uma calça”, “usar uma blusa”. Inclusive o sentido de “vestir” tem seu funcionamento em “usar camisinha”, como se essa fosse uma peça de roupa específica para uma parte de corpo, tanto que o preservativo masculino é nomeado em referência a uma peça de roupa. Entre texto e imagem na Figura 27, há um deslizamento do verbo “usar” para “vestir”, e de “vestir” para “vestir-se”, no sentido de colocar uma vestimenta em si mesmo, apontando para um sentido outro, dado que a jovem não usa a camisinha como um preservativo, mas, sim, como uma roupa; ela não “usa” camisinha, mas “veste-se” de camisinha. Esse efeito de sentido é reforçado pelo substantivo “moda”, que antecede o verbo “usar” no texto do cartaz, que, pela via do interdiscurso, funciona em uma teia discursiva como “vestir-se”, “vestimenta”, “vestido”. O cartaz faz um jogo entre os sentidos de “usar” e “vestir-se”, que pode funcionar como um modo de reforçar a juventude do sujeito que ocupa a posição em *B*, ao mesmo tempo que mostra o uso do preservativo de forma inadequada, pois, caso a camisinha não seja usada no órgão sexual masculino durante o ato sexual, mesmo que a jovem mulher esteja trajando um vestido de camisinhas, ainda assim estará exposta a contrair uma IST e desenvolver, no futuro, um câncer do colo do útero.

A camisinha é um artefato que está diretamente relacionado ao ato sexual, e ser “serva sexual”, como afirma Federici (2023), é uma das performances esperadas da mulher em uma formação discursiva patriarcal. No entanto, nessa mesma formação discursiva, a mulher deve performar como casta, recatada, maternal, santa. A mesma jovem que se veste de camisinhas porta um colar com uma cruz dourada, um símbolo da religião cristã, que funciona como uma marca da religiosidade. A cruz estabelece um contraponto em relação à camisinha, o que aponta que os sentidos sobre a mulher operam na contradição. Em uma formação discursiva patriarcal, a mulher tem posições determinadas: de serva sexual, mas também serva doméstica e serva maternal. A mulher que se veste de camisinhas opera sentidos de liberdade sexual, que é uma luta do feminismo, mas também de promiscuidade, de prostituição. Mas à mulher não cabe apenas

esse papel, então o discurso religioso estabelece essa contraposição com a cruz, que aponta para uma mulher de casa, santa, cuidadora. A presença do elemento religioso faz funcionar uma memória que coloca o sujeito mulher jovem no papel de Raabe, que, na Bíblia (livro de Josué, capítulo 2), é uma prostituta que se redime de sua prostituição, ao ajudar o povo de Israel, por isso é perdoada e aceita no seio do “povo escolhido”. Camisinhas e cruz funcionam em contradição, que aponta para um sentido de redenção, dado que uma prostituta — ou uma mulher promíscua — pode redimir-se e entrar na “santidade”, cumprindo todos os papéis destinados à mulher, os sentidos permitidos à mulher, em uma formação discursiva patriarcal.

O corpo de mulher muito jovem que ilustra o cartaz é o corpo de uma mulher não branca, apesar de não ser uma mulher preta, de pele retinta. É interessante pensarmos sobre a não branquitude da jovem vestida de camisinhas, que aponta para uma promiscuidade sexual, inclusive em comparação com o cartaz do Ministério da Saúde (Figura 26) reprovado pelo Inca, que traz uma mulher muito branca, com vestes brancas, que apontam para um sentido de pureza, algo que, pela via do interdiscurso e pelo funcionamento da ideologia, pode ser lido como quase angelical. Uma mulher branca que se previne contra o câncer do colo do útero é pura, alva, santa; uma mulher não branca que se previne contra o câncer do colo do útero é jovem, promíscua, degenerada. Lélia González (2020), discutindo os diferentes papéis da mulher negra na formação social brasileira, discute a categoria das mucamas, que seriam as mulheres pretas, escravizadas que, além de cuidadoras do lar, também eram tratadas como objeto sexual tanto por seus senhores quanto para a iniciação sexual de seus filhos. Desde o período da escravidão, a mulher negra já era tratada como um objeto para o sexo. A autora discute largamente sobre a formulação “mulata”, afirmando que uma lógica simbólica “determina a inclusão da mulata na categoria de *objeto sexual*” (González, 2020, p. 165). A mulata é a mulher negra fruto da miscigenação, que não é preta de pele escura, mas é uma negra sexualizada, vista como “um objeto de entretenimento” (González, 2020, p. 170), um objeto sexual, um objeto. González parte de ditos populares para discutir o mito da democracia racial e o papel da mulher negra. Afirmar a autora:

Um ditado “popular” brasileiro resume essa situação, afirmando: “Branca pra casar, mulata para fornicar, negra para trabalhar”. Atribuir às mulheres amefricanas (pardas e mulatas) tais papéis é abolir sua humanidade, e seus corpos são vistos como animalizados: de certa forma, são os “burros de carga” do sexo (dos quais as mulatas brasileiras são um modelo) (González, 2020, p. 149).

A jovem vestida de camisinhas faz funcionar os sentidos da mucama e principalmente da mulata, da mulher negra como objeto sexual, como “burro de carga” do sexo. Pelo funcionamento da ideologia em uma formação discursiva patriarcal, a imagem de uma mulher jovem e branca não pode ser associada a esse papel do sexo, da promiscuidade; ao contrário, a

mulher branca é pura, é “para casar”, como afirma González (2020). Ao mesmo tempo que há essa sexualização da jovem não branca, a presença da cruz, como já discutimos, faz funcionar um sentido de redenção, do pecado da promiscuidade ao perdão da fé cristã.

A campanha apresentada na Figura 27 traz, pela primeira vez, uma associação direta entre um patógeno e o desenvolvimento do câncer, relacionando o HPV ao surgimento do câncer do colo do útero. Essa associação clara se repetirá na década de 2020. Na década de 2000, o discurso sobre o câncer é o discurso da prevenção e da proteção, que responsabiliza a mulher pela proteção na relação sexual e pelo cuidado com sua saúde, inclusive reafirmando o imaginário da medicina, ao recomendar que ela procure um profissional de saúde. Ao mesmo tempo que funciona na formação discursiva da saúde, ele funciona também na patriarcal, com um atravessamento pela questão racial dentro dessa formação discursiva. Há ainda o funcionamento de uma formação discursiva religiosa cristã, marcado pela presença do símbolo cristão pendurado no pescoço da mulher jovem. O discurso sobre o câncer é o discurso sobre a responsabilidade da mulher no cuidado de sua saúde, mas também da saúde do homem, dado que a proteção da camisinha protege ambos os participantes da relação sexual.

O cartaz de campanha educativa sobre o câncer da década de 2000 difere-se dos demais cartazes analisados, pois tem seu foco na prevenção de IST, tendo o câncer do colo do útero como possível consequência da não prevenção. Ainda assim, é o corpo da mulher o convocado a dizer sobre essa prevenção e o possível adoecimento. A mulher do cartaz é extremamente jovem, quase uma menina, que, ainda assim, está pronta para ter responsabilidade sobre o cuidado com o próprio corpo. E é a responsabilidade de ter cuidado com o próprio corpo o tema da campanha de 2010, analisada na próxima seção. Cuidado e diversidade, já que, pela primeira vez, as campanhas trarão mulheres pretas, com diversidade de corpos, para produzir sentidos sobre o câncer. Sigamos no trajeto de análise.

5.8 DÉCADA DE 2010 — CUIDADO COM O NOSSO CORPO

Desde o primeiro cartaz analisado até os da década de 1990, excetuando-se o da década de 1970, que traz a ilustração de uma estátua, todos retratavam mulheres brancas e jovens. Apenas no cartaz da campanha *Viva Mulher* (Figura 23a), no meio de dez mulheres ilustradas, uma representava uma mulher negra. Os cartazes também retratavam mulheres seminuas ou nuas, fazendo funcionar uma memória de sensualidade feminina, conforme vimos analisando. A partir da década de 2010, começa-se a observar uma mudança nas campanhas em que corpos femininos são convocados a produzir sentidos sobre o câncer. Existem cartazes com mulheres

negras, junto a mulheres brancas, sozinhas ou com outra mulher negra, e existem também cartazes com mulheres acima dos 50 anos, idade inicial da população-alvo para o rastreamento do câncer de mama, que vai dos 50 aos 69 anos (Figura 29b); já para o câncer do colo do útero, o rastreamento recomendando é de mulheres entre 25 e 64 anos (Figura 29c). Além das mudanças racial e etária, e apesar de não haver mulheres gordas representadas, é possível afirmar que há uma mudança em relação ao padrão do corpo, pois os cartazes passam a utilizar imagens de mulheres com diferentes corpos, e não apenas mulheres magras, como se viu nas décadas de 1940, 1980 e 1990 (Figura 29). Além disso, nessa década de 2010, a maioria dos cartazes traz mulheres vestidas, além de se distanciar dessa memória que associa o feminino ao sensual, mesmo no cartaz em que as mulheres estão desnudas.

Figura 29 — Cartazes representando diversidade de raça, idade e corpos

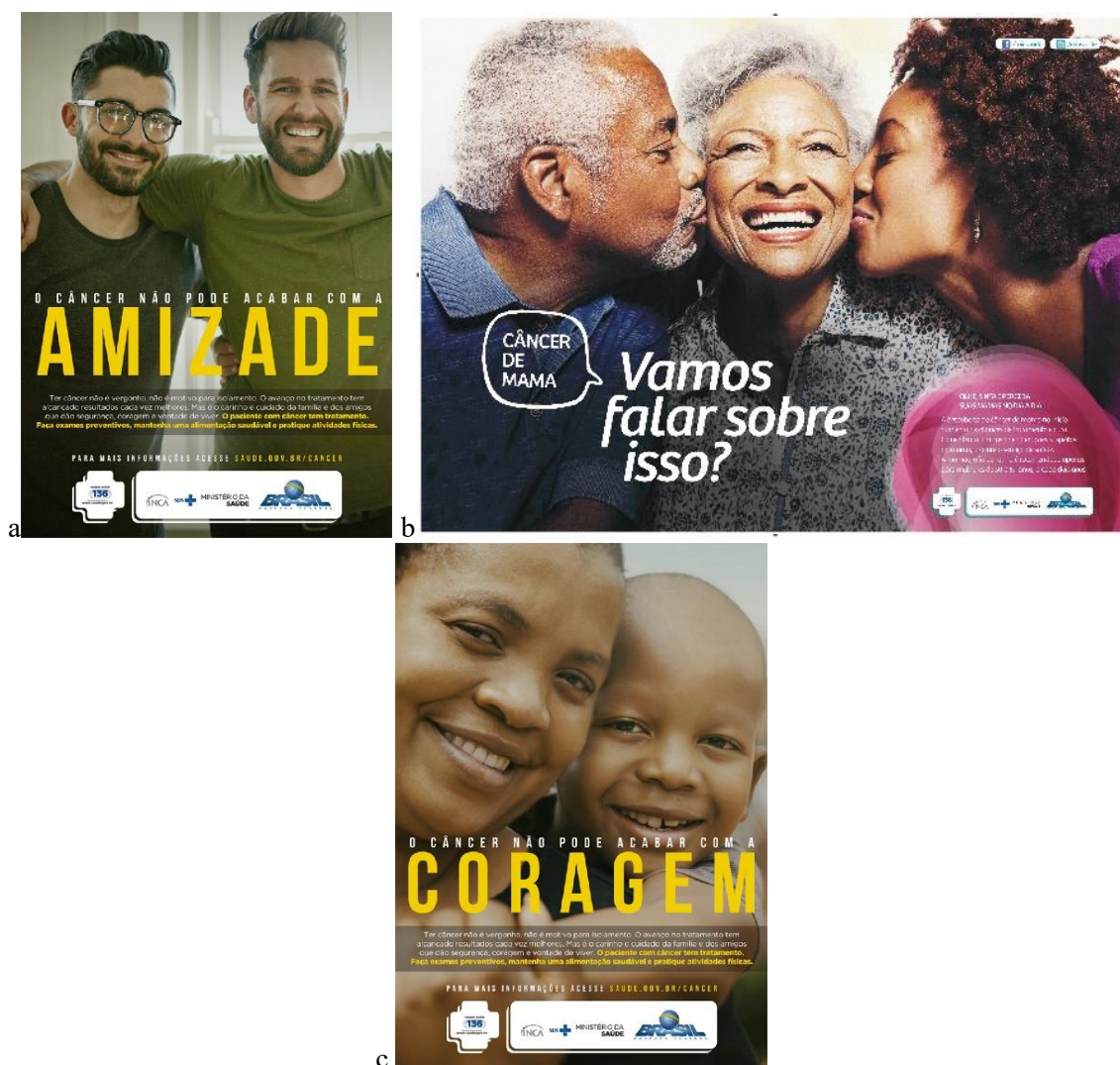


Fonte: inca.gov.br.

É também nessa década que, pela primeira vez fora das campanhas sobre o tabagismo, corpos masculinos são convocados a produzir sentidos sobre o câncer, acompanhados ou não por corpos femininos. Os cartazes de campanha que trazem homens não tratam de cânceres exclusivos do masculino biológico, como seria o caso dos cânceres de próstata ou órgão sexual masculino, por exemplo. Eles falam do câncer em geral (Figura 30a), da prática de atividades físicas, do câncer de boca. Há um cartaz sobre câncer de mama cuja imagem masculina de um homem acima dos 50 anos aparece ao lado esquerdo de uma mulher também acima dos 50, que tem uma mulher mais jovem ao lado direito, ambos beijando uma mulher mais velha ao centro, mobilizando um sentido de família, de que o câncer é uma questão de toda a família, e não

apenas da mulher (Figura 30b). É ainda a primeira vez que aparecem imagens de crianças, tanto meninos quanto meninas (Figura 30c).

Figura 30 — Cartazes da década de 2010 com a presença de imagens de homens e de criança



Fonte: inca.gov.br.

Por mais que o sentido de diversidade esteja presente ao longo dessa década, tanto entre os corpos femininos quanto com a presença de corpos masculinos e infantis, além da diversidade racial, ainda faltam, nesse período, outras diversidades, como pessoas gordas, transexuais ou pessoas com deficiência (PcD). Essas estarão presentes a partir da década de 2020, mas, até 2024, pessoas trans ainda não foram contempladas ou claramente contempladas nas campanhas, tampouco pessoas gordas.

O cartaz selecionado para esta análise é do ano 2019 e faz parte de um conjunto de cinco cartazes que reproduzem a imagem de três mulheres. Cada uma das mulheres conta com um

cartaz individual, e existem dois cartazes com a imagem das três juntas. Nessa década, pela primeira vez, são produzidos cartazes no formato paisagem. O cartaz escolhido está nesse formato, porém há outro, no formato retrato, com o mesmo texto e a imagem das mulheres um pouco cortada nas laterais.

Figura 31 — Cartaz da década de 2010



Fonte: inca.gov.br.

O cartaz da década de 2010 tem uma quantidade maior de enunciados do que os cartazes das décadas anteriores. Nele, é possível ler em destaque: “Embora diferentes, temos algo em comum: o cuidado com o nosso corpo.”; “O câncer de mama é o que mais atinge as mulheres no Brasil e no mundo.”; “Fique atenta!”; “Olhe, sinta e apalpe suas mamas no dia a dia para perceber alterações suspeitas.”; “Em caso de alterações persistentes, procure um serviço de saúde.”; “Saiba mais em inca.gov.br”; “Disque saúde 136”; além das logos do Inca, do SUS, do Ministério da Saúde e do Governo Federal. Há também, acompanhando uma transformação social, os endereços eletrônicos das diferentes mídias sociais do Ministério da Saúde. São as mídias do ministério porque o Inca não tem mídias sociais além de seu portal, que aparece no dizer do “Saiba mais”, e da TV Inca, um canal no YouTube. Em relação ao Disque Saúde, desde abril de 2011, o número 136 dá acesso à Ouvidoria do SUS e a serviços de orientação à

população. O telefone, composto de três números, foi escolhido para facilitar a memorização por parte das pessoas (Conselho Federal de Enfermagem, 2011). Desde sua implementação, a logomarca do 136 é colocada em todas as publicações do Ministério da Saúde, tanto nas propagandas quanto nas publicações técnico-científicas.

A presença das logomarcas institucionais e de governo, como já observado até aqui, faz funcionar o jogo imaginário, conforme proposto por Pêcheux (2014a [1969]). O sujeito que ocupa a posição em *A* é aquele que tem a autoridade para falar sobre o câncer (Inca), sobre saúde pública (SUS e Ministério da Saúde) e sobre ações governamentais (Governo Federal). É interessante notar que o dizer institucional, do lugar de autoridade, é aquele que aparece no canto esquerdo inferior do cartaz, primeiro com uma informação do campo dos dados científicos: “O câncer de mama é o que mais atinge as mulheres no Brasil e no mundo.”, depois com uma série de indicações sobre como a mulher deve agir: “fique”, “olhe, sinta e apalpe”, “procure”, fazendo funcionar tanto a posição de autoridade da instituição, a quem cabe dizer, de modo imperativo, como o sujeito que ocupa a posição em *B* deve agir, quanto o efeito de urgência, algo que deve ser feito diante de determinados sintomas. Funciona ainda o efeito de persuasão, próprio da linguagem da propaganda, como já discutimos. Contudo, o texto principal do cartaz, o que aparece em fonte maior, com jogo de cores e alternância entre caixas-altas e baixas, não é o dizer institucional, apesar de o ser. Esse é o dizer das mulheres cujos corpos incompletos são convocados a produzir sentidos sobre o câncer.

Nos cartazes analisados até aqui, o corpo da mulher comparece como uma forma de ilustrar o que o sujeito na posição de autoridade tem a dizer: a mulher desfalecida da década de 1940, com o dizer “lutai contra o câncer”; a Vênus dos anos 1970, ilustrando a mulher que é demandada a aprender a se defender contra seu maior inimigo; o retrato da atriz segurando os seios, acompanhando o dizer da autoridade “a cura pode estar em suas mãos”; a ilustração dos anos 1990, que repete em parte a dos anos 1980, mas na qual o sujeito na posição de autoridade fala sobre o autoexame como “um toque de carinho”. Até então, nenhum dos dizeres era enunciado pelas figuras femininas presentes nos cartazes. As mulheres estavam silenciadas, enquanto algo era dito sobre elas, para outras mulheres. Eram apenas corpos dóceis (Mota, 2020), *com-forma(do)s* (Leandro-Ferreira, 2023), expostos à observação e ao julgamento. De modo diferente, o dizer principal do cartaz da década de 2010, “Embora diferentes temos algo em comum: o cuidado com o nosso corpo.”, é o dizer das mulheres, dessas parcialmente presentes no cartaz, o que mostra também a fonte utilizada, que simula uma letra manuscrita. Funcionamento semelhante pode ser visto no cartaz da Figura 30b, dessa mesma década de 2010.

Por mais que o texto do cartaz seja uma propaganda institucional sobre o câncer, a estratégia de comunicação utilizada foi apresentar um “nós”. Indursky (1992, p. 64), refletindo sobre o “nós” político e o que ela nomeia como “não pessoa discursiva”, afirma que “NÓS representa [...] toda a série que refere a primeira pessoa do plural, a saber, nós, nos, nosso, bem como a desinência verbal de primeira pessoa do plural”. No cartaz da década de 2010, o “nós” é marcado desinencialmente no verbo *ter* (*temos*) e pelo uso do pronome possessivo de primeira pessoa do plural (*nosso*), que, em conjunto com a imagem de três mulheres, produz um efeito de um dizer coletivo, assim como é percebido por Indursky (1992) em sua análise, além de produzir um efeito de identificação entre as mulheres do cartaz e as mulheres imaginárias que ocupam a posição do sujeito em *B*, aquele com o qual se fala, conforme teoriza Pêcheux (2014a [1969]).

Na década de 2010, há um aumento da importância e do impacto das mídias sociais no cotidiano da formação social. Esse impacto está, inclusive, marcado no próprio cartaz, com os endereços das redes do Ministério da Saúde no canto direito superior. As campanhas de saúde começam a circular fortemente nessas redes, sem, contudo, suplantam os modos tradicionais de circulação dos cartazes físicos, expostos nas unidades de saúde do SUS, por exemplo. Uma das características mais importantes das mídias sociais é a possibilidade de que qualquer sujeito assumam o protagonismo do dizer. No imaginário dessa “nova formação social”, na qual todos falam, não cabe mais usar os corpos femininos apenas como ilustração. As mulheres precisam e podem falar. O cartaz traz um funcionamento diferente do jogo imaginário. “Quem sou eu para lhe falar assim?” e “Quem é ele para que eu lhe fale assim?”, indaga Pêcheux (2014a [1969], p. 82), ao refletir sobre as formações imaginárias. O “eu”, o sujeito que ocupa a posição em *A*, são mulheres, mulheres que se cuidam, que cuidam do próprio corpo, que se previnem contra a doença. E elas falam com outras mulheres, que ocupam a posição em *B*, que também cuidam ou que precisam cuidar — porque são mulheres — do próprio corpo e prevenir-se contra o câncer. Produz-se um efeito de identificação nesse jogo imaginário, são sujeitos falando para seus semelhantes, “de mulher pra mulher”, como dizia uma antiga propaganda.

Contudo, todo esse funcionamento se dá como um grande teatro, porque quem de fato ocupa a posição em *A* é a instituição. Como afirma Mariani (1999, p. 48), “sobre as instituições recai uma forte carga de controle social: elas servem para modelar as práticas sociais existentes”. Em busca de modelar as práticas sociais na área do controle do câncer, é o Inca, a instituição, que define o roteiro, que escreve o roteiro. Às mulheres cabe o papel de “declamar” aquilo que é chancelado pela instituição, pela autoridade. As mulheres “falam”, mas sua fala é programada, pois esse dizer deve ser o dizer da instituição, chancelado pela autoridade competente no assunto, para que se afaste o charlatanismo, preocupação que já se encontrava na década de 1940. Se, no

imaginário, todos podem dizer nas mídias sociais, ao mesmo tempo qualquer coisa pode ser dita, coerente ou não com os princípios científicos, no caso dos dizeres sobre a saúde. Logo, ao colocar o dizer de mulheres para mulheres como o discurso institucional, ao mesmo tempo que há um efeito de aproximação dos sujeitos imaginários nas posições *A* e *B*, afasta-se o charlatanismo, aquilo que é incompatível com os preceitos da ciência da saúde e do câncer, especificamente. Quem sou eu para lhe falar assim? Como mostra Indursky (1992, p. 64), o “nós não é exatamente um plural, mas um EU ampliado, que possibilita ao enunciador integrar outros enunciadores ao seu dizer”. No cartaz, quem lhe fala assim é um “nós”, mulheres como as mulheres com quem nós falamos, mas, na verdade, eu sou um “nós”, as instâncias de poder governamental que produzem políticas de Estado para a saúde da população; logo, um nós que integra diferentes enunciadores em seu dizer. Quem é ele para que eu lhe fale assim? “Ele” são as mulheres sobre as quais recai a responsabilidade com o cuidado do próprio corpo, com o estar atenta, com o olhar, sentir e apalpar as mamas, e com a procura de um posto de saúde em caso de alterações suspeitas. As mulheres que devem ser orientadas e ensinadas.

Os três corpos presentes nos cartazes estão cortados, são corpos parciais. São mulheres? A presença de brincos, adornos historicamente femininos, o formato dos rostos não tão angulosos, mais suaves, a ausência de pelos e marcas de pelos faciais e um discreto volume no colo, onde se marca o início dos seios, além de se tratar de uma propaganda sobre o câncer de mama, dão o indicativo de que sim, são mulheres. As marcas de expressão na face, principalmente da mulher no centro, as manchas na pele do colo, características do envelhecimento, e algumas marcas no colo indicam que são mulheres na faixa etária alvo da campanha, entre 50 e 69 anos, todas com os colos desnudos. O tema do cartaz é o câncer de mama, mas as mamas não estão presentes na imagem do cartaz. Esse é um câncer que afeta as mulheres, mas os rostos delas estão cortados no cartaz; não é possível ver seus olhos, são mulheres não identificadas e não identificáveis. Diferentemente do cartaz dos anos 1980 (Figura 21), em que a mulher olha diretamente para frente, como se olhasse para o sujeito que olha o cartaz, as mulheres do cartaz dos anos 2010 não olham o sujeito imaginado na posição em *B*, pois elas não têm olhos, mas têm bocas. As bocas estão presentes; as mulheres não olham, mas elas podem falar. A presença das bocas, diante da ausência dos olhos, reforça o efeito imaginário de que o enunciado é produzido por elas, por esse nós, cuja singularidade é apagada pela ausência dos olhos e coletivizada pela presença das bocas que dizem “temos”, que dizem “nosso”.

No cartaz da década de 2010, as três imagens dos corpos femininos têm o mesmo corte entre o seio e a ponta do nariz. As três bocas têm expressão similar, as orelhas portam brincos pequenos, e os cabelos são curtos. Além da ausência dos olhos, a construção de imagens

similares entre si funciona na produção de um efeito de apagamento da singularidade dos sujeitos. Ainda assim, é possível perceber, naquilo que não se pode apagar, que são mulheres diferentes: o formato do corpo, o formato do rosto e a cor da pele. A mulher que ocupa o centro é branca; à sua esquerda, está uma mulher parda; à sua direita, uma mulher preta. Embora a imagem construa um recorde similar entre as mulheres, o próprio texto reforça a não igualdade: “embora diferentes”. O adjetivo “diferente” tem funcionamento comparativo, ou seja, uma coisa é diferente de outra, em comparação a outra. No cartaz, essa comparação se dá entre as próprias mulheres; uma é diferente em comparação à outra.

O cartaz que traz a imagem de três mulheres trabalha um “nós” como uma fala coletiva. Em “embora diferentes”, funciona um processo de individualização desse coletivo: trata-se de mulheres que são diferentes, cada uma é um indivíduo. A imagem do cartaz reforça essa diferença principalmente pela marca racial e pelos tons no fundo de cada fotografia, uma variação de tons terrosos que vão do mais claro ao mais escuro, acompanhando a cor da pele de cada mulher retratada. O adjetivo “diferente” mobiliza sentidos que se opõem ao sentido de igual, mas também são uma oposição aos sentidos mobilizados por “em comum”, expressão que aparece no sintagma seguinte. Esse funcionamento de oposição já está presente na primeira palavra desse dizer das mulheres, que é a conjunção adverbial concessiva “embora”. Tal grupo de conjunções introduz orações que funcionam como uma concessão ao contraditório, ao oposto. “Embora diferentes” funciona como uma concessão a algo que está por vir e que se opõe aos sentidos mobilizados pelo adjetivo “diferente”: “temos algo em comum”. “Em comum” é algo que se assemelha, que se aproxima, que é parecido, é igual, é o mesmo algo. Se há diferença, há também semelhança, e é esse sentido de semelhança que faz funcionar, pela via do interdiscurso, daquilo que fala antes, em outro lugar, conforme aponta Orlandi (2013b), um sentido de união, de coletividade, que proporciona que mulheres “diferentes” se unam em um discurso coletivo, no qual a singularidade é apagada.

O “algo” em comum, que une mulheres, que se impõe às mulheres e que delimita a posição-mulher em uma formação discursiva patriarcal é o cuidado. Conforme já discutido no cartaz da década de 1990, sobre as mulheres recai o cuidado como um efeito de evidência, que naturaliza esse sentido como uma característica que define o que é ser mulher. Como afirmam Tejada e Vinhas (2020, p. 4): “A sociedade deposita nas mulheres uma série de expectativas em função de seu sexo biológico, e isso tem efeitos no processo de interpelação ideológica.” É pelo funcionamento da ideologia que às mulheres cabe, como uma evidência, o cuidado com o outro e consigo mesmas, pois, para cuidar do outro, é necessário cuidar de si, de sua saúde, de seu bem-estar, de seu próprio corpo. A relação entre a mulher e o cuidado com a saúde se dá até mesmo

pela tradição, no Brasil, de as mulheres fazerem mais consultas médicas que os homens. Conforme apontam dados da última Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, “a proporção de mulheres (82,3%) que consultaram médico foi superior à dos homens (69,4%)” (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020, p. 39). Pesquisadores e profissionais da saúde afirmam ainda que grande parte dos homens que procuram serviços de saúde o faz estimulada por mulheres, sejam familiares ou companheiras (Goiás, 2023). Assim, mulheres, ainda que diferentes, têm algo em comum: “o cuidado com o nosso corpo” (e com o corpo do outro).

Apesar de trazer mulheres visivelmente diferentes, o recorte feito no corpo produz um efeito de coletividade, um discurso que abrange todas as mulheres, já que as presentes no cartaz não podem ser singularizadas e falam de forma coletiva. Em “Embora diferentes temos algo em comum: o cuidado com o nosso corpo.”, também está presente esse sentido de coletividade, pois não é possível atribuir o dizer a uma mulher específica; é o dizer de todas elas, o dizer coletivo. Como já discutido na análise da década de 1990, Orlandi (2012a, entre outros) afirma que o discurso articula dois grandes processos: o parafrástico, que permite a produção de um mesmo sentido sob diversas formas; e o polissêmico, que diz da possibilidade de que os sentidos sejam diferentes, múltiplos. Pensando em processos parafrásticos, esse efeito de coletividade é ratificado em: “Nós, as mulheres, mesmo com diferenças, de modo semelhante, cuidamos do nosso corpo.”. A introdução do aposto “as mulheres” para delimitar o sujeito “nós” é possível pela articulação entre o dizer “temos” e a imagem, que indica que o sujeito que enuncia são as mulheres cujas bocas, ainda que fechadas, proferem tal dizer.

O efeito de coletividade desliza para o de generalidade quando construímos a paráfrase: “Todas as mulheres, de modo semelhante, cuidam do próprio corpo”. A mudança da primeira para a terceira pessoa do plural na construção da paráfrase é possível, pois há, nessa primeira pessoa, esse efeito de apagamento da singularidade, de um coletivo que desliza para um genérico. Nós, as mulheres; nós, todas as mulheres. Outras paráfrases ratificam esse efeito de generalização, como “a mulher tem cuidado com o próprio corpo”, “qualquer mulher tem cuidado com o próprio corpo”. Em “todas as mulheres”, “a mulher” e “qualquer mulher”, há a inclusão, sem a explicitação, do efeito de sentido produzido por “diferentes”, pois se faz referência à mulher, a uma mulher, a todas elas, a qualquer uma delas, independentemente de suas características físicas, sociais, econômicas, raciais; basta que seja mulher. No caso do cartaz, cabe reforçar, trata-se de mulheres cis, pois as campanhas de câncer de mama sempre são voltadas para esse público; logo, esse efeito de generalização não contempla mulheres transexuais.

Os processos parafrásticos apontam para uma evidência de um sentido sobre a mulher: “toda mulher cuida”, “se é mulher, logo cuida”. Há o apagamento, pela ideologia, de que o

papel do cuidado, da cuidadora é atribuído historicamente à mulher e não se configura como um “dom natural”, do qual as mulheres já são biologicamente dotadas. É pela via da ideologia que se produz o efeito de evidência, o pré-construído, que, conforme afirma Pêcheux (2014c [1975], p. 151), “corresponde ao ‘sempre-já-ai’ da interpelação ideológica”, que diz da mulher como alguém que cuida, cuida de si, cuida do outro. Essa rede parafrástica funciona dentro da formação discursiva que chamamos patriarcal, pois ela determina o que pode e deve ser dito” (Haroche; Pêcheux; Henry, 2020 [1971]) sobre a mulher, determinando também o que não pode e não deve ser dito. Ao sujeito mulher, na formação discursiva patriarcal, o não cuidado e o descuido são sentidos interditados. Enquanto o dizer “temos algo em comum: o cuidado com nosso corpo” é permitido, dizeres como “algumas mulheres não cuidam do próprio corpo”, “temos algo em comum: o não cuidado com nosso corpo” “nós, mulheres, não cuidamos de nosso corpo”, “nenhuma mulher cuida do próprio corpo”, “mulheres não cuidam”, “se é mulher, logo não cuida”, “mulheres são negligentes” são interditados, não são possíveis de serem ditos dentro da formação discursiva patriarcal. Esses dizeres só são possíveis pela via da polissemia, pois o sentido sempre pode ser outro. Pensando sobre o sentido de resistência em Análise de Discurso, Mariani (1998, p. 36) afirma que a resistência é “a possibilidade de, ao se dizer outras palavras no lugar daquelas prováveis ou previsíveis, deslocar sentidos já esperados”. Os sentidos interditados fazem-se presentes pelo próprio furo no processo de interdição, porque esse furo, essas outras palavras, não ditas, produzem sentidos e deslocam os sentidos esperados para outro lugar, funcionando como forma de resistência. Tais sentidos só seriam permitidos dentro de outras formações discursivas que não a patriarcal nem a da saúde.

Como aponta Lagazzi no vídeo-verbete da Enciclopédia Virtual do Discurso (Encidis): “Reconhecer-se em novos sentidos é ter a possibilidade de produzir furos no social e isso é, a meu ver, resistir simbolicamente” (Resistência [...], 2020). É no espaço daquilo que é interditado que as mulheres podem reconhecer-se em novos sentidos, em sentidos outros que não o da mulher que cuida, e, assim, a própria interdição possibilita a resistência naquelas mulheres que não cuidam, que não são mães, que não são jovens, que não são belas, que têm câncer. Há resistência no próprio adoecimento da mulher, dado que todo o discurso sobre o câncer que convoca o corpo feminino traz a interdição ao adoecimento: a mulher não pode adoecer, deve lutar, prevenir-se, examinar-se, amar-se, cuidar-se; porém, ainda assim ela, mesmo submetida aos “cuidados com o próprio corpo”, adocece e continua a adoecer.

A mulher que adocece por câncer é a mulher que não cuida? Ter câncer é uma forma de negligência? Magalhães (2013, p. 214), discutindo o discurso do “você pode” promovido pelo capitalismo, afirma: “O sistema econômico capitalista precisa do silenciamento dos

determinantes da sociedade capitalista”. Está posto, no discurso sobre o câncer, principalmente sobre o câncer feminino, que o sujeito, ou a mulher, nos exemplos analisados, é o responsável por seu processo de adoecimento ou de não adoecimento, e de detecção precoce da doença. À mulher cabem sempre as ações imperativas: lutar, aprender, procurar, examinar, fazer, ficar, olhar, sentir, apalpar. São ações impostas às mulheres, pois mulheres tocam com carinho, mulheres cuidam. Mas há, como afirma Magalhães (2013), o silenciamento dos determinantes de uma formação social capitalista e patriarcal ocidental. Federici (2023, p. 79), ao discutir a reconstrução do corpo feminino pela medicina, afirma: “A responsabilidade é nossa se adoecemos, dizem. Os médicos não nos perguntam se moramos perto de um aterro sanitário ou se temos problemas financeiros, e sim quantas doses de bebidas tomamos, quantos cigarros fumamos, quantos quilômetros corremos”. O processo de adoecimento por câncer é multifatorial, e, enquanto os sujeitos são responsabilizados em seu caráter individual, ou em sua coletividade de gênero, a formação ideológica capitalista silencia os fatores de risco produzidos pelo capital: a poluição emitida pelas diversas indústrias; o uso amplo e irrestrito dos agrotóxicos; a produção crescente e o faturamento bilionário da indústria do álcool; as faltas de acesso à alimentação adequada, ao lazer, à atividade física; a falta de acesso aos serviços de saúde, sempre precarizados; entre outros silenciamentos. Ao se dizer da reponsabilidade do sujeito, cala-se a responsabilidade do capital, fazendo funcionar o silêncio constitutivo, que, como teoriza Orlandi (2007, p. 102), se dá, pois “todo dizer cala algum sentido necessariamente”. Por mais que, sobre o sujeito, possa recair uma responsabilidade individual do cuidado com seu corpo, da prevenção de seu adoecimento e da agilidade na busca por serviços de saúde, a responsabilização exclusiva do sujeito, como se o adoecimento fosse um mero fruto de suas escolhas, produz um efeito de evidência de que o adoecimento é individual, apagando os fatores coletivos que levam a esse processo, incluindo o papel do capital.

Por fim, ou por continuidade, gostaríamos de retornar à *Vênus de Milo*, aquela do cartaz da década de 1970, a Vênus quebrada. O retorno à memória da imagem da Vênus sem os braços e o pé se faz pela presença de mulheres incompletas na imagem do cartaz. Mulheres sem olhos, que devem prevenir-se contra o câncer de mama, mas que também aparecem sem as mamas no cartaz. Apesar de o discurso sobre o câncer convocar sentidos de cuidado, de carinho, há certa violência na imagem das mulheres cortadas, sem singularidade, despersonalizadas, o que traz novamente o discurso bélico, colocando o câncer de mama no lugar do inimigo que pode vencer a mulher, quebrá-la, cortá-la. Diante do real do corpo, do adoecimento, será possível alguma forma de resistência pela via do discurso? As mulheres adoecem, as mulheres morrem, mas as

mulheres também sobrevivem, partidas ou inteiras; as mulheres falam, e no dizer, assim como no corpo, elas promovem resistência.

A construção do discurso sobre o câncer nos cartazes de campanhas educativas não se faz fora das condições de produção. Na década de 2010, a demanda por diversidade racial na mídia se fortaleceu, e grandes marcas passaram a incluir pessoas negras — pretas e pardas — em suas campanhas publicitárias. No campo da saúde pública, não foi diferente. Como deixar de fora parte tão significativa da população, como se a saúde não fosse para elas? Ainda assim, muitas pessoas ficam de fora dessa discursividade. “Nosso corpo”, que é o das mulheres brancas, pretas e pardas, não é o corpo da mulher indígena, do homem trans, da pessoa obesa, ou de uma PcD. A demanda social por outras diversidades continua a constituir as condições de produção que vão fazer parte da construção do discurso sobre o câncer nos cartazes de campanhas educativas da década de 2020, como veremos na seção a seguir.

5.9 DÉCADA DE 2020 — SEU CORPO, SUA VIDA

A década de 2020 ainda está em curso, mas, dado que algumas temáticas novas foram incluídas nesse período, decidimos analisar uma campanha com base nos cinco anos de materiais até aqui produzidos. O ano 2020, primeiro da década, tem uma grande particularidade: a pandemia de covid-19. No Dia Mundial do Câncer, 4 de fevereiro, antes do primeiro caso de covid-19 confirmado no país, o Inca lança uma campanha com o *slogan* “Eu sou, eu vou”, cujos cartazes são ilustrados por pessoas famosas, como a bailarina Ana Botafogo, o coreógrafo Carlinhos de Jesus, a atriz Suzana Vieira e o ator Márcio Kieling. Na década de 1980, há a primeira associação de pessoa famosa com campanhas educativas sobre o câncer; na década de 2010, a atriz Zezé Mota participa de uma campanha; no início dos anos 2020, diversos artistas emprestam suas imagens para falar sobre o câncer, o que aponta para um processo de transformação no discurso sobre o câncer, que se torna mais naturalizado e passa a ser menos silenciado.

No mês de outubro de 2020, o Inca lança uma campanha sobre câncer de mama com dois cartazes com mesmos dizeres, mas cada um com uma mulher diferente: em um, uma mulher branca na faixa etária alvo do programa, de 50 a 69 anos, e no outro, uma mulher negra também na mesma faixa etária, ambas totalmente vestidas, com os braços quase que escondendo os seios, o que pode ser reflexo das condições de produção de um momento histórico, em que há um retorno ao conservadorismo na formação social e no campo político. Já no *Dia Nacional de Combate ao Câncer*, 27 de novembro, é lançada uma campanha diferente de todas as anteriores, fruto das condições de produção da pandemia de covid-19.

Nessa campanha, são ilustrados profissionais de saúde, que convocam as pessoas a fazerem o tratamento para o câncer. Em razão do isolamento social e do medo de contrair a covid-19, muitos pacientes pararam de ir ao hospital, abandonando o tratamento de câncer, o que justificou a temática da campanha em questão.

Figura 32 — Campanhas de 2020, nos cenários pré-pandêmico e pandêmico



Fonte: inca.gov.br.

Se, na década de 2010, um sentido de diversidade começa a ser construído nas campanhas educativas sobre o câncer, sendo incluídas mulheres mais velhas e com alguma diversidade de corpos, pessoas pretas, homens e crianças, na década de 2020 esse sentido ganha ainda mais força. Em 2022, a campanha do Dia Mundial do Câncer traz, pela primeira vez, PcD (sujeitos surdo, cego e cadeirante), indígena e pessoa de origem asiática (Figura 33). Essa campanha foi construída para ser veiculada apenas nos meios digitais, sem material impresso, e não produziu cartazes, mas, sim, *cards* para mídias sociais. Selecionamos o *card* da Figura

33, pois ele contempla todas as imagens que foram veiculadas de modo individual em outros *cards*, com algumas representações a mais. Tal *card* é o único material exclusivamente digital que selecionamos para nossa pesquisa, apesar de não ser um cartaz de campanha educativa sobre o câncer, pois é nele que, pela primeira vez, aparecem essas outras diversidades.

Figura 33 — *Card* do Dia Mundial do Câncer de 2022 ilustrando a diversidade



Fonte: gov.br/inca.

Na Figura 33, diversos corpos são convocados a significar sobre o câncer. Não há extensos dizeres, dado o meio de divulgação, mas há o uso de uma *hashtag*²⁴, recurso que aponta para uma atualidade e uma circulação virtual da campanha, já que essas são uma forma de agrupar postagens sobre determinado tema. É interessante notar que a *hashtag* em questão fala de cuidado, mas não de um cuidado individual, como tem sido visto até aqui. “Cuidados para todos” não é o mesmo que “todos se cuidando”, mas, sim, cuidados sendo ofertados para todos, o que desloca o sentido de responsabilidade sobre o cuidado do sujeito para quem deve oferecê-lo, e essa oferta deve ser feita a todos, iguais e diferentes. Funciona aqui um ressoar de “embora diferentes” da campanha de 2010, mas com a inclusão de uma maior diversidade.

²⁴ Nas mídias sociais, *hashtag* é uma palavra ou uma frase que começa com o símbolo "#". Ela é usada para marcar um tópico ou assunto em uma publicação, facilitando que outros usuários encontrem assuntos específicos marcados por uma *hashtag*.

Figura 34 — Cartazes da campanha do Outubro Rosa de 2024 — mulher: seu corpo, sua vida



Fonte: ninho.inca.gov.br.

Para a campanha do Outubro Rosa de 2024, ano que englobou os cânceres de mama e útero, foram produzidos três cartazes, todos com o mesmo texto, mas cada um ilustrado por uma mulher diferente: uma mulher negra na faixa etária alvo para o rastreamento do câncer de mama; uma mulher negra jovem na faixa etária alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero; uma mulher branca e PcD, jovem, na faixa etária alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero. As três mulheres reproduzem uma pose parecida em um tipo de autoabraço. Assim como na campanha de 2010, os tons escolhidos são terrosos, com variação de cor, de acordo com o tom da pele da mulher no cartaz. Apesar de o mês da campanha ser conhecido pela cor rosa, como é visto nos cartazes das Figuras 32b e 32c, é possível perceber um movimento de mudança da associação dessa cor ao câncer feminino. Há o funcionamento de uma ruptura com a imagem da mulher de rosa, a boneca, a Barbie, dócil, gentil, submissa, todos efeitos advindos pela via do interdiscurso na formação discursiva patriarcal. A campanha produziu cartazes nos formatos retrato e paisagem (Figuras 34 e 35).

Figura 35 — Cartaz da década de 2020



Fonte: ninho.inca.gov.br.

Pêcheux (2015b [1983], p. 49) afirma que, para se trabalhar com as materialidades discursivas: “A primeira exigência consiste em dar o primado aos gestos de descrição das materialidades discursivas”. Passemos, então, à descrição. Os cartazes da campanha têm uma quantidade maior de textos do que os das décadas anteriores. O texto principal, com diferentes tipos, cores e alternância de caixa, traz a convocação à mulher: “mulher: seu corpo, sua vida”. Logo abaixo, à esquerda, completando essa convocação, vem o texto “O câncer de mama e o do colo do útero têm prevenção e tratamento.”. Dividindo o cartaz entre a parte de cima e a parte de baixo, mais uma convocação à mulher: “Conheça seu corpo. O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a sua vida.”. Na parte de baixo, há uma linha vertical dividindo dois temas. À esquerda, há um símbolo que faz uma releitura de outro, internacionalmente conhecido como das campanhas do câncer de mama, uma espécie de alvo que também simboliza um seio em suas três

partes: mamilo no círculo do centro, aréola no círculo em volta do mamilo e o restante do seio completando o círculo maior. Esse símbolo não é o desenho de uma mama, o que faz funcionar certo efeito de silenciamento do seio feminino, um tabu que envolve esse órgão. Abaixo do símbolo, a confirmação do tema “câncer de mama”. Em seguida, abaixo, estão três frases sobre o câncer de mama: uma informação do campo da ciência, uma convocação à mulher e uma informação sobre a idade e a periodicidade recomendadas para a realização da mamografia de rastreamento. Do lado direito, diferentemente do símbolo que representa o seio, há um desenho de um útero seguido da confirmação “câncer do colo do útero”. Abaixo, três frases sobre o tema, seguindo a mesma disposição do outro lado: uma informação do campo da ciência, uma convocação, dessa vez indireta, e a informação sobre a idade e a periodicidade do exame de rastreamento, conhecido como “preventivo”. Finalizando os textos do cartaz, a frase “A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.”.

Nos cartazes da campanha da década de 2020, também ocorre uma maior quantidade de logomarcas em relação às décadas anteriores. Como na década de 2010, no canto superior direito aparecem os endereços das mídias sociais do Ministério da Saúde. Junto e acima deles, a logo do 136 atualizada, chamada agora de OuvSUS, não mais Disque Saúde, como na década anterior. Na metade direita inferior, as logomarcas institucionais do Inca, do SUS, do Ministério da Saúde e do Governo Federal, como na década de 2010, com a diferença de que, após a logo do Inca, aparece uma nova, que diz “Brasil bem cuidado”. Essas logomarcas institucionais fazem funcionar o jogo imaginário que marca o sujeito que ocupa a posição em *A* (Pêcheux, 2014a [1969]) como a autoridade sobre o tema, conforme já discutido nas análises anteriores. Na metade direita superior, uma logo que diz “Fé no Brasil”, e, na inferior, uma logo do Outubro Rosa. Há ainda o convite “saiba mais”, que, diferentemente da década anterior, não leva ao portal do Inca, mas a uma página chamada “Saúde da Mulher”.

A logomarca “Fé no Brasil” relaciona-se a uma ação de mesmo nome que foi lançada pelo Governo Federal em 1º de maio de 2024 para ressaltar os resultados alcançados pela gestão federal. Conforme afirma a Secretaria de Comunicação Social do governo:

Menor taxa de desemprego em nove anos. Crescimento do salário mínimo acima da inflação. Isenção de imposto de renda para mais de 15 milhões de pessoas. Retorno do Brasil à lista das dez maiores economias do mundo. Dívidas de mais de 14 milhões de brasileiros negociadas pelo Desenrola. Esses e outros avanços atingidos a partir de políticas públicas do Governo Federal estão destacados na campanha publicitária batizada de “**Fé no Brasil**” (Brasil, 2024).

Trata-se de uma campanha de propaganda construída em um momento de polarização política acirrada, no qual, entre outras questões, há uma desconfiança por parte da população de

que as eleições foram fraudadas e de que um governo mais à esquerda vai prejudicar o Brasil. Como o cartaz e a campanha em questão são ações de propaganda governamental, a logomarca criada para divulgar aquilo que o governo entende como boas ações também é incluída. Já o “Brasil bem cuidado”, conforme publicação de 11 de abril de 2024 no Instagram do Ministério da Saúde, é um “novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde”. Desde então, a logo do programa Brasil Bem Cuidado passa a fazer parte do conjunto de logos, chamado “tripa”, ligadas ao Ministério da Saúde, e, portanto, comparece no cartaz da campanha lançada pelo Inca.

Da descrição ao gesto de interpretação, gostaríamos de nos deter na análise do cartaz da Figura 35, que traz o corpo de uma mulher PcD para produzir sentidos sobre o câncer. Todos os cartazes trazem exatamente o mesmo texto, as mesmas logomarcas e as mesmas *hashtags*, mas, pela presença de diferentes corpos, eles também significam diferentemente. As mulheres que não são visivelmente PcD são mulheres negras, com idades distintas, e a única mulher branca representada na campanha é a PcD. Por ser a primeira década que aborda deficiências físicas no discurso sobre o câncer, escolhemos esse cartaz para nosso gesto analítico.

A mulher retratada no cartaz faz um gesto de se abraçar, de abraçar o próprio corpo. Sem acesso aos outros dois cartazes da campanha, o gesto de se abraçar ficaria claro, ou pareceria que a mulher em questão está escondendo o seio? Esse é um efeito de interpretação possível para quem vê apenas o cartaz da Figura 35. Contudo, a distribuição do texto principal do cartaz reproduz o gesto do abraço, já que o sintagma “seu corpo” acompanha um braço, e o sintagma “sua vida” acompanha o outro. “Seu corpo, sua vida” é o abraço que a mulher, convocada na primeira palavra do cartaz, dá em si mesma. Imagem e texto se complementam em uma sinergia visual do abraço. Esse efeito, contudo, funciona diferentemente, parcialmente no cartaz da Figura 35, pois o sintagma “sua vida” está onde a parte faltante do braço não está. Na ausência do abraço, o próprio sintagma completa o gesto do abraço. Abraçar-se é um gesto que retoma os sentidos de “carinho” dos anos 1990 e “cuidado” dos anos 2010, é um gesto de uma mulher que se ama, que cuida de si e de seu corpo, pois, em uma formação discursiva patriarcal, o cuidado, o carinho e o amor são atribuições da mulher, como bem nos mostrou hooks (2021).

Ao se lançar um olhar sobre o cartaz em questão, é interessante pensar no movimento parafrástico. Conforme Orlandi (2013b, p. 36): “A paráfrase representa assim o retorno aos mesmos espaços do dizer. Produzem-se diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado”. Em “mulher: seu corpo, sua vida”, podemos construir a paráfrase “mulher: o corpo que se tem, a vida que se tem”. Existem, ao longo da história e ainda de maneira muito forte atualmente, um padrão de corpo e uma busca pelo corpo perfeito. Por mais que esse movimento hoje alcance também os homens, é sobre o corpo da mulher que ele de fato se concretiza, gerando um ciclo

infindável de insatisfação corporal e busca por adequação aos padrões sociais, que, atualmente, estão entre o retorno da magreza feminina extrema e um corpo com músculos definidos forjado na academia e na dieta chamada *fitness*. Contudo, a vida material está atrelada à sobrevivência de um corpo material: “seu corpo, sua vida”, porque o corpo que se tem é a vida que se tem, e a vida acontece não no corpo desejado, mas no corpo que se tem. Há a mobilização de um sentido de ação no presente, uma ação que deve ser realizada no agora, com “seu corpo”, o “corpo que se tem”, marcada mais uma vez pelo uso do imperativo “Conheça seu corpo” na frase horizontal que atravessa o cartaz. Não se deve esperar para alcançar o corpo perfeito, emagrecer, estar no padrão, ganhar massa muscular; a mulher deve conhecer o corpo que ela tem, pois o corpo que ela tem é a vida que ela tem. No cartaz da Figura 35, esse sentido é ainda mais reforçado, pois a mulher PcD tem um corpo faltante, um corpo que carrega um braço pela metade, um corpo imperfeito diante do padrão social de perfeição, mas esse corpo faltante também deve ser conhecido, também deve ser cuidado, pois ele é a vida dela, é nesse corpo material que a vida dela existe. É necessário, portanto, cuidar do corpo que se tem, pois é ele que permite a vida de cada um, de cada mulher: “seu corpo, sua vida”.

O texto principal do cartaz, que abraça o corpo feminino, aparece como um resumo do texto introduzido pelo imperativo: “Conheça **seu corpo**. O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a **sua vida**”. Orlandi (2013b, p. 83), falando sobre o silêncio constitutivo, afirma que “uma palavra apaga outras palavras (para dizer é preciso não-dizer: se digo ‘sem medo’ não digo ‘com coragem’)”. Há um silêncio constitutivo que produz sentidos ao dizer “vida”, pois, para dizer “vida”, é preciso não dizer “morte”. O câncer é uma doença que, pela via da memória, está associada à morte. Ao dizer “vida”, a morte é silenciada, mas permanece presente, produzindo efeitos. Com o uso da palavra “salvar”, mobiliza-se o sentido de um perigo iminente, o perigo da morte; logo, cuidar do corpo é essencial para a manutenção da vida. Os sentidos mobilizados poderiam ser expressos por paráfrases como: “cuide do seu corpo e permaneça vivo”, “cuide do corpo seja ele qual for, porque sua vida depende dele”. Já os dizeres “cuide de seu corpo e não morra”, “não cuide de seu corpo e morra”, “não cuidar do corpo aumenta as chances de morrer”, por mais que pareçam paráfrases possíveis, são interditados, pois, como afirma Orlandi (2013b, p. 30), “os sentidos não estão só nas palavras, nos textos, mas na relação com a exterioridade, nas condições em que eles são produzidos e que não dependem só das intenções do sujeito”. Em uma formação social capitalista e patriarcal ocidental, a morte é vista como derrota, tabu; logo, seu dizer é constantemente interditado. Então, na relação com a exterioridade, é possível falar de cuidado que garante a manutenção da vida, mas é interditado dizer do não cuidado que antecipa a morte. E, ainda assim, pela via do

não dito, o sentido de morte permanece produzindo efeitos, ao dizer “seu corpo, sua vida” ou “Conheça seu corpo. O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a sua vida.”.

Outro movimento de leitura mobilizado pelo sentido silenciado de morte e pela presença do pronome possessivo “seu” é que o corpo só pertence ao sujeito enquanto ele está vivo. A morte lhe rouba o corpo, pois o corpo, na morte, deixa de ser “seu”; logo, em um movimento polissêmico, de “deslocamento, ruptura dos processos de significação” (Orlandi, 2013b, p. 36), poderíamos dizer “não vida, não corpo”. Quando a vida finda, o corpo, cuja existência permanece além da vida, não pertence mais ao sujeito a que pertencia enquanto havia a vida. O corpo pode ser destinado ao sepultamento, à cremação, à ciência, mas essa destinação final é feita por outro, não necessariamente por aquele sujeito a quem o corpo pertenceu em vida. A morte, portanto, produz um desligamento do corpo e promove um descolamento entre corpo e vida, fazendo com que “seu corpo” passe a ser apenas “um corpo” ao cessar sua vida.

É interessante pensar na afirmação: “O câncer de mama e o do colo do útero têm prevenção e tratamento.”. Na década de 1970, o cartaz afirmava que o exame “vence o câncer”; na década de 1980, que “a cura pode estar em suas mãos”; na década de 2020, fala sobre prevenção e tratamento, mas silencia a palavra “cura”. Dizer uma coisa para não dizer outra, afirma Orlandi (2013b). A informação sobre prevenção e tratamento vem do campo da ciência oncológica, que afirma que bons hábitos de vida, como não beber, não fumar, ter alimentação saudável e praticar atividades físicas diminuem o risco de câncer, e que tumores descobertos no início, a partir de exames preventivos, como a mamografia e o Papanicolaou, têm maior possibilidade de resposta positiva ao tratamento. Por mais que muitos pacientes se digam curadas do câncer assim que terminam seus tratamentos, uma resposta positiva não é a chamada cura, e, sim, estar sem evidência de doença, ou seja, não ter indicativos de câncer em exames laboratoriais ou de imagem. O câncer, hoje, é considerado uma doença crônica, pois, após seu tratamento, o paciente continua em seguimento, ou seja, continua sendo acompanhado periodicamente ao longo de, no mínimo, cinco anos por uma equipe médica, realizando exames, para que se avalie a possibilidade de retorno do câncer. Somente após muitos anos de seguimento sem recidiva de doença ou novo tumor primário é que se pode falar em cura (Brasil, [202-]b; Instituto Nacional de Câncer, 2025b). Por mais que o câncer seja considerado curável, ao se dizer “têm prevenção e tratamento”, tem-se um funcionamento discursivo que interdita um sentido de cura imediata: há a promessa de tratamento, não necessariamente de cura.

Os textos que vêm na parte de baixo do cartaz têm um funcionamento educativo, trazendo informações sobre a prevenção dos cânceres de mama e colo do útero, quando e quais exames realizar e onde realizar (no SUS), e convocando as mulheres a se cuidarem, mais uma

vez com o uso do imperativo “fique atenta”, e a cuidarem de seus filhos, apresentando a faixa etária da vacinação contra o HPV. Esse conjunto de informações, o uso do pronome possessivo “seu” e o prefixo “auto” em “autocuidado” fazem funcionar a responsabilização do sujeito sobre sua saúde e seu corpo. Como já discutido, as responsabilidades coletivas, as responsabilidades do capital são sempre silenciadas, restando ao sujeito — à mulher — o cuidado sobre a prevenção ao adoecimento e o tratamento diante da doença.

Perceber alterações no próprio corpo, realizar exames de rastreamento e procurar o sistema de saúde diante de qualquer alteração suspeita são ações que, de fato, só cabem ao sujeito. Nem o Estado, nem o capital, nem mesmo um familiar ou cuidador podem fazer isso por “seu corpo, sua vida”. Mas as condições materiais para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, como o consumo de alimentos naturais e orgânicos, a prática de atividade física, o lazer etc., bem como a condição de atendimento de saúde adequado e ágil para que o adoecimento seja tratado, não dependem do sujeito, mas, sim, do Estado e do capital. Ao chamar a mulher ao cuidado com o próprio corpo, existe uma ação exclusiva sobre aquilo que cabe ao sujeito mulher no processo de saúde, e isso é importante, mas essa ação não deve funcionar no apagamento de responsabilidades outras, que deveriam ser igualmente cobradas.

5.10 POR UM EFEITO DE REFLEXÃO

Em nosso percurso de análise, buscamos fazer uma leitura sobre discursos sobre o câncer em cartazes de campanhas educativas ao longo das décadas. Já na leitura do arquivo para construir o corpus, percebemos o corpo feminino funcionando como *corpoediscorso*, convocado a simbolizar a doença. Ao logo das análises, utilizamos diversos conceitos operacionais que constituem o dispositivo analítico de Análise de Discurso para a construção de nossa leitura, como: o jogo imaginário; a paráfrase e a polissemia; o interdiscurso, o pré-construído e a memória; e, como trabalhamos com imagens, a memória da imagem — a intericonicidade; as condições de produção do discurso em sua relação com os efeitos de sentido; resistência; ideologia; entre outros.

Observamos também o funcionamento de diferentes elementos no processo de produção de sentidos sobre o câncer, como o dos verbos no modo imperativo, que traz um sentido de urgência e obrigação relacionados à prevenção do câncer. Buscamos compreender o funcionamento dos sentidos sobre a mulher e seu papel na formação social capitalista e patriarcal em relação ao discurso sobre o câncer. Esse discurso se produz com regularidades e transformações a partir de um corpo *com-formado*: um corpo de mulher. Há, na construção de

uma discursividade sobre o câncer em cartazes de campanhas educativas ao longo das décadas, um processo de reprodução e transformação discursiva. Reproduzem-se o sentido de urgência, a responsabilização do sujeito sobre o adoecimento, o controle patriarcal sobre os corpos femininos, o dizer patriarcal sobre o que é ser mulher. Mas há também mudança. Nas primeiras décadas, 1940-1950 e 1970, o discurso sobre o câncer funcionava em um encontro entre a formação discursiva da saúde e a formação discursiva bélica, atravessadas pela formação discursiva patriarcal; o câncer era um inimigo contra o qual se deveria lutar. Na década de 1980, ele opera na formação discursiva da saúde, também atravessado pela formação discursiva patriarcal, falando-se sobre cura, serviços de saúde e exame das mamas, ao mesmo tempo que exhibe o corpo de uma mulher jovem, bela e sensual. Na década de 1990, há um deslizamento para um sentido de cuidado a partir da palavra “carinho”, promovendo um encontro mais explícito da formação discursiva patriarcal, que associa a afetividade ao feminino, à mulher, com a da saúde. O câncer aparece com um tema ligado às IST na formação discursiva da saúde no cartaz da década de 2000, que funciona na contradição entre sexualidade e religião, liberdade sexual feminina e o papel da mulher como serviçal para o sexo, demonstrando os atravessamentos entre as formações discursivas patriarcal e da saúde. Os sentidos de diversidade e inclusão começam a ser construídos na década de 2010, em uma demanda que emerge da formação social, fazendo funcionar, na formação discursiva da saúde, um sentido silenciado até então de que a saúde é para todos, sem, contudo, dizer quem são “todos” ou romper com a formação discursiva patriarcal. Por fim, na década atual, de 2020, há um aprofundamento do sentido de diversidade na saúde, mas ainda sem romper com o discurso patriarcal.

Há reprodução e transformação no discurso sobre o câncer veiculado nos cartazes de campanhas educativas e atravessado pelo corpo feminino ao longo das décadas. Esse discurso não se dá fora das condições de produção; ao contrário, os cartazes analisados são também um indicativo, refletem as condições de produção que os atravessam. No período da Segunda Guerra Mundial e no pós-guerra, em que se instaurou a chamada guerra fria, os cartazes funcionam em uma formação discursiva bélica, trazendo imagens de guerra, de morte, de violência, comparando o câncer a um inimigo. Os textos que compõem esses cartazes trazem formulações do campo da guerra, como “lutar”, “defender”, “combater”. Ainda no contexto da guerra fria no mundo e na vigência de uma ditadura civil-militar no Brasil, o cartaz da década de 1970 também funciona em uma formação discursiva bélica, com as formulações “se defender”, “inimigo” e “vence”. É uma campanha de saúde, mas poderia ser uma campanha contra uma oposição política, por exemplo. Além disso, a “mulher” — estátua — retratada no cartaz está mutilada, o que reforça o sentido de violência de momento político, em que as pessoas desapareciam, eram torturadas e

assassinadas pelo próprio Estado. Há ainda, nesse Estado militarizado, um forte conservadorismo, que funciona em uma formação discursiva patriarcal e delimita um lugar de silêncio, recato e subalternidade da mulher, o que fica marcado quando a mulher deve defender-se — e não lutar, por exemplo — e quando é o exame que salva as vidas, não as ações da mulher. O cartaz da década de 1970 reflete as condições de produção de um período marcado pela violência e pelo sentido de que há um inimigo atentando contra o Estado.

Uma mulher jovem, dentro dos padrões de beleza exigidos, com cabelos fartos, seminua, tendo apenas os seis tapados, é uma imagem que não funcionaria em um período repressor e conservador. Mas, na década de 1980, quando o Brasil é redemocratizado, sua população edita uma nova constituição — a Constituição Cidadã — e a guerra fria começa a perder forças, há a circulação de um sentido de liberdade que se opõe à repressão, à interdição do dizer e do fazer. Nessa década, essa imagem do corpo feminino, da mulher é possível. O cartaz da década de 1980 (Figura 21) marca uma ruptura com o discurso bélico, funcionando na formação discursiva da saúde e fortemente na formação discursiva patriarcal, mas deixa o belicismo de lado, pois, no momento dessa “liberdade”, não há de se fazerem lutas ou guerras, não há de se travarem batalhas. Não apenas na imagem ou na ausência do discurso bélico, o cartaz também se marca em suas condições de produção, ao trazer o autoexame das mamas como estratégia para a prevenção do câncer, dado que foi no final dos anos 1980 que esse autoexame ganhou força nas recomendações médicas. Hoje, quando essa estratégia não é mais aconselhada pela ciência da medicina, o cartaz não teria o mesmo funcionamento discursivo, dadas as diferentes condições de produção. Essa estratégia também é reforçada no cartaz da década de 1990, que, pela via da intericonicidade (Milanez, 2013, 2015), relaciona-se ao cartaz da década anterior, tanto na imagem quanto no texto. O sentido de “liberdade”, em oposição à interdição, desliza para a liberdade sexual na década de 1990, marcada pela exposição e sexualização dos corpos femininos em todas as mídias da época. O cartaz da década de 1990 é um relato desse momento, pois traz seios tapados, porém não tão tapados, com as aréolas à mostra e a palavra “toque”, que também desliza do toque do autoexame para um toque sexual, reforçado pela palavra “carinho”, no sintagma “um toque de carinho”. Por mais que, desde as décadas de 1940-1950, o corpo da mulher já estivesse à mostra de forma mais ou menos sensual, na década de 1990 a exploração da sexualidade do corpo feminino é muito mais explícita, o que reflete suas condições de produção.

A sexualização do corpo feminino também se faz presente no cartaz da década de 2000. Diante da mudança do perfil da epidemia de aids, que, como já discutido, passa a aumentar entre as mulheres cis heterossexuais, e da alta incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, o Inca produz uma campanha na qual o corpo de uma mulher muito jovem é convocado

para produzir sentidos sobre o câncer e as IST. Esse corpo de uma mulher não branca é sexualizado, na medida em que aparece coberto de camisinhas, mas, na contradição, é santificado pela presença da cruz no pescoço, o que também funciona pelas condições de produção, pois, na década de 2000, a questão da sexualidade se torna menos explícita nas mídias e no carnaval, por exemplo. Nesse período, há um crescimento de quase 7% da população evangélica no Brasil, que passa de 15,4%, no Censo de 2000, para 22,2%, no Censo de 2010 (Queiroz, 2019), parcela da população que tende a um conservadorismo em relação à sexualidade e ao sentido de “família tradicional”, e tensiona a formação social em relação à exposição dos corpos. A jovem do cartaz está sexualizada por um vestido curto, feito de camisinhas, mas não está nua, o que sinaliza mudança nas condições de produção em relação à década anterior, cujo cartaz trazia seios com aréolas à mostra.

Na década de 2010, a formação social brasileira passa por um processo de intensa transformação, com a internet móvel e a expansão das mídias sociais. Alguns sujeitos que antes eram absolutamente silenciados passaram a ter voz, e as lutas por igualdade e diversidade passaram a ter mais espaço de escuta com as redes. Os cartazes da década de 2010 começam a trazer diversidade de corpos, gêneros e raças, além de trazer endereços eletrônicos das mídias sociais. Há um movimento contraditório em relação à sexualização dos corpos, dado que, ao mesmo tempo que as redes aumentam a exposição dos corpos-padrão femininos e masculinos seminus sexualizados e a produção e divulgação de pornografia, há o crescimento do conservadorismo moralista no Brasil e no mundo. O cartaz analisado, apesar de trazer mulheres nuas, afasta-se da sexualização, mostrando apenas o colo. Ele reforça o sentido de cuidado relacionado ao feminino, que também aponta para um lugar de cuidadora atribuído à mulher em uma formação social patriarcal, conservadora e moralista. O sentido de diversidade se aprofunda na década de 2020, quando as campanhas passam a trazer também corpos de pessoas com deficiência. As mídias sociais virtuais passam a ser a principal estratégia de distribuição das campanhas; para muitas delas sequer são produzidos cartazes impressos. As condições de produção são fundamentais para entender como os sentidos sobre o câncer, o corpo e o feminino são produzidos em cartazes de campanhas educativas, e tais cartazes tornam-se também indícios das condições de produção de seu tempo, pois texto e imagem não se produzem fora da historicidade.

“Lutai”, “aprenda a se defender”, “examine suas mamas”, “um toque de carinho”, “tá na moda usar camisinha”, “o cuidado com o nosso corpo”, “seu corpo, sua vida”: do bélico à prevenção, da prevenção ao supostamente feminino, do feminino ao cuidado, do cuidado à vida. E é em “vida”, sentido que pela via da memória é dissociado do câncer, que o sentido de morte retorna. Ao se buscar romper com a associação entre câncer e morte, com o uso explícito da

palavra “vida”, a morte, como um antônimo interditado, retorna no discurso, produzindo efeitos, aqueles mesmo que se busca silenciar. O câncer acontece na vida e pode levar à morte. Mas há outro efeito, que se dá na contradição, porque sempre há contradição: o câncer pode levar à morte, mas o câncer pode levar à vida. Do real do corpo ao simbólico do discurso, o câncer pode funcionar como forma de resistência, que produz no sujeito um efeito de resignificação, fazendo funcionar sentidos outros, fora do discurso sobre a doença, que falam sobre o valor de experienciar a vida.

6 POR UM EFEITO DE FECHO

Peço licença para retomar a palavra em primeira pessoa do singular, como fiz ao me apresentar, porque gostaria de fazer dessas considerações também um espaço de reflexão não apenas de uma pesquisa, mas de um sujeito-pesquisadora, implicado no processo de ler e interpretar, buscando olhar para o discurso sobre o câncer usando as lentes da Análise de Discurso. Tentarei retornar ao percurso de pesquisa para, depois, trazer algumas impressões sobre o caminho até aqui trilhado.

A Análise de Discurso de base materialista é um campo de pesquisa desafiador, tanto pela complexidade das noções que mobiliza quanto pela dificuldade de interpretar dentro dos limites da teoria, pois o sentido sempre pode ser outro, mas não pode ser qualquer outro. Antes e durante o processo de escrita da tese, precisei de intensos momentos de leitura, releitura e (re)leitura da teoria em busca de construir um trabalho em Análise de Discurso.

Esta tese seria um trabalho sobre o discurso “do” câncer, uma reflexão que surgiu a partir do livro escrito pela professora Cláudia Roncarati — *O discurso do câncer* —, que nasce fruto de sua experiência com o adoecimento e o tratamento da doença. Meu título era discurso “do” porque eu entendia que o discurso existia ancorado na experiência do câncer, um discurso que só existe porque o câncer existe, um discurso que surge do câncer:

O que o discurso do câncer está me dizendo?

Faça aquilo que não fez na vida, mesmo sendo que nem tudo é factível. E se assim o é, faça o que julgar ESSENCIAL, o mais hierarquicamente desejado. Olhe para seus desejos e sonhos: quais deles não se realizaram? Escolha um ou dois e torne-os concretos, viáveis. Já é de bom tamanho (Roncarati, 2004, p. 23).

Da sua experiência com o câncer, a professora Roncarati entende que o câncer diz algo, o câncer simboliza. E eu parti desse ponto, de um dizer que seria do câncer. Mas o dizer é do sujeito, não da doença; é da tentativa do sujeito de significar a realidade a partir do encontro com o real, de interpretar, bordejando o real, sem que nunca possa tocá-lo, porque ele não pode ser de outro modo. É o discurso do sujeito a partir do câncer. E o discurso das campanhas? Ele não é “do” câncer, nem “a partir do” câncer, ele é o discurso “sobre” o câncer, pois, como aponta Mariani (1998), trata-se de um falar sobre, de tomar o câncer como objeto e institucionalizar sentidos. E quem diz sobre não é o sujeito adoecido, mas, sim, a instituição, que se coloca no lugar de autoridade desse dizer, de quem tem algo a dizer sobre o câncer. Assim, aceitei nomear como “O discurso sobre o câncer”, sem nunca esquecer de *O discurso*

do câncer, da professora Roncarati, que tanto me tocou, sensibilizou e pavimentou o caminho que me trouxe a esta tese.

Logo na introdução, a tese foi iniciada sendo vinculada à Análise de Discurso de base materialista e apresentando as motivações e o objetivo da pesquisa: *analisar os modos como se produzem sentidos sobre o câncer nos cartazes de campanhas educativas produzidos pelo Inca e seus órgãos precursores, observando como se dão as transformações, as regularidades e os sentidos estabilizados nessas campanhas ao longo do tempo*. Desse ponto, passei a pensar algumas noções em Análise de Discurso. Por ser um campo muito vasto, seria impossível esgotá-lo, e esse nunca foi meu objetivo. Assim, a partir do batimento entre o corpus e a teoria, selecionei alguns conceitos que, além de fundamentais para o desenvolvimento do processo de análise em si, são essenciais para essa teoria. Como pensar e produzir em Análise de Discurso sem discutir sentido, sujeito e ideologia, por exemplo? Estruturei, portanto, a segunda seção da tese discutindo essas noções, sempre buscando articular com o câncer e as campanhas educativas, que constituem as materialidades de análise.

Na terceira seção, discuti a discursividade do câncer, sobre o qual muito se diz no campo das ciências da saúde. Mas eu não estava pensando o câncer pelo olhar da medicina, e, sim, com as lentes do discurso, então construí uma seção para pensar esse câncer discursivo. Discuti sobre o real e o real do corpo, pois entendo que o câncer é da ordem e do real do corpo, ou seja, do “*impossível que sem cessar subsiste*” (Leandro-Ferreira, 2013a, p. 78), daquilo que não pode ser de outro modo. E aí mobilizei outro conceito caro à Análise de Discurso. Depois refleti sobre o câncer como acontecimento do discurso. Entendi que as campanhas educativas sobre o câncer que surgem na década de 1940 são um acontecimento do discurso, pois promovem o encontro de uma memória, a memória da doença, com uma atualidade, um novo dizer sobre o câncer. Pêcheux (2015b [1983]) fala sobre um trabalho do acontecimento, que produz novos dizeres. Prevenção e vigilância do câncer são dizeres que emergem desse acontecimento que vai sendo trabalhado a partir das campanhas. E entendemos que o processo de produção das campanhas é um processo de trabalho do acontecimento, quando novas memórias se encontram com outras atualidades, inscrevendo, no interdiscurso, novos sentidos possíveis. A produção das campanhas não é um processo apenas de reprodução, mas também de transformação, o que pode ser percebido pela mudança nos sentidos mobilizados ao longo das décadas. Há regularidade e estabilidade, mas há também mudança nos sentidos, assim como mudam as condições de produção (e chegaremos a elas).

Ainda na terceira seção, discuti um pouco sobre o discurso sobre o câncer, tendo a obra clássica de Susan Sontag (1984) como um referencial para pensar a memória e os sentidos

mobilizados sobre o câncer. Mas busquei também alguns depoimentos de pacientes disponíveis no portal Oncoguia, conhecido por fornecer informação e espaço de acolhimento on-line para sujeitos adoecidos por câncer. Assim, tracei algumas reflexões sobre os sentidos mobilizados no processo de simbolização da doença. No fim, percebi que meu texto tratava saúde, doença, diagnóstico e medicina como evidências, por isso busquei, de algum modo, problematizar esses sentidos dados e estabelecer como essas formulações funcionariam nesta tese. E achei que isso deveria ser o começo, e não o fim, da seção, pois tudo o que viria depois partiria da afirmação “o câncer é uma doença”, então pensar sobre a noção de “doença” deveria vir na frente.

Esta pesquisa conta com um arquivo de 140 cartazes de campanhas educativas. Esse arquivo não estava pronto, ele foi fruto de um trabalho de recuperação de informação, feito apenas pelos meios digitais, em sites, incluindo o portal do Inca, livros e exposição. Entendi que era relevante falar sobre a construção desse arquivo, o que fiz na seção 4. As campanhas produzidas pelo Inca são chamadas educativas pela própria instituição, mas entendi que, para além de seu objetivo educativo, elas são peças de propaganda de Estado que funcionam no encontro do AIE informacional com a saúde. Tracei, então, uma breve discussão sobre a propaganda de Estado, situando as campanhas nesse lugar. Antes de falar do arquivo propriamente, fiz uma discussão sobre as condições de produção que atravessaram a formulação dos cartazes da década de 1940 até os dias atuais. Escolhi esse espaço da tese para discutir essa noção tão fundamental para a Análise de Discurso, porque essas condições de produção implicam não só os sentidos produzidos sobre o câncer, mas também a própria recuperação — ou não — dos cartazes de campanhas que compõem o arquivo. Por fim, descrevi o modo de construção do arquivo, que foi sendo feito ao longo dos quatro anos de doutorado, e os critérios de seleção do corpus de pesquisa. Esse foi construído a partir de uma regularidade ao longo das décadas: o discurso sobre o câncer também é o discurso sobre o corpo feminino.

Na quinta seção, apresentei as análises que teci sobre o corpus, mas, antes, introduzi a questão do corpo na Análise de Discurso e do feminino na formação discursiva patriarcal. Ao longo das análises, foram mobilizadas diversas noções, que construíram um dispositivo analítico, sempre ancorado no dispositivo teórico basilar da seção 2. Foi pelo processo de análise que pude entender o modo como se produzem sentidos sobre o câncer nas campanhas educativas, meu objetivo de pesquisa. Os sentidos sobre o câncer nos cartazes selecionados são produzidos no encontro da formação discursiva da saúde com a formação discursiva patriarcal e, no início, também com a formação discursiva bélica, atravessadas pelas condições de produção. Há o funcionamento de uma regularidade no dizer sobre prevenção e detecção precoce, mesmo que ainda sem esses enunciados. Quando se convoca com “lutei contra” ou

com “aprenda a se defender”, há a mobilização desses sentidos, pois a luta ou a defesa se dão mediante ações de prevenção, no sentido de evitar, ou de detecção precoce, com a realização de exames regulares, por exemplo. Mas há transformação no modo como essa convocação é feita, que desliza do medo, nas primeiras décadas, para o cuidado e o afeto. Há regularidade na convocação do corpo feminino para o controle da doença, mas há transformação no funcionamento da sexualização desse corpo. E é naquilo que está silenciado que funcionam os sentidos estabilizados: não se fala sobre a morte, não se fala sobre a dor, não se fala das sequelas, não se fala sobre os cuidados paliativos. Se há uma “luta” contra o câncer, a possibilidade das “derrotas” não comparece no dizer, mas, como “todo dizer cala algum sentido necessariamente” (Orlandi, 2007, p. 102), todo dizer comporta um não dito, em todas as campanhas um mesmo não dito comparece, e essa é uma regularidade de sentido.

Há também outro silenciamento que se faz estabilizado: os seres vivos adoecem, sejam plantas ou animais. Todo ser biológico, na sua experiência no real do corpo, adoece e fenece. Adoecer é um processo próprio da vida. Uma mulher que pratique atividades físicas, alimente-se de forma natural, sem consumo de agrotóxicos, ultraprocessados ou embutidos, não consuma bebidas alcoólicas, não fume, tenha tempo de descanso e lazer de qualidade, mantenha o controle do peso, tome sol regularmente antes das 10 horas da manhã ou depois das 16 horas da tarde, faça terapia e meditação, nunca tenha um aborto, tenha o primeiro filho e amamente-o antes dos 30 anos ainda assim pode desenvolver um câncer de mama, ou outro tipo de câncer. Existe, segundo a ciência, diminuição do risco com as “práticas saudáveis” de vida, mas não há qualquer garantia de que um ser humano não vá adoecer. É também por isso que se fala em diagnóstico ou detecção precoces, para que, no caso do câncer, haja mais chances de cura.

Os cartazes de campanha analisados são fortemente atravessados pelo patriarcado, que diz do papel da mulher na formação social. No primeiro, da década de 1940, a mulher é frágil, desfalecida e precisa de um homem que a salve. No segundo, da década de 1970, ela precisa aprender, pois é ignorante. No terceiro, da década de 1980, ela é a responsável pela sua própria cura. Na década de 1990, ela é carinhosa e ao mesmo tempo hipersexualizada. Na década seguinte, 2000, cabe à mulher o uso do preservativo, ou seja, ela é a responsável pela sua saúde e pela saúde do parceiro sexual. No sexto cartaz analisado, à mulher cabe o cuidado, e toda mulher cuida de si e do outro. No sétimo, ela é responsável pelo seu corpo e pela sua vida. Ao longo das campanhas, ficam postos os papéis que as mulheres devem performar em uma formação discursiva patriarcal: objeto do desejo e do sexo masculino, santa, cuidadora, afetiva, proativa, submissa, independente. Não é sem contradição, porque a contradição sempre se faz presente, que essas performances sejam exigidas das mulheres pelo patriarcado.

Ao revisitar meu processo de análise, percebo uma ausência, sobre a qual gostaria de refletir. As campanhas educativas sobre o câncer são afetadas por suas condições de produção e sua historicidade e, por isso, refletem tais condições e historicidade. Elas não acontecem sem atravessamentos, fora do interdiscurso, da memória. Por isso, do meu lugar de analista, enxerguei como o discurso sobre o câncer se dá no encontro entre as formações discursivas da saúde e patriarcal. O patriarcado inscreveu e continua a inscrever sentidos no interdiscurso que imputam à mulher diversos papéis: a serva sexual, a santa, a mãe, a cuidadora, a empoderada, a trabalhadora, a promíscua, a bela, recatada e do lar, a (única?) responsável por si mesma, por sua vida, por sua saúde. O discurso sobre o câncer não se dá fora desses sentidos. Então, as campanhas são ruins? Talvez inúteis? Desimportantes? E é aqui que me deparo com a lacuna que busco de algum modo preencher.

O arquivo desta pesquisa contém 140 cartazes, produzidos ao longo de oito décadas. Além de cartazes, o Inca desenvolveu diversos outros tipos de materiais educativos, como folhetos, fôlderes, cartilhas, infográficos, *cards* para mídias sociais, entre outros. Se todos os materiais compusessem meu arquivo de pesquisa, acredito que ele se aproximaria do milhar. Eu analisei sete dos 140 cartazes, nos quais encontrei uma regularidade: o corpo feminino produzindo sentidos sobre o câncer. Na década de 1940, o câncer era uma doença desconhecida, mas também era um mito, um tabu. Foi também pelo esforço do Inca, desde antes de ser Inca, que o câncer rompe com o silenciamento, que passa a ser dito. A palavra câncer, que até hoje gera medo em muitas pessoas, passa a ser uma palavra dita. É pelo trabalho árduo e contínuo desse Instituto que hoje temos estatísticas, dados, informação, conhecimento sobre a doença. Hoje, os sujeitos comuns da formação social entendem que o tabagismo pode levar ao câncer, mesmo com toda a pressão da indústria do tabaco; entendem que o álcool pode levar ao câncer; que ter hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação mais natural, a prática de exercícios físicos e a proteção solar, pode ajudar a manter uma vida saudável e a diminuir os riscos de ter câncer. Por mais que o câncer ainda seja uma doença que mobiliza o sentido de medo, o Inca continua a trabalhar para inscrever, no interdiscurso, novos sentidos sobre ele, como a possibilidade de se prevenir, de se tratar, caso seja acometido, e de viver com o câncer ou sem evidência de doença. Se o câncer sempre foi associado à morte, o Inca diz que existe vida após o câncer e vida a ser vivida, experimentada e gozada, ainda que com câncer. Morte e vida, por seu antagonismo, sempre estarão associadas a uma doença que, sim, ainda é fatal em muitos casos, mas, como o sentido sempre pode ser outro, tanto a morte quanto a vida podem ser ressignificadas a partir da experiência do adoecimento.

É importante que eu diga da minha impressão de que não existe estabilidade que não possa ruir no mundo material, nem mesmo a estabilidade do capitalismo (ainda esperamos em esperança!). Nas décadas de 1960 e 1970, o Inca sofreu uma grande desestabilização, sendo desfinanciado e retirado da Saúde. Suas funções como produtor de políticas foram retiradas, e muitos profissionais especializados deixaram a instituição, como nos contaram Teixeira e Fonseca (2007). Hoje — 2025 —, 88 anos depois de seu nascimento como Centro de Cancerologia, de centenas de campanhas educativas, da editoração da *Revista Brasileira de Cancerologia* — atualmente com 78 anos de existência —, da produção e da divulgação de conhecimento técnico-científico no campo da saúde, da construção e da promoção de políticas públicas sobre o câncer, da formação de profissionais da área, do oferecimento de dois programas de residência e dois de pós-graduação *stricto sensu*, do pioneirismo em fornecer cuidados paliativos, depois de toda essa trajetória em prol da saúde, o Inca encontra-se novamente numa posição de fragilidade, dado que existe uma ameaça de se terceirizar a administração do Instituto, que pode ser entregue, inclusive, à iniciativa privada. Não existe posição de estabilidade, nem mesmo para uma instituição tão relevante e histórica para a saúde pública no Brasil. Na condição de servidora, pergunto-me: sobreviveremos? O Inca sobreviverá? Não temos essa resposta, mas, ao olhar para a historicidade da instituição, tudo aponta para que essa seja mais uma tentativa fracassada, que só enfraquecerá as ações de saúde voltadas para o câncer no Brasil.

O trabalho que o Inca realiza na tentativa de educar os sujeitos para a promoção da saúde tem um papel de muita relevância, é muito importante. Não é fora do patriarcado, não é fora dos interesses do capital, dado que sujeitos doentes não produzem lucro, apesar de a doença também ser lucrativa, mas é, sim, importante. Poderíamos, como instituição, construir esse trabalho de outra forma? Procurando pontos de ruptura, de furo, em que o valor da vida dos sujeitos esteja desatrelado do capital? Ou em que a mulher não fosse a única responsabilizada pelo cuidado de si e do outro? Acredito que sim, poderíamos e podemos. Mas a possibilidade de transformação de forma alguma invalida o valor daquilo que se tem reproduzido: o cuidado com a saúde, a prevenção à doença.

Como fui apontando ao longo das análises, existe um “apesar de”. Apesar dos cartazes de campanhas educativas, apesar dos exames preventivos, apesar da adoção de hábitos saudáveis, apesar de tudo isso, o corpo adoece, a mulher adoece, o ser vivo adoece. As mulheres têm câncer de mama, apesar de fazerem mamografias periódicas; as mulheres têm câncer do colo do útero, apesar de fazerem o exame preventivo. Em todo o discurso produzido a partir dos cartazes de campanhas educativas sobre o câncer, apesar da diversidade de mulheres, a

mulher com câncer, doente, não comparece. Em apenas três cartazes de uma mesma campanha (“o câncer não pode acabar com a esperança” e “o câncer não pode acabar com a vontade de viver”, o último em dois formatos diferentes) há a imagem de uma mulher com um lenço na cabeça, que mobiliza uma memória da mulher em tratamento de câncer, dado que a quimioterapia pode levar à perda dos cabelos, e as mulheres costumam usar lenços que ocupam o lugar simbólico do cabelo, como já foi discutido. Há um sinal, um indício, mas apenas nessa campanha. Em todas as demais, incluindo as que analisei, não há sequer esse sinal de uma mulher doente por câncer. Trata-se de um silenciamento?

No Reino Unido, uma instituição chamada Breast Cancer Care promoveu uma campanha de caridade para o mês de conscientização sobre o câncer de mama de 2013 (Breast [...], 2013) — outubro —, que, no Brasil, é chamado Outubro Rosa. Nessa campanha, corpos femininos também são convocados a produzir sentidos sobre o câncer (Figura 36), mas de modo muito diferente do que é feito no Brasil.

Figura 36 — Campanhas de conscientização sobre o câncer de mama da Breast Cancer Care



Fontes: a, Misstear, 2014a; b, Misstear, 2014b.

As campanhas são o trabalho de uma instituição privada, em uma formação social totalmente diferente da brasileira, com outra historicidade e outras condições de produção. Ainda assim, trouxe-as, pois, ao me deparar com elas, vi um funcionamento muito diferente: o câncer existe, ele acontece no corpo, ele deixa marcas. Mas há uma vida depois do câncer, uma vida com cicatrizes. Segundo os dados da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (Isaps) (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2023), o Brasil foi o país com o maior número de cirurgias plásticas realizadas no mundo e o segundo em procedimentos estéticos de modo geral. A questão da beleza, da perfeição estética, principalmente a feminina, está inscrita em

nossas formações cultural e discursiva. Campanhas que mostrem as cicatrizes, as Vênus quebradas, talvez não sejam possíveis nessa formação social da beleza perfeita e da cirurgia plástica. Mas a Vênus de Milo, quebrada, não é ainda assim considerada bela? Não é uma obra de arte admirada por pessoas do mundo todo no Louvre? As Vênus que sobrevivem ao câncer de mama também são belas, admiráveis. Quando olho para ambas as mulheres expondo suas cicatrizes, olhando de frente para a câmera, mostrando-se de frente, vejo beleza. Essa campanha me impactou, porque traz um “apesar de”: apesar das cicatrizes, as mulheres estão lá, olhando de frente. Talvez eu nunca esteja preparada para me ver dessa forma, caso aconteça comigo. Mas a beleza dessas imagens me aponta para a possibilidade de vida “apesar de”, “depois de”, “com” o câncer. Há uma desidentificação com a formação discursiva patriarcal, que exige da mulher cuidado e perfeição, dado que essas mulheres não são perfeitas dentro do patriarcado, são mulheres quebradas. Mas elas são perfeitas em uma formação discursiva antipatriarcal, feminista, pois nessa formação a mulher perfeita é aquela que resiste, que existe.

Não se trata aqui de fazer um juízo de valor, de dizer que a campanha da instituição privada do Reino Unido é melhor do que as campanhas do Inca. Ainda são corpos femininos, ainda é a formação social capitalista e patriarcal atuando sobre a necessidade de sobrevivência daquelas que são, geram e produzem mão de obra. O que quero mostrar é que existem outras formas possíveis de construir um discurso sobre o câncer, mobilizando sentidos outros que promovam rupturas com a opressão do patriarcado e a diversidade de corpos para produzir sentidos sobre o câncer — trazer homens, pessoas transexuais, pessoas obesas, pessoas doentes, pessoas sobreviventes.

O câncer é da ordem do real do corpo e é da ordem do simbólico. Há o impossível do câncer, o que não pode ser de outro modo, foracluído do interpretável, mas há também a simbolização, a interpretação, a produção de sentidos sobre a doença e sobre a própria vida para o sujeito que com ela se depara. Na pesquisa em um grupo de apoio no mestrado, uma mulher declarou, sobre o câncer: “*é uma grande oportunidade de fazer uma grande mudança pra te trazer vida*” (Machado, 2016, p. 69). O câncer como “oportunidade” é um sentido outro, que nasce do encontro com o real, na busca de (re)significar o processo de adoecimento. Outros sentidos são possíveis, são sempre possíveis, mesmo para o discurso institucional, mesmo que sobre o câncer. Que novas inscrições sejam feitas na memória, para que a mudança possa trazer vida.

REFERÊNCIAS

ACONTECIMENTO jornalístico – Silmara Dela-Silva (UFF). Niterói, RJ: enciDIS UFF, 10 set. 2020. 1 vídeo (4 min 34 s). Publicado pelo canal enciDIS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=arIKhycYMYw>. Acesso em: 11 set. 2021.

AFRODITE. *In*: CHEVALIER. J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos**: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. 26. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2012. p. 14.

ALMEIDA FILHO, N. de. **O que é saúde?** 1. reimp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. 160 p.

ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. 3. ed. Lisboa: Presença: Martins Fontes, 1980.

ANKH. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [São Francisco]: Wikipédia, fev. 2024. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Ankh>. Acesso em: 13 jul. 2024.

APRENDER. *In*: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. Lisboa: Priberam, c2024. Disponível: <https://dicionario.priberam.org/aprender>. Acesso em: 15 out. 2024.

ATTIC PAPER. Vintage Magazine Ads. Vintage Ads (Misc). **1937 Women's Field Army ~ American Cancer Society Ad**. [S. l.]: Attic Papper, c2025. Disponível em: <https://www.atticpaper.com/proddetail.php?prod=1937-womens-field-army-american-cancer-ad>. Acesso em: 9 abr. 2025.

BALDINI, L. J. S.; MARIANI, B. O real é o nome que se dá ao inominável. *In*: INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. L.; MITTMANN, S. (org.). **O acontecimento do discurso no Brasil**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013. p. 103-114.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**: fatos e mitos. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019. v. 1.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO G. **Dicionário de política**. 1. ed. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Exame preventivo também é amor...** e protege você contra o câncer do colo do útero. Brasília, DF: BVS, 1994. Ilustração do chargista Flamir. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/cartazes/mulher/CA-0189.jpg>. Acesso em: 1 set. 2024.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Acessibilidade na Câmara. Glossários. **Dicionário de libras – termos político-legislativos**. Brasília, DF: Congresso Nacional, [202-]a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e-ambiental/acessibilidade/glossarios/dicionario-de-libras/p/poder-publico>. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Notícias. **A redemocratização em dez atos**. Brasília, DF: Agência Senado, 2025. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2025/03/a-redemocratizacao-em-dez-atos>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 3 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado. Câncer de mama. Unidade de atenção primária. **Acompanhamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [202-]b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/#pills-pos-tratamento-cancer-mama>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. Assuntos Notícias. **Governo lança campanha “Fé no Brasil” e destaca avanços na economia**. Brasília, DF: Presidência da República, maio 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/05/governo-lanca-campanha-fe-no-brasil-e-destaca-avancos-na-economia>. Acesso em: 9 abr. 2025.

BREAST cancer survivors bear their scars with pride. **The Standard**, [S. l.], Sep. 2013. Disponível em: <https://www.standard.co.uk/news/health/breast-cancer-survivors-bear-their-scars-with-pride-8838691.html>. Acesso em: 9 abr. 2025.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, DF, v. 34, p. 207-217, mar./abr. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zBSKHBDyfvfz7cLQp7fsSBg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2025.

BURNE-JONES, E. **O espelho de Vênus**. 1877. 1 pintura, óleo sobre tela. Disponível em: https://gulbenkian.pt/museu/works_museu/o-espelho-de-venus/. Acesso em: 1 out. 2024.

CALAS, M. J. G. Câncer de Mama na População LGBTQIA+. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 69, n. 4, p. 1-4, out./nov./dez. 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4511/3283>. Acesso em 5 mai. 2025.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Poder Público**. Brasília, DF, [2025]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e-ambiental/acessibilidade/glossarios/dicionario-de-libras/p/poder-publico>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 129 p.

CARNEIRO, C. F. “**A culpa (não) é da outra**”? O discurso sobre triângulos amorosos no “consultório sentimental” da revista Claudia. 2018. 242 p. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Instituto de Letras, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

CARNEVALE, A. M. *Queridos... espero que esta vos encontre todos bem de saúde*: o silêncio e o real na constituição do sujeito. 2012. 198 p. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Instituto de Letras, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

CARROZZA, G. Publicidade e propaganda: o jogo de sentidos na configuração da área no Brasil. **Revista Línguas e Instrumentos Linguísticos**, Campinas, n. 27/28, p. 121-136, 2011. Disponível em: <http://www.revistalinguas.com/edicao27e28/edicao27e28.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2023.

CASA DE OSWALDO CRUZ. Acervo de imagens. **História do câncer**: atores, cenários e políticas públicas. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2011a. Exposição virtual. Disponível em: <https://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/index.php/pt-br/imagens/exposicao-virtual>. Acesso em: 1 out. 2024.

CASA DE OSWALDO CRUZ. Prevenção do câncer no Brasil: campanhas educativas. In: CASA DE OSWALDO CRUZ. Acervo de imagens. **História do câncer**: atores, cenários e políticas públicas. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2011b. Exposição virtual. Disponível em: <https://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHAVES, I. V.; ALVES, A. R. B. Análise da imperatividade no discurso publicitário: algumas considerações funcionalistas. **Revista (Con)Textos Linguísticos**, Vitória, v. 14, n. 28, p. 452-472, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/contextoslinguisticos/article/view/31255/21683#:~:text=O%20uso%20do%20modo%20imperativo,ou%20um%20deixar%20de%20fazer>. Acesso em: 15 out. 2024.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983. 274 p.

COELHO, A. S. *et al.* Predisposição hereditária ao câncer de mama e sua relação com os genes BRCA1 e BRCA2: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 17-21, 2018. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/artigos/predisposicao-hereditaria-ao-cancer-de-mama-e-sua-relacao-com-os-genes-brca1-e-brca2-revisao-da-literatura/>. Acesso em: 22 jan. 2023.

CONDIÇÕES de produção – Fabiele de Nardi (UFPE). Niterói, RJ: enciDIS UFF, 31 jan. 2020. 1 vídeo (5 min 44 s). Publicado pelo canal enciDIS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FrToVjnXwVk>. Acesso em: 23 mar. 2023.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Notícias de Enfermagem. **Saúde integra número 136 para atendimento ao cidadão**. Brasília, DF: Cofen, 8 abr. 2011.

Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/saude-integra-numero-136-para-atendimento-aocidadao/>. Acesso em: 2 dez. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Camisinhas femininas começam a ser distribuídas em todo País**. Brasília, DF: Conass, 2012a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/camisinhas-femininas-comecam-a-ser-distribuidas-em-todo-pais/>. Acesso em: 9 abr. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde distribui quase meio bilhão de camisinhas em um ano**. Brasília, DF: Conass, 2012b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/saude-distribui-quase-meio-bilhao-de-camisinhas-em-um-ano/>. Acesso em: 9 abr. 2025.

COURTINE, J. J. **Análise do discurso político**: o discurso comunista endereçado aos cristãos. 1. reimp. São Carlos: EdUFSCar, 2014. 250 p.

COURTINE, J. J. A noção de “condição de produção do discurso”. *In*: COURTINE, J. J. **Análise do discurso político**: o discurso comunista endereçado aos cristãos. São Carlos: EdUFSCar, 2009. p. 45-68.

COURTINE, J. J. **Corpo e discurso**: uma história de práticas de linguagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2023. 153 p.

COUTINHO, R. P. C. **Entre o sistema e os valores do sistema**: a textualização do político no discurso publicitário. 2015. 186 p. Tese (Doutorado em Letras), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/28228/TES_PPGLETRAS_2015_COUTINHO_RENATA.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 30 abr. 2025.

DELA-SILVA, S. C. **O acontecimento discursivo da televisão no Brasil**: a imprensa na constituição da tv como grande mídia. 2008. 237 p. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/436084>. Acesso em: 30 abr. 2025.

DELA-SILVA, S. C.; ALVES, T. G.; TEIXEIRA, K. C. Sobre a mulher e(m) seus lugares: discurso, mídia e mercado. *In*: GARCIA, D. A. *et al.* (org.). **Quando o feminino grita no poético e no político**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2018. p. 11-21.

DELA-SILVA, S.; SANTOS R. G. dos. A mídia e os dizeres sobre o professor no Brasil: uma análise do discurso jornalístico. **Caderno de Letras da UFF**, Niterói, RJ, v. 29, n. 57, p. 299-317, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cadernosdeletras/article/view/43965/25136>. Acesso em: 19 jun. 2021.

DISCURSO – José Simão da Silva Sobrinho (UFU). Niterói, RJ: enciDIS UFF, 3 fev. 2020. 1 vídeo (6 min 54 s). Publicado pelo canal enciDIS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eXc0P7lhjCk>. Acesso em: 23 mar. 2023.

DUBOIS, J. Lexicologia e análise de enunciado. *In*: ORLANDI, E. P. (org.). **Gestos de leitura**: da história no discurso. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2014. p. 107-124.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (ed.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. enl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 323-363. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-17.pdf>. Acesso em: 2 out. 2024.

ESTÁTUA da Liberdade. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [São Francisco]: Wikipédia, nov. 2024. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Est%C3%A1tua_da_Liberdade&oldid=68985412. Acesso em: 13 mar. 2025.

FEDERICI, S. **Além da pele**: repensar, refazer e reivindicar o corpo no capitalismo contemporâneo. Tradução de Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Elefante, 2023. 192 p.

FEDERICI, S. **O patriarcado do salário**: notas sobre Marx, gênero e feminismo: volume 1. São Paulo: Boitempo, 2021.

FERREIRA, J. O corpo sócnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 101-112.

FERREIRA, C. Quem foi Charcot? (Sobre a histeria). In: **SPSICÓLOGOS**. São Paulo: [s. n.], 14 jul. 2017. Disponível em: <https://spsicologos.com/2017/07/14/quem-foi-chartot-sobre-a-histeria/>. Acesso em: 19 jun. 2021.

FLORENCIO, A. M. G. *et al.* **Análise do discurso**: fundamentos & práticas. Maceió: EdUFAL, 2009.

GARCIA, D. A. As marcas do corpo e o tempo. In: FLORES, G. B. *et al.* **Análise de discurso em rede**: cultura e mídia. Campinas, SP: Pontes Editores, 2021. v. 5, p. 202-214.

GOIÁS (Estado). Assembleia Legislativa. Imprensa. Últimas notícias. **Biomédico destaca papel das mulheres nos cuidados com a saúde dos homens**. Assembleia Legislativa de Goiás, 6 de nov. de 2023. Disponível em: <https://portal.al.go.leg.br/noticias/138840/biomedico-destaca-papel-das-mulheres-nos-cuidados-com-a-saude-dos-homens>. Acesso em: 4 dez. 2024.

GONZÁLEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Organizado por Flávia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GOROG, J. J. O que é o real para Lacan? **Stylus Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 23-33, jul. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n38/n38a02.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2023.

GUERRA fria. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. São Francisco: Wikimedia Foundation, 2025. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Guerra_Fria. Acesso em: 14 abr. 2025.

GUERRA mundial In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. São Francisco: Wikimedia Foundation, 2024. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Guerra_mundial. Acesso em: 14 abr. 2025.

GUILHAUMOU, J.; MALDIDIER, D. Efeitos do arquivo: a análise do discurso no lado da história. *In*: ORLANDI, E. P. (org.). **Gestos de leitura**: da história no discurso. 4. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2014. p. 169-192.

HAMMOND, G. Statue of liberty timeline: the complete history. *In*: STATUE OF LIBERTY TOUR. New York: Statue of Liberty Tour, c2025. Disponível em: https://www.statueoflibertytour.com/blog/statue-of-liberty-timeline-the-complete-history/?_gl=1. Acesso em: 9 abr. 2025.

HAROCHE, C.; PÊCHEUX, M.; HENRY, P. A semântica o corte saussuriano: língua, linguagem, discurso. *In*: BARONAS, R. L. (org.). **Análise do discurso**: apontamentos para uma história da noção-conceito de formação discursiva. Araraquara, SP: Letraria, 2020. p. 17-39.
HOOKS, B. **Tudo sobre o amor**: novas perspectivas. Tradução de Stephanie Borges. São Paulo: Elefante, 2021. 247 p.

INDURSKY, F. **A fala dos quartéis e as outras vozes**: uma análise do discurso presidencial da terceira república brasileira (1964-1984). 1992. 382 p. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.

INDURSKY, F. Os (des)caminhos do discurso político brasileiro na contemporaneidade. *In*: GRIGOLETTO, E.; NARDI, F. S. de. **A Análise do Discurso e sua história**: avanços e perspectivas. Campinas, SP: Pontes Editores, 2016. p. 65-87.

INDURSKY, F. Unicidade, desdobramento, fragmentação: a trajetória da noção de sujeito em análise do discurso. *In*: MITTMANN, S.; GRIGOLETTO, E.; CAZARIN, E. (org.). **Práticas discursivas e identitárias**: sujeito & língua. Porto Alegre: Nova Prova: PPG-Letras UFRGS, 2008. p. 9-33. (Coleção ensaios, 22).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Assuntos. Causas e prevenção do câncer. **O que causa o câncer?** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/o-que-cao-o-cancer>. Acesso em: 22 jan. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Assuntos. **Causas e prevenção do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer>. Acesso em: 10 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Assuntos. Gestor e profissional de saúde. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Dados e números do tabagismo. **Prevalência do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>. Acesso em: 20 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Assuntos. Gestor e profissional de saúde. Controle do câncer de mama. Ações de controle do câncer de mama. **Tratamento**. Rio de Janeiro: INCA, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/tratamento>. Acesso em: 2 maio 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Assuntos. Gestor e profissional de saúde. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **O que é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?** Rio de Janeiro: INCA, jan. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/convencao-quadro>. Acesso em: 12 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Convenção-quadro sobre controle do uso do tabaco (CQCT)**. Rio de Janeiro: INCA, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/convencao-quadro>. Acesso em: 15 jan. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Dispositivos eletrônicos para fumar: conheça os danos que eles causam**. Rio de Janeiro: INCA, 2024c. 36 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Programa Saber Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/programa-saber-saude>. Acesso em: 15 jan. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A mulher e o câncer do colo do útero no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Comunicação como estratégia para a política de controle do câncer: a experiência do INCA**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Dia mundial sem tabaco e dia nacional de combate ao fumo: catálogo de campanhas 1997-2017**. Rio de Janeiro: INCA, 2017b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dia_mundial_tabaco_dia_nacional_combate_fumo_catalogo_campanhas.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Publicações. Cartazes. **Não deixe o tabaco tirar seu fôlego – pote de vidro**. Rio de Janeiro:

INCA, 2019a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartazes/nao-deixe-o-tabaco-tirar-seu-folego-pote-de-vidro>. Acesso em: 22 jan. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Saber saúde**: 20 anos: educação para o controle de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//catalogo-saber-saude-20-anos-educacao-para-o-controle-do-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; CASA DE OSWALDO CRUZ. **INCA 80 anos de história na saúde pública do Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Cultural do Ministério da Saúde, 2017. Exposição. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/inca80anos/historia/oserviconacionaldecancer.html>. Acesso em: 19 jun. 2021.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY. **Global Survey 2023**. Mount Royal, NJ: ISAPS, 2023. Disponível em: <https://www.isaps.org/discover/about-isaps/global-statistics/global-survey-2023-full-report-and-press-releases/>. Acesso em: 2 maio 2025.

JOSEPH Goebbels. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. São Francisco: Wikimedia Foundation, 2023. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Joseph_Goebbels. Acesso em: 1 mar. 2023.

LAGAZZI, S. O recorte e o entremeio: condições para a materialidade significativa. *In*: RODRIGUES, E. A.; SANTOS, G. L. dos; CASTELLO BRANCO, L. K. A. (org.). **Análise de discurso no Brasil**: pensando o impensado sempre: uma homenagem a Eni Orlandi. Campinas, SP: Editora RG, 2011. p. 401-411.

LARA, R.; SILVA, M. A. da. A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 122, p. 275-293, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/NGwM4fhVhW4rhdnTNXZhpmm/>. Acesso em: 2 out. 2024.

LEANDRO-FERREIRA, M. C. O corpo como materialidade discursiva. **REDISCO**, Vitória da Conquista, v. 2, n. 1, p. 77-82, 2013a. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/236654571.pdf>. Acesso em: 2 maio 2025.

LEANDRO-FERREIRA, M. C. O corpo enquanto objeto discursivo. *In*: PETRI, V.; DIAS, C. (org.). **Análise do discurso em perspectiva**: teoria, método e análise. Santa Maria: Editora da UFSM, 2013b. p. 99-108.

LEANDRO-FERREIRA, M. C. Quando o corpo acontece. *In*: LEANDRO-FERREIRA, M. C.; VINHAS, L. I. **O corpo na análise do discurso**: conceito em movimento. Campinas, SP: Pontes Editores, 2023. p. 35-56.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 27-57.

LOUVRE MUSEUM. Collections. **Vénus de Milo**. Paris: Louvre, Feb. 2024. Disponível em: <https://collections.louvre.fr/en/ark:/53355/cl010277627>. Acesso em: 13 jul. 2024.

LUNKES, F. L. Aparelho ideológico de Estado de saúde: o político do/no diagnóstico. In: FLORES, G. B. *et al.* **Análise de discurso em rede**: cultura e mídia. Campinas, SP: Pontes Editores, 2021. v. 5, p. 87-101.

MACHADO, R. R. S. **O discurso do câncer**: a produção de sentidos por pacientes em grupo de apoio. 2016. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

MAGALHÃES, B. Sujeito no e do discurso: pensando a resistência. In: PETRI, V.; DIAS, C. **Análise do discurso em perspectiva**: teoria, método e análise. Santa Maria: Ed. UFSM, 2013. p. 203-217.

MAGALHÃES, B.; SILVA, G. A mulher no trabalho, na família e na universidade. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, Fortaleza, ano 2, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <https://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/12-%20a%20mulher%20no%20trabalho%20na%20familia%20e%20na%20universidade-%20belmira%20magalhaes%20e%20geice%20silva.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2025.

MALDIDIER, D. O discurso político e a guerra da Argélia. In: ORLANDI, E. P. **Gestos de leitura**: da história no discurso. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2014. p. 151-168.

MARIANI, B. Da incompletude do arquivo: teorias e gestos nos percursos de leitura. **Resgate**: revista interdisciplinas de cultura, Campinas, v. 24, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/resgate/article/view/8647082>. Acesso em: 4 maio 2024.

MARIANI, B. Discurso e instituição: a imprensa. **RUA**, Campinas, SP, v. 5, n. 1, p. 47-61, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/8640651>. Acesso em: 2 maio 2025.

MARIANI, B. **O PCB e a imprensa**: os comunistas no imaginário dos jornais (1922-1989). Rio de Janeiro: Editora Renavan; Campinas. SP: Editora Unicamp, 1998. 256 p.

MARIANI, B. Um imaginário e outros. In: GRIGOLETTO, E.; NARDI F. S. (org.). **A análise do discurso e sua história**: avanços e perspectivas. Campinas, SP: Pontes Editores, 2016. p. 35-47.

MELLO, D. Junho de 2013: entenda o cenário de insatisfação que levou a protestos. **Agência Brasil**, Brasília, DF, 4 jun. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-06/junho-de-2013-entenda-o-cenario-de-insatisfacao-que-levou-a-protestos>. Acesso em: 3 maio 2025.

MENICUCCI, T. M. G. A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1-10, out. 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-assistencia-a-saude-no-governo-militar-19641985-e-sua-heranca-para-o-sus-o-hibrido-publicoprivado/19073?id=19073&id=19073>. Acesso em: 2 out. 2024.

MILANEZ, N. Intericonicidade: da repetição de imagens à repetição dos discursos de imagens. **Acta Scientiarum**, Maringá, 37, n. 2, p. 197-206, abr./jun. 2015.

MILANEZ, N. Intericonicidade: funcionamento discursivo da memória das imagens. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 35, n. 4, p. 345-355, out./dez. 2013.

MILANEZ, N. O corpo é um arquipélago. In: NAVARRO, P. (org.). **Texto e discurso**. São Carlos: Claraluz, 2006. p. 153-179.

MISSTEAR, R. Brave breast cancer survivor proudly shows off mastectomy scar. **Irish Mirror**, Dublin, Oct. 2014a. Disponível em: <https://www.irishmirror.ie/lifestyle/health/brave-breast-cancer-survivor-proudly-4497818?service=responsive>. Acesso em: 9 abr. 2025.

MISSTEAR, R. Cancer survivor Jill Hindley proudly shows off her mastectomy scar for Breast Cancer Care campaign. **WalesOnline**, Cardiff, UK, Oct. 2014b. Disponível em: <https://www.walesonline.co.uk/news/wales-news/cancer-survivor-jill-hindley-proudly-7987997>. Acesso em: 9 abr. 2025.

MOTA, R. D. **A análise de discurso em sala de aula**: promovendo outras leituras sobre os sentidos do masculino e do feminino. 2020. 308 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Letras) – Faculdade de Formação de Professores, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo, 2020. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18767>. Acesso em: 2 maio 2025.

NASCIMENTO, J. L.; LÚCIO, R. F. O.; COURINHO, W. L.; SÁ, L. L. C. B. Influência da terapia hormonal no desenvolvimento de câncer de mama em mulheres transexuais: Uma revisão de literatura. In.: **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, SP, v. 13, p. 1-9 n. 1. 2024. Disponível em: [file:///C:/Users/ritau/Downloads/dorlivete,+e6513144701-min%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ritau/Downloads/dorlivete,+e6513144701-min%20(1).pdf). Acesso em: 30 abr. 2025.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Visuals Online. **Search results**. Bethesda: NCI, 2025. Disponível em: <https://visualsonline.cancer.gov/searchaction.cfm?q=poster>. Acesso em: 7 abr. 2025.

O CRUZEIRO. [Rio de Janeiro: Empresa Gráfica O Cruzeiro], n. 14, 15 mar. 1980. Disponível em: <https://fliphtml5.com/pt/qetp/fwrs/basic>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ONCOGUIA. **O oncoguia**. [São Paulo]: Instituto Oncoguia, 2021. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-oncoguia/10/13/>. Acesso em: 20 mar. 2023.

ONCOGUIA. [São Paulo]: Instituto Oncoguia, 2023. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/>. Acesso em: 1 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Estudos de Políticas públicas em Direitos Humanos Suely Souza de Almeida. **Estante virtual**. Rio de Janeiro: NEPP-DH, 1946. Disponível em: <http://crmm.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html>. Acesso em: 15 maio 2025.

- ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. 4. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2013a. 276 p.
- ORLANDI, E. P. Análise de discurso. *In*: ORLANDI, E. P.; LAGAZZI-RODRIGUES, S. (org.). **Discurso e textualidade**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2006. p. 13-31.
- ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 11. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2013b. 100 p.
- ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio no movimento dos sentidos**. 6. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2007. 181 p.
- ORLANDI, E. P. **Discurso e leitura**. 9. ed. 2. reimp. São Paulo: Cortez, 2012a. 160 p.
- ORLANDI, E. P. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. 4. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2012b. 218 p.
- ORLANDI, E. P. **Discurso em análise**: sujeito, sentido e ideologia. 2. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2012c. 239 p.
- ORLANDI, E. P. **Interpretação**: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 5. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2020. 163 p.
- ORLANDI, E. P. Linguagem e método: uma questão de análise de discurso. *In*: LAGAZZI-RODRIGUES, S.; ORLANDI, E. P. (org.). **Introdução às ciências da linguagem**: discurso e textualidade. 3. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2017. p. 11-42.
- ORLANDI, E. P. Maio de 1968: os silêncios da memória. *In*: ACHARD, P. *et al.* **Papel da memória**. 4. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015. p. 53-62.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT.
Portuguese. Publications. **Combatendo o impacto do câncer na saúde, na economia e na sociedade**: Brasil. Paris: OECD, 21 nov. 2024. Disponível em:
https://www.oecd.org/pt/publications/combaterendo-o-impacto-do-cancer-na-saude-na-economia-e-na-sociedade_818827bf-pt/brasil_c0c60bff-pt.html. Acesso em: 30 abr. 2025.
- PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). *In*: GADET, F.; HAK, T. (org.). **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 5. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2014a. p. 59-106.
- PÊCHEUX, M. Foi “Propaganda” Mesmo que você disse? *In*: ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: Michel Pêcheux. 4. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015a. p. 73-92.
- PÊCHEUX, M. Formações ideológicas, aparelhos ideológicos de Estado, formações discursivas. *In*: OLIVEIRA, G.; NOGUEIRA, L. (org.). **Encontros na análise de discurso**: efeitos de sentidos entre continentes. Campinas, SP: Unicamp, 2019. p. 307-326.
- PÊCHEUX, M. Ler o arquivo hoje. *In*: ORLANDI, E. P. **Gestos de leitura**: da história no discurso. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2014b. p. 57-68.

PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. 7. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2015b. 66 p.

PÊCHEUX, M. Papel da memória. *In*: ACHARD, P. *et al.* **Papel da memória**. 4. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015c. 63 p.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. 5. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2014c. 288 p.

PÊCHEUX, M.; FUCHS, C. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. *In*: GADET, F.; HAK, T. (org.). **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 5. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2014. p. 159-249.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI, S. R. B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00017317, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hKXp8XMqNZfCXrkt4rHptYG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2025.

PROTESTOS contra o governo Michel Temer. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [São Francisco]: Wikipédia, maio 2024. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Protestos_contra_o_governo_Michel_Temer. Acesso em: 3 maio 2025.

QUEIROZ, C. O crescimento da fé evangélica. **Nexo**, 9 dez. 2019. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/externo/2019/12/09/o-crescimento-da-fe-evangelica>. Acesso em: 30 maio 2025.

REDE CÂNCER. **Pingos nos is**. Rio de Janeiro: INCA, v. 36, ago. 2020.

RESISTÊNCIA simbólica – Suzy Lagazzi (Unicamp). Niterói, RJ: enciDIS UFF, 10 set. 2020. 1 vídeo (4 min 21 s). Publicado pelo canal enciDIS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=I8xWY2wjiD0>. Acesso em: 20 dez. 2024.

REVISTA MANCHETE. Rio de Janeiro: Bloch Editores, n. 1485, 1980. Disponível em: <https://sebodomessias.com.br/revista/manchete/manchete-ano-1980-n1485.aspx>. Acesso em: 1 fev. 2024.

REVISTA PLAYBOY. Rio de Janeiro: Editora Abril, n. 261, 1997. Disponível em: <https://www.enjoei.com.br/p/revista-playboy-cida-marques-n-261-abril-1997-118109368?rsid=2fc6b56f-2d97-4f8f-9e52-cada3e49999f-1749039628165&rsp=1&rspx=1&vid=b6350f38-d44f-45a1-9165-4465101df260>. Acesso em: 1 fev. 2024.

REVISTA SEXY. São Paulo: Editora Rickdan Ltda., n. 186, 1995. Disponível em: <https://sebodomessias.com.br/revista/diversos/sexy-1995-n-186-mari-alexandre.aspx?srsId=AfmBOopZ-DBNHAI0RxxYrd7UWnMPCdzB8QLMAUt32xCyfXG0bgj9pDG>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ROMÃO, L. M. S.; LEANDRO-FERREIRA, M. C.; DELA-SILVA, S. Arquivo. *In*: MARIANI, B.; MEDEIROS, V.; DELA-SILVA, S. (org.). **Discurso, arquivo, e...** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2011. p. 11-21.

RONCARATI, C. **O discurso do câncer**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2004.

RUBENS, P. P. **Venus vor dem Spiegel**. Vaduz, Vienna: Liechtenstein. The princely collection, [16--]. 1 pintura. Disponível em: <https://www.liechtensteincollections.at/sammlungen-online/venus-vor-dem-spiegel>. Acesso em: 1 maio 2025.

SANTORA, E.; DARBY, A. **Women's Field Army (1936–1948)**. *In*: EMBRYO PROJECT ENCYCLOPEDIA. Tempe, AZ: Arizona State University, 31 July 2021. Disponível em: <https://embryo.asu.edu/pages/womens-field-army-1936-1948>. Acesso em: 7 abr. 2025.

SANTOS, J. H. G. **Exame citopatológico cérvico-vaginal de homens trans submetidos a tratamento com testosterona**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso — Departamento de Medicina de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe. Sergipe, 2019.

SILVA, A. J. da; SILVA, M. P. da. Aula 3: O início da história das políticas de saúde no Brasil. *In*: SILVA, A. J. da; SILVA, M. P. da. **Políticas sociais e de saúde no Brasil**. [S. l.]: ProEDU, 2016. Disponível em: https://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/601/Aula_03.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 1 set. 2024.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 52 p.

SOUZA, T. C. C. de. A análise do não verbal e os usos da imagem nos meios de comunicação. **RUA**, Campinas, SP, v. 7, p. 65-94, 2001. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/8640721/8262>. Acesso em: 19 jun. 2021.

STEARN, W. T. The origin of the male and female symbols of biology. **Taxon**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 109-113, May 1962. Disponível em: https://iapt-taxon.org/historic/Congress/IBC_1964/male_fem.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

STEFFEN, L. Xuxa, Maitê, Sonia, Lídia: veja antigas capas de revistas com as musas dos 70 e 80. **Virgula**, [S. l.], 28 mar. 2015. Disponível em: <https://virgula.me/tvecinema/xuxa-maite-sonia-lidia-veja-antigas-capas-de-revistas-com-as-musas-dos-70-e-80/>. Acesso em: 1 fev. 2024.

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

TEJADA, B. V.; VINHAS, L. I. Aquilo que não pode deixar de ser dito: o efeito de pré-construído do discurso machista. **Letrônica**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/letronica/article/view/36120/26122>. Acesso em: 15 nov. 2024.

TEMPERINI, R. S. L. Fundação das pioneiras sociais: contribuição inovadora para o controle do câncer do colo do útero no Brasil, 1956-1970. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio

de Janeiro, v. 58, n.3, p. 339-349, jul./set. 2012. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/582>. Acesso em: 15 ago. 2024.

TITIAN. **Venus with a mirror**. [1555?]. 1 pintura. Disponível em: <https://www.nga.gov/collection/art-object-page.41.html>. Acesso em: 1 out. 2024.

VELÁZQUEZ, D. **The toilet of Venus**. [1647-51]. 1 pintura, óleo sobre tela. Disponível em: <https://www.nationalgallery.org.uk/paintings/diego-velazquez-the-toilet-of-venus-the-rokeby-venus>. Acesso em: 1 out. 2024.

VÊNUS de Milo. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [São Francisco]: Wikipédia, fev. 2024. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%AAnus_de_Milo. Acesso em: 13 jul. 2024.

VÊNUS. *In*: CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos**: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. 26. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2012. p. 937-938.

WENTZEL, M. Quanto o câncer custa à economia do Brasil? **BBC News Brasil**, [São Paulo], 14 fev. 2028. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-43047430>. Acesso em: 30 abr. 2025.

ZANDWAIS, A. Possíveis leituras de “Foi Propaganda Mesmo Que Você Disse?” de Michel Pêcheux. **Conexão Letras**, Porto Alegre, v. 14, n. 22, p. 67-79, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/conexaolettras/article/view/98121/54769>. Acesso em: 10 ago. 2023.

ZOPPI-FONTANA, M. G.; CESTARI, M. J. “Cara de empregada doméstica”: discursos sobre os corpos de mulheres negras no Brasil. **RUA**, Campinas, SP, ed. esp., 2014. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/rua>. Acesso em: 10 maio 2025.

ZOPPI-FONTANA, M. G.; FONTANA, L. S. Corpo, gênero e raça: reflexões sobre uma abordagem discursiva do corpo. *In*: LEANDRO-FERREIRA, M. C.; VINHAS, L. I. **O corpo na análise do discurso**: conceito em movimento. Campinas, SP: Pontes Editores, 2023. p. 57-90.

APÊNDICE — QUADRO-RESUMO DOS ACHADOS DO ARQUIVO

Quadro 1 — Quadro-resumo dos achados do arquivo

Década	Cartaz	Tema	Condições de produção	Total
1940-1950	Fatores de risco	Câncer	Cartazes produzidos durante o período da Segunda Guerra Mundial e da Guerra Fria. As campanhas utilizam imagens e palavras da formação discursiva bélica	8
	Cancerofobia	Câncer		
	Na encruzilhada	Câncer		
	Não ajude o câncer	Câncer		
	Defenda-se do câncer	Câncer		
	O câncer é curável	Câncer		
	Lutai contra o câncer	Câncer		
	Caminhão com diversos cartazes	Câncer		
1960	—	—	Período da ditadura militar, com forte desvalorização da saúde pública em detrimento da saúde privada. De duas décadas, somente uma campanha foi recuperada	0
1970	Mulher e inimigo — Vênus de Milo	Cânceres femininos, exame periódico		1
1980	Fumar é brega	Tabagismo	Desde a década de 1960, o Brasil discute a regulação do tabaco, mas, a partir de 1986, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF), que incluiu estratégias de propaganda antitabaco*. Nesse mesmo ano, o dia 29 de agosto foi instituído como Dia Nacional de Combate ao Fumo, pela Lei n.º 7.488/1986	6
	Fumar é patético	Tabagismo		
	Fumar é cafona	Tabagismo		
	Fumar é de mau gosto	Tabagismo		
	Fumar é careta	Tabagismo		
	Câncer de mama — Cássia Kiss	Câncer de mama	Pela primeira vez na história, uma pessoa famosa permite que sua imagem seja associada ao câncer. É a primeira vez também que a uma fotografia ilustra um cartaz. Dado o fato de se tratar de uma pessoa conhecida, há um efeito de personificação: é a Cássia Kiss, não apenas uma mulher desconhecida	
1990	Deixando o cigarro para trás	Tabagismo	Aprovação da Lei n.º 9.294/1996: ações de controle do tabaco, como proibição do fumo em recintos coletivos fechados, restrição da propaganda dos produtos e estabelecimento de advertências relativas aos malefícios do tabagismo*	10
	Crescendo livre de tabaco	Tabagismo		
	Viva Mulher	Câncer do colo do útero	Após a redemocratização, o SUS, criado na Constituição de 1988, é regulamentado pela	

	Exame preventivo também é amor	Câncer do colo do útero	Lei n.º 8.080/1990, fortalecendo as ações e as instituições de saúde pública no país Criação, em 1997, do programa <i>Viva Mulher</i> para controle do câncer do colo do útero no Brasil Momento de forte exposição do corpo feminino, inclusive nu, nas diversas mídias, como revistas e televisão	
	Um toque de carinho	Câncer de mama		
	Abra a boca	Câncer de boca		
2000	Cowboy	Tabagismo	Entre 1999 e 2023, a OMS, sob coordenação do Brasil, elaborou a Convenção-quadro para Controle do Tabaco (CQCT/OMS), primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS. O Brasil se tornou signatário em 2005, ano da adoção pela AMS. A CQCT/OMS propõe uma série de medidas intersetoriais, como controle da propaganda e publicidade do tabaco, promoção de propaganda e publicidade antitabaco, controle do patrocínio promovido por empresas de tabaco, adoção de advertências sanitárias, proteção para impedir tabagismo passivo, promoção do tratamento de fumantes, combate ao comércio ilegal e aumento de impostos para coibir a venda**. Nessa década, há uma intensificação das ações de controle do tabagismo	36
	Faz mal para quem não fuma	Tabagismo		
	Esporte sem cigarro	Tabagismo		
	Arte sem cigarro	Tabagismo		
	Se o mocinho fuma, queima o filme — cowboy	Tabagismo		
	Fique esperto — mocinha e bandido	Tabagismo		
	Fique esperto — mocinho e bandido	Tabagismo		
	Fumar é gol contra	Tabagismo		
	Quem não fuma	Tabagismo		
	Garçom — depoimento	Tabagismo		
	Não se deixe enganar	Tabagismo		
	O cigarro atinge quem não fuma	Tabagismo		
	Fumaça não respeita	Tabagismo		
	Ambiente livre de fumo é direito de todos	Tabagismo		
	Ambiente livre de fumo é por conta da casa	Tabagismo		
	Se liga — não deixe o cigarro vencer	Tabagismo		
	Se liga — imagem que o cigarro vende	Tabagismo		

Ambiente 100% livre de fumo — garçom	Tabagismo		
Aprisionada	Tabagismo		
Aprisionado	Tabagismo		
Não é obrigado a fumar — garçom	Tabagismo		
Embalagem – derrame cerebral	Tabagismo		
Embalagem – doenças de boca	Tabagismo		
Embalagem – fumo passivo	Tabagismo		
Embalagem – prejuízo	Tabagismo		
Colorido — alimentação — Ziraldo	Fatores de proteção	Desde o seu lançamento, em 1998, o Inca gerencia o <i>Programa saber saúde de prevenção do tabagismo e de outros fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis</i> , que “tem como objetivo geral formar cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma concepção mais ampla de saúde e que contribuam para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida <i>Programa Saber Saúde</i> ”****. O programa capacita professores para trabalhar, em sala de aula e na escola, com temas relacionados à saúde e fornece materiais para que esse trabalho seja realizado. Na década de 2000, o cartunista Ziraldo ilustrou diversos materiais, como livros, folhetos, adesivos e cartazes, no âmbito do <i>Saber Saúde</i> .	
Pratique atividade física — Ziraldo	Fatores de proteção		
Fumar fede — Ziraldo	Fatores de proteção e tabagismo		
Seu melhor amigo — sol — Ziraldo	Fatores de proteção		
Ri melhor — álcool — Ziraldo	Fatores de proteção		
Sexo seguro — Ziraldo	Fatores de proteção		
Prevenção sempre	Fatores de proteção	A abordagem dos fatores de proteção também é feita mais voltada para o público adulto	
Proteja-se do câncer de pele	Câncer de pele	Nessa década, começa-se a falar sobre o câncer mais incidente no Brasil: o câncer de pele, que é indiretamente tratado no cartaz do <i>Saber Saúde</i> sobre o sol	
Instituto Nacional de Câncer	Divulgação da instituição	Divulgação institucional que busca fortalecer o nome do Inca e orientar a população em relação ao SUS	
Use camisinha	Prevenção do câncer do colo do útero	Único cartaz recuperado sobre o tema que foi realizado pelo Inca. Nos anos 2000, começa a acontecer uma queda na epidemia de aids, ainda que a doença continue a ser epidêmica. No cartaz em questão, fala-se	

			da aids e de outras IST, mas o destaque é dado à prevenção do HPV e, em consequência, do câncer do colo do útero	
	Declare seu amor	Câncer do colo do útero	Apesar de constar na página do projeto História do Câncer como um cartaz do Inca, ele foi produzido pelo Ministério da Saúde mesmo diante da reprovação do Inca, no âmbito da segunda fase de intensificação do programa <i>Viva Mulher</i> , que aconteceu entre 2001 e 2005	
2010	Mulher – pulmão florido	Tabagismo	Processo de continuidade das ações de combate ao tabaco, inclusive com o fortalecimento da CQCT/OMS	49
	Salvar vidas	Tabagismo		
	Viver bem	Tabagismo		
	Faz mal para o planeta	Tabagismo		
	Resista à tentação	Tabagismo		
	Mudanças na lei antifumo: antes e depois	Tabagismo		
	Cuidado das escolhas certas	Tabagismo		
	Narguilé	Tabagismo		
	Mostre atitude	Tabagismo		
	Ameaça a todos nós	Tabagismo		
	Cigarro mata — mulher branca	Tabagismo		
	Cigarro mata — homem branco	Tabagismo		
	Destrói corações — coração enfumaçado	Tabagismo		
	Com o coração não se brinca — cicatriz de cirurgia	Tabagismo		
	Tirar seu fôlego — pulmão no pote	Tabagismo		
	Tirar seu fôlego — pulmão no narguilé	Tabagismo		
	Não se deixe enganar pelas novidades	Tabagismo		

	Impostos sobre tabaco	Tabagismo		
	Embalagem padronizada	Tabagismo		
	Cuidado: tabaco ilegal	Tabagismo		
	Câncer de mama – Zezé Motta	Câncer de mama	<p>No primeiro cartaz da década, há novamente o efeito de personificação com a presença da imagem da atriz Zezé Motta no cartaz. É também a primeira vez que uma mulher negra ilustra uma campanha sobre o câncer</p> <p>Nessa década, as campanhas sobre o câncer feminino se intensificam, e começa a haver uma maior diversidade de idades, com a presença de mulheres mais velhas; de corpos, com mulheres não tão magras, e de raça, com mulheres pretas e pardas</p> <p>Ainda não foram incluídas mulheres obesas, PcD ou pessoas trans</p> <p>Existe uma recorrência do sentido de cuidado nos cartazes voltados para o público feminino</p> <p>Há o funcionamento, em alguns cartazes, de um “eu” e um “nós” que apontam para uma identificação entre a mulher representada no cartaz (sujeito que ocupa a posição em <i>A</i>) e a mulher imaginária a quem o cartaz se dirige (sujeito que ocupa a posição em <i>B</i>)</p>	
	Tempo de se cuidar — detecção precoce	Câncer de mama		
	Tempo de se cuidar — fatores de proteção — diferentes mulheres, idades e etnias	Câncer de mama		
	Tempo de se cuidar — rastreamento — mulher branca acima dos 50 anos	Câncer de mama		
	Tempo de se cuidar — detecção precoce 2 — diferentes mulheres, idades e etnias	Câncer de mama		
	Cuidado é prova de amor — mãe e filha negras	Câncer do colo do útero		
	Vamos falar sobre isso? — mulher branca e mulher negra	Câncer de mama		
	Vamos falar sobre isso? — família	Câncer de mama		
	Cuidado com o nosso corpo — três mulheres, três etnias (46 × 64)	Câncer de mama		
	Cuidado com o nosso corpo — três mulheres, três etnias (64 × 46)	Câncer de mama		
	Cuidado com o nosso corpo — mulher parda (64 × 46)	Câncer de mama		

Cuidado com as mamas — mulher branca (64 × 46)	Câncer de mama		
É preciso falar — casal branco	Câncer de boca	Segunda vez que o tema é abordado no arquivo recuperado, sendo o primeiro cartaz da década de 1990	
Entre nesse time campeão	Fatores de proteção	<p>O controle do tabagismo é o principal fator de proteção abordado ao longo das décadas. Apenas nos cartazes do <i>Programa Saber Saúde</i>, outros fatores de proteção haviam sido abordados</p> <p>Em 2010, o Inca lança um cartaz sobre alimentação saudável com uma ilustração que remete ao futebol</p> <p>Em 2015, abordam-se os fatores de proteção como parte das escolhas de vida, que incluem: alimentação saudável, atividade física, não fumar, não beber, fazer sexo seguro e não se expor ao sol forte</p> <p>Em 2016, o Inca promove uma campanha englobando diversos fatores de proteção, como alimentação saudável, proteção solar e prática de atividade física, cada um deles com um cartaz específico</p>	
Escolha a saúde	Fatores de proteção		
Atividade física e peso saudável	Fatores de proteção		
Alimentação saudável	Fatores de proteção		
Ofereça sombra — empregador	Fatores de proteção do câncer de pele		
Procure sombra — empregado	Fatores de proteção do câncer de pele		
Nós podemos, eu posso	Palavras inspiradoras		
Sinais de alerta	Câncer infantil		Cartaz que traz as palavras “participar”, “amar” e “inspirar” juntas à expressão “nós podemos, eu posso”
O câncer não pode acabar — vontade de viver — mãe e filha brancas (46 × 64)	Câncer		Primeira vez que um cartaz aborda o tema do câncer infantil. O cartaz é diferente dos demais realizados até aqui, pois a centralidade está na lista de sinais de alerta, e não nas ilustrações
O câncer não pode acabar — amizade — dois homens jovens brancos	Câncer	<p>Na campanha “o câncer não pode acabar”, há também o sentido de diversidade, pois os cartazes contemplam diferentes gêneros, idades, corpos e raças. A campanha não trata de um câncer específico, mas, sim, de aspectos da vida que normalmente são prejudicados com o adoecimento, como a vontade de viver, a amizade, a solidariedade e a esperança</p> <p>Fora do contexto do tabagismo, é a primeira vez que dois homens são retratados em um cartaz, que, no entanto, não fala sobre o câncer masculino, como acontece no caso das mulheres</p>	
O câncer não pode acabar — coragem — mãe e filho negros	Câncer		
O câncer não pode acabar — esperança — casal branco	Câncer		
O câncer não pode acabar — solidariedade —	Câncer		

	família branca (46 × 64)			
	O câncer não pode acabar — vontade de viver — mãe e filha brancas (64 × 46)	Câncer		
	O câncer não pode acabar — solidariedade — família branca (64 × 46)	Câncer		
	Eu sou eu vou — pessoa anônima	Câncer	Primeiro cartaz da campanha “eu sou, eu vou”, que se estende por mais dois anos Os outros cartazes apresentam pessoas famosas	
2020	O momento é agora — homem branco	Coronavírus e câncer	No final de 2019, o mundo enfrentou a grave pandemia de covid-19, que chegou ao Brasil efetivamente em 2020. Com a recomendação para que ficassem em casa por conta do risco de contágio, muitas pessoas deixaram de fazer acompanhamento médico, exames periódicos e preventivos, investigação de sinais e sintomas e tratamentos para doenças já estabelecidas, como o câncer. O Inca então lança uma campanha estimulando a adesão ao tratamento de câncer, chamada “o momento é agora”	34
	O momento é agora — mulher negra	Coronavírus e câncer		
	O momento é agora — cirurgia	Coronavírus e câncer		
	Coronavírus: motivo para parar de fumar — 1	Tabagismo	Como a covid-19 é uma doença que ataca diretamente os pulmões, e como esse órgão é o mais afetado pelo fumo, ser fumante aumenta o risco para complicações da covid-19. Assim, essa doença foi tema da campanha de controle do tabagismo	
	Coronavírus: motivo para parar de fumar — 2	Tabagismo		
	Não fumar é a melhor escolha	Tabagismo	Nessa década, comemoraram-se os 20 anos da CQCT/OMS As ações de controle do tabagismo continuam a se desenvolver, com foco principalmente nos cigarros eletrônicos, que têm um forte apelo com o público infantojuvenil	
	A maior vitória	Tabagismo		
	Uma vitória	Tabagismo		
	Tratamento para parar de fumar	Tabagismo		
	Não é só mais um cigarro	Tabagismo		
	Ninguém come tabaco	Tabagismo		
	Precisamos de comida, não de tabaco	Tabagismo		

Cigarro eletrônico — frutas	Tabagismo	
Cigarro eletrônico — doces	Tabagismo	
Cigarro eletrônico — poluição	Tabagismo	
Cigarro eletrônico — destruição do pulmão	Tabagismo	
Proteja você e seu bebê	Tabagismo	
Cuidado com as mamas — mulher negra	Câncer de mama	<p>Nessa década, as campanhas intensificam o sentido de diversidade, incluindo PcD. Em um conjunto de imagens gerado para as mídias sociais, chamado “carrossel”, há uma imagem com uma pessoa cadeirante, uma cega, uma muda, uma com síndrome de Down, uma asiática e uma indígena. Essas imagens não foram arquivadas para esse trabalho, pois não são cartazes, mas, sim, peças para os meios digitais. Ainda não foram contempladas, até 2024, pessoas visivelmente transexuais ou obesas</p> <p>O sentido de cuidado também aparece de forma relevante em todas os cartazes que versam sobre os cânceres femininos (mama e útero)</p> <p>Há o funcionamento do “eu”, como na década anterior, que produz um efeito de identificação entre a mulher que se identifica como o “eu”, representada no cartaz (sujeito que ocupa a posição em <i>A</i>), e a mulher imaginária, sujeito que ocupa a posição em <i>B</i>, à qual o cartaz se dirige</p>
Cuidado com as mamas — mulher branca	Câncer de mama	
Eu cuido da minha saúde — mulher negra	Câncer de mama	
Eu cuido das minhas pacientes — mulher negra	Câncer de mama	
Informar para proteger (46 × 64)	Câncer de mama	
Informar para proteger (64 × 46)	Câncer de mama	
Seu corpo, sua vida — mulher negra acima dos 50 anos (64 × 46)	Cânceres de mama e do colo do útero	
Seu corpo, sua vida — mulher negra jovem (64 × 46)	Cânceres de mama e do colo do útero	
Seu corpo, sua vida — mulher branca jovem e PcD (64 × 46)	Cânceres de mama e do colo do útero	
Seu corpo, sua vida — mulher negra acima dos 50 anos (46 × 64)	Cânceres de mama e do colo do útero	
Seu corpo, sua vida — mulher negra jovem (46 × 64)	Cânceres de mama e do colo do útero	

	Seu corpo, sua vida — mulher branca jovem e PcD (46 × 64)	Cânceres de mama e do colo do útero		
	Eu sou, eu vou — Ana Botafogo	Câncer	A campanha “eu sou, eu vou” reuniu diferentes artistas para falar sobre ações a serem feitas no contexto do câncer, como levar esperança, energia e apoio às pessoas com câncer, lembrar as amigas de fazer os exames preventivos e engajar os amigos Há o funcionamento do “eu” como um processo de individualização, que aponta para a ação que cada um, cada “eu” pode realizar; assim como há mais uma vez, o funcionamento da personificação, pois o “eu sou, eu vou” não é enunciado por desconhecidos, mas por artistas famosos	
	Eu sou, eu vou — Carlinhos de Jesus	Câncer		
	Eu sou, eu vou — Márcio Kieling	Câncer		
	Eu sou, eu vou — Suzana Vieira	Câncer		
	Eu sou, eu vou — Daniella Sarahyba	Câncer		
Total				145

Fonte: elaboração própria.

Legenda: AMS — Assembleia Mundial da Saúde; CQCT/OMS — Convenção-quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco; HPV — papilomavírus humano; Inca — Instituto Nacional de Câncer; IST — infecção sexualmente transmissível; OMS — Organização Mundial da Saúde; PcD — pessoa com deficiência; SUS — Sistema Único de Saúde.

Referências: *Portes; Machado; Turci, 2018. **Instituto Nacional de Câncer, 2025c; ***Instituto Nacional de Câncer, 2025d.

ANEXO — O ARQUIVO

DÉCADAS DE 1940-1950



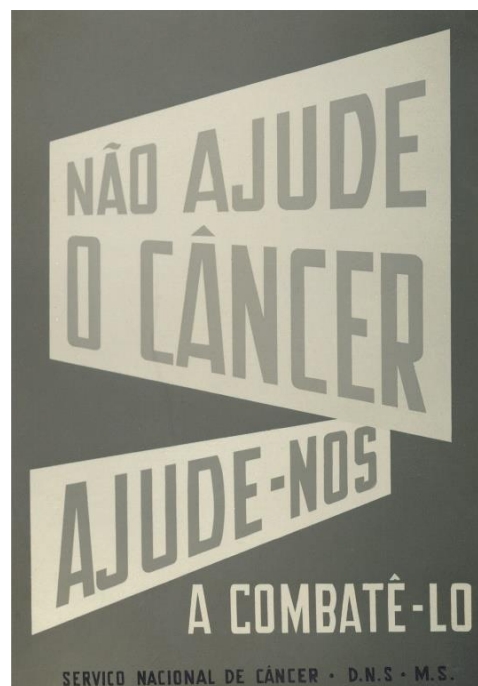
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.



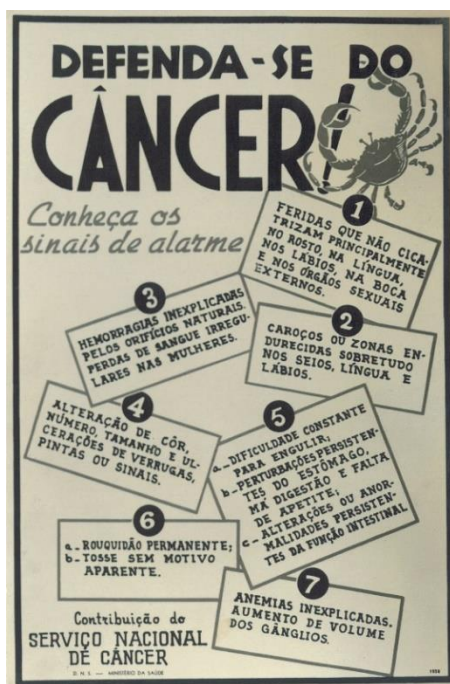
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.

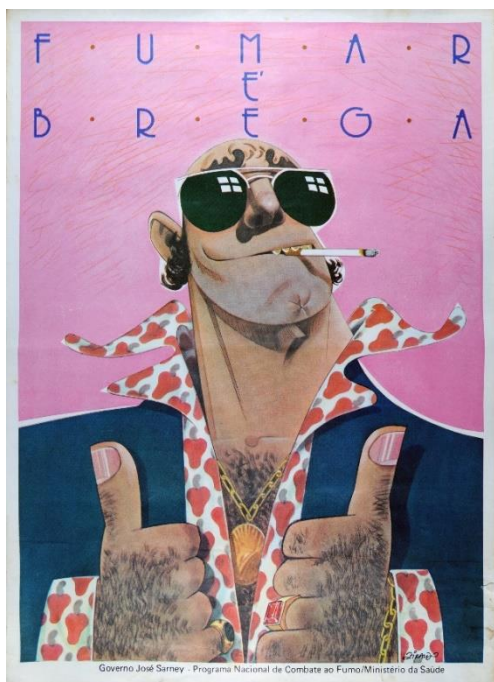


Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

DÉCADA DE 1970

Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.

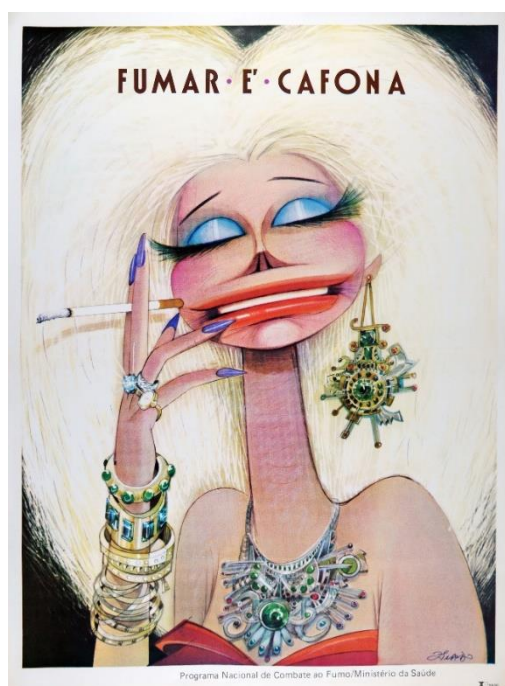
DÉCADA DE 1980



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

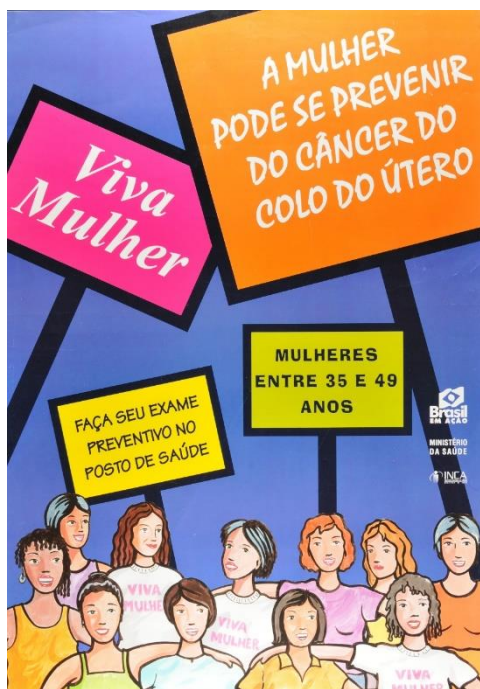
DÉCADA DE 1990



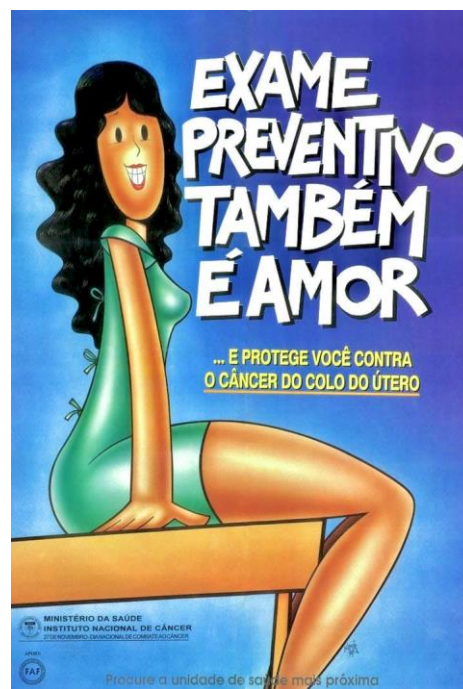
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva 2017b.



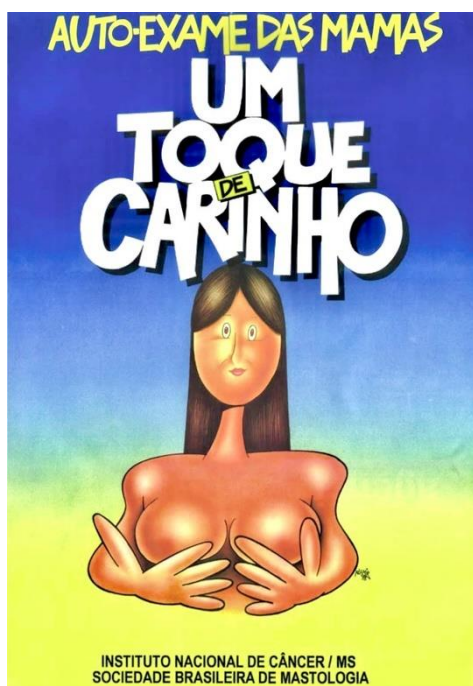
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva 2017b.



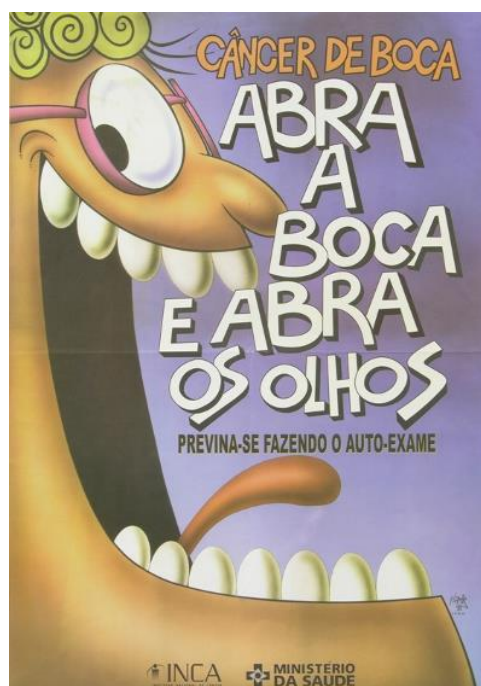
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017a.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017a.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Casa de Oswaldo Cruz.



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.

DÉCADA DE 2000



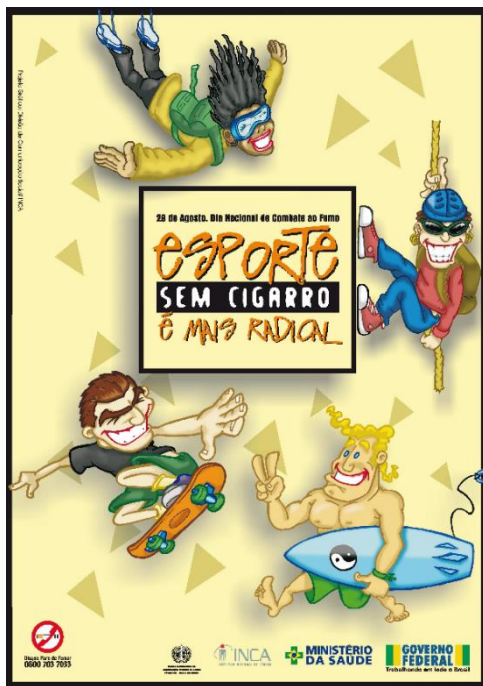
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



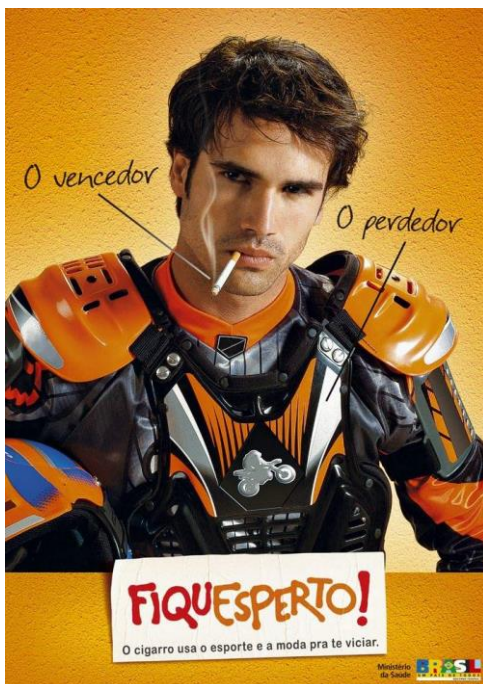
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



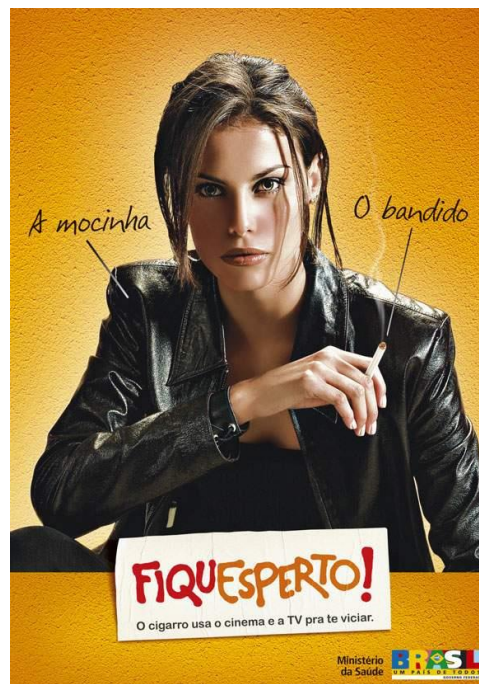
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



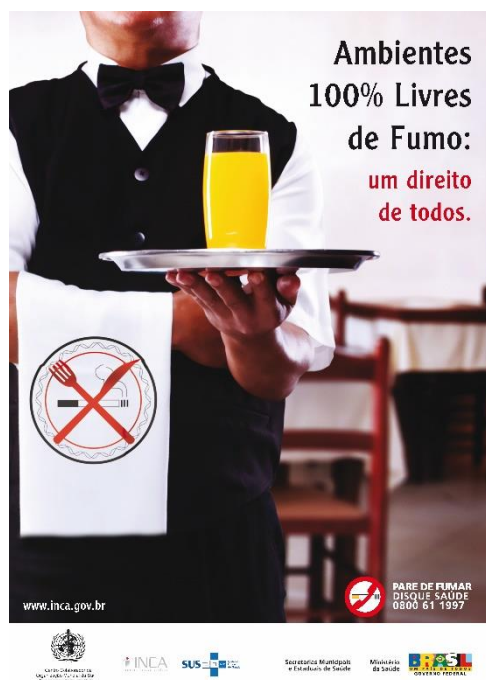
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



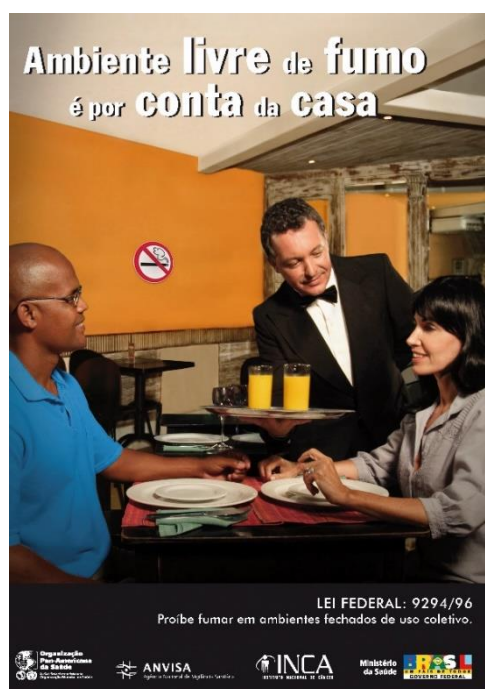
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



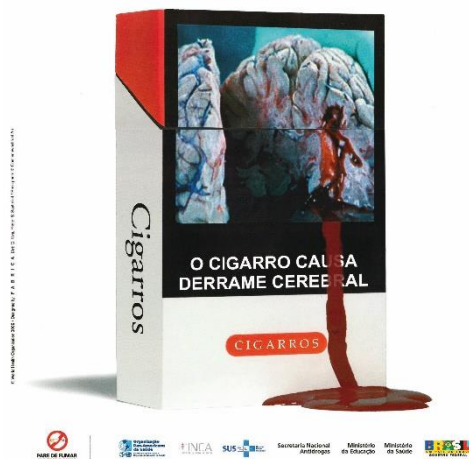
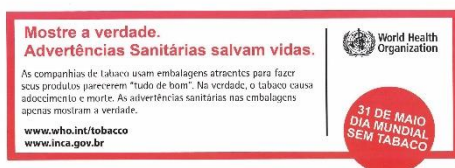
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



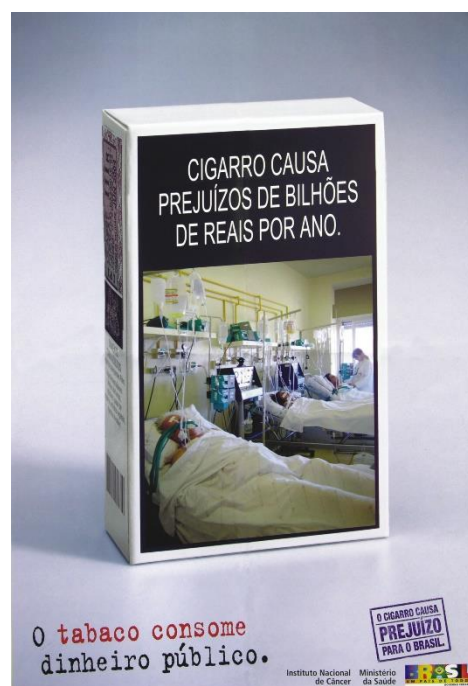
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



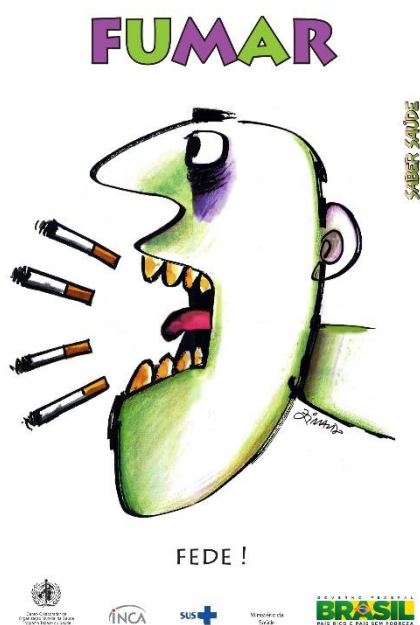
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José
Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Instituto Nacional de Câncer José
Alencar Gomes da Silva, 2019b.



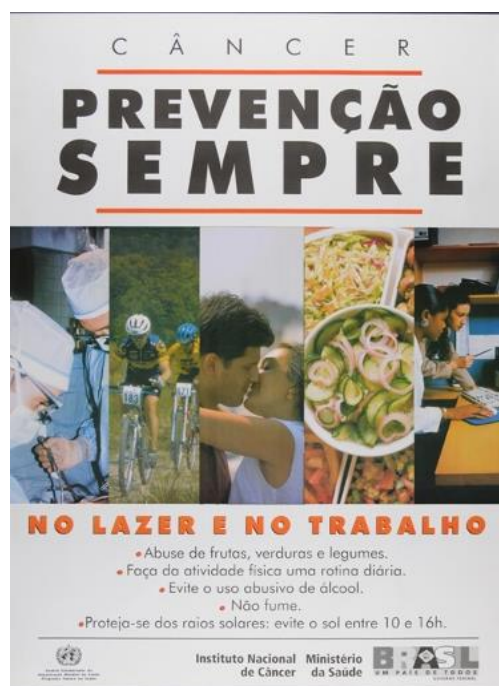
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José
Alencar Gomes da Silva, 2019b.



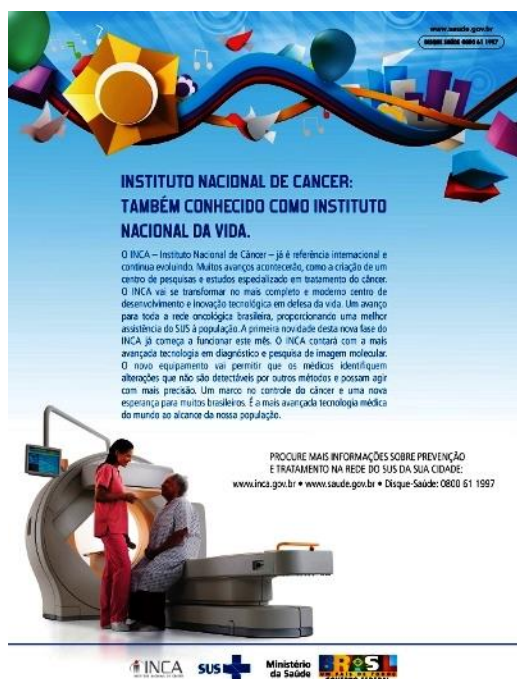
Fonte: Instituto Nacional de Câncer José
Alencar Gomes da Silva, 2019b.



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz.

Obs.: o Inca não é autor dessa campanha.

DÉCADA DE 2010



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: Portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



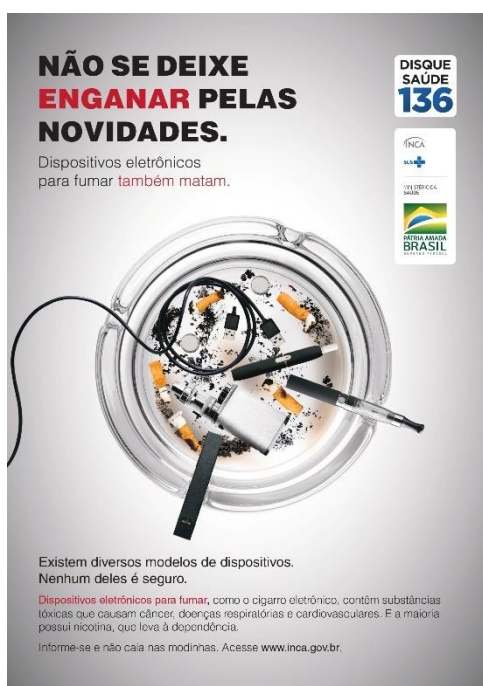
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



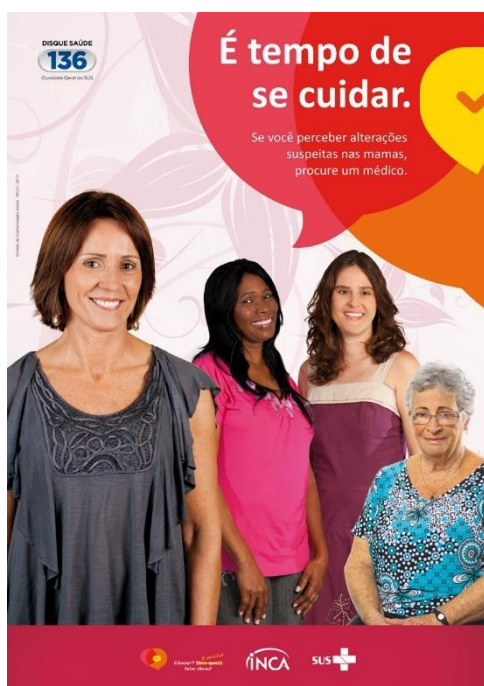
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



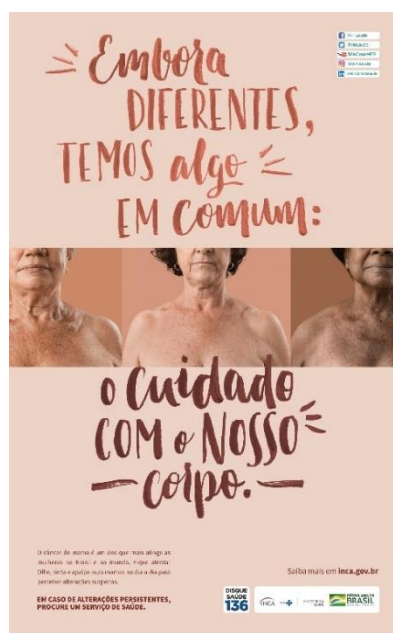
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



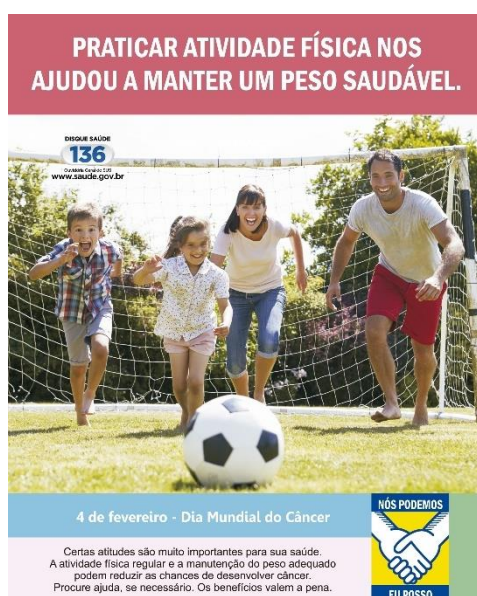
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



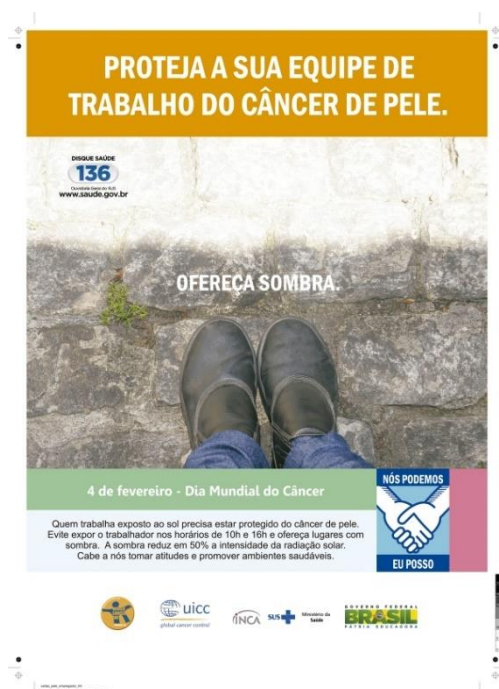
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



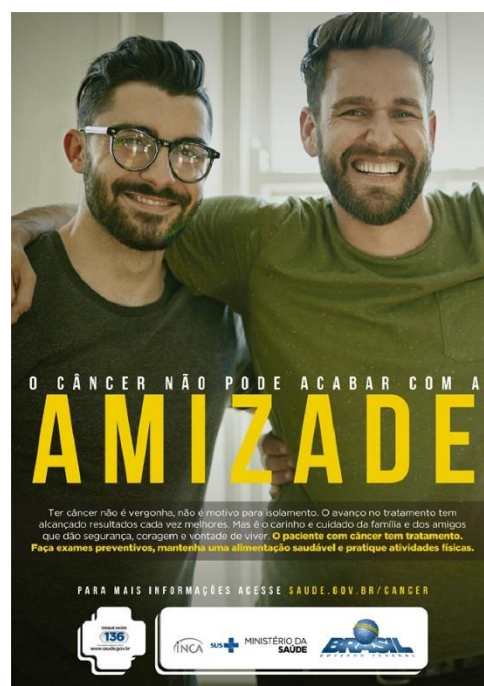
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



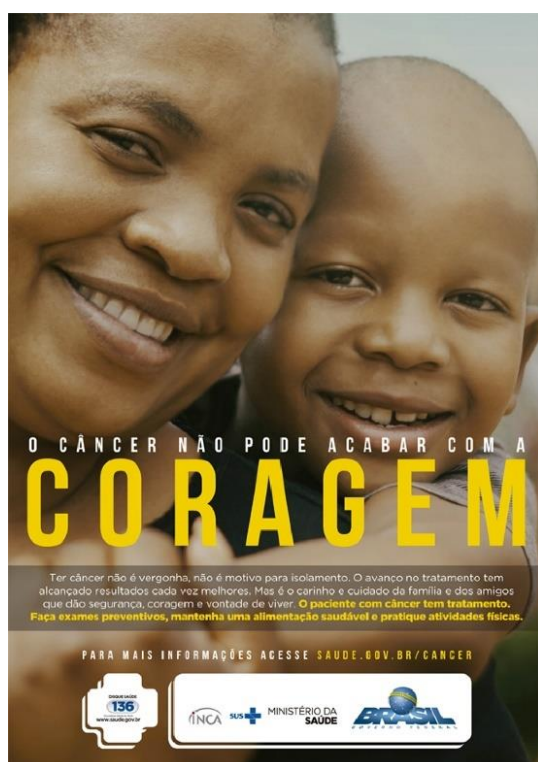
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

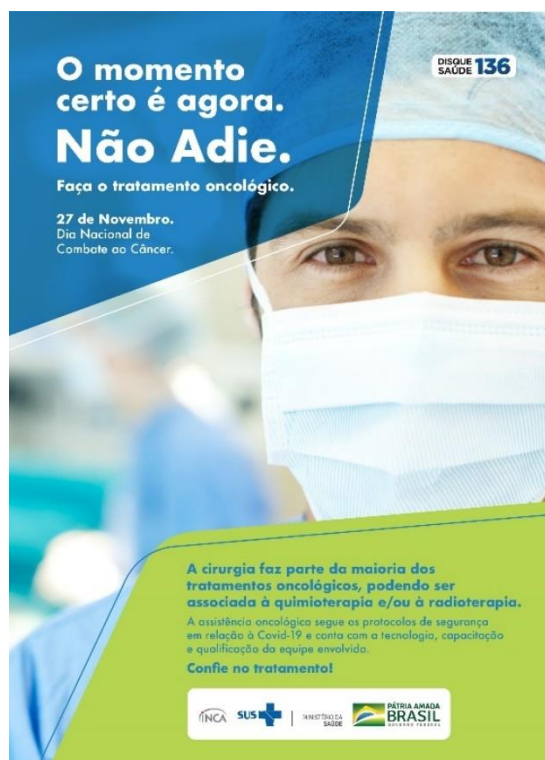


Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

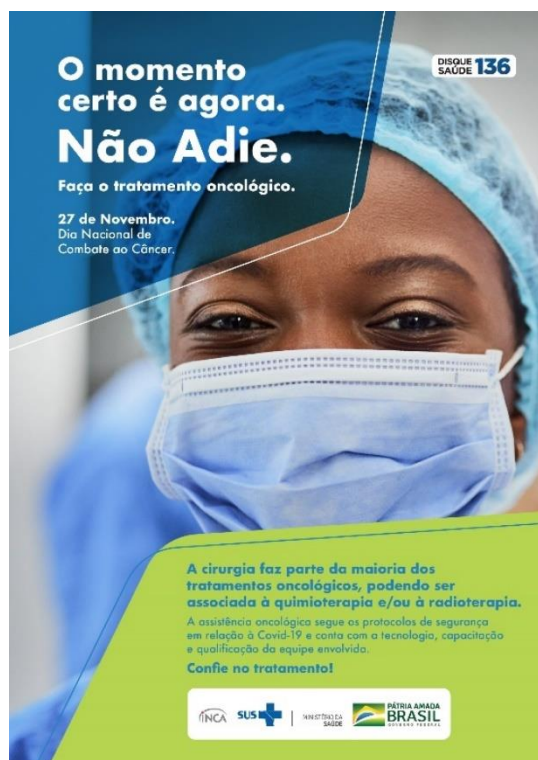


Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

DÉCADA DE 2020



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



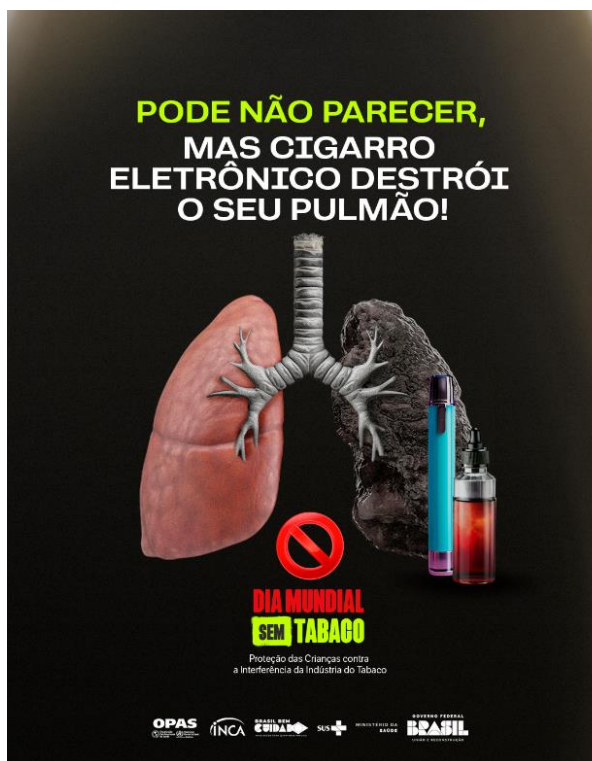
Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



inca.gov.br

DISQUE SAÚDE 136

Facebook: @inca.br
Twitter: @inca_br
Instagram: @inca.br
YouTube: @inca.br
WhatsApp: (11) 4890-1366
#SaúdeTodoDia

Cuidado com as mamas, carinho com seu corpo.

Conheça os sinais e sintomas suspeitos do câncer de mama:

- Carcoço (nódulo), geralmente endurecido, fixo e indolor.
- Alterações na pele ou no bico do peito (mamilo).
- Saída espontânea de líquido do mamilo.
- Pequenos caroços no pescoço ou axilas.

Em caso de alterações suspeitas nas mamas, procure uma Unidade de Saúde e siga os cuidados para a prevenção da Covid-19.

INCA SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE SAÚDE ABRADA BRASIL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



DISQUE SAÚDE 136

“Eu cuido da minha saúde todos os dias. E você?”

Quando o câncer de mama é descoberto no início, há mais chances de cura.

Fique atenta aos sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama:

- Nódulo (carcoço) duro, em geral fixo e indolor
- Endurecimento de partes da mama
- Mudanças na pele da mama
- Alterações no mamilo
- Nódulo no pescoço ou nas axilas

E procure logo o serviço de saúde para avaliação.

www.gov.br/inca

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



DISQUE SAÚDE 136

“Eu cuido das minhas pacientes integralmente. E você?”

O diagnóstico precoce do câncer de mama aumenta as chances de tratamento mais efetivo.

Ao atender às mulheres, pergunte se elas costumam observar as mamas no dia a dia para perceber alterações suspeitas de câncer de mama. Em caso de alterações, realize a investigação diagnóstica e os encaminhamentos necessários.

www.gov.br/inca

INCA SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE SAÚDE ABRADA BRASIL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



Fonte: portal do Ministério da Saúde.



Fonte: portal do Ministério da Saúde.



Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

MULHER. seu CORPO. sua VIDA.

O câncer de mama e o do colo do útero têm prevenção e tratamento.

CONHEÇA SEU CORPO.
O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a sua vida.

CÂNCER DE MAMA
Alimentação saudável e atividade física podem reduzir o seu risco de ter a doença.
Mulher, fique atenta às suas mamas!
A mamografia é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos, a cada 2 anos.
A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
A prevenção é feita pela vacina HPV.
Meninas e meninos de 9 a 14 anos devem se vacinar.
O exame preventivo é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos.
A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

OUTUBRO ROSA | gov.br/sauredamulher | INCA | BRASIL SEM COVID-19 | SUS+ | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

MULHER. seu CORPO. sua VIDA.

O câncer de mama e o do colo do útero têm prevenção e tratamento.

CONHEÇA SEU CORPO.
O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a sua vida.

CÂNCER DE MAMA
Alimentação saudável e atividade física podem reduzir o seu risco de ter a doença.
Mulher, fique atenta às suas mamas!
A mamografia é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos, a cada 2 anos.
A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
A prevenção é feita pela vacina HPV.
Meninas e meninos de 9 a 14 anos devem se vacinar.
O exame preventivo é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos.
A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

gov.br/sauredamulher | INCA | BRASIL SEM COVID-19 | SUS+ | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.

MULHER. seu CORPO. sua VIDA.

O câncer de mama e o do colo do útero têm prevenção e tratamento.

CONHEÇA SEU CORPO. O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a sua vida.

CÂNCER DE MAMA
Alimentação saudável e atividade física podem reduzir o seu risco de ter a doença.
Mulher, fique atenta às suas mamas!
A mamografia é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos, a cada 2 anos.
A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
A prevenção é feita pela vacina HPV.
Meninas e meninos de 8 a 14 anos devem se vacinar.
O exame preventivo é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos.
A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

OUTUBRO ROSA | gov.br/sauredamulher | INCA | BRASIL SEM COVID-19 | SUS+ | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



MULHER.
seu
CORPO. *sua*
VIDA.

O câncer de mama e o do colo do útero têm prevenção e tratamento.

CONHEÇA SEU CORPO. O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a sua vida.

CÂNCER DE MAMA
Alimentação saudável e atividade física podem reduzir o seu risco de ter a doença.
Mulheres, fique atenta às suas mamas!
A mamografia é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos, a cada 2 anos.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
A prevenção é feita pela vacina HPV.
Mulheres e meninos de 9 a 14 anos devem se vacinar.
O exame preventivo é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos.

A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

Saiba mais em: gov.br/saudedamulher

INCA | BRASIL SEM CÂNCER | SUS+ | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL | BRASIL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



MULHER.
seu
CORPO. *sua*
VIDA.

O câncer de mama e o do colo do útero têm prevenção e tratamento.

CONHEÇA SEU CORPO. O autocuidado e a detecção precoce podem salvar a sua vida.

CÂNCER DE MAMA
Alimentação saudável e atividade física podem reduzir o seu risco de ter a doença.
Mulheres, fique atenta às suas mamas!
A mamografia é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos, a cada 2 anos.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO
A prevenção é feita pela vacina HPV.
Mulheres e meninos de 9 a 14 anos devem se vacinar.
O exame preventivo é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos.

A prevenção, o diagnóstico e o tratamento são oferecidos pelo SUS.

Saiba mais em: gov.br/saudedamulher

INCA | BRASIL SEM CÂNCER | SUS+ | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL | BRASIL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



“EU SOU ARTE E EU VOU LEVAR ESPERANÇA À VIDA DAS PESSOAS COM CÂNCER.

“No Dia Mundial do Câncer não importa quem você seja: você tem como agir na prevenção e no controle da doença.”

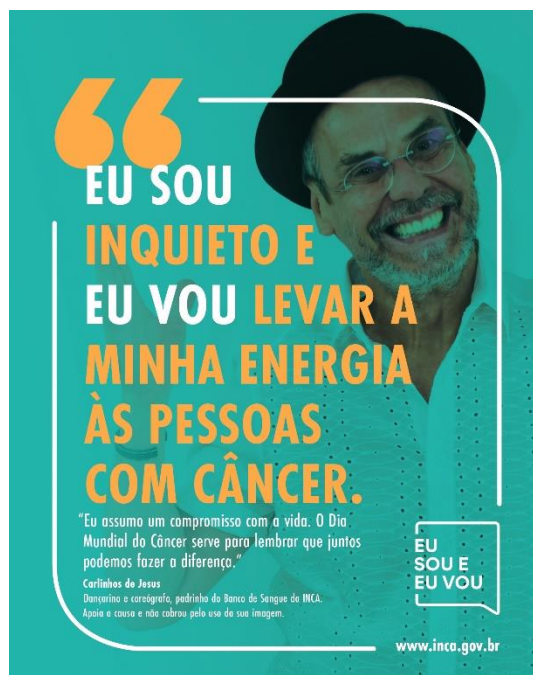
Ana Botelho
Ballerina, modelo do Banco de Sangue do INCA.
Ajuda a causa e não cobre pelo uso da sua imagem.

EU SOU E EU VOU

www.inca.gov.br

Logos: SUS, INCA, SUS+, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



“EU SOU INQUIETO E EU VOU LEVAR A MINHA ENERGIA ÀS PESSOAS COM CÂNCER.

“Eu assumo um compromisso com a vida. O Dia Mundial do Câncer serve para lembrar que juntos podemos fazer a diferença.”

Carlos de Jesus
Dançarino e coreógrafo, padrinho do Banco de Sangue do INCA.
Ajuda a causa e não cobre pelo uso da sua imagem.

EU SOU E EU VOU

www.inca.gov.br

Logos: SUS, INCA, SUS+, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



“EU SOU DESSA CORRENTE DO BEM E EU VOU ENGAJAR MEUS AMIGOS NA CAUSA DO CONTROLE DO CÂNCER.

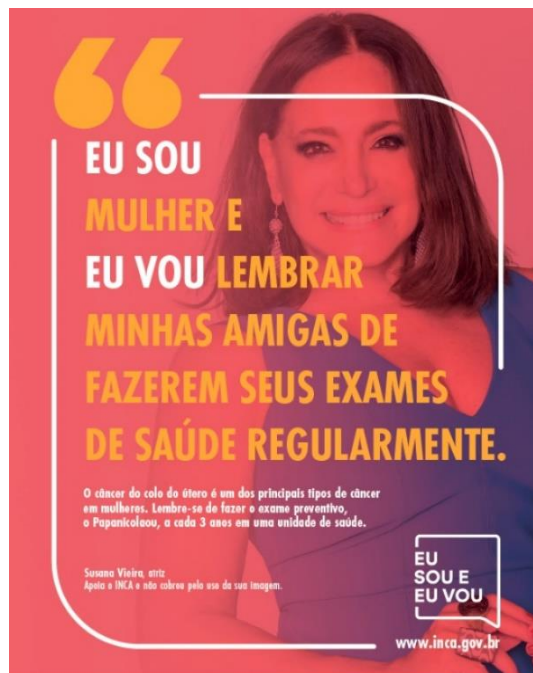
Márcio Kieling
Ator. Ajuda a causa e não cobre pelo uso da sua imagem.

EU SOU E EU VOU

www.inca.gov.br

Logos: SUS, INCA, SUS+, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



“EU SOU MULHER E EU VOU LEMBRAR MINHAS AMIGAS DE FAZEREM SEUS EXAMES DE SAÚDE REGULARMENTE.

O câncer do colo do útero é um dos principais tipos de câncer em mulheres. Lembre-se de fazer o exame preventivo, o Papanicolaou, a cada 3 anos em uma unidade de saúde.

Susana Vieira, atriz.
Ajuda a INCA e não cobre pelo uso da sua imagem.

EU SOU E EU VOU

www.inca.gov.br

Logos: DISQUE SAÚDE 136, SUS, INCA, SUS+, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.



4 de fevereiro - Dia Mundial do Câncer

“

**EU SOU
SOLIDÁRIA
E VOU LEVAR
O MEU APOIO
A QUEM
TEM CÂNCER.**

Daniella Seraphybe
Modelo e madrinha do INCAVoluntário


Daniella Seraphybe cedeu seu tempo gratuitamente para a campanha.

**EU
SOU E
EU VOU**

www.inca.gov.br







Fonte: portal do Instituto Nacional de Câncer.