



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Comunicação e Saúde

CES

**“É PRECISO FALAR DISSO”: UMA ANÁLISE DISCURSIVA DAS
CAMPANHAS E MATERIAIS EDUCATIVOS DO MINISTÉRIO DA
SAÚDE E DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER SOBRE O
CÂNCER DE MAMA**

Ana Beatriz Mendonça Attisano

Modalidade: Projeto de Pesquisa

Orientador: Irene Rocha Kalil

Rio de Janeiro, 2019

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

“É preciso falar disso”: Uma análise discursiva das campanhas e materiais educativos do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer sobre o câncer de mama

por

ANA BEATRIZ MENDONÇA ATTISANO

Trabalho apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz

Modalidade de trabalho: Projeto de Pesquisa

Orientador: Irene Rocha Kalil, Doutora.

Rio de Janeiro, março/2019

RESUMO

Estima-se que a cada ano aproximadamente 60 mil pessoas serão diagnosticadas com câncer de mama no Brasil, o segundo tipo de câncer responsável por mais mortes no mundo, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma. O câncer de mama atinge em 99% dos casos as mulheres, não desconsiderando a possibilidade de um homem ser diagnosticado. Nesse sentido, é o câncer que mais mata mulheres.

A magnitude do câncer fez dele um problema de saúde pública, tendo as campanhas se tornado uma estratégia de comunicação e prevenção à doença. No caso do câncer de mama, a campanha Outubro Rosa ficou conhecida mundialmente para chamar atenção a essa causa, sendo outubro o mês de conscientização.

Nesta pesquisa, pretende-se fazer uma análise das peças de campanhas e materiais educativos de prevenção e orientação sobre o câncer de mama veiculadas nos sites do Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional de Câncer (Inca). Objetiva-se verificar, através da análise de discurso, os sentidos privilegiados e silenciados nos materiais oficiais sobre o câncer de mama, entender quais são os seus objetivos e para qual público são destinados. A análise levará em consideração as condições sociais de produção desses discursos, observando se eles se constroem na direção de promover uma mobilização social ou a mudança de comportamento com foco no autocuidado.

Palavras-chave: Campanhas; Câncer de Mama; Comunicação e Saúde; Promoção da Saúde; Materiais educativos; Análise de Discurso.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cronograma	31
Figura 2 – Imagem da Campanha de 2013	32
Figura 3 - Imagem da Campanha de 2013.....	32
Figura 4 – Imagem da Campanha de 2014	33
Figura 5 – Imagem da Campanha de 2015	33
Figura 6 – Imagem da Campanha de 2016	34
Figura 7 – Imagem da Campanha de 2017	34
Figura 8 – Imagem da Campanha de 2018	35
Figura 9 - Tabela dos materiais analisados.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	15
3 JUSTIFICATIVA	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1 O campo da comunicação e saúde.....	19
4.2 Promoção da Saúde.....	19
4.3 Conceitos de Risco e Estilo de Vida.....	21
4.4 Análise de Discurso.....	23
5 METODOLOGIA	25
6 RESULTADOS ESPERADOS	28
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
8 CRONOGRAMA	33
9 ANEXOS	34
9.1 Anexo 1	34
10 APÊNDICE	38
10.1 Roteiro para entrevista	38
10.2 Tabela de materiais que serão analisados	39

1 INTRODUÇÃO

O câncer é a doença do século. Diante da magnitude dos números, o câncer é considerado hoje um problema de saúde pública, sendo o câncer de mama o mais incidente na população feminina, responsável por 28% dos novos casos de câncer. Há vários tipos de câncer de mama, por isso, a doença pode evoluir de diferentes formas. Alguns tipos têm desenvolvimento rápido, enquanto outros crescem mais lentamente. Esses comportamentos distintos se devem a características próprias de cada tumor (INCA, 2018). Apesar das chances de diagnóstico da doença serem maiores após os 50 anos, mulheres de todas as idades estão sujeitas ao câncer de mama. O principal fator de risco para a doença é ser mulher: 99% dos casos da doença correspondem ao público feminino, ainda que sejam registrados, de forma rara, casos da doença em homens.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), no Brasil, o câncer de mama representa a principal causa de morte por neoplasias malignas em mulheres. Em 2017, estimou-se que 57.960 mulheres seriam acometidas pela doença, e a estimativa de novos casos de câncer de mama em 2018 chegavam a 59.700 (INCA, 2018). Trata-se de uma doença multicausal, que atinge grande parte da população brasileira, por isso tem representado um dos grandes desafios às políticas públicas de saúde. Nesse sentido, vem exigindo o desenvolvimento de programas e ações de promoção e prevenção da saúde, de tratamento e controle da doença, bem como de uma rede de serviços adequados e integrados que conte com profissionais competentes e que possam atuar nas diferentes regiões do país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como prioritário o rastreamento do câncer de mama na faixa etária das mulheres entre 50 e 69 anos. Nesse aspecto, o Brasil procura seguir essa diretriz, a exemplo de outros países europeus e americanos, como a American Cancer Society e a European Commission.

O aumento das doenças e epidemias intensifica os alertas sobre as formas de prevenção e combate, como é o caso das campanhas publicitárias de prevenção ao câncer de mama. O chamado Outubro Rosa, que, no Brasil, acontece desde

2002, quando a cor rosa foi adotada pela publicidade para motivar e atrair o público, chama a atenção por meio da iluminação de monumentos históricos e cartões postais do país. Considerando o amplo espaço que as peças publicitárias sobre o câncer de mama ganharam na mídia, principalmente através do Outubro Rosa, percebemos a responsabilidade assumida pelos veículos de comunicação e, no caso das campanhas de saúde, um compromisso assumido pelo Ministério da Saúde (órgão governamental responsável pela administração e manutenção da saúde pública do país em âmbito nacional) no tratamento das informações.

No cenário brasileiro, vemos o aparecimento intenso de campanhas voltadas ao combate de diversas doenças e de incentivo a práticas como amamentação, doação de sangue e órgãos, vacinação, prevenção à Aids, ao câncer, dentre outras. Nota-se uma crescente disputa por espaço no calendário para promover os chamados meses de conscientização de algumas doenças: outubro é rosa (Câncer de Mama), novembro é azul (Câncer de Próstata), setembro é verde (Doação de Órgãos), dezembro é laranja (Câncer de Pele), mas também é vermelho (Aids). Faltam meses no calendário anual para a promoção de tantas campanhas.

Não é possível afirmar com precisão quando foram criadas as primeiras campanhas de saúde no Brasil, contudo, as primeiras ações sistemáticas de caráter educativo, no campo da saúde pública brasileira, datam do final da década de 1910. As iniciativas de Oswaldo Cruz e do sanitarismo trouxeram atenção para as ações em saúde através de regras colocadas à população a fim de controlar as doenças e epidemias, o que trouxe revoltas e manifestações. Em 1925, os ideais de educação em saúde traçaram novas perspectivas, visando à mudança individual de comportamento para garantir uma vida saudável.

Inicialmente destinada a promover a popularidade e prevenção de doenças evitáveis, através da adoção de hábitos simples, como o uso de calçados para prevenir proliferação de vermes, a educação em saúde logo se ampliaria em diversos campos, dando origem a profissões práticas e instituições de saúde específicas. Institutos de higiene, enfermeiras de saúde pública, exames periódicos, vigilância sanitária passaram a ser importantes instrumentos de uma saúde pública

cada vez mais voltada para uma postura ativa da população, pronta a assimilar os preceitos saudáveis pela educação (COSTA ; TEIXEIRA, 2010). Assim, surgiram programas de educação em saúde no Brasil e, aos poucos, as campanhas foram se ampliando e incorporando novas doenças.

Em relação ao câncer de mama, as primeiras ações educativas surgiram na década de 1920, quando alguns médicos, preocupados com o incremento nos índices da doença, começaram a elaborar pequenos panfletos orientando sobre a prevenção e o diagnóstico precoce. Essa prática foi bastante utilizada em postos e consultórios ginecológicos nas décadas seguintes, com o objetivo de esclarecer as mulheres sobre a necessidade de exames ginecológicos periódicos como forma de detecção precoce do câncer cervical (COSTA ; TEIXEIRA; 2010).

O câncer teve suas ações educativas fortemente defendidas e divulgadas no setor público pelo médico sanitário Mario Kroeff. Insistentemente engajado na busca por melhorias e condições de tratamento para a doença, foi o primeiro diretor do Centro de Cancerologia, que logo após se tornou Serviço Nacional de Câncer (SNC), no qual também foi nomeado diretor. A partir dessa conquista, houve grandes avanços no tratamento do câncer, possibilitados pela abertura de clínicas para tratamento da doença em diversos lugares do Brasil, assim como campanhas para educação da população sobre a importância do diagnóstico precoce.

Entre as décadas de 1930 e 1940, a propaganda educativa com relação ao câncer firmou-se como aspecto central das ações de controle da doença. Fortemente impulsionadas pela ação de Mario Kroeff e seus seguidores, exposições, programas de rádio, filmes e produção gráfica faziam parte de uma estratégia de divulgação dos preceitos de prevenção vigentes à época, destacando-se a descoberta precoce da doença e o tratamento especializado. Hoje substituídas por iniciativas com base na chamada prevenção primária-segundo a qual os modos de vida saudáveis estão na base da prevenção -, essas ações foram de grande importância não só na divulgação do problema do câncer e de sua prevenção, mas também no processo de fortalecimento institucional do Serviço Nacional do Câncer e no modelo do campo da cancerologia.

Atualmente, o campo da educação em saúde não se limita à noção de prevenção de determinadas doenças, entendendo o conceito ampliado de promoção da saúde, como definição que abrange a população nos mais diversos aspectos de sua vida. Essa transformação, fomentada pela ação do Estado e pela sociedade civil, visa melhorar as condições de vida e saúde da população. Em seu conceito ampliado, a promoção da saúde como experiência de aprendizagem, embora não deixe de advogar a adoção de comportamentos considerados saudáveis, condena estratégias que culpabilizam o indivíduo por sua condição de saúde e que se limitam a prescrever comportamentos independentemente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010 p.34). Contudo, “no campo da saúde pública, os programas educacionais de promoção de saúde têm lançado mão de diversas estratégias para incrementar a auto responsabilização pelo reconhecimento de estilos de vida pouco saudáveis” (CASTIEL; VASCONCELOS, 2006, p. 61).

Neste trabalho, buscaremos observar, por meio da análise de discursos das campanhas publicitárias e materiais educativos veiculados nos sites do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer, os objetivos das peças produzidas, entendendo como e para qual público se direcionam e se a construção do discurso prioriza a mobilização social (TORO; WERNECK, 1996) ou a mudança de comportamento. Também procuraremos apontar os efeitos de sentidos evidenciados e silenciados nas campanhas, tendo como base a leitura de teóricos sobre comunicação e análise de discurso, como Foucault (2008), Orlandi (1999), Pinto (1999), Verón (2004), dentre outros.

Compreendemos que as marcas das presenças e ausências sobre o câncer de mama nos discursos de prevenção estão relacionadas aos seus contextos ou condições sociais de produção. Esses contextos incluem desde as condições imediatas em que os discursos são produzidos (ou seja, os sujeitos que produzem, os objetivos, os tipos de materiais, entre outras) até o contexto amplo, que traz para a consideração os efeitos de sentidos elementos que derivam da memória discursiva¹ (ORLANDI, 1999).

Nosso intuito é desenvolver uma análise ideológica do discurso, entendida como “o estudo dos traços que as condições de produção de um discurso deixaram

na superfície discursiva” (VERÓN, 2004, p. 56). Partimos desse referencial por enfatizar a relação dos discursos com as ideologias, possibilitando nossa busca de revelar que condições de produção estão (naturalizadas) nos discursos oficiais sobre o câncer de mama no Brasil e que efeitos de sentido eles buscam produzir em profissionais de saúde, empresários, mulheres e população em geral (KALIL, 2015).

Em relação às condições de produção dos discursos sobre o câncer de mama, pretendemos fazer uma descrição de acontecimentos do discurso, que apresenta a escolha de um determinado enunciado e outro não (FOUCAULT, 2013, p. 33). Assim, buscamos apresentar as dimensões contextuais fundamentais para a compreensão dos sentidos produzidos pelos discursos contemporâneos sobre o câncer de mama nos materiais oficiais do Ministério da Saúde. Consideraremos as práticas e discursos sobre o tema, que apresentam diversas mudanças ao longo do tempo, em diferentes contextos socioculturais, representando, através do nosso entendimento, os variados intertextos que permeiam a produção de sentidos sobre o tema na atualidade, tanto no âmbito da produção *stricto sensu* quanto na apropriação desses discursos (KALIL, 2015).

¹ A memória discursiva é o suporte semântico de um discurso, seu funcionamento se dá através da repetição de enunciados, que forma uma regularidade discursiva. Esta, por sua vez, invoca significados através dos pré-construídos estabelecidos nas séries enunciativas. O exemplo utilizado do discurso religioso na televisão demonstra uma tentativa de ruptura no discurso religioso, retirando seu traço tradicional de resignação e sofrimento.

"O conceito de memória discursiva - Michel Pêcheux - Colunas Tortas." 26 dez. 2017, <https://colunastortas.com.br/memoria-discursiva/>. Acessado em 5 jan. 2019. Vinícius Siqueira - Pós-graduado em sociopsicologia pela Escola de Sociologia e Política de São Paulo e editor do Colunas Tortas).

Nesta pesquisa, partimos de algumas hipóteses, que serão confirmadas ou não ao longo de seu desenvolvimento. Uma delas é a do grande influência do discurso de culpabilização, que prega a ideia do estilo de vida saudável, ao mesmo tempo em que desconsidera as condições socioeconômicas desfavoráveis a que estão submetidas enormes parcelas da população brasileira e ignora seus próprios deveres – educação e saúde públicas e de qualidade. Nesse sentido, transfere quase que totalmente a responsabilidade pela saúde ao indivíduo, promovendo o que ficou conhecido no discurso crítico da saúde pública como “culpabilização da vítima” (CASTIEL; GUILAM e FERREIRA, 2010).

Deixando de lado a influência dos determinantes sociais da saúde no processo de adoecimento para o indivíduo, os discursos das campanhas oficiais de promoção da saúde, inclusive as do câncer de mama, apregoam a responsabilidade do indivíduo em “cuidar-se”, incentivando a prática de exercícios físicos regulares, a alimentação saudável, o controle do peso corporal, a prática da amamentação, entre tantos outros hábitos considerados promotores da saúde.

Segundo Castiel, Guilam e Ferreira, é comum que recomendações de saúde pública sejam simplificadas e até mesmo falseadas mediante aos riscos de determinados comportamentos, tendo o discurso de estilo de vida saudável fortemente fundado a noção de risco epidemiológico e a ideia de vida saudável como hábito facilmente adotado por todos, bastando apenas força de vontade, independente de sua condição social. Esse discurso, ao mesmo tempo que responsabiliza o indivíduo pela sua saúde, negligencia o fato de que suas práticas sociais muitas vezes são adotadas de acordo com seus contextos (2010; p.60).

Entendemos que as campanhas do Ministério da Saúde são direcionadas, principalmente, à população que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essa mesma população a que não possui recursos financeiros para usufruir de um plano de saúde suplementar, ou seja, privado. Essa realidade nos faz refletir que quando as campanhas orientam sobre qualidade de vida, desconsideram os contextos sociais desse grupo e as possibilidades concretas para alcançar esse estilo de vida desejado. As desigualdades sociais estão intrínsecas à adesão de práticas preventivas, pois é sabido que são inúmeras as barreiras para essa

realização, dentre elas estão as questões socioeconômicas da população e seu acesso aos serviços de saúde. Estudos evidenciam que os fatores sociodemográficos, tais como renda familiar, vínculo empregatício e escolaridade, associam-se ao tipo de acesso aos serviços de saúde e contribuem definitivamente para a adesão, sendo que quanto menor a escolaridade e a renda, maior será a dificuldade de acesso ao sistema de saúde dessa população (CHAVAGLIA; GOLDMAN; 2016).

Outro fator relevante apresentado nas campanhas de câncer de mama é a figura constante da mulher negra, sendo em alguns casos a celebridade escolhida como madrinha da campanha e representante desse grupo de mulheres. Entendemos que as presenças e ausências estão relacionadas a condições de produção e aos contextos sociais, por isso pretendemos analisar a associação dessa imagem aos motivos epidemiológicos ou sentidos evidenciados, considerando que, nas campanhas em geral, não é tão frequente essa representatividade da população negra. Marmot (2005) sugere que desigualdades étnicas em saúde são, em grande parte, uma consequência dos diferenciais socioeconômicos, entre eles renda e escolaridade.

Com relação ao câncer de mama, mulheres negras foram mais propensas a apresentar estágios avançados da doença ao diagnóstico. Além disso, o atraso no tratamento foi associado à cor não-branca em estudo sobre o intervalo entre diagnóstico e tratamento no Brasil (MEDEIROS; BERGMAN; AGUIAR; THULER; 2015). Para o pesquisador Wojcik (2003), os riscos do câncer de mama são maiores entre as mulheres afro-americanas. As razões para as diferenças de raça e etnia não são claras, mas muitos estudos epidemiológicos sugerem que essa desigualdade é, em grande parte, resultado de fatores socioeconômicos como a pobreza, que proporciona um acesso desigual à qualidade de saúde, reduzindo as taxas de acesso à mamografia. Também outros fatores socioeconômicos em conjunto, como o comportamental e o cultural, explicam melhor as fases do momento do diagnóstico e da sobrevivência.

Sem dúvidas, uma crítica comum ao conceito de estilo de vida saudável trata-se do seu posicionamento frente ao contexto de miséria, aplicado a grupos

sociais em que as possibilidades de escolha praticamente inexistem, pois, diante do contexto social, muitas pessoas não escolhem o estilo de vida que levam, restando apenas estratégias de sobrevivência (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p, 52).

Uma outra questão interessante se refere à faixa etária estipulada para realização de mamografias nas campanhas. Sem desconsiderar o fato de que, também internacionalmente, as mulheres entre 50 e 69 anos são as mais propensas a apresentarem câncer de mama, acreditamos que outros elementos deveriam ser considerados nas campanhas. Um estudo realizado em 2017 pela Universidade de Copenhague, na Dinamarca, por exemplo, alerta sobre o risco de mulheres que usam pílula anticoncepcional há mais de 5 anos serem diagnosticadas com câncer de mama. O estudo envolveu toda a população feminina da Dinamarca, 1,8 milhão de mulheres entre 15 e 49 anos de idade (idade em que não é recomendada a mamografia), exceto as que tinham histórico de câncer ou tromboembolismo venoso e as que receberam tratamento para a infertilidade. Em quase 11 anos de acompanhamento, cientistas descobriram 11.517 casos de câncer, e a conclusão foi de que mulheres que usavam pílula tinham chance 20% maior de desenvolver a doença quando comparadas às que não tomavam os comprimidos, sendo o risco maior em quem utilizava o anticoncepcional há mais de dez anos e estava acima de 40 anos.

Nesse sentido, entendemos a importância de as campanhas sobre o câncer de mama dialogarem com todas as faixas etárias, pois meninas começam a utilizar métodos contraceptivos hormonais muito novas e essa é uma prática que, muitas vezes, a acompanham durante todo o período da vida fértil. Nas campanhas do Ministério da Saúde, a mamografia não é recomendada antes dos 50 anos, pois, segundo as cartilhas, a mamografia realizada em mulheres com idade inferior pode causar mais riscos do que benefícios, ou seja, ao se expor o indivíduo a fatores de risco, poder-se-ia favorecer e possibilitar potenciais 'invasores', como é o caso nos exames de imagem (ressonância magnética, tomografias etc.). Contudo, a mamografia é considerada como o método mais eficaz para detecção precoce do

câncer de mama, estando diretamente associada à redução da mortalidade causada por esse câncer (BARDUCHI; CHAVAGLIA ; GOLDMAN, 2016).

Uma outra questão é, ainda, a relação entre o que as campanhas apregoam e o que ocorre no próprio Sistema Único de Saúde em termos de oferta real de serviços à população. Um levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e pela Rede Brasileira de Pesquisa em Mastologia mostrou que a realização de mamografias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em mulheres entre 50 e 69 anos - faixa etária prioritária -, no ano de 2017, foi a menor dos últimos cinco anos. Os dados apontam que, entre os 11,5 milhões de exames na rede pública esperados para essa faixa etária, apenas 2,7 milhões foram realizados, o que representa 23% do total. Isso nos traz a reflexão de como as campanhas e materiais educativos estão dialogando com seu público e se essa comunicação tem relação com a oferta em relação à demanda pelos serviços oferecidos pelo SUS tanto em relação ao diagnóstico quanto ao tratamento.

Assim, acreditamos que a análise dos discursos oficiais sobre o câncer de mama na perspectiva proposta enriquecerá o campo de reflexão sobre o uso da comunicação como estratégia da promoção da saúde e prevenção de doenças em esfera governamental, evidenciando os efeitos de sentidos privilegiados e silenciados junto à população em geral, profissionais da saúde, empresários e responsáveis pela produção das campanhas e materiais educativos.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os discursos e os efeitos de sentidos produzidos nas campanhas de câncer de mama veiculadas no site do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer, buscando perceber os sentidos privilegiados, negligenciados e silenciados nesses discursos.

2.2 Objetivos Específicos

1 Entender os discursos analisados na relação com as suas condições sociais de produção;

2 Investigar se a construção do discurso se direciona para a mobilização social ou para a mudança de comportamento;

3 Apreender os objetivos das campanhas e para quem esses materiais são destinados;

4 Identificar quais os sentidos acionados sobre promoção da saúde, prevenção, risco, estilo de vida e autocuidado.

3 JUSTIFICATIVA

De acordo com dados da Agência Internacional para a Pesquisa do Câncer, o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e foi responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. Uma em cada seis mortes são relacionadas à doença em nível global. O câncer de mama é um dos mais comuns, correspondendo, em 2018, a 2,09 milhões de casos, sendo o tipo de câncer que mais mata mulheres em todo o mundo (a lista não considera o câncer de pele não melanoma, que tem alta incidência na população).

O câncer de mama é uma doença sem origens totalmente identificáveis, cujos estudos não comprovam com exatidão o seu surgimento e diagnóstico. Embora se constate que algumas mulheres possuem maior probabilidade de contraí-lo, a preocupação com a sua prevenção é universal, independente de raça, cor ou modo de vida. (FELDMANN, 2008). Portanto, nota-se a importância de falar sobre o assunto, trazendo à luz as condições sociais de produção dos discursos oficiais para analisar a contribuição dessas ações comunicativas, como forma de prevenção e orientação à população, tendo como foco a significativa responsabilidade assumida pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer no trato dessas informações.

A prática do uso de campanhas como modelo educativo para prevenção de doenças evitáveis data do início do século XX. De acordo com o Inca, o câncer de mama está entre as doenças passíveis de prevenção a partir da adoção de hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física, alimentação saudável, peso adequado, amamentação e prevenção ao uso de bebida alcoólica e hormônios sintéticos, como anticoncepcionais e terapias de reposição hormonal.

Quando se fala em campanhas nacionais de saúde, referimo-nos às ações que tentam intervir no processo saúde-doença do coletivo, de modo a minimizar ou evitar os condicionantes causadores da doença, com o objetivo de reforçar e incentivar as ações nacionais de sensibilização e mobilização da sociedade para determinada causa. Sobre isso, Toro e Werneck afirmam que “mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma

interpretação e um sentido também compartilhados” (1996; p. 7). Sendo assim, participar de um processo de mobilização social seria um ato de escolha, pois convocar vontades significa convocar discursos, decisões e ações no sentido de um objetivo comum.

Como falamos de interpretações e sentidos também compartilhados, reconhecemos a mobilização social como um ato de comunicação. A mobilização não se confunde com propaganda ou divulgação, mas exige ações de comunicação no seu sentido amplo, enquanto processo de compartilhamento de discursos, visões de mundo e informações. Para Toro e Werneck (1996), nem todo ato comunicativo tem propósitos educativos, porém todo ato comunicativo gera consequências educativas.

Dentre tantos cuidados ao comportamento, é necessária atenção a fatores ambientais, genéticos e hereditários que também estão ligados às possíveis causas do câncer de mama (Inca). A ideia de responsabilização pelo autocuidado no controle dos fatores que colocam em risco a saúde, ao lado da ideia de regulamentação da qualidade e da eficácia das informações, constitui uma distorção que sintetiza a visão contemporânea sobre a educação em saúde. A partir dessas perspectivas, vemos a transmissão de informações se sobrepor à interação e à partilha simbólica intersubjetiva como estruturadora dos valores culturais (CASTIEL; VASCONCELLOS, 2006, p 90). Nesse sentido, a premissa de que a informação é suficiente para a mudança de comportamentos se sobrepõe à ideia de uma proposta de mobilização social de Toro e Werneck (1996).

Atualmente, em alguns espaços, a noção de “comunicação” vem sendo substituída pela de “informação”, conceito que prejudica a compreensão dos processos sociais implícitos e implicados no conceito de comunicação. “Informação”, assim utilizado, é um conceito predador, que engole as dimensões histórica, política e econômica das relações sociais e oculta os interesses em luta. (ARAÚJO, 2003). Diante da grande quantidade de informação que temos atualmente, a noção do risco está nos mais variados espaços, principalmente no que diz respeito à saúde. Acreditamos que esse trabalho se justifica pela necessidade e urgência em problematizar a abordagem do câncer de mama

produzida nos discursos oficiais com o objetivo de promover e orientar sobre o tema, especificamente sobre o autocuidado direcionado à população. Entendemos que, por se tratarem de materiais de comunicação do próprio Ministério da Saúde, constituem-se através de um discurso ‘autorizado’ e valorizado a partir desse lugar de fala. Contudo, esses discursos têm se apresentado pouco polifônicos, desvelando omissões significativas e considerando poucos aspectos psicológicos e intersubjetivos da doença, diagnóstico/tratamento, limitando a produção de sentidos para a mulher, para os profissionais de saúde e população em geral.

Partindo do princípio de que o sentido é produzido dentro de um contexto, de quem fala, pra quem fala, de que posição fala e tantas outras variáveis, torna-se relevante a análise dos discursos e sentidos produzidos a partir desse lugar de fala autorizado. Como afirma Foucault, “não importa quem fala, mas sim o fato de que o que ele diz não é dito de qualquer lugar” (2008; p. 139).

No caso das campanhas de prevenção ao câncer de mama, que conquistaram espaço na mídia em geral, esse alcance nacional potencializa a relevância do estudo, investigando a forma como esse conteúdo tem sido transmitido ao público, para quem essas campanhas são direcionadas, se são considerados as diferenças sociais, culturais e geográficas, assim como o seu poder de influência para o público feminino.

Os materiais educativos são, como apontou Para Araújo, a ponta “do imenso iceberg dos processos de comunicação que caracterizam a implantação das políticas públicas” (2006; p. 69). Com isso, entendemos que, por meio da análise crítica dos discursos, possamos compreender melhor a natureza e a qualidade dessa prática comunicativa no que tange aos discursos oficiais sobre câncer de mama em nosso país.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O campo da Comunicação e Saúde

A comunicação está atrelada ao campo da saúde desde os princípios do século XX, tendo a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, em 1923, no então Departamento Nacional de Saúde Pública, como marco. Naquela época, as ações apontavam para medidas de higiene e mudança de comportamento. Com o decorrer dos anos, os campos da comunicação e saúde passaram por diferentes contextos históricos, políticos, teóricos e metodológicos, aproximando seus interesses e criando novas interfaces.

Dentre essas novidades, tornou-se cada vez mais frequente a pluralidade de vozes falando publicamente de comunicação no campo da saúde, exigindo participação política e novas estratégias de atuação. Embora a relação entre comunicação e saúde seja antiga, a formação do campo da Comunicação e Saúde, tanto política quanto conceitualmente, como um conjunto de elementos articulados e reconhecido, é relativamente recente, sendo melhor visualizada a partir dos anos 1990, ganhando força com cursos, debates, programas de pós-graduação, congressos, dentre outros.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram movimentos que expressaram a crescente importância da comunicação em sua interface com a saúde, sendo a VIII CNS um marco no processo da reforma sanitária brasileira, reconhecida pela afirmação da saúde como direito à cidadania e a comunicação, como inerente ao direito à saúde. A partir desse marco, foram possibilitados avanços, ou, mais precisamente, foi ampliada e legitimada a luta por grandes avanços com relação ao direito à comunicação como direito à saúde.

No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é direcionada a cidadãos, tendo como objetivo o aperfeiçoamento do sistema público de saúde em sua integralidade e a participação das pessoas nessa construção. Portanto, não se pode limitar à persuasão como estratégia e nem apenas à ideia de divulgação. O propósito é promover o debate público sobre os temas de interesse e garantir aos indivíduos informações suficientes para a ampliação da participação cidadã nas políticas de saúde, como, por exemplo, nas campanhas.

De modo geral, é preciso debater sobre a diferença entre uma prática de

comunicação marcada pelas premissas da transferência de informação e da mudança de comportamentos e outra, inspirada pela ideia de comunicação como um processo que possibilita a circulação e apropriação dos sentidos sociais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

4.2 Promoção da Saúde

Uma primeira ideia de Promoção da Saúde surge em 1946, em textos científicos escritos por Henry Sigerist (1891-1957), que a ela se referiu como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, juntamente à prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de enfermos. Assim, começaram a ser publicados artigos sobre a promoção da saúde em diversos lugares do mundo e, mesmo sendo abordada por diferentes perspectivas, a ideia de promoção da saúde vai aos poucos ocupando o cenário acadêmico da saúde pública.

Aparece pela primeira vez como conceito em 1974, no documento conhecido como Informe de Lalonde, onde foi divulgado um novo conceito de campo da saúde, em oposição a sua visão tradicional, vinculada à medicina como responsável por todos os avanços na saúde. Baseado no novo conceito sobre o campo da saúde, o documento sinalizava a necessidade de analisar de modo mais abrangente os fatores favoráveis às doenças e problemas sanitários, visando, assim, criar ações que fossem além do âmbito da saúde.

Essa mudança trouxe aspectos como biologia humana, meio ambiente e estilo de vida ao nível de importância do sistema de saúde, significando que as respostas aos problemas de saúde seriam buscadas através desses elementos do campo. O documento marca mudanças fortemente orientadas para o estilo de vida, como forma de incentivar indivíduos a assumirem responsabilidade por sua saúde e reduzir os gastos do governo.

Em 1986, a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá, marca a ascensão de uma nova abordagem, que ficou conhecida como “nova promoção da saúde”. Embora também fundada na ideia de risco epidemiológico e advogue a adoção de comportamentos saudáveis, ela considera os seus condicionantes gerais, ou seja, os fatores indissociáveis do ambiente e dos aspectos sociais, econômicos e culturais e “condena estratégias que culpabilizam o

indivíduo por sua condição de saúde” (CASTIEL; GUILAM ; FERREIRA, 2010, p. 34).

Contudo, é importante destacar que a promoção da saúde surge em uma época em que a política econômica neoliberal crescia e, com isso, a tendência à redução dos custos com a área social, sobretudo, com saúde e educação. Com isso, uma das saídas foi convocar a população para o cuidado de si, através de comportamentos considerados saudáveis do ponto de vista epidemiológico. Nesse mesmo período, surgiram movimentos que pregavam o autocuidado pelo mundo, sob a perspectiva neoliberal de que os cidadãos são atores racionais e o Estado deve intervir o mínimo possível no seu bem-estar para o alcance da felicidade individual (LUPTON, 2004).

Nesse sentido, a promoção da saúde trouxe consigo valores forjados em um determinado contexto histórico, que possibilitou a transferência de valores e ideais para a promoção da saúde difundir a culpabilização da vítima e qualidade de suas ações como forma de controle social. Em síntese, o autocuidado acaba por funcionar como uma estratégia para tornar os indivíduos responsáveis pela gestão de riscos socialmente gerados (CASTIEL; GUILAM ; FERREIRA, 2010), o que nos leva ao próximo referencial teórico: a reflexão sobre o risco e o estilo de vida.

4.3 Conceitos de Risco e Estilo de Vida

Na epidemiologia, o conceito de risco é usado como uma forma de entender e medir a probabilidade de agravos à saúde e a possibilidade de alterar o risco por meio da intervenção. Nesse aspecto, é preciso analisar criticamente a epidemiologia dos fatores de risco, pois ela pode criar uma confiança para responder a complexos problemas de saúde no que diz respeito às condições comportamentais prescritas com base em estudos epidemiológicos, desconsiderando os condicionantes sociais, econômicos e culturais.

Existem diferentes entendimentos sobre risco epidemiológico e risco para pessoas leigas, sendo o primeiro, o risco sobre relações objetivas e quantitativas, que reduzem a causa da doença aos fatores responsáveis sob a ótica do modelo biomédico. Já entre as pessoas leigas, a interpretação do risco epidemiológico é

fortemente atrelada ao contexto sociocultural. Características relacionadas ao estilo de vida, como hábitos de comer, vestir, morar, meios de se locomover, lugares frequentados, em muitos casos não são passíveis de escolha devido à privação econômica e exclusão social de determinados grupos.

No entanto, os discursos oficiais costumam tratar o estilo de vida como fenômeno individual e facilmente corrigível por todos, propagando a ‘culpabilização da vítima’, que se caracteriza pela responsabilidade do indivíduo por suas ações e condições de vida (CASTIEL; GUILAM ; FERREIRA, 2010). Nas campanhas e materiais educativos sobre o câncer de mama, encontramos as noções de autocuidado e responsabilidade, que preveem a culpa, intrinsecamente ligados aos discursos de prevenção, como: “Pratique exercícios”, “Consuma alimentos saudáveis”, como se todos os indivíduos tivessem acesso aos produtos considerados saudáveis, como os alimentos orgânicos, por exemplo. Tais discursos desconsideram a responsabilidade do governo na liberação do uso de transgênicos nos produtos produzidos para o consumo dos brasileiros ou a imensa desigualdade social existente no país, com enormes parcelas da população vivendo em condições de pobreza. Em suma, definem o problema em termos individualizantes, reduzindo a responsabilidade governamental e ampliando a responsabilização (culpa) de cada mulher passível de desenvolver câncer de mama, moralizando a questão do enfrentamento do problema em termos de prevenção.

4.4 Análise de Discurso

Na presente pesquisa, propomos uma descrição analítica dos materiais de promoção e orientação selecionados com base em conceitos de valor metodológico trazidos pela Teoria dos Discursos Sociais (VERÓN, 2004) ou Semiologia dos Discursos Sociais (PINTO, 1994, 1999; ARAÚJO, 2000). Por meio da teoria que embasa a linha da análise de discursos adotada neste projeto, pretende-se: entender o discurso como constituinte das relações sociais de poder; analisar o discurso, tendo como base suas marcas textuais e conceitos-chave, especialmente a noção de contextos; problematizar os sentidos privilegiados e naturalizados nesses discursos, através das ideologias implicadas, consciente ou inconsciente,

em sua concepção/produção, como consequência necessária da ligação do discurso com suas condições sociais de produção; e pensar a comunicação/recepção, para além da visão funcionalista, como processo de negociação de sentidos entre sujeitos emissor e receptor, explorando suas condições sociais de produção e apontando sentidos privilegiados e silenciados nesses discursos.

Na análise de discursos, partimos da ideia que os sentidos das palavras não são imanentes e estáveis, mas contextuais, estão inseridos na história, na ideologia, na organização social de um povo. Segundo Orlandi (1999), na linguagem se dão os conflitos, resultantes de diferentes condições de produção de sentidos, sendo todo sentido produzido dentro de um contexto; é quem fala, para quem fala, de que posição fala, com que propósito e outras tantas possíveis variáveis. Nesse circuito que engloba a produção, circulação e recepção é que se estabelecem os conflitos entre interlocutores, resultantes de diferentes condições de produção dos sentidos, sendo a língua a ponte que liga o emissor ao receptor (ORLANDI, 1999). As características inconscientes da análise também revelam fatores importantes. Muitas vezes, dizemos sem querer dizer e, em outras, o que queremos dizer é silenciado. O silêncio também é um conceito fundamental na análise de discursos proposta, entendendo que aquilo que não é dito, ou seja, o que é silenciado também é dito de outro modo (ORLANDI, 1999).

Nos materiais de orientação e prevenção oficiais do câncer de mama, quando eu escolho falar que a mamografia é recomendada apenas a mulheres de 50 a 69 anos, eu estou silenciando um dizer, escolhendo um público e não outro e, possivelmente, deixando de lado outros achados científicos que se referem a dados da doença em mulheres mais jovens. Também quando opto por falar do estilo de vida nos materiais, posso deixar de lado a problematização de condicionantes sociais importantes na prevenção à saúde, bem como deficiências na própria oferta dos serviços de saúde pelo Estado.

Não se trata de uma ciência que busca achar a verdade. A análise de discursos é de natureza especulativa, portanto, não chega a uma verdade, mas a uma possibilidade de verdade. Trata-se de trabalhar sobre pistas, rastros, marcas das condições sociais de produção, das lutas cotidianas presentes no discurso. De

problematizar as maneiras de ler e levar o emissor ou o receptor a se colocarem questões sobre o que produzem e o que ouvem nas diferentes manifestações da linguagem. Perceber que não podemos não estar sujeitos a linguagem, a seus equívocos, sua opacidade. Saber que não há neutralidade nem mesmo no uso mais aparentemente cotidiano dos signos.

A entrada no simbólico é irremediável e permanente: estamos comprometidos com os sentidos e o político, não temos como não interpretar. É essa a contribuição da análise de discursos: colocar-nos em estado de reflexão e, sem cairmos na ilusão de sermos conscientes de tudo, permite-nos ao menos ser capazes de uma relação menos ingênua com a linguagem (ORLANDI, 1999).

É necessário ressaltar que a análise é, também, a perspectiva do analista sobre seu objeto de estudo. Todo analista é um sujeito inserido numa linguagem interpretativa passiva de equívoco, que não é imparcial. Ele entende o discurso a partir de uma perspectiva, depende da forma de olhar o discurso, associar a outros discursos e a referenciais teóricos. Por isso mesmo, duas análises não podem ser iguais, uma vez que a subjetividade para a análise de discursos é fundamental e relevante. A análise de discursos se volta para a falta de coesão, incongruências, ao que é silenciado e parece vir do acaso, porém revela muito sobre o sujeito, sua carga ideológica e as condições sociais de produção do discurso.

5 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, algumas etapas foram necessárias até aqui: escolha do tema, delimitação do campo, estabelecimento dos critérios para a inclusão e exclusão de estudos, categorização dos estudos, análise dos estudos e redação do projeto de pesquisa. A escolha do tema foi motivada a partir do interesse em pesquisar sobre os discursos de autoresponsabilização do indivíduo nas campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde em geral. Devido à abrangência do tema, delimitamos o estudo às campanhas sobre o câncer de mama, tendo em vista sua grande repercussão na mídia e ampla aderência da população através do Outubro Rosa.

Em primeiro lugar, a fim de conquistar maior familiaridade e aprofundamento com o tema proposto, foram realizadas pesquisas bibliográficas na base de dados da Scielo com busca de artigos através dos seguintes descritores: Câncer de mama AND mamografia (38), câncer de mama AND anticoncepcional OR pílula (55), Câncer de mama AND população negra (2), câncer de mama OR Outubro Rosa (171). No levantamento, foram encontradas diversas publicações, dentre as quais estão artigos, teses e pesquisas sobre o tema objeto da pesquisa e suas variações, como o câncer de mama associado ao estilo de vida, condições socioeconômicas, alimentação, raça (cor da pele), diagnóstico/tratamento, autocuidado, dentre outros. A partir desse levantamento, foi realizada a leitura dos resumos e selecionados os artigos que tinham relação com a temática da pesquisa e que serviram de referência para elaboração do projeto.

O estudo também buscou realizar um levantamento bibliográfico sobre a temática câncer de mama, os campos da comunicação e da saúde feminina, tendo como orientação as perspectivas da análise de discursos e os estudos sobre a promoção da saúde da mulher. Outras fontes consultadas foram os sites do Ministério da Saúde, Inca e Datasus.

Buscando alcançar os objetivos propostos, este trabalho se propõe a fazer uma reflexão dos discursos oficiais sobre o câncer de mama através da análise de materiais de promoção e orientação produzidos pelo Ministério da Saúde e o

Instituto Nacional de Câncer entre os anos de 2013 a 2018, período temporal em que foram localizadas as campanhas nos sites oficiais, por meio de peças de divulgação e circulação em todo o território nacional. O material está disponível para consulta no site do Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br/>) e do Inca (<https://www.inca.gov.br/>), possibilitando atingir a maior veracidade possível no processo de conhecimento da problemática a ser estudada. Ao todo, foram reunidas 12 peças de 6 campanhas, sendo: 4 cartazes, 5 folders, 2 cartilhas e 1 e-mail marketing.

A metodologia da pesquisa visa analisar o conteúdo das peças publicitárias sobre a doença de câncer de mama, através das iniciativas governamentais em âmbito nacional. A análise será realizada tendo como base conceitos importantes para a perspectiva teórico-metodológica adotada, sendo um desses a noção de ‘contextos’, desde sua dimensão imediata, da produção (construção textual e visual facilmente identificáveis) até sua dimensão intertextual, ligada à ideia de outros textos e discursos, conscientes ou não. Também consideramos como categoria analítica da teoria da enunciação a ‘modalização da enunciação’ (PINTO, 1994), a ‘enunciação pedagógica’ (VERÓN, 2004), a ‘paráfrase’ e ‘polissemia’ (ORLANDI, 1999).

No âmbito das práticas comunicativas nos serviços de saúde, os materiais de divulgação nos formatos de cartazes, cartilhas e folhetos são denominados materiais educativos e fazem parte dessas iniciativas, assumindo um importante papel na mediação entre profissionais e a população. Nesse sentido, são dispositivos que legitimam e socializam os saberes e as práticas realizadas no câncer de mama, bem como demarcam os lugares de poder de cada um dos sujeitos no processo comunicativo (SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO; 2010).

Considerando o uso corrente desses materiais educativos por diferentes atores nas práticas preventivas, nota-se que a sistematização, análise, preservação e documentação deste possibilitam compreender e aprofundar as nuances do processo de produção, circulação e consumo das atividades comunicativas. Para Araújo (2006), os materiais educativos são a ponta “do imenso iceberg dos processos de comunicação que caracterizam a implantação das políticas públicas” (p. 69), constituindo-se em modo de acesso privilegiado à prática comunicativa das

instituições.

Por escolher fazer uma análise dos discursos na esfera da produção stricto sensu, serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais responsáveis pela produção de campanhas e materiais de orientação do Ministério da Saúde e do Inca para um maior e melhor entendimento das condições de produção dessas peças. A utilização do roteiro previamente elaborado é uma das características da entrevista semiestruturada, que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que oferecem grande espaço de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Assim, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, também participa da elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Previamente à realização das entrevistas, será realizado contato com a equipe responsável pela produção desses materiais oficiais nos dois órgãos para que sejam indicados os melhores informantes em cada um deles. Já foram realizados contatos telefônicos e envio de e-mails para o MS e o Inca a fim de obter informações sobre o setor responsável pela idealização das campanhas. No roteiro de entrevista, pretende-se discorrer sobre objetivos, público-alvo, histórico, repercussão das campanhas e materiais produzidos pelo Ministério da Saúde e Inca sobre o câncer de mama. Ele será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, responsável pela avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. A inclusão das entrevistas com os responsáveis pela produção do material a ser analisado torna-se fundamental para responder aos objetivos propostos pela pesquisa no âmbito das suas condições sociais de produção.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, ao final desse projeto, que a análise dos discursos oficiais sobre o câncer de mama na perspectiva proposta contribua para enriquecer o campo de reflexão sobre o uso da comunicação como ferramenta e estratégia da promoção da saúde e prevenção de doenças em esfera governamental, evidenciando os efeitos de sentidos favorecidos para a população, profissionais da saúde, empresários e responsáveis pela produção das campanhas e materiais educativos.

Acredita-se que ao final da pesquisa seja possível identificar defasagens entre o público prioritário e a população de maior risco e colocaborar para estratégias de comunicação para a promoção da saúde.

Esperamos, pois, que esta reflexão sobre a abordagem do tema nos discursos oficiais proporcione uma maior aproximação do campo da comunicação e saúde governamental com uma proposta mais ampla e integradora de saberes no campo da promoção e prevenção relacionadas ao câncer de mama, que inclua as perspectivas das próprias mulheres e suas famílias, compreendidas em sua diversidade etária, étnica, cultural, social e territorial.

7 REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ARAÚJO, Inesita Soares de; **Mercado Simbólico**: um modelo de comunicação para políticas públicas. 2004, vol.8, n.14, pp.165-178.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane (Org.). **Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional**: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BERBEL, Danilo Brancalhão. **A comunicação da ciência nas campanhas de saúde online**: um estudo de caso do portal da saúde, 2012.

CABRAL, Ana Lúcia L. V; GIATTI, Luana; CASALE, Caudina; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. **Vulnerabilidade social e câncer de mama**: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. DOI: 10.1590/1413-81232018242.31672016. Acesso em 14 de Fevereiro de 2019.

CASTIEL, VASCONCELLOS. **Precariedades do Excesso**: Informação e comunicação em saúde Coletiva. Editora Fiocruz; 2006, p 61-105.

CASTIEL, GUILAM, FERREIRA. **Correndo o Risco**: Uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134p. (Coleção Temas em Saúde).

COSTA, Manuela Castilho Coimbra; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **As campanhas educativas contra o câncer**. História, Ciências, Saúde- Manguinhos vol.17 supl.1 Rio de Janeiro, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000500013>. acesso dia 8 de Janeiro de 2019.

FELDMANN, Anna Flávia. **Análise das Campanhas sobre Câncer de Mama** – Um estudo comparativo entre as iniciativas do INCA e do IBCC, 2008.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984 7. ed. **A arqueologia do saber** /Michel Foucault; tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, -7ed. -Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. p 139.

KALIL, Irene Rocha. **De silêncio e Som**: a produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros. 2015.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.S.; RIBEIRO, A.P.G. **Acervo de materiais educativos sobre hanseníase**: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.37-51, jan./mar. 2010.

LUPTON D. Risk. **Sociology and risk**. London: Routledge, 2004.

LINA S, Ph.D., CHARLOTE W. Skovlund, M.Sc., PHILIP C. HANNAFORD, M.D., LISA, Iversen, Ph.D., Shona Fielding, Ph.D., e Lidegaard, D.M.Sci. **Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer**, 2017.

MARMOT M. **Social determinants of health inequalities**. Lancet 2005; 365(9464): 1099-1104.

Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf acesso em 18 de fevereiro de 2019

MEDEIROS GC, BERGMANN A, AGUIAR SSD, THULER LCS. **Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil**. Cad Saúde Pública 2015; 31(6):1269-

1282.

NUCCI, M. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista Latinoamericana ISSN 1984-6487 / n.10 - abr. 2012 - pp.124-139.

Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. **Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil**: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; vol. 69 (4).

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**: Princípios e Procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

PINTO, Milton José. **Comunicação e Discurso**: Introdução à análise de discursos, 1999.

RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. **Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil**.DOI: 10.1590/1413-812320152010.20822014

TORO, José Bernardo, WERNECK, Nisia Maria Duarte. **Mobilização Social**: um modo de construir a democracia e a participação. UNICEF, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERÓN, Eliseo. **Fragmentos de um tecido**. São Leopoldo: Unisinos, 2004.

WOJCIK BE, Spinks MK, Stein CR. **Effects of Screening Mammography on the Comparative Survival Rates of African American, White, and Hispanic Beneficiaries of a Comprehensive Health Care System**. Br J câncer 2003; 9(3):175-183

Portal do INCA – Instituto Nacional do Câncer. <https://www.inca.gov.br/> - Acesso em 06/11/2018

Portal do Ministério da saúde - <http://portalms.saude.gov.br/>. Primeiro acesso em 06/11/2018

<http://www.sbmastologia.com.br/noticias/numero-de-mamografias-ainda-e-baixo-no-brasil-veja-o-porque/> acesso em 20 de fevereiro de 2019.

8 CRONOGRAMA

O projeto de pesquisa descrito nos itens anteriores seguirá o cronograma detalhado abaixo:

1º ano

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Seleção de bibliografia												
Catologação de bibliografia												
Leitura de bibliografia												

2º ano

ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Análise de material												
Realização de Entrevistas												
Análise das Entrevistas												
Redação de dissertação												
Revisão final												

9 Anexos

9.2 Anexo 1 - Imagens das Campanhas de Câncer de Mama



Figura 2. Campanha do ano de 2013.

(Fonte: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartazes/cartaz-cancer-de-mama-cuidar-da-sua-saude-e-um-gesto-de-amor-vida-2013>)



Figura 3. Campanha do ano de 2013.

(Fonte: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartazes/cartaz-prevencao-do-cancer-de-mama-e-tempo-de-se-cuidar-2013>)



Figura 4. Campanha de 2014.
(Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/campanhas/15474-cancer-de-mama-2014>)



Figura 5. Campanha do ano de 2015.
(Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/campanhas/20025-campanha-nacional-de-combate-ao-cancer-de-mama>)



Figura 6. Campanha do ano de 2016 – Atualizada.
 (Fonte: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cartilha-cancer-de-mama-e-preciso-falar-disso-4a-edicao-revista-e-atualizada>)



Figura 7. Material de 2017 – Atualização da produção das campanhas de 2013
 (Fonte: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/folders/recomendacoes-do-inca-para-reduzir-mortalidade-por-cancer-de-mama-no-brasil>)



Figura 8. Material de 2018.

(Fonte: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/folders/deteccao-precoce-do-cancer-de-mama>)

10 APÊNDICE

10.2 Roteiro para a entrevista com gestores

- 1) Como é realizada a produção das campanhas sobre o câncer de mama, desde sua idealização até a distribuição dos materiais? Quais os papéis desempenhados pelo Inca e pelo Ministério da Saúde nesse processo?
- 2) Já houve alguma participação da Área Técnica da Saúde da Mulher na elaboração das campanhas?
- 3) Qual o objetivo das campanhas e por quem ele é definido?
- 4) Quem você entende como público-alvo dessas campanhas?
- 5) Qual o objetivo do uso da imagem de celebridades nas campanhas? Como é feita essa escolha?
- 6) Quem define os textos e imagens das peças da campanha e que tipo de materiais serão produzidos?
- 7) Notamos a representação da mulher negra em todas as peças publicitárias. Isto se deve ao fator epidemiológico?
- 8) O Ministério da Saúde ou Inca realiza pesquisas ou possibilita uma consulta prévia à população antes da elaboração das campanhas anuais?
- 9) Você acredita que as campanhas levam em consideração os contextos socioeconômicos, geográficos, culturais da população ao estabelecer um estilo de vida preventivo?
- 10) Existe uma avaliação sobre a eficácia da campanha após a distribuição do material? Como é realizada?
- 11) Uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Mastologia em 2018 revelou que, no ano de 2017, somente 24,1% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos realizaram mamografia pelo SUS. A que se deve esse número? A questão é a oferta do exame ou a procura por parte da população?

10.3 – Tabela dos materiais que serão analisados

Material	Ano	Disponível
Cartaz Prevenção do câncer de mama: “É tempo de se cuidar “	2013	https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartazes/cartaz-prevencao-do-cancer-de-mama-e-tempo-de-se-cuidar-2013
Cartaz da campanha “Câncer de mama - Cuidar da sua saúde é um gesto de amor à vida”	2013	https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartazes/cartaz-cancer-de-mama-cuidar-da-sua-saude-e-um-gesto-de-amor-vida-2013
Folder com informações sobre alterações suspeitas de câncer de mama criado para a campanha Outubro Rosa	2013	https://www.inca.gov.br/publicacoes/folders/saude-das-mamas-conheca-alteracoes-suspeitas-de-cancer-de-mama-e-fique-atenta
Cartilha: “Câncer de Mama: é preciso falar disso.”	2014	http://portalms.saude.gov.br/campanhas/15474-cancer-de-mama-2014
Folder: “Câncer de Mama: é preciso falar disso.”	2014	http://portalms.saude.gov.br/campanhas/15474-cancer-de-mama-2014
Cartaz “Câncer de Mama: é preciso falar disso.”	2014	http://portalms.saude.gov.br/campanhas/15474-cancer-de-mama-2014
Cartaz “Câncer de Mama: vamos falar sobre isso?”	2015	http://portalms.saude.gov.br/campanhas/20025-campanha-nacional-de-combate-ao-cancer-de-mama
E-mail Marketing: “Câncer de Mama: vamos falar sobre isso?”	2015	http://portalms.saude.gov.br/campanhas/20025-campanha-nacional-de-combate-ao-cancer-de-mama
Folder “Câncer de mama: é preciso		https://www.inca.gov.br/publicacao

falar disso (Atualização de material de 2014)	2016	es/folders/cancer-de-mama-e-preciso-falar-disso
Cartilha Câncer de Mama: É preciso falar disso - 4ª Edição Revista e Atualizada	2016	https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cartilha-cancer-de-mama-e-preciso-falar-disso-4a-edicao-revista-e-atualizada
Folder com recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil. A primeira versão foi criada para a campanha Outubro Rosa de 2013	2017	https://www.inca.gov.br/publicacoes/folders/recomendacoes-do-inca-para-reduzir-mortalidade-por-cancer-de-mama-no-brasil
Folder: Detecção precoce do câncer de mama	2018	https://www.inca.gov.br/publicacoes/folders/deteccao-precoce-do-cancer-de-mama