



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Juliana Rodrigues Vieira

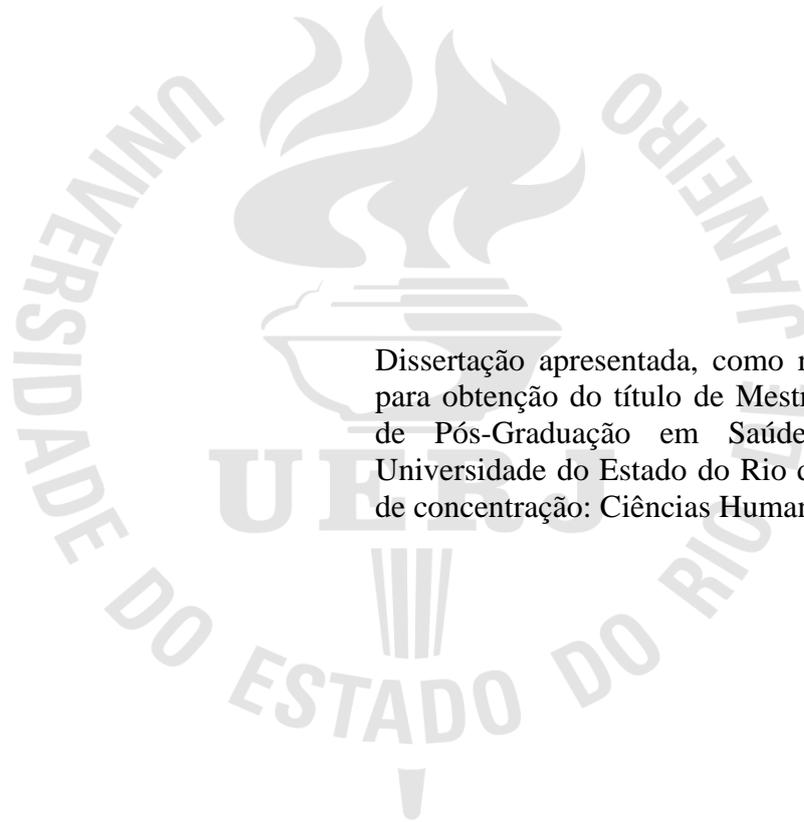
**Politização do útero: entre tecnologias e representações de gênero nas
campanhas preventivas de HPV e câncer no colo do útero desenvolvidas
pelo Ministério da Saúde de 2014 a 2020**

Rio de Janeiro

2022

Juliana Rodrigues Vieira

Política do útero: entre tecnologias e representações de gênero nas campanhas preventivas de HPV e câncer no colo do útero desenvolvidas pelo Ministério da Saúde de 2014 a 2020



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas em Saúde.

Orientador: Prof. Rogerio Lopes Azize
Coorientadora: Dra. Marina Fisher Nucci

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

V658 Vieira, Juliana Rodrigues

Politização do útero: entre tecnologias e representações de gênero nas campanhas preventivas de HPV e câncer no colo do útero desenvolvidas pelo Ministério da Saúde de 2014 a 2020 / Juliana Rodrigues Vieira. – 2022.

176 f.

Orientador: Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Coorientadora: Prof.^a Dra. Marina Fisher Nucci

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Papel de gênero – Teses. 2. Papillomaviridae – Teses. 3. Neoplasias do colo do útero – Teses. 4. Promoção da saúde – Teses. 5. Prevenção de doenças – Teses. 6. Vacinação – Teses. 7. Sistemas de Saúde – Brasil - Teses. I. Azize, Rogerio Lopes. II. Nucci, Marina Fisher. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 305

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7/6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Juliana Rodrigues Vieira

Política do útero: entre tecnologias e representações de gênero nas campanhas preventivas de HPV e câncer no colo do útero desenvolvidas pelo Ministério da Saúde de 2014 a 2020

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas em Saúde.

Aprovada em 09 de março de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro — UERJ

Dra. Marina Fisher Nucci (Coorientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro — UERJ

Prof.^a Dra. Claudia Mora Cárdenas

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro — UERJ

Prof.^a Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro — UERJ

Prof.^a Dra. Kátia Lerner

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
— Fiocruz

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

À FAPERJ pela bolsa de mestrado concedida que viabilizou minha dedicação exclusiva à pesquisa.

Ao Rogerio Azize e Marina Nucci por terem aceitado participar de uma orientação sempre com tanta paciência, dedicação e escuta cuidadosa. Além das valiosas sugestões, agradeço pela disponibilidade e pela generosidade não apenas acadêmica de vocês. Obrigada pelo estímulo e pelo senso de humor, pelo bom gosto cinematográfico e por cada “a” craseado. Que venham novos desafios!

Aos membros da banca avaliadora, Claudia Mora, Rosana Castro e Katia Lerner por terem aceito fazer parte do processo avaliativo de modo tão cirúrgico, com tanta precisão e cuidado, para a construção dessa pesquisa. Agradeço, igualmente, às suplências da banca composta por Jane Russo, Rafaela Zorzanelli e Fernanda Alzuir.

Ao corpo docente e discente do IMS que contribuiu de forma direta e indireta para a dissertação e, principalmente, para a minha formação. Por cada disciplina realizada e pelo enorme desafio que foi a construção coletiva de um mestrado à distância – com todos os limites e potenciais inerentes ao contexto pandêmico (e a pandevida) que enfrentamos.

Aos funcionários do IMS, em especial, Artur, Eliete e Aline que sempre foram tão prestativos e gentis.

À Waleska Aurelino, por ter me recebido no estágio docente na disciplina de Antropologia Biológica do curso de Ciências Sociais da UERJ.

À minha família, Sandra, Pedro, Hugo e Cintia, por todo apoio, carinho e amor desde sempre. Sem vocês seria muito mais difícil.

À Maria, minha sobrinha, que me transborda de alegria e que aproxima cada dia mais meus estudos sobre gênero e maternidade com a vida em si.

Aos meus amigos, Marcos e Iuri, cuja presença sempre foi tão importante. Agradeço pelas ausências tão bem compreendidas e pela torcida mais suspeita.

Agradeço também aos encontros que aconteceram até aqui e que me mobilizaram, de inúmeras formas, para seguir nessa trajetória acadêmica movida por afetos e implicações sociais – vocês sabem quem são.

A todos vocês, carinho e gratidão.

Entro lentamente na escritura assim como já
entrei na pintura. É um mundo emaranhado de
cipós, sílabas, madressilvas, cores e palavras –
limiar de entrada ancestral caverna que é o
útero do mundo e dele vou nascer.

Clarice Lispector

RESUMO

VIEIRA, Juliana Rodrigues. *Politização do útero: entre tecnologias e representações de gênero nas campanhas preventivas de HPV e câncer no colo do útero desenvolvidas pelo Ministério da Saúde de 2014 a 2020*. 2022. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Neste trabalho analisamos as campanhas preventivas de papilomavírus humano (HPV) e câncer no colo do útero (CCU) desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde, de 2014 a 2020. À luz de um olhar socioantropológico, nosso objetivo principal é compreender como estas campanhas acionam representações de gênero, e, enquanto tecnologias de saúde, como co-constroem sentidos e usuários. As campanhas evidenciam uma certa politização do útero que mantém um excessivo escrutínio do corpo feminino, através da medicalização e do monitoramento da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Entre as controvérsias, deslocamentos e continuidades que atravessam a discussão, as campanhas preventivas apontam para uma materialidade que não apenas faz, mas também deixa de fazer – promovendo silenciamentos e ausências. Assim, acreditamos que os elementos gráficos dessas campanhas nos permitem compreender alguns aspectos importantes do lugar do útero nas políticas públicas em saúde. Em adição, apresentamos algumas campanhas privadas e não governamentais, como contraponto à análise. Criamos sete categorias de análise (“Geracionalidade do cuidado”, “Escolarização”, “Infância e Juventude”, “Gamificação”, “Risco à saúde”, “Saúde do Homem” e “Neutralidade”) que nos permitiram discutir e realizar costuras entre as temáticas que surgiam nas peças gráficas. Ainda que o Brasil, historicamente, seja considerado um país que possui uma cultura robusta de imunização, a adesão à vacina do HPV ainda é considerada baixa. Devido a isso, tanto a vacinação contra HPV quanto o acometimento de CCU são apresentados enquanto “alarmantes problemas de saúde”. As especificidades do contexto brasileiro, de certo modo, embaralham noções de risco e cuidado, proteção e submissão, autonomia e negacionismo. As peças gráficas analisadas iluminam um universo simbólico em relação ao tema e a peculiaridade da biografia da vacina de HPV, atravessando questões como o aumento do público alvo das vacinas, a recente ampliação da vacina para homens, a baixa adesão na segunda e terceira dose, a desconfiança familiar, as influências anti-vacinistas, moralidades em torno de gênero e sexualidades, etc. As campanhas contextualizadas com a história da vacina no Brasil, o atual modo de gestão e os atores em cena engendram um fenômeno que merece atenção pelos estudos das ciências humanas em saúde. Portanto, nos debruçamos justamente na tentativa de seguir parte da trajetória que as campanhas vacinais de HPV e preventivas de CCU têm traçado no Brasil, principalmente através das articulações estabelecidas entre gênero e saúde, partindo de uma perspectiva que encara ciência e cultura como indissociáveis.

Palavras-chave: Gênero. HPV. Câncer no colo do útero. Campanhas de saúde. Vacinação.

ABSTRACT

VIEIRA, Juliana Rodrigues. *Politicization of the uterus: between technologies and gender representations in HPV and cervical cancer preventive campaigns developed by the Ministry of Health from 2014 to 2020*. 2022. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

In this paper we analyze the preventive campaigns of human papillomavirus (HPV) and cervical cancer (CC) developed by the National Cancer Institute / Ministry of Health, from 2014 to 2020. In the light of a socioanthropological view, our main objective is to understand how these campaigns trigger gender representations, and, as health technologies, how to co-construct meanings and users. The campaigns highlight a certain politicization of the uterus that maintains excessive scrutiny of the female body, through medicalization and monitoring of the sexual and reproductive health of women. Among the controversies, displacements and continuities that cross the discussion, preventive campaigns point to a materiality that not only does, but also ceases to do – promoting silences and absences. Thus, we believe that the graphic elements of these campaigns allow us to understand some important aspects of the place of the uterus in public health policies. In addition, we present some private and non-governmental campaigns, as a counterpoint to the analysis. We created seven categories of analysis ("Generationality of care", "Schooling", "Childhood and Youth", "Gamification", "Risk to Health", "Men's Health" and "Neutrality") that allowed us to discuss and make seams between the themes that emerged in the layouts. Although Brazil has historically been considered a country with a robust immunization culture, HPV vaccine adhering is still considered low. Because of this, both HPV vaccination and CC involvement are presented as "alarming health problems". The specificities of the Brazilian context, in a way, scramble the senses of risk and care, protection and submission, autonomy and denialism. The graphic pieces analyzed illuminate a symbolic universe in relation to the theme and the peculiarity of the biography of the HPV vaccine, going through issues such as the increase in the target audience of vaccines, the recent expansion of the vaccine for men, the low adoption in the second and third dose, family distrust, anti-vacinist influences, morality around gender and sexualities, and so on. The campaigns contextualized with the history of the vaccine in Brazil, the current mode of management and the actors on the scene engender a phenomenon that deserves attention for the studies of the human sciences in health. Therefore, we focus precisely on the attempt to follow part of the trajectory that HPV vaccine and CC preventive campaigns have mapped in Brazil, mainly through the articulations established between gender and health, starting from a perspective that sees science and culture as inseparable.

Keywords: Gender. HPV. Cervical cancer. Health campaigns. Vaccination.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Principais vacinas do Calendário Básico de Vacinação brasileiro	177
Quadro 2 – Diferenciais entre a vacina de HPV pública e a particular.....	66
Quadro 3 – Decupagem do vídeo da campanha da MSD.....	132

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cobertura vacinal por ano no Brasil (2015, 2019 e 2020).....	42
Figura 2 – Conjunto de Geracionalidade do cuidado.....	81
Figura 3 – Pôster 2014 – Câncer no colo do útero (INCA).....	82
Figura 4 – Pôster 2014 – HPV (Ministério da Saúde).....	83
Figura 5 – Pôster 2016 – HPV (Ministério da Saúde).....	84
Figura 6 – Pôster 2020 – Câncer no colo do útero (INCA).....	85
Figura 7 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs).....	86
Figura 8 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs)	87
Figura 9 – Conjunto de Escolarização.....	96
Figura 10 – Pôster 2015 – HPV (Ministério da Saúde).....	97
Figura 11 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs).....	98
Figura 12 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs)	99
Figura 13 – Conjunto de Infância e Juventude.....	104
Figura 14 – Pôster 2014 – HPV (Ministério da Saúde).....	106
Figura 15 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs).....	107
Figura 16 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer).....	108
Figura 17 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer).....	108
Figura 18 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer).....	109
Figura 19 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer).....	109
Figura 20 – Conjunto Gamificação.....	117
Figura 21 – Pôster 2017 – HPV (Ministério da Saúde).....	118
Figura 22 – Pôster 2017 – HPV (Ministério da Saúde).....	119
Figura 23 – Pôster 2017 – HPV (Ministério da Saúde).....	120

Figura 24 – Pôster 2018 – HPV (Ministério da Saúde).....	121
Figura 25 – Conjunto Risco à saúde.....	128
Figura 26 – Pôster 2020 – HPV (MSD).....	129
Figura 27 – Pôster 2020 – HPV (MSD).....	129 e 138
Figura 28 – Pôster 2020 – HPV (MSD).....	130
Figura 29 – Pôster 2020 – HPV (MSD).....	130 e 138
Figura 30 – Conjunto Saúde do Homem.....	136
Figura 31 – Pôster 2018 – HPV (Hermes Pardini).....	137
Figura 32 – Pôster 2018 – HPV (Hermes Pardini).....	137
Figura 33 – Conjunto Neutralidade.....	143
Figura 34 – Pôster 2019 – Câncer no colo do útero (INCA).....	144
Figura 35 – Pôster 2019 – HPV (Fundação do Câncer).....	145

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAVAC – Associação Brasileira de Vítimas de Vacinas e Medicamentos

ANSES – Administração Nacional de Seguridade Social

CCU – Câncer no colo do útero

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EVA – Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos

GSK – GlaxoSmithKline

HPV – Papilomavírus humano

IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LACOG – Latin American Cooperative Oncology Group

MSD – Merck Sharp & Dohme

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCN – Parâmetro Curriculares Nacionais

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PSL – Partido Social Liberal

PT – Partido dos Trabalhadores

RS – Representação social

SCOT – Social construction of technology

SNC – Serviço Nacional do Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	ÚTERO: POLITIZAÇÃO E SIGNIFICADOS.....	19
1.1	Corpo, gênero e reprodução.....	19
1.2	A construção de uma ciência da mulher.....	23
1.3	Um panorama histórico do câncer uterino no Brasil.....	26
1.4	O câncer no colo do útero localizado: marcadores sociais da diferença.....	31
1.5	A reconstrução de uma ciência pela mulher.....	34
2	TECNOLOGIAS, USUÁRIOS E CULTURA EM SAÚDE.....	39
2.1	Entre o simbólico e o científico: o encanto da vacina.....	39
2.2	A cultura de imunização e a constituição de uma cidadania biológica.....	41
2.3	Dimensões biossociais: a vacina de HPV no contexto brasileiro.....	45
2.4	Diferentes formas de não adesão: entre biodeserção, hesitação e recusas.....	49
2.5	Fluxos, trajetórias e vida social.....	56
2.6	Co-construção e coprodução.....	61
2.7	Comunicação pública, privado e híbridos	64
3	AS CAMPANHAS DE HPV E CCU - 2014 A 2020.....	69
3.1	Metodologia da pesquisa.....	69
3.2	As representações de gênero nas campanhas.....	71
3.3	Texto e contexto.....	76
3.4	Categorias.....	80
3.4.1	<u>Geracionalidade do cuidado.....</u>	81
3.4.2	<u>Escolarização.....</u>	96
3.4.3	<u>Infância e Juventude.....</u>	105
3.4.4	<u>Gamificação.....</u>	117
3.4.5	<u>Risco à saúde.....</u>	128
3.4.6	<u>Saúde do Homem.....</u>	136
3.4.7	<u>Neutralidade.....</u>	143

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
REFERÊNCIAS.....	156
ANEXO	177

INTRODUÇÃO

A proposta da pesquisa

Este trabalho se propõe a realizar uma análise das campanhas preventivas de câncer do colo do útero (CCU) e de vacinação para papilomavírus humano (HPV)¹ veiculadas pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nosso objetivo principal é compreender como o útero está sendo politizado pelas políticas públicas em saúde no Brasil e, a partir disso, promover uma reflexão sobre como questões de sexo, gênero e medicalização do corpo feminino surgem nesses documentos do Estado. Por politização, entendemos como um conjunto de práticas, medidas e estratégias que visam tornar algo político, isto é, entendemos que o caráter público é construído a partir de mobilizações, disputas e interesses sociais. Os cartazes e as campanhas² analisadas subscrevem políticas do corpo e fazem parte de um grupo de tecnologias de gênero (LAURETIS, 1994) importantes na comunicação em saúde. Através do estudo das campanhas, podemos perceber quais são as representações sociais (MOSCOVICI, 2003) materializadas, além de possibilitar um recorte da vida social – tanto da questão do câncer uterino quanto da vacina de HPV no país. Com isso, teremos pistas para compreender como as representações sociais de gênero são produtos e produzidas por determinadas inclinações políticas, além de expressarem inúmeras controvérsias e deslizamentos referentes às questões de gênero e saúde.

Em adição ao exame das campanhas públicas, também realizaremos a análise de algumas campanhas produzidas por organizações não governamentais (ONGs), clínicas e laboratórios privados. Elas foram incluídas no estudo pelo fato de surgirem de modo bastante expressivo no campo. Desse modo, avaliamos ser importante não desconsiderá-las, mas incluí-las. As diferentes abordagens e estratégias adotadas pelas instituições públicas, privadas e híbridas em alguns momentos são dissidentes, mas, em outros, são coincidentes.

¹ O papilomavírus humano (HPV) é a infecção sexualmente transmissível mais recorrente no mundo. O vírus infecta pele ou mucosas (oral, genital ou anal) e ela pode provocar verrugas, lesões, além de câncer no útero, ânus, orofaringe e boca. Dois tipos de HPV (16 e 18) causam cerca de 70% dos cânceres do colo do útero e lesões pré-cancerosas. Embora homens e mulheres estejam sujeitos à infecção, a vacina é principalmente indicada para que mulheres não desenvolvam a doença. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/infecoes-sexualmente-transmissiveis/condiloma-acuminado-papilomavirus-humano-hpv>>. Acesso em 22 de agosto, 2021.

² Ao longo de todo o trabalho utilizaremos os termos “campanhas”, “peças gráficas” e “cartazes” enquanto sinônimos, embora saibamos que existem diferenças importantes entre elas. Mas, acreditamos que caso tivéssemos optado pela utilização de um único termo, não agenciariamos uma pluralidade maior de sentidos. De todo modo, os termos sempre estarão se referindo à produção de imagens, representações e construções de significados.

Tentamos não produzir comparações que pudessem qualificar ou desqualificar determinados materiais em detrimento a outros, mas sim evidenciar sentidos explícitos e implícitos que podiam ser encontrados – no texto e no subtexto das campanhas.

Adentraremos em um campo de tensões onde posturas distintas, por vezes antagônicas, estão articuladas à ideia de maternidade, cuidado, proteção à infância, negacionismo científico, conservadorismo político, medicalização dos corpos, dentre outras discussões “moralmente espinhosas”. Propomos realizar a tarefa desafiadora de desdobrarmos problematizações que comumente são reduzidas em binarismos simplistas como ciência e religião, direito e arbítrio, proteção e violência, tratamento e repressão, saúde e doença. Por fim, nas palavras de Carrara, Mora e Aguião (2017, p. 12), antecipamos que: “por ora, nenhuma avanço parece se mostrar plenamente assegurado; nenhum retrocesso parece ser impossível”.

O encontro com o tema

Em 2019 me deparei com dados no site do INCA que estimavam, para o ano de 2020, cerca de 16 mil novos casos para o câncer no colo do útero e quase 66 mil para o câncer na próstata. À primeira vista, a diferença de estimativas me chamou atenção. Forçando a memória naquele momento, não conseguia lembrar de muitas campanhas públicas ou privadas de sensibilização que circulassem na mídia sobre o câncer na próstata. Por outro lado, eu possuía uma memória muito vívida sobre as campanhas de vacinação para HPV. Lembrava de ouvir as mulheres da minha família falarem sobre a importância dos exames preventivos para a saúde da mulher, enquanto eu me tornava e me reconhecia como tal. Lembrava das aulas de educação sexual na escola e da minha primeira consulta ginecológica bem no início da pré-adolescência. Lembrava, inclusive, da minha ginecologista me orientar para que eu tomasse a vacina de HPV (assim que ela chegou no Brasil). Além dessas memórias bastante pessoais, mas que visivelmente promoveram inúmeras implicações nas minhas experiências do que significa habitar um corpo feminino, lembro das polêmicas que envolviam a vacina de HPV no país – e da enorme frequência com que apareciam em sites jornalísticos e na televisão³.

Movida por essa curiosidade, resolvi acessar o repositório de campanhas no site do Ministério da Saúde e, rapidamente, pude perceber que as reminiscências da minha memória possuíam um grau de concordância com a realidade. De fato, havia um investimento muito

³ Desde o início da distribuição da vacina de HPV no Brasil, ela apresentava considerável controvérsia científica, pânico e medo acerca dos possíveis efeitos colaterais. Veremos mais sobre isso ao longo do trabalho.

maior nas produções de campanhas preventivas para o câncer no útero do que para a próstata. Naquele momento, a pergunta que se colocava era a seguinte: se a estimativa de novos casos era de quatro (câncer na próstata) para um (câncer no colo do útero), qual seria a justificativa para sustentar a produção massiva de campanhas apenas para o segundo caso? Por que uma preocupação maior com o câncer no colo uterino se o câncer na próstata acomete muito mais pessoas anualmente? Essas foram algumas questões que começaram a eclodir e que despertaram interesses iniciais pela construção dessa pesquisa.

Depois disso, fiquei cada vez mais instigada a tentar compreender o que os números estavam indicando – parecia evidente que as políticas públicas em saúde promoviam uma medicalização que incidia mais sobre o corpo das mulheres do que sobre os homens. O que hoje pode soar evidente era àquela altura a minha primeira hipótese, sustentada por primeiras leituras sobre gênero e ciência feitas na graduação em Psicologia⁴. O trabalho de conclusão de curso na graduação foi justamente uma revisão bibliográfica intitulada “(In)Transições do Feminino: corpo, gênero e reprodução”, onde eu buscava explorar o campo das ciências humanas e sociais em saúde, visando refletir sobre a centralidade que maternidade e reprodução ocupavam no desenho do que vem a ser o gênero feminino, seu papel e seu suposto destino. Este primeiro contato mais sistematizado com a bibliografia me despertou o interesse político e científico que me traz até aqui.

Ao me deparar com as informações contidas no site do INCA, sexo e gênero surgiam, novamente, como tensões dentro da ciência e da cultura. O fenômeno que ali se apresentava, através de dados epidemiológicos e produção de campanhas, era também capaz de produzir materialidades sobre os nossos corpos – minhas memórias não me deixavam esquecer disso. Minha preocupação maior era que, ao se remeter às mulheres cisgênero, estas políticas preventivas acabavam se tornando muito específicas para o sexo “biologicamente feminino”, isto é, para as mulheres *possuidoras-de-um-útero*. Quando a identidade de gênero fica ancorada na corpo biológico, excluímos ou invisibilizamos as demais possibilidades. A heteronormatividade⁵ e a cisnormatividade⁶, portanto, parecem não escapar das campanhas

⁴ “História da sexualidade do Michel Foucault, “Inventando o sexo” do Thomas Laqueur e “Uma ciência da diferença” da Fabíola Rohden foram leituras fundamentais, e que promoveram inúmeras implicações ético-científicas na minha formação.

⁵ Dispositivo histórico da sexualidade que possui como objetivo formar todos os cidadãos para que sejam heterossexuais ou para que organizem suas vidas a partir de tal modelo, supostamente, mais coerente, superior e “natural”.

⁶ Um sistema que coloca os cisgêneros (ou seja, sujeitos que se reconhecem com o mesmo gênero do “nascimento”) em uma posição privilegiada e os torna normas sociais.

preventivas de HPV e CCU. À sombra disso, temos os sujeitos suscetíveis ao HPV e que estão excluídos de uma política de sexualidade, protagonizada por determinados grupos em detrimento de outros nas agendas públicas de saúde.

Após o encontro com estas informações tão contraditórias e explicitamente discordantes, tive a convicção de que isto não era algo banal e que não poderia ser desconsiderado. Esta implicação, somada a outras, se tornou minha pesquisa de mestrado. Portanto, o que verdadeiramente desejamos é contribuir para uma discussão maior nas ciências humanas e sociais em saúde e nos estudos de gênero que efetivamente se preocupam em explicitar as articulações entre saúde, gênero, sexualidade, política e comunicação e se opor às desigualdades de gênero e suas vicissitudes.

A politização ou as potilizações do útero?

Esta dissertação nasce a partir da concepção de que o útero é um órgão político. Nos apoiamos em Le Breton (1995, p.56) quando o autor afirma que: “Não há inocência dos órgãos no imaginário ocidental, a parte vale pelo todo físico e moral”. Colocar o útero no lugar de objeto a ser investigado nos permite pensar sobre o fenômeno da politização do útero duplamente: como hipótese e como categoria analítica. Enquanto hipótese, acreditamos que existe um investimento significativo no órgão reprodutor feminino que pode ser percebido ao longo da história da ciência e da medicina na sociedade ocidental. Thomas Laqueur (2001) já apontava que antes mesmo de haver um modelo duplo de sexo (masculino e feminino), havia um modelo que marcou a ideia de sexo no pensamento médico, filosófico e político na medicina ocidental do século XVIII e que produz ressonâncias até hoje. O “modelo de sexo único”, inspirado na filosofia de Galeno, enxergava a mulher como um homem invertido e inferior – seus órgãos sexuais eram os mesmos dos homens, porém inversos (voltados para dentro)⁷.

Nessa passagem do modelo de sexo único para a sexo duplo, algumas características orgânicas ainda são utilizadas para justificar diferenças não apenas biológicas, mas sociais, emocionais, cognitivas e até inclinações, em termos de aptidões, entre homens e mulheres. Ainda é comum notarmos nos discursos científicos como as diferenças anatômicas e hormonais que distinguem o masculino e o feminino não são apresentadas enquanto qualidade entre espécies, mas sim como diferenças de graus em uma mesma espécie. Nessa seara

⁷ Assim, o útero era o escroto, os ovários, os testículos, a vagina, o pênis, e a vulva, o prepúcio.

irrestrita de diferenças biológicas, desde o modelo galeano até o modelo atual, o útero ainda desperta muito interesse da ciência e continua surgindo como um órgão diferenciador nessa hierarquia (inter e intra) sistemas; em especial, o sistema reprodutor.

A partir disso, chegamos no útero enquanto uma categoria analítica que nos auxilia a pensar como as políticas públicas em saúde investem nesse órgão, seja pensando em promoção de saúde ou prevenção de doenças. Escolhemos então as políticas preventivas de CCU e HPV porque através delas deslocaremos a questão social do câncer no colo do útero no Brasil a um outro enfoque: enquanto problema sociológico. A atenção acerca da relação entre saúde e doença associadas ao órgão configuram classificações, agenciamentos e regulações. Como sugere Manica (2018), questões de gênero, corpo, sexualidade e reprodução se apresentam como indissociáveis e colocam o útero numa posição privilegiada para se pensar deslocamentos e intercâmbios possíveis entre ciência e cultura. Partindo desse estranhamento dos dados epidemiológicos em relação à produção de campanhas, nosso problema de pesquisa dialoga diretamente com uma perspectiva crítica acerca da centralidade que a capacidade reprodutiva feminina ocupa no universo da saúde da mulher.

Cabe destacar que o próprio movimento que realizaremos, de colocar as políticas de saúde em questão, faz com que este trabalho também produza uma forma de politizar o útero. De todo modo, isso não nos parece um demérito. Ao contrário disso, assumimos um posicionamento ético-científico; nossa aposta é em uma politização do útero que esteja alinhada aos estudos de gênero, a uma ciência feminista que reivindica equidade social e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Apresentando os capítulos

Este trabalho estará dividido em três partes. No capítulo um, “Útero: politização e significados”, iremos introduzir alguns debates importantes sobre as discussões de corpo, gênero e reprodução biológica na história da ciência ocidental. Apontaremos como a construção de uma “ciência da mulher” foi sendo produzida e mediada por uma ciência dita neutra e impermeável pelos valores sociais, mas que na realidade se apresentou completamente justaposta a valores culturais e morais bastante normativos. Em seguida, realizaremos um panorama histórico do câncer uterino no país, apresentando como ele foi sendo entendido enquanto uma doença de populações pobres, marginais e que se tratava da consequência de comportamentos sexuais imorais. No final do capítulo, apontaremos como a ciência produzida por mulheres é capaz de ser disruptiva ao saber hegemônico (produzido por

homens), e como questiona, problematiza e reconfigura questões referentes à produção do conhecimento científico, gênero e sexualidade – de modo mais equânime.

No capítulo dois, “Tecnologias, usuários e cultura em saúde”, exploraremos a criação das vacinas como um fato histórico de suma importância para a sociedade ocidental moderna. Através de uma eficácia biológica e encantamento social, estas substâncias favoreceram a construção de uma cultura de imunização no Brasil e é um dos aspectos constituintes da nossa identidade. Mostraremos também como essa história vem sofrendo impactos e passando por mudanças importantes: diferentes formas de não aderir às vacinas hoje podem ser encontradas, pelos mais diversos motivos e justificativas. A relação entre ciência, cultura e sociedade denotam como as transformações sociopolíticas são capazes de reconstruir, reposicionar e reconfigurar uma “história tradicional da ciência”. Isso vale até mesmo para verdades que pareciam incontestáveis – como a eficácia e o benefício das vacinas para a saúde individual e coletiva. O envolvimento de outras instituições no cenário, como os órgãos privados e não governamentais, ilustrarão como não podemos olhar para questões complexas considerando apenas única perspectiva (no caso, a pública).

No capítulo três, “As campanhas de HPV e CCU – 2014 a 2020”, iremos detalhar a construção da metodologia utilizada para realizarmos a pesquisa, discutiremos sobre as representações de gênero e como elas surgem nas campanhas, daremos também informações contextuais importantes sobre o intervalo temporal a ser analisado, ou seja, aspectos econômicos, políticos e sociais. Por fim, chegaremos na análise das campanhas propriamente ditas. Elas serão dispostas em diferentes categorias (“Geracionalidade do cuidado”, “Escolarização”, “Infância e Juventude”, “Gamificação”, “Risco à saúde”, “Saúde do Homem” e “Neutralidade”) e discutiremos sobre os temas que surgem nas peças gráficas.

1 ÚTERO: POLITIZAÇÃO E SIGNIFICADOS

Neste capítulo desdobraremos como corpo, gênero e reprodução biológica surgem na história tradicional da ciência como dimensões sobrepostas. A história do câncer uterino no Brasil e o esforço para a construção de uma “ciência da mulher” produziram leituras moralizantes e discursos normativos acerca do gênero feminino. O útero, enquanto objeto de disputas científicas, simbólicas e representativas, é atravessado por políticas do corpo e da saúde que não apenas fazem, mas também deixam de fazer. Iremos apontar como a produção médico-científica tradicional, isto é, hegemonicamente feita pelos homens, parece ainda encarar “saúde da mulher” e “saúde reprodutiva” enquanto sinônimos. Mas, na máxima foucaultiana de que “onde há poder, há resistência”, vemos a emergência de uma ciência produzida por mulheres e que se define como feminista. A partir disso, iremos ver algumas produções que possuem um grande potencial disruptivo.

1.1 Corpo, gênero e reprodução

Das múltiplas “ontologias” que o útero pode ter, atravessando fenômenos como menstruação, gestação, parto, puerpério e maternidade, propomos pensar nas questões referentes ao corpo e às relações por ele mediadas. Os discursos sobre os “eventos fisiológicos” que ocorrem num corpo que abriga um útero parecem estar recorrentemente articulados ao universo da fertilidade, e a denominada “saúde da mulher” ou “saúde reprodutiva da mulher”. A figura da mulher e da mãe sofrem uma amálgama, se misturam de modo quase indissociável nesse cenário. Iremos então nos orientar por um caminho que converge e diverge desse tipo de leitura; trataremos destes “eventos fisiológicos”, mas através de uma compreensão que ultrapasse o fisicalismo e essencialismo. Nossas indagações, que

partem da perspectiva antropológica, estão eticamente alinhadas à equidade de gênero, e politicamente situadas no feminismo (TEMPESTA; CARNEIRO; FLEISCHER, 2018).

É fundamental lembrarmos que o corpo da mulher, historicamente, é alvo do controle (ou abandono) estatal (FOUCAULT, 1976/2017), legitimado pela ciência (LAQUEUR, 2001; ROHDEN, 2001), e moralmente valorado pela sociedade (COSTA, 1979). Em adição a isso, soma-se a dimensão interseccional do debate: as mulheres negras constituem o grupo das maiores vítimas das intervenções científicas e políticas – bem como as mais acometidas pelo câncer uterino no Brasil (BARBOSA, et. al, 2015). As esterilizações em massa (MANICA, 2009), os altos índices de mortalidade materna (MORSE et al., 2011), a violência obstétrica (MARQUES PULHEZ, 2021), as estigmatizações e todos os discursos morais sobre a criação dos filhos são fenômenos que tornam evidente que as mulheres negras no Brasil estão mais propensas às violências de Estado.

A permeabilidade simbólica do útero implica em entrecruzamentos de projeções, anseios, prescrições, dilemas, lutas e conflitos com muitos atores envolvidos – profissionais de saúde, instituições, normas, tecnologias, etc. De acordo com Daniela Manica (2018), a concepção simbólica e material do útero faz emergir inúmeras questões históricas, teoricamente problemáticas. Sobretudo, é preciso considerar que arranjos de gênero, corpo e sexualidade possuem deslocamentos e estão situados em um campo de disputas.

De acordo com Foucault (1978/2017), a biopolítica é um instrumento da medicina, e o corpo é a realidade onde esta forma de poder incide. Trata-se, então, do controle social que começa no corpo e através do corpo; a materialidade do poder pode ser encontrada em suas técnicas, em sua constituição, e na produção de subjetividades que são corporificadas. Para Bourdieu (2014), há uma disputa de poder entre os gêneros que também se encontra corporificada; uma desigualdade, onde o masculino está mais investido de qualidades e habilidades do que o feminino. A dominação masculina, descrita por Bourdieu, por vezes ocorre pelo aval e pela instrumentalização do saber científico – detalhado por Foucault.

É importante também lembrar que há um estatuto oscilante entre cultura e natureza quando se trata do corpo feminino. Emily Martin (2006) aponta como a menstruação, dada como natural e característica que marca o gênero feminino por ser um fenômeno que descende do útero, pode assumir o papel de fluido útil, produtivo, caso gere fecundação, ou inútil, caso não fecunde. O médico brasileiro Elsimar Coutinho, por exemplo, defendia que as mulheres tinham seus corpos “programados” para a maternidade. A menstruação, sendo o resultado de uma não-fecundação, era algo inútil às mulheres e a menopausa era lida enquanto uma decadência da vida reprodutiva (MANICA, 2009).

A metáfora do corpo feminino enquanto uma fábrica ou máquina ajuda a construir um sentido de que a principal finalidade do útero seria a fecundação. Caso não haja uma produção efetiva, o sangue menstrual representaria o útero “chorando” pela falta de um bebê. A conotação de fracasso dado à menstruação ou à menopausa apontam para uma perspectiva utilitarista do útero que o condiciona à capacidade reprodutiva da mulher. Por conta disso, políticas higienistas, controlistas e populacionais se interessam, vigorosamente, pelo corpo da mulher. Metaforicamente, elas representam a “construção de um futuro” para a sociedade (MARTIN, 2006).

O saber médico ancora-se enquanto produtor e detentor de verdades sobre estes corpos, passando por inúmeros eventos do útero (menstruação, gravidez, parto, puerpério, etc.). Tanto a medicalização (CONRAD, 2007; ROHDEN, 2001) quanto a pharmaceuticalização (ABRAHAM, 2010) incidem mais fortemente nos corpos das mulheres. Dentre as numerosas definições possíveis para o conceito de medicalização, utilizaremos aqui a de Conrad (2007), que a entende como um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos. Já a pharmaceuticalização, para Abraham (2010), lança luz à dimensão do uso excessivo de medicamentos, com destaque especial para a automedicação e usos de tecnologias farmacêuticas visando o “melhoramento” e o “aperfeiçoamento”.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr., (2014) realizam uma discussão de suma importância acerca das variações em torno do conceito de medicalização. Devido a sua pertinência, o conceito se disseminou por todo o campo das ciências humanas e sociais nas últimas décadas. Os autores apontam que o termo pode sugerir diferentes sentidos, sendo elas: estratégias massivas de sanitização da população, a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças, a ação do controle e do imperialismo médico e/ou a participação de atores fora do campo da medicina. De todo modo, a ênfase costuma ser o englobamento pela medicina de comportamentos outrora não pertinentes ao campo de intervenção médica. A contextualização local, temporal e cultural são imprescindíveis para lidar com um conceito que em alguns momentos surge como crítica ao poder médico, e, em outros, críticas à própria ideia de “imperialismo médico”, quando desconsidera que também há uma demanda dos próprios sujeitos pela medicalização.

Para Elias (2006), os processos sociais são transformações amplas e contínuas que ocorrem ao longo do tempo entre os seres humanos e a sociedade. Entre idas e vindas, são construídas e reconstruídas, ao longo do tempo, através de alianças, tensões e conflitos sociais. Nesse sentido, a medicalização pode ser vista como um processo social. O autor

classifica os processos sociais entre planejados e não planejados, ou seja, é possível emitir determinadas ações para que causem um efeito desejado, ou elas podem produzir efeitos inimagináveis previamente. “Faz parte das peculiaridades dos processos sociais que eles possuam direções, mas, assim como a natureza, não possuem nem objetivo nem fim” (ELIAS, 2006, p. 33).

A partir dessa proposta desenvolvida pelo autor, acreditamos que a politização do útero é um processo social que vem se desenvolvendo ao longo dos séculos e que avançou de modo contundente a partir do século XIX com o nascimento da Medicina da Mulher, a Ginecologia e a Obstetrícia (ROHDEN, 2001). A forte medicalização sobre o corpo da mulher é um desses fenômenos que explicitam uma forma de politização do útero bastante preocupada com sua capacidade reprodutiva. O campo médico é híbrido e envolve questões de natureza e cultura, ciência e sociedade, marcado por disputas de verdade e relações de poder (FOUCAULT, 1978/2017). Tanto o poder quanto a posição que cada indivíduo ocupa no campo científico (BOURDIEU, 2018) determinam a estrutura como um todo; portanto, as partes só possuem significado mediante as posições que elas ocupam umas em relação às outras.

As mulheres foram aprendendo e, em alguma medida, sendo coagidas a agir com o corpo de acordo com normas pré-estabelecidas pela sociedade. Todavia, nos interessa apontar como a politização do útero é dada por um aprendizado que extrapola as ordens da “natureza”. É intrínseco aos processos sociais que ocorram em direções distintas simultaneamente – sendo que um deles pode tornar-se dominante por determinado tempo. A medicalização do corpo da mulher é uma dessas figurações que perdura como a estrutura ativa ao longo dos três últimos séculos.

Este caráter bipolar e reversível, típico dos processos sociais (ELIAS, 2006), evidencia como há uma negociação entre indivíduos e estruturas que são fabricadas nas próprias relações entre os sujeitos, podendo, assim, construir ou destruir determinadas estruturas. Desdobraremos, ao longo do trabalho, como a politização do útero é tanto um processo planejado quanto não planejado. É notável como numerosas políticas de saúde foram feitas para controlar o útero; seja para regular aspectos populacionais como natalidade, parto e os modos de nascimento (pela parteira, pelo médico, pela doula), ou para restringir o direito de escolha das mulheres sobre seus próprios corpos, como no caso da criminalização do aborto.

A política de saúde da mulher no Brasil se mostra frágil e questionável no que diz respeito às propostas de expansão de escolhas, direitos reprodutivos e autonomia. A história de inúmeras tecnologias contraceptivas nos lembra disso. O país é marcado por uma “cultura

de esterilização” nas populações mais vulneráveis, através de políticas que visavam realizar laqueaduras em massa (MANICA, 2009), implantar dispositivos intrauterinos como DIU e Essure (BRANDÃO e PIMENTEL, 2020; NASCIMENTO, 2020) e subdérmicos como no Norplant (PIMENTEL et. Al., 2017). Sem mencionar que a abstinência sexual é uma política de governo atual que propõe evitar a gravidez indesejada⁸. Em síntese, todas estas políticas produzem efeitos não planejados na vida das pessoas – em particular, das mulheres.

É necessário que haja introjeção, por parte da população, para que as políticas públicas em saúde sejam consideradas efetivas. Já que as ações intencionais não se desatam dos efeitos não planejados, em que medida a politização do útero integra e desintegra sujeitos, grupos e estruturas? Em que medida é aprendido ou não aprendido? Quem está sendo eliminado porque não aprendeu ou não introjetou esse processo social? Quais são as relações de poder fabricadas? Quem está dentro e quem está fora da estrutura? Implicar as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher (em particular, aquelas que possuem o útero como centralidade) e debater sobre suas ações nos auxiliarão a pensar sobre respostas possíveis. Propomos, então, refletir sobre uma determinada politização do útero e, ao mesmo tempo, apontar que existem outras formas possíveis de politizá-lo – em outras direções e na busca da construção de direitos mais equânimes. De todo modo, antes disso, precisaremos ver o que foi construído até aqui sobre a “ciência da mulher”.

1.2 A construção de uma ciência da mulher

Rejeitando a tradicional exaltação cristã da castidade, os reformadores valorizavam o casamento, a sexualidade e até mesmo as mulheres, por sua capacidade reprodutiva. As mulheres são “necessárias para produzir o crescimento da raça humana”, reconheceu Lutero, refletindo que, “quaisquer que sejam suas debilidades, as mulheres possuem uma virtude que anula todas elas: *possuem um útero e podem dar à luz*” (FEDERICI, 2017, p. 171, grifo nosso).

⁸ A atual ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, promoveu um seminário em defesa da abstinência sexual enquanto uma política para lidar com as discussões de gênero e sexualidade no país. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/politica/damares-promove-seminario-sobre-abstinencia-sexual-na-adolescencia/>>. Acesso em: 12 de outubro, 2021.

Segundo Martins (2005), nasce uma produção do saber especializado sobre os corpos femininos na virada do século XIX para o XX: a obstetrícia, com um conjunto de saberes, práticas e técnicas especializados para gerir o evento do parto. Mas, para além de uma produção médico-científica sobre o corpo das mulheres, produziu-se também um imaginário sobre o que era o feminino. Imagens do útero grávido, dentre outras representações, foram multiplicados pelos livros de obstetrícia e, ao ensinar sobre intervenções e métodos, não se afastavam valores e interpretações tradicionais sobre a feminilidade. A desigualdade social entre os gêneros era justificada pela “verdade de natureza biológica” – os corpos de homens e mulheres ilustravam a diferença, que era traduzida em desigualdade. A “lei natural” apontava que as mulheres eram inferiores aos homens, além de mais frágeis, sensíveis e mais sujeitas (ou assujeitadas) ao ambiente doméstico. Se o destino biológico das mulheres era a maternidade, os médicos encontraram na gestação a medida exata da feminilidade.

O processo de constituição de um saber específico às mulheres, a ginecologia e a obstetrícia, promoveu também um uso maior de tecnologias médicas e farmacêuticas⁹. Uma consequência desse *modus operandi* foi a medicalização do corpo feminino. Havia uma forte convicção de que a figura do médico conheceria mais sobre a mulher do que elas próprias ou suas parteiras e, portanto, poderia realizar intervenções mais eficientes. Os médicos reforçavam conhecer a mulher não apenas em sua anatomia e fisiologia, mas também em sua subjetividade. Esse tipo de afirmação era uma justificativa bastante utilizada quando surgiam dúvidas acerca da gravidez e receio ao novo tipo de parto que se instaurava, deixando de ser mediada pelas parteiras para ser pelos médicos (MARTINS, 2005).

Zola (1972) defende que a medicina tem adquirido a função de reguladora social, anteriormente atribuída à lei e à religião. Nesse novo repositório de verdade, o lugar de avaliação moral é realizado pela posição científica – supostamente neutra e objetiva. O autor sugere que quanto mais medicalizado um sujeito ou uma sociedade, maior o controle social a que estão submetidos. Clarke et. al. (2010) somam a estas discussões “medicalizantes” o conceito de biomedicalização que chama atenção para sofisticções técnicas e para as novas ferramentas que a tecnociência produz; onde o cenário público corrobora a convicção de que a

⁹ Entre fenômenos da medicalização do nascimento (TEIXEIRA et. al., 2021) e movimentos do parto humanizado no Brasil (RUSSO et. al., 2019), diferentes produções de subjetividades femininas, maternas e feministas coexistem simultaneamente. É interessante notar que embora haja proposições de experiências tão distintas acerca do parto, todas elas são mediadas pelas tecnologias duras ou leves (MERHY, 1997) – sejam fórceps ou Doulas. Não se trata de um território homogêneo; ao contrário, são grupos, coletivos, lutas e experiências bastante heterogêneas, atravessadas por dimensões sociais, culturais, econômicas, raciais e geracionais muito distintas.

capacidade do corpo, em tese, é ilimitada. Portanto, a biomedicalização surgiria como um aprimoramento ou melhoramento das condições de saúde em níveis basais.

A influência hegemônica dos discursos médico-científicos na construção social dos corpos ratifica também relações de poder. Londa Schiebinger (1998) aponta como o termo *mammalia*, que caracteriza a presença das mamas nos mamíferos, foi designada por Lineu¹⁰ e ajudou a construir uma história “tradicional” da ciência. A nomenclatura que caracteriza os seres humanos e outros animais na taxonomia zoológica foi o único termo descritivo que se centrou em característica exclusiva da fêmea. A autora mostra como as nomeações científicas são também políticas, e descrevem todo o contexto no qual Lineu estava inserido, bem como suas defesas e engajamentos sociopolíticos na época – como a defesa do aleitamento materno e o combate a amas-de-leite. A designação de mamíferas ou lactantes corresponderem às mulheres é resultado de uma escolha que respondia às tendências culturais do século XVIII. Ainda hoje, ambos os termos são utilizados, principalmente por alguns grupos de mulheres adeptas ao parto humanizado e/ou a ginecologia natural (ALZUGUIR e NUCCI, 2015).

O sistema “natural” de Lineu ajudou a legitimar a estruturação da sociedade europeia enfatizando o quão inato era (e deveria ser) para as mulheres amamentarem e criarem seus filhos, ou seja, manterem-se no ambiente doméstico e realizarem tarefas do cuidado. Se o homem estava mais próximo da “razão” (*homo sapiens*), a mulher estaria mais próxima à “natureza”. Schiebinger (1998) deixa evidente como a ciência não é passível de ser neutra aos valores sociais, culturais e políticos. Ao contrário disso, emerge de matrizes superinvestidas de interesses. Cabe destacar, também, que a aproximação entre o feminino e natureza nem sempre é um lugar de recusa. Alguns ideários de parto humanizado e da ginecologia natural propõem justamente um “retorno à natureza”, uma defesa aos seus valores e às práticas mais “primitivas” – de preferência, sem a intervenção médica. Portanto, há também usos positivados da dimensão “natural” (RUSSO e NUCCI, 2020).

Dando continuidade nessa discussão sobre a construção de um binômio “mulher-mãe”, Butler (2003), utilizando o modelo da teoria de aliança de Lévi-Strauss, afirma que os corpos femininos, bem como a sexualidade da mulher, passaram por um processo de construção cultural compulsória do feminino como materno. O saber médico-científico constrói parâmetros de normalidade, feminilidade e condiciona as mulheres às funções

¹⁰ Carlos Lineu foi um importante naturalista sueco do século XVIII. Ele criou dois sistemas científicos: o sistema para classificar animais e plantas e o sistema para dar nome a todos os seres vivos. Lineu foi um dos mais importantes botânicos da história e seu sistema de classificação (a taxonomia moderna) continua sendo utilizado até hoje.

reprodutivas, de cuidado e de afeto. Cabe destacar que se a produção científica não estiver alinhada às questões de gênero, ela pode tanto produzir quanto reafirmar desigualdades sociais. Ainda que haja diversas definições sociais que se preocupam em problematizar o que é ser “homem” ou ser “mulher” na sociedade, muitas delas ainda se amparam em argumentos biológicos – e a capacidade de gestação pelas mulheres sempre surge enquanto um aspecto diferenciador. Veremos a seguir como a história do câncer uterino no Brasil é marcado por estas instâncias de gênero e poder.

1.3 Um panorama histórico do câncer uterino no Brasil

O câncer no colo do útero é um tumor causado pela infecção persistente por alguns tipos do papilomavírus humano, e é uma das doenças que mais acometem a população feminina no Brasil (INCA, 2020). Na maioria das vezes, a infecção causada pelo vírus não progride para o tumor, mas, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares e evoluir para o câncer. Se forem identificados em estágios iniciais, através de exame citopatológico (Papanicolaou, popularmente conhecido como “exame preventivo”), são curáveis na quase totalidade dos casos. Em 2014, passou a ser ofertada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) a vacina de HPV¹¹ que ajuda a prevenir o câncer no colo do útero, além de outras doenças. Cabe salientar que as tecnologias médicas, assim como as pessoas, possuem uma biografia. Portanto, tanto o exame Papanicolaou quanto a vacina de HPV são técnicas relativamente novas no contexto brasileiro – a primeira surge no início do século XX e a segunda no início do século XXI.

No século XIX, o diagnóstico do câncer cervical era, invariavelmente, uma sentença de morte. Nesse momento, o câncer era percebido como uma doença que afetava principalmente as mulheres e foi, durante muito tempo, associada à imoralidade e aos “excessos sexuais”¹². Em 1826, o médico Guilliame Vallée afirmava, por exemplo, que as

¹¹ Em 2014 o SUS ofertava para as meninas de 9 a 13 anos. Em 2017, as meninas de 14 anos também foram incluídas e o esquema vacinal do SUS foi ampliado para meninos de 11 a 14 anos.

¹² É interessante notar como alguns desses valores associados ao câncer uterino não foram modificados, mesmo depois de alguns séculos. No site do INCA, por exemplo, é possível encontrar que “o início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros” aumentam o risco de infecção pelo vírus HPV. Ao mesmo tempo, não há uma definição do que é considerado “início precoce” tão pouco o quanto configura “múltiplos parceiros”, em termos numéricos. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 04 de janeiro, 2022.

mulheres de classe mais baixa que viviam nos centros urbanos eram mais afetadas que as mulheres da zona rural. A explicação encontrava-se na maior “frouxidão moral” das mulheres da cidade. As últimas décadas desse século marcam a emergência das tecnologias e técnicas médico-cirúrgicas para o tratamento dos diferentes tipos de câncer (VALÉE, 1826 apud LÖWY, 2015).

Um pouco mais tarde, já no século XX, os médicos acreditavam que as cicatrizes produzidas no útero após o parto explicariam a razão pela qual a doença seria mais encontrada em mulheres pobres, ou seja, aquelas que possuíam mais filhos. Em particular, havia um problema maior de diagnóstico e tratamento precoce do câncer no colo uterino, devido a sua difícil observação e etiologias ainda não muito bem esclarecidas. Portanto, o “combate” à doença era orientado por práticas bem radicais, como a cirurgia para a retirada de todo o útero (histerectomia) (LÖWY, 2015; TEIXEIRA, 2015a).

Em consonância com esse tipo de argumentação, Prudente (1936 apud TEIXEIRA, 2015b) apontava que os índices de mortalidade do câncer começaram a crescer exponencialmente nas cidades, configurando-o como uma típica “doença da civilização”. Cabe aqui, ainda que brevemente, uma explicação acerca desse tipo de discurso sobre doença e saúde ligada ao contexto da vida nas cidades. Uma espécie de higiene cotidiana articulado ao cuidado de si, tanto em termos físicos quanto morais, concebia uma “norma de vida” que relacionava uma série de males ao estilo de vida “civilizado” (também conhecido como industrializado ou moderno). Dentre eles, os hábitos irregulares de alimentação e sono, a ingestão insuficiente de vitaminas e a insalubridade urbana, de modo geral, eram considerados grandes predispositores de enfermidades. A “patologia urbana” atingia tanto os mais ricos quanto aos mais pobres, e a cidade surgia, então, como essa representação de disseminação de doenças e novos males (físicos, psicológicos e morais) por diversos autores da época. Médicos do início do século XX, como Boriz Sokoloff, afirmavam que os péssimos hábitos e os instintos da população contribuíam fortemente para a disseminação de doenças. Portanto, havia uma explicação que não era fundamentada em uma ordem física ou natural, mas, principalmente, moral (AZIZE e GAMA, 2019).

Apenas no século XX, com o desenvolvimento da histerectomia e da radioterapia, é que uma cura passa a ser uma possibilidade. Os médicos passaram a notar que, quando diagnosticada e tratada nos estágios iniciais, a chance de sobrevivência das mulheres era bem maior. Mas, de modo geral, elas procuravam os médicos apenas quando sentiam fortes dores na região pélvica, secreções vaginais e sangramentos irregulares – o que marcava um estado avançado do câncer. Portanto, os profissionais argumentavam que a única maneira de

diminuir o índice de mortalidade seria através da detecção precoce feita pelos exames de imagem (TEIXEIRA e LÖWY, 2011).

A entrada e a disseminação da colposcopia e da citologia no cenário brasileiro marcou o início de um novo modo de detecção precoce. Enquanto o primeiro era realizado através de um instrumento ótico chamado colposcópico, o segundo era feito por meio da coleta de células uterinas para análise laboratorial. A utilização desses novos métodos permitiram a expansão do número de mulheres que eram detectadas com a doença precocemente e instituíram as técnicas enquanto modos eficazes de controle ao câncer cervical no Brasil. Todavia, essa expansão se deu de modo lento e desigual em diferentes regiões do país. Até hoje o panorama não mudou drasticamente diante desse percalço de ofertas de serviço (TEIXEIRA, 2015b).

A necessidade de levantamentos estatísticos sobre as diversas formas da doença e a identificação das populações mais acometidas era cada vez maior. Até as primeiras décadas do século XX este quadro terapêutico permaneceu praticamente inalterado. Apenas com os avanços da ginecologia e da radioterapia é que o modo de tratamento começou a mudar. De uma doença estrangeira a uma doença das capitais brasileiras, em 1941 houve a criação do Serviço Nacional do Câncer (SNC), que tinha como principal objetivo promover pesquisas e educação sanitária. A formação de especialistas (cancerologistas) também aconteceu nesse momento (ARAÚJO NETO e TEIXEIRA, 2017).

Anos mais tarde, já em 1960, a chave interpretativa do câncer, mais uma vez, mudou e tornou-se uma doença associada à pobreza e ao subdesenvolvimento, marcando agora um “atraso civilizatório”, não mais “progresso” (SILVA, 1963). Curiosamente, até os tipos de câncer eram divididos entre “regiões mais pobres” (lábio, língua, boca, faringe, esôfago, estômago, laringe, **útero** e pele) e “regiões mais ricas” (cólon, intestino delgado, mama e ovário); enquanto alguns seriam indiferentes a fatores econômicos (reto, pulmão e próstata). Uma certa “economia das regiões corporais” passou a fazer parte dessa nova gramática da doença (CARVALHO, 1967 apud ARAÚJO NETO e TEIXEIRA, 2017, p.184, grifo nosso).

Desde a segunda metade do século XX, a dimensão moral vinculada à doença produz o reconhecimento de uma enfermidade relacionada à pobreza e ao atraso social. Associada principalmente à infecção pelo HPV, transmitido via relações sexuais sem a utilização de preservativos, o câncer uterino também esteve durante muitos anos associado à ideia de múltiplos parceiros sexuais, tabagismo e condições de higiene comprometidas. Portanto, conotações sociais e morais sempre foram objeções muito evidentes no tratamento da enfermidade. Os determinantes sociais da saúde hoje podem salientar que as condições de

insalubridade, baixos níveis de renda e de escolarização, morar em regiões mais pobres do país, aumentam o risco de contaminação para estas populações (TEIXEIRA, 2015b).

A partir de 1970, com o desenvolvimento mais significativo do Instituto Nacional do Câncer, uma nova perspectiva para o controle da doença foi instaurada. As parcerias do INCA com o Ministério da Saúde colocaram em voga a educação sanitária e a detecção precoce. Iniciativas como tratamentos mais específicos receberam maior fortalecimento, ampliando assim a visibilidade das tipificações do câncer. Também nesse momento, a descoberta do vírus HPV fortaleceu o entendimento de que, apesar do vírus ser um risco potencial a qualquer mulher, indiscriminadamente, o desenvolvimento do câncer no colo do útero oferecia maior risco às populações mais pobres e desassistidas. Assim, a enfermidade foi sendo configurada enquanto um problema de saúde pública no Brasil (ARAÚJO NETO e TEIXEIRA, 2017).

O solo de redemocratização do país, após o fim da ditadura militar, deu condições para que uma série de reivindicações na saúde germinassem. O fortalecimento dos movimentos de mulheres que lutavam por melhores condições de saúde teve como resultado a garantia de direitos e aquisição de programas voltados a elas. Um desses exemplos foi a crítica realizada pela área biomédica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), direcionada aos programas verticais de saúde, com problemas e públicos-alvo específicos (OSIS, 1988).

A partir disso, em 1983, nasce o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O escopo da atuação do programa incluía medidas direcionadas ao planejamento familiar, melhoria do atendimento na rede pública, controle das doenças com maior incidência entre as mulheres, e a saúde reprodutiva surgia como eixo central. Por consequência, o câncer uterino passou a receber maior atenção do Ministério da Saúde e as ações educativas e preventivas, bem como a oferta de exames citopatológicos se expandiram. Passou a se falar mais sobre o câncer e a intervir mais – até mesmo quando não era demandado (OSIS, 1988).

Em 1996, Ruth Cardoso¹³ assumiu o compromisso de implementar iniciativas que diminuíssem os índices de morte gerados por câncer de colo cervical no Brasil. O Programa Viva Mulher, inicialmente a cargo do INCA, foi então criado. Já em 1998, o governo decidiu emancipar o programa e o transformou em uma campanha de abrangência nacional. Seus objetivos estavam articulados à ideia de realizar uma coleta de material citológico em 70%

¹³ Ruth Cardoso foi uma antropóloga e professora universitária brasileira, esposa de Fernando Henrique Cardoso (ex-presidente do Brasil). Foi uma antropóloga reconhecida nacional e internacionalmente no mundo acadêmico, que se notabilizou por sua intelectualidade e pelo engajamento político em causas sociais.

das mulheres brasileiras entre 35 e 49 anos, que nunca tivessem realizado o exame preventivo, seguido da análise do material coletado e acompanhamento do tratamento (quando necessário) (OSIS, 1988; THULER, 2011).

Não obstante, na prática os objetivos não funcionaram como planejado. Obstáculos das mais diversas naturezas impediram a concretização eficiente do programa: altíssimo número de exames a serem analisados; deficiência do sistema eletrônico do SUS; baixa qualificação das instituições e profissionais envolvidos encarregados pela leitura das lâminas; dificuldade no rastreamento dos diagnósticos positivados, entre outros. Devido a essa e outras experiências futuras ineficientes, o INCA concluiu que a política mais adequada para o controle seria a oferta de exames citológicos regulares nas unidades de saúde do país. Após essa avaliação, o governo decidiu então modificar o Viva Mulher (THULER, 2011).

Hoje, no Brasil, coexistem dois regimes de rastreamento para o câncer no colo do útero. Mulheres de classe média, urbanas, e que possuem planos de saúde privados, costumam realizar *check-ups* ginecológicos regularmente, fazendo exames como Papanicolaou e colposcópico. Por outro lado, mulheres de camadas mais populares e que utilizam o serviço público de saúde continuam realizando a prevenção através do “modelo triplo”: colposcopia, citologia e biópsia cervical (caso necessário) (TEIXEIRA e LÖWY, 2011; TEIXEIRA, 2015a; TEIXEIRA, 2015b).

Em síntese, a moralização do câncer de útero ou “câncer feminino” caminhou entre a prática sexual “ampliada”, ou seja, com diferentes parceiros, e a maternidade com número de filhos “demasiado”. Tais apontamentos evidenciam que a sexualidade da mulher e sua capacidade reprodutiva sempre foi mais submetida ao controle e às normas do que a dos homens. A “histerização do corpo da mulher” (FOUCAULT, 1978/2017) surge como uma produção estratégica dos dispositivos médicos. O próprio modo como o Estado se posiciona e intervém, diferentemente, em relação ao câncer na próstata e o câncer no útero apontam isso¹⁴ (LÖWY, 2015).

Diante desses contextos, o câncer no colo do útero foi se transformando em um objeto cada vez mais adequado de intervenções da saúde pública, passando a fazer parte das agendas de campanha de rastreamento em níveis federais, estaduais e municipais, além de instituições

¹⁴ Dados encontrados no site Instituto Nacional do Câncer nas últimas bases de 2019 e 2020. Câncer no colo do útero com estimativa de 16.710 novos casos e número de 6.596 mortes. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 4 de janeiro, 2022. Câncer na próstata com estimativa de 65.840 novos casos e número de 15.983 mortes. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>>. Acesso em: 4 de janeiro, 2022.

filantrópicas. A ampliação das preocupações com a saúde da mulher e as transformações do sistema de saúde brasileiro caminharam lado a lado. O crescimento das discussões em teses, artigos e revistas médicas sobre o tema apontavam a relevância enquanto debate público e científico. Não obstante, sua persistência nos índices epidemiológicos mostra limitações do sistema de saúde em lidar com a questão.

Pesquisas e discussões na história das ciências, nas ciências sociais e na saúde coletiva proliferaram-se nos últimos anos, conformando um conjunto diversificado de análises sobre o tema. De acordo com o levantamento realizado por Luiz Antônio Teixeira, dentre eles podemos citar:

Os problemas enfrentados no recrutamento e na formação de citotécnicos (Casper e Clarke, 1988); as dificuldades para a padronização da leitura das lâminas de Papanicolaou; a organização, os custos e a eficácia das campanhas de rastreamento (Hakama et al., 1985); o papel dos laboratórios nos programas de prevenção e controle da doença (Singleton, 1998); os efeitos do teste de Papanicolaou sobre o imaginário e as representações sociais de populações comunitárias (Gregg, 2003); e, por fim, a evolução dos conhecimentos e práticas relacionados à enfermidade (LÖWY, 2011 apud TEIXEIRA, 2015b, p. 77)

Ainda que o desenvolvimento científico hoje permita a prevenção e produção de diagnósticos em estágios precoces da doença, continua sendo desafiador para as políticas públicas de saúde controlar e tratá-la em suas múltiplas dimensões: sociais, culturais, biológicas, econômicas, etc. Desde o surgimento das tecnologias de prevenção, já era ressaltado o dever das mulheres acerca da realização regular dos exames e a insinuação de que em algum nível elas seriam responsáveis pelo próprio adoecimento. O discurso científico sofreu rupturas e deslocamentos, mas a culpabilização individual e moralizante nos parece ter sido mantida. Mais do que se submeter ao controle externo, as mulheres precisam “engolir o panóptico” (LÖWY, 2015; TEIXEIRA, 2015a).

1.4 O câncer no colo do útero localizado: marcadores sociais da diferença

O preventivo sempre foi uma coisa (...) de muitos anos e vai ser sempre. Agora não vai deixar de fazer. E tem que fazer mesmo, né? Não tem como. Enquanto existir mulher, tem preventivo. (...) *Tem mulher, tem preventivo.* (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado). (RICO e IRIART, 2013, p.1766, grifo nosso)

A persistência histórica da doença em regiões mais pobres do país aponta que o câncer no colo do útero, enquanto um problema de saúde, trata-se, sobretudo, de um problema social. Leva-nos a crer, também, que não se trata de um problema indiscriminado da saúde, mas da saúde pública. A óbvia falta de condições mínimas de vida transforma as disparidades socioeconômicas em risco, contágio e morte. O processo lento e diferenciado nas (im)possibilidades de promoção de saúde e prevenção de doenças, desde a oferta de exames ao diagnóstico e o tratamento em tempo adequado, reflete que determinados segmentos populacionais ainda estão à margem do processo de “progresso técnico-científico”.

Portanto, ainda que saibamos que os dispositivos médicos podem controlar, intervir (mais do que o demandado) e produzir normatividades, em linhas gerais, tanto o processo de medicalização (CONRAD, 2007) e sobremedicalização¹⁵ (JØRGENSEN e GØTZSCHE, 2009) quanto a não garantia de acesso podem ser compreendidas como violências de Estado. O câncer cérvico-uterino traz à tona a questão da iniquidade em saúde. É capaz de traçar perfis de risco e as populações mais vulneráveis à doença. O adoecimento dessas mulheres que muitas vezes são as provedoras econômicas do lar, intensifica a pobreza e a vulnerabilidade social dessas famílias.

A saúde pública, desde a Reforma Sanitária e a constituição do SUS, vem mostrando preocupação com estas populações historicamente invisibilizadas. O componente normativo implícito da produção científica desvela que toda ciência é política e que toda política adere a uma ciência. A saúde coletiva, por exemplo, surge como um campo originado pela democracia. A atuação política através da luta pelo direito à saúde garantido pelo Estado a todos mostra que os sanitaristas estavam preocupados com a preservação de prolongamento da vida de toda a sociedade – sem diferenciações. Mais do que pensar o que a medicina produz, os sanitaristas tinham interesse naquilo que ela deixava de fazer e por quem ela deixava de fazer.

É necessário, assim, salientar que as mulheres não possuem uma única saída possível: realizar, regularmente, os métodos preventivos. Trata-se, mais do que isso, de uma questão de oferta de serviços, escolha e autonomia. Assim como não deveria haver a culpabilização demasiadamente individualizada em caso de adoecimento. O terreno é instável, os conceitos culturais e morais envolvidos não estão desarticulados dos obstáculos enfrentados na disseminação dos métodos preventivos. É um dado de extrema relevância o fato de que é

¹⁵ A sobremedicalização (*overmedicalization*) é um dos desdobramentos do conceito de medicalização e aponta para demanda excessiva de exames médicos, de modo indiscriminado por parte das figuras médicas, podendo, assim, configurar um fenômeno iatrogênico (JØRGENSEN e GØTZSCHE, 2009).

maior a incidência do câncer uterino das mulheres da região Norte e Centro-Oeste do Brasil e menor é a cobertura vacinal para HPV e do exame Papanicolaou nestas áreas¹⁶.

Além da falta de alcance das tecnologias médicas, como já mencionado, surge também a dimensão moral que muitas mulheres revelam ao se depararem com a possibilidade de serem examinadas por homens, o despreparo de muitos profissionais para lidar com a situação, o preconceito da doença estar associada a determinados comportamentos sexuais e o próprio risco de evidenciar uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível) (CRUZ e LOUREIRO, 2008).

Por outro lado, as mulheres com maior nível de escolarização, classe média e que ocupam o território centro-oeste, sul e sudeste do país, costumam realizar seus exames regularmente em clínicas e consultórios particulares. Por conta disso, a detecção é feita em estado precoce e o índice de mortalidade pela doença diminui drasticamente. O paradoxo da desigualdade está posto: enquanto as mulheres que possuem menor risco de desenvolver a doença são as que mais possuem acompanhamento ginecológico, as mulheres com maiores probabilidades são as que menos realizam os exames periódicos (TEIXEIRA e LÖWY, 2011).

Da ideia de uma doença vinculada à “civilização” até a concepção de que se tratava de uma doença marcada pelas iniquidades em saúde e mazelas sociais, o câncer no colo do útero explicita distintos projetos de nação ao longo da história brasileira. A partir de interesses específicos, as ações em saúde foram sendo adequadas aos discursos higienistas de cada época. A articulação dos conhecimentos médicos à estruturação da própria sociedade aponta que as disputas do campo médico e político (ou médico-político) foram (e ainda são) tensionadas ao longo da constituição desse projeto de nação brasileira (ARAÚJO NETO e TEIXEIRA, 2017).

Nessa seara, os homens quase nunca foram chamados para debate público – a não ser para ocuparem a posição do saber médico ou daqueles que “ditavam” as políticas. Por outro lado, as mulheres historicamente foram culpadas e responsabilizadas tanto pela condição de doença quanto de saúde. Hoje se sabe que os homens também são potenciais transmissores de HPV, que não se trata de uma questão “exclusiva das mulheres”, mas sim uma questão social e de implicação coletiva. Ainda assim, o fenômeno da medicalização parece incidir mais

¹⁶ Dados disponibilizados no site do INCA. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-ajustadas/neoplasia-maligna-da-mama-feminina-e-colo-do-uterio>>. Acesso em 2 de abril, 2021.

fortemente sobre alguns corpos do que outros, bem como a dimensão moralizante dos discursos médico-sanitários.

Apesar do câncer de próstata ter uma estimativa de casos e índice de letalidade maior do que o câncer uterino, a visibilidade da segunda nos meios de comunicação do Estado é incomparavelmente maior do que a primeira. Ainda que o câncer seja oficialmente representado como uma doença que acomete ambos os sexos, ele continua sendo, ainda no século XXI, uma patologia marcada pelo gênero, classe e raça. Desse modo, é importante localizar e situar tanto o câncer quanto a medicalização do corpo feminino – bem como a visibilização insuficiente do câncer na próstata e da saúde dos homens.

A associação do exame Papanicolaou à normalidade e a responsabilidade exclusivamente das mulheres remetem ao imaginário de limpeza, fidelidade e cuidado. O caráter normativo e a vinculação moral parecem contribuir para sustentar um determinado discurso médico. A “higienética” (ou ética da “nova” higiene) surge, em vários momentos, como uma tirania da saúde (CAMARGO JR., 2013). “Ver o corpo por dentro” não é uma técnica neutra, entre conhecimentos e práticas, a saúde jamais estará desarticulada de uma política *dos e nos* corpos – a biopolítica. O engajamento de alguns atores e a (re)construção de uma ciência, primeiramente, desconsiderando-a como neutra, mas sim uma atividade inseparável do contexto social, é o ponto de partida para desnaturalizar as desigualdades que outrora foram consideradas imutáveis e naturais. Compreender como essas verdades científicas estruturam a sociedade nos direciona para o combate delas (SILVA, 2018).

1.5 A reconstrução de uma ciência pela mulher

Dos fenômenos de produção de vida até a situação em que os úteros adoecem, o órgão reprodutor feminino parece ainda ser central nas discussões que costuram ciência, natureza e cultura. As discussões que perpassam o útero, simultaneamente, ocupam um espaço que é público e privado; caminham dos estudos científicos, inovações biomédicas até o âmbito íntimo e familiar. Em todos eles, esbarram em normas, leis e poderes próprios do campo. Segundo Bourdieu (2018), todo campo é marcado por disputas e lutas por parte dos envolvidos. O poder simbólico dos agentes em cena é classificador daquilo que é adequado ou inadequado, determinando se pertence ou não pertence à estrutura – de acordo com código de valores vigentes. Nesse sentido, se o campo científico foi sendo construído enquanto um saber

verdadeiro e reconhecido dos homens que poderiam falar sobre os corpos das mulheres, houve também discursos que se opunham a isso – ainda que fossem, em muitos momentos, minimizados ou invisibilizados. A metáfora que Bourdieu (2004, p.28) utiliza bem ilustra como essa tensão de conservação e transformação do poder científico ocorre: “como um bom jogador de *rugby* sabe para onde vai a bola e se põe lá onde a bola vai cair, o bom cientista jogador é aquele que, sem ter a necessidade de calcular, de ser cínico, faz as escolhas que compensam”.

Nessa perspectiva de que há agentes do campo que possuem legitimidade o suficiente e o desejo de tentar modificar as estruturas de “dentro para fora”, existem produções científicas mais contemporâneas que lançam um olhar mais crítico em relação aos efeitos daquilo que elas produzem. No empenho de reconstruir alguns cânones científicos, estes agentes (em geral, pesquisadoras) se orientam por posições mais equânimes entre os gêneros/sexos e somam esforços para produzir uma ciência que não reforce desigualdades. Este movimento é denominado por Schiebinger (2001) como “ciência feminista”. Em entrevista, Marina Nucci afirma que a distinção entre a ciência tradicional e a ciência feminista é que:

A diferença principal é a tomada de posição, como diz Haraway. Ou seja, uma ciência que parte da perspectiva feminista precisa explicitar seu posicionamento crítico. Além disso, se a ciência não é nunca neutra e nem pode ser isolada dos contextos sociais, culturais e políticos, isto é, se todo conhecimento é situado, uma ciência feminista precisa também explicitar os contextos nos quais o conhecimento produzido por ela é construído (SILVA, 2018)

A partir dessa perspectiva, iremos então realizar uma breve revisão de algumas discussões que versam sobre a construção social do corpo feminino e o destaque que os saberes da ciência e da medicina possuem na construção desse conhecimento. Considerando que não há ciência apolítica e que ela está sempre situada em um emaranhado de fatores sociais, políticos, culturais e econômicos, a ciência feminista é um movimento contra-hegemônico fundamental para uma produção de saberes equânimes.

Fabíola Rohden (2001) analisou como a diferença sexual era apresentada em documentos médicos do século XIX e início do século XX. A partir das imagens e representações criadas, a autora aponta que havia um interesse contundente em produzir uma história sobre a sexualidade e a reprodução. O exame da documentação, entretanto, revelou que, “em boa parte do século XIX especialmente, a medicina da sexualidade e reprodução era a medicina sobre a mulher, expressa sobretudo na criação de uma especialidade, a

ginecologia, que se definia como ‘a ciência da mulher’” (ROHDEN, 2001, p.31). O campo médico brasileiro reiterava a categoria de diferença sexual e, justificadas pela biologia, eram desdobradas em determinações morais e subjetivas que inferiorizavam a mulher.

Na etnografia de Lilian Chazan (2007), a autora estimula a reflexão sobre o uso, na atualidade, da tecnologia no campo da saúde, buscando questionar até que ponto elas podem gerar dependência e autonomia para as mulheres. O fenômeno da gravidez, que anteriormente era uma experiência subjetiva da mulher, transformou-se em uma experiência visual, materializada e compartilhada – amparada pelas tecnologias de imagem do campo médico, como por exemplo a ultrassonografia.

Daniela Manica (2009), ao seguir a trajetória de Elsimar Coutinho, aponta como as pesquisas realizadas pelo conhecido médico brasileiro sobre menstruação e controle da natalidade foram realizadas com mulheres pobres e negras, não as informando, devidamente, sobre os efeitos das pesquisas em seus corpos. A história das experimentações científicas através da medicina apontam como o corpo das populações negras, em especial as mulheres, foi utilizado excessivamente. Podemos observar a prática do uso desses corpos como instrumento de ensino, reduzindo-os à violenta lógica de experimentação.

Um caso bastante emblemático sobre essa discussão que converge ciência, ética, gênero e raça é o caso de Henrietta Lacks ou, popularmente conhecida, como “células HeLa”. Henrietta foi uma mulher negra americana diagnosticada com câncer no útero, na década de 1950. Após sentir dores intensas e fortes sangramentos fora do período menstrual, ela foi encaminhada a uma clínica ginecológica no Hospital Johns Hopkins – instituição voltada para a população de baixa renda econômica.

Poucos médicos sabiam interpretar os exames ginecológicos na época, faziam suposições errôneas e realizam tratamentos ineficazes para o câncer no colo do útero. “Alguns confundiam infecções cervicais com câncer e removiam todo o aparelho reprodutivo da mulher, quando tudo que ela precisava eram antibióticos.” (SKLOOT, 2011, p. 50). Após idas e vindas, além de experienciar procedimentos que ainda eram muito agressivos e invasivos, chegaram a esterilizá-la sem o seu consentimento. O resultado desse processo traumático foi a morte de Henrietta em 1951.

Não obstante, o que sucedeu após a sua morte é tão desrespeitoso e violento quanto o que lhe aconteceu ainda em vida. Durante seus procedimentos de extração do câncer, os médicos coletaram suas células para estudo, sem seu conhecimento. As “células HeLa” mostraram-se muito eficientes no ambiente de cultura e, inexplicavelmente, elas não cessaram de se multiplicar em laboratório, sendo as primeiras células cultivadas com sucesso em

laboratório. Portanto, após a morte de Henrietta, suas células tornaram-se propriedade científica, sem o consentimento prévio de Henrietta ou da sua família, e foi um tecido amplamente comercializado a partir disso.

O olhar molecular representa, sobretudo, um “estilo de pensamento” (FLECK, 1979 apud ROSE, 2011). Rose (2011) aponta que o biocapital está imerso nessa matriz de interesses econômicos nos aspectos biológicos do corpo. Os elementos moleculares da vida possuem valor científico e financeiro dentro da bioeconomia, a aliança entre Estado, ciência e comércio geram câmbios transnacionais no campo da saúde – assim como ocorreu com as células de Henrietta. O autor, ao analisar o fenômeno da biopolítica, aponta também para outras transformações, grosso modo, como molecularização, otimização, subjetivação, *expertise* e bioeconomia. Esta última, que mais nos interessa nesse momento, salienta como há uma grande afinidade entre o espírito do biocapital e a ética somática contemporânea, além de possuírem um interesse pelo corpo em seu nível molecular – códigos de base, genomas, transcrições, proteínas, componentes intracelulares, etc. As células do útero de Henrietta tornaram-se então um biocapital de extremo valor no campo da ciência e da pesquisa.

O caso ilustra como as práticas biomédicas atravessadas pelo racismo produzem estudos científicos com populações extremamente vulneráveis, desrespeitando dimensões éticas, como liberdade, autonomia e consentimento. Henrietta Lacks faz parte desse cenário em que milhares de mulheres negras continuam sendo violentadas e tendo seus direitos invisibilizados. Segundo Bastos (2018), é possível observar que a prática da maternagem é reivindicada majoritariamente por mulheres brancas, enquanto as mulheres negras são mobilizadas por questões mais relacionadas às violências sofridas principalmente na gestação e no parto. Em adição a isso, “enquanto as mulheres de minorias étnicas são constantemente encorajadas a se tornarem inférteis, as mulheres brancas que gozam de condições econômicas prósperas são incentivadas, pelas mesmas forças, a reproduzir” (DAVIS, 1981/2016, p. 223). De todo modo, mulheres brancas e de minorias étnicas evidenciam questões bastante pertinentes e demandam garantia de direitos no campo das lutas de classe, gênero e raça; há uma reivindicação em comum, apesar das especificidades.

Ainda que sejam difundidos como fenômenos “naturais”, nem mesmo a gestação, o parto e a maternidade o são. Desde o século XX podemos notar que o modo de gestar, parir e maternar no Brasil, por exemplo, foi sendo não apenas mediado, mas orientado pelo campo médico-científico. Ainda que existam muitas camadas a serem analisadas, notamos que o reforço da ideia de maternidade compulsória é frequentemente justificada pelo aspecto biológico das mulheres possuírem um útero. Não apenas a maternidade se justificaria pela

existência de um útero fértil, mas também valorizaria um determinado ideal de feminino, construído por expectativas de aspectos físicos, subjetivos e morais que a mulher deve apresentar.

Estamos nos detendo aqui em pensar os corpos que possuem útero, ou seja, corpos de mulheres cisgênero. Todavia, a problemática maior não está ancorada nessa dimensão de um corpo que “nasceu” com determinado órgão. Sejam os corpos cisgêneros ou transgêneros, é importante lembrar que todos passam por inúmeras intervenções tecnológicas e biomédicas. A medicalização não incide apenas sobre o útero; mas incide no feminino, na construção social do que é “ser mulher” como um todo. Donna Haraway (1995) bem nos lembra desse híbrido entre humano “biológico” e tecnologias que faz emergir um corpo ciborgue. Sujeitos híbridos e tecnonaturais que estremecem separações canônicas entre natureza e cultura, biológico e social.

Seguindo nessa perspectiva da transformação de uma produção científica hegemônica, Manica, Goldenberg e Asensi (2018), através de “olhar científico situado” na pesquisa antropológica, apontam como o sangue menstrual pode ser utilizado como uma substância bastante relevante no cenário da tecnociência brasileira. De abjeto a objeto, as CeSam (Células do Sangue Menstrual) são utilizadas nas pesquisas sobre células-tronco e as pesquisadoras envolvidas tentam produzir novos agenciamentos, novos sentidos para um fluido que é considerado, culturalmente, inútil. Todavia, as pesquisadoras apontam inúmeros obstáculos que não se ancoram em justificativas “científicas”. Apesar dessas células possuírem resultados promissores, serem resistentes ao meio de cultura e terem um custo muito abaixo (em relação a outros estudos com células tronco), elas enfrentam o maior desafio: o machismo institucional. A abjeção por parte dos demais pesquisadores coloca em questão a legitimação, o desempenho e a eficácia das células menstruais.

Donna Haraway (1995; 2009) e Emily Martin (2006) evidenciam como os processos culturais e científicos conformam as concepções das mulheres sobre seus próprios corpos. As autoras apontam como as categorias de natural e artificial, natureza e cultura, não são aspectos distintos – ao contrário, são dimensões que se co-produzem. A produção científica deve ser encarada enquanto uma tomada de posição, isto é, deve possuir uma direção e uma situacionalidade. Todo conhecimento é localizado, corporificado e produz efeitos simbólicos que não deixam de ser materiais. Portanto, é necessário que haja implicação por parte dos pesquisadores e uma relação ética com aquilo que se produz.

2 TECNOLOGIAS, USUÁRIOS E CULTURA EM SAÚDE

Neste capítulo desdobraremos sobre como as articulações entre tecnologias de saúde e usuários (re)constroem, constatemente, aquilo que podemos denominar como cultura em saúde. O modo como entendemos, cuidamos e nos relacionamos com a saúde (seja individual ou coletivamente, própria ou alheia) é sempre resultado de longos processos históricos, sociais e, principalmente, culturais de uma determinada sociedade. Entre controvérsias, disputas e reividindicações, a vacina surge nesse cenário como um artefato bioquímico bastante discutido desde a modernidade – seja em defesa ou recusando-a. As contingências sociopolíticas não podem ser desconsideradas e, justamente por isso, traremos algumas instituições públicas, privadas e não governamentais para fomentar a discussão.

2.1 Entre o simbólico e o científico: o encanto da vacina

De acordo com Bezerra e Fleischer (2021), a discussão sobre as vacinas fazem parte de uma agenda contínua à saúde. A menina dos olhos da biomedicina e da saúde pública no Brasil revigora constantemente o escrutínio antropológico, interseccionando questões de gênero, raça, sexualidade, autoridade sanitária e autonomia individual. Van Der Geest e Whyte (2011) apontam que o encanto pelos medicamentos surge de modo muito material no mundo ocidental e nos países em desenvolvimento. Sendo vistos como a essência dos cuidados de saúde, estas substâncias também, facilmente, agregam o *status* de mercadoria – são investidas, desinvestidas, intercambiadas, desejadas, etc. Propagandas e campanhas, sejam dos laboratórios, das indústrias farmacêuticas ou do próprio Estado, possuem um lugar importante nesse cenário na medida em que são capazes de apresentar, “socializar” e instigar o consumo de determinados medicamentos.

Há, inclusive, um conjunto de substâncias que são entendidas como “drogas de estilo de vida”, ou seja, medicamentos utilizados não necessariamente para tratar uma doença, mas para aprimorar a vida das pessoas. Azize (2002) destaca como o Prozac (Fluoxetina), Viagra (Sildenafil) e Xenical (Orlistat) – indicados, consecutivamente, para o tratamento de depressão, impotência sexual masculina e controle de peso e colesterol elevado –, dividem um

campo semântico comum agenciando ideias como saúde e qualidade de vida. Nucci (2012) também aponta como os anticoncepcionais foram fundamentais para construir o estilo de vida da “mulher moderna”. Apesar do foco original ter sido o controle da natalidade, os efeitos secundários ganharam notoriedade e amplo interesse – como redução da acne e tratamento da labilidade emocional relacionados à menstruação. Pensar antropológicamente sobre qualquer medicamento requer uma investigação a partir de seus sentidos sociais, considerando os agentes envolvidos em sua produção, divulgação e consumo. Fato é: “O sentido do medicamento não se esgota na sua dimensão terapêutica” (LEFÈVRE, 1991, p.17 apud AZIZE, 2002, p.12).

Castro (2012) observa que grande parte dos estudos das ciências sociais sobre medicamentos estão inseridas nos campos das pesquisas em saúde, discutindo sobre o tema em suas dimensões simbólicas, morais, político-jurídicas, éticas, midiáticas, publicitárias, geracionais, de consumo e gênero. Apoiando-se em Appadurai (2008) e Kopytoff (2008), consideramos também que os medicamentos possuem uma vida social e uma biografia cultural. Não pretendemos, porém, seguir a trajetória de toda a vida social da vacina de HPV no Brasil, mas de realizar alguns cortes temporais para apreendermos certos sentidos e significados. É necessário seguir a trajetória de determinados objetos, assim podemos interpretar a vida dessas coisas, entendendo a própria circulação e as relações construídas a partir desses múltiplos endereçamentos.

Os diferentes regimes de valor que a vacina de HPV recebe, desde a sua chegada no Brasil, marcam sua trajetória; ora sendo amplamente difundida, ora sendo renegada. Entre trânsitos, relações e contextos, a vacina está não apenas inserida, mas submetida aos regimes de cada sociedade. Valores culturais, sociais, científicos e políticos constituem divergências sociotécnicas que nos ajudam a entender essa dinâmica variável dos medicamentos em determinados contextos. Este fluxo econômico dos medicamentos é resultado de uma demanda sanitária, mas também é orientada por interesses do mercado farmacêutico.

Não podemos desconsiderar a tensão que se instaura entre as políticas públicas em saúde e o processo de pharmaceuticalização. Segundo Abraham (2010), esse fenômeno vem se apresentando enquanto um movimento caracterizado pelo crescimento excessivo no uso de medicamentos. O conceito pode ser definido como a utilização de intervenções farmacêuticas visando solucionar ou melhorar capacidades não originalmente pertencentes ao domínio médico, como por exemplo, condições humanas, estilos de vida e habilidades. Há uma preocupação nessa discussão que se encontra no fato de que as demais medidas não farmacológicas, acabam sendo colocadas à sombra de toda a luz lançada às vacinas. Notamos

uma valorização de políticas de saúde que apresentam um caráter mais biotecnológico (como a produção de vacinas) em detrimento as políticas de saúde que valorizam dimensões sociais (como características territoriais, de classe, gênero, raça, entre outras iniquidades que marcam a população brasileira).

O conceito de metonímia, utilizado por Van Der Geest e Whyte (2011), ressalta o fato de que, assim como na figura de linguagem, trata-se de substituir uma coisa pela outra, ainda que haja conexão entre elas. Nas sociedades ocidentais, a vacina surge em seu potencial “libertador” e ainda acaba por se referir ao contexto de cura. No caso do câncer uterino há uma reificação da doença e um antídoto, igualmente “coisificado”, que é a vacina de HPV. O deslumbre, o encantamento, o fascínio e a ideia de cura são sentidos que constituem parte fundamental da biografia cultural das vacinas. João Biehl (2011, p.267, grifo nosso) chama atenção para o fato de que “as abordagens do tipo da *bala mágica* são cada vez mais a norma em saúde global – isto é, a entrega de tecnologias de saúde dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde”. Este tipo de abordagem se coloca como um entrave à assistência integral em saúde na medida em que são desconsiderados ou invisibilizados outros fatores importantíssimos no âmbito da promoção, prevenção e recuperação em saúde. Cuidado em saúde muitas vezes parece se restringir à lógica de disponibilização e adesão às vacinas. Desdobraremos a seguir como há um panorama histórico e uma série de acontecimentos na cultura brasileira que nos leva, não apenas a crer, mas a introjetar esta ideia.

2.2 A cultura da imunização e a constituição de uma cidadania biológica

De acordo com Hochman (2011), a emergência de uma “cultura da imunização” no Brasil consolidou-se após o processo de erradicação da varíola no país, entre os anos de 1960 e 1970. Todavia, a construção dessa trajetória não aconteceu de modo estável e contínuo. As campanhas de vacinação e a imunização em massa que foram empreendidas desde o final do século XIX contrastaram-se, em diversos momentos, aos episódios de resistência por parte da população, fosse em nível individual ou coletivo – como o episódio da “Revolta da Vacina”, em 1904.

De acordo com um estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), responsável por analisar dados governamentais do Ministério da Saúde, no ano de 2020

menos da metade dos municípios brasileiros atingiram ou superaram as metas de cobertura vacinal estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) para nove vacinas. Embora a pandemia de covid-19 tenha acentuado ainda mais as iniquidades em saúde, a queda da cobertura vacinal tem sido um fenômeno que precede a pandemia. Uma série de doenças evitáveis e erradicadas há algum tempo no país, como sarampo, estão emergindo e atingindo as populações mais vulneráveis; outras, como poliomielite, apresentam uma baixa nas taxas de imunização, o que gera bastante preocupação (IEPS, 2020).

Figura 1 – Cobertura vacinal por ano no Brasil (2015, 2019 e 2020)

Figura 1: Brasil - % Cobertura Vacinal por Ano

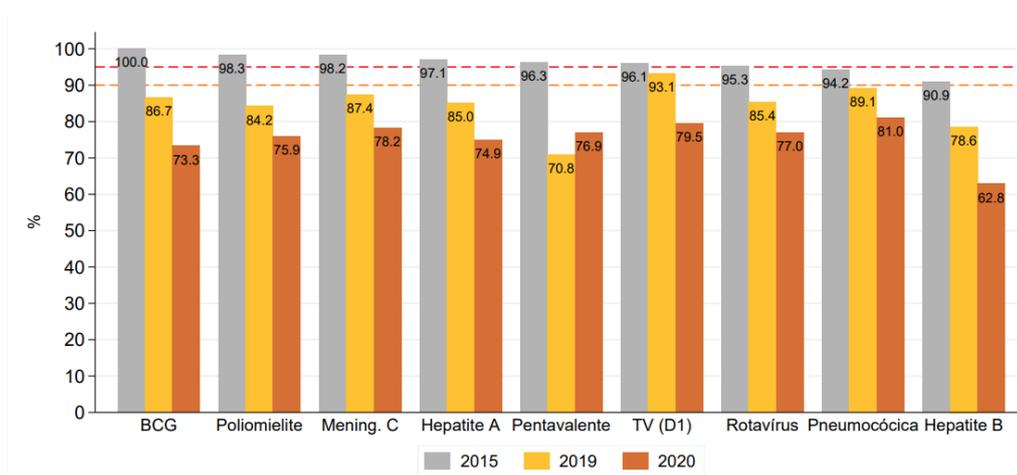


Gráfico retirado do Panorama da Cobertura Vacinal no Brasil, 2020. Desenvolvida pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Panorama_IEPS_01.pdf. Acesso em 19 de agosto, 2021.

No início do século XX, havia uma preocupação de “setores da população urbana que entendiam a vacinação como uma invasão à privacidade do lar e um ataque à moralidade da família” (HOCHMAN, 2011, p.378). Entre rupturas e continuidades, vale salientar que as resistências à vacinação desse momento acionam categorias como família e intimidade que, apesar de serem semelhantes, não possuem o mesmo significado das noções atuais. Falar de intimidade no século XX não é equivalente à intimidade no século XXI. De qualquer modo, nos chama atenção como as mesmas categorias (mas com significados diferentes, de acordo com o *Zeitgeist*) emergem nesses debates sobre imunização. O discurso de oposição à vacina, em especial à de HPV, se pauta nesse enunciado da moralidade e da intimidade – principalmente porque é uma vacina que atravessa a dimensão sexual e reprodutiva de um público infanto-juvenil.

No início do século XX, Oswaldo Cruz foi uma figura importante no campo da imunização brasileira quando iniciou as campanhas de vacinação. O declínio dos casos de varíola foi bastante expressivo nas duas décadas subsequentes. As campanhas significavam a possibilidade de ampliação da agenda de saúde, oportunizava um campo para produção de vacinas e abria espaços profissionais e políticos para os que nela se envolviam. Há uma construção de encantamento e de um deslumbre pelas vacinas que não escapa de sua materialidade, ou seja, ocupa uma dimensão simbólica, imaginária e também real. A empiria das vacinas aponta como são artefatos eficazes na diminuição e erradicação de uma série de doenças. Ao mesmo tempo, não podemos desconsiderar que interesses econômicos, científicos, políticos e mercadológicos são substanciais nessa discussão. Um exemplo disso é a diferença de faixa-etária recomendada de acordo com o equipamento de saúde que oferta a vacina de HPV, sendo mais ampla em clínicas e laboratórios privados e mais restritiva pelo SUS. Enquanto um fenômeno da cultura, a imunização torna-se parte da rotina social e constitui uma face “natural” e “processual” da vida.

Através dessa cultura da imunização, somos socializados desde muito cedo nesse universo das vacinas. Aprendemos a adquirir uma cidadania biológica (ROSE, 2013) ao longo da vida, tanto em termos individuais quanto coletivos, no solo de uma cultura somática (ZORZANELLI; ORTEGA, 2011). Em seu trabalho intitulado “*The politics of life itself*”, Nikolas Rose (2013) retoma e desenvolve o conceito de biopolítica foucaultino e aponta para os efeitos das biotecnologias no processo de subjetivação na vida contemporânea. Cabe lembrar que o poder, na transição do século XVII para o XVIII, se organiza de dois modos para Foucault (1978/2017): o poder disciplinar e o biopoder. Ambas as técnicas são interligadas e acontecem simultaneamente. Para o Estado, o poder disciplinar tem como principal objetivo exercer autoridade e controle no corpo individual; o biopoder, por sua vez, se refere aos processos biológicos da população como natalidade, mortalidade, doenças infecciosas, entre outros. A finalidade da biopolítica é a otimização da qualidade biológica em termos populacionais, principalmente por meio dos dispositivos médico-jurídicos e, como efeito desse tipo de processo, são produzidas categorias normativas para os sujeitos.

Segundo Rose (2013), a biotecnologia surge como uma nova forma do biopoder que, além de exercer coercitividade, controle e regimes de verdade sobre os sujeitos e seus modos de vida, também promove responsabilização individualizada acerca de dimensões como saúde, doença, (auto)cuidado e condutas (morais). O direito à vida se torna alvo de disputas políticas, bem como o corpo e a saúde pelas tecnociências. A incorporação de novas tecnologias biomédicas, literalmente, no e pelo corpo, operam como inscrições de identidades.

Fala-se também em bioaperfeiçoamento, por exemplo, para se referir ao aperfeiçoamento do corpo através da biotecnociência – e isso ocorre paralelo a um “melhoramento moral”.

Nesse sentido, a continuação da discussão que Rose (2013) produz inspirado em Foucault é que a cidadania biológica justapõe essas duas faces: individual e coletiva. Criam-se formas de sociabilidade, denominada como “biossociabilidade” por Rabinow (1996), que tem como critério a identificação dos sujeitos a partir de qualidades corporais que passam pela própria performance corporal, pela saúde, doença, criação de diagnósticos, regras higiênicas como um todo. O consumo aliado à socialização reconfigura os laços sociais entre sujeitos, grupos, movimentos e instituições, o investimento no corpo concebe o sentimento de pertencimento ao indivíduo – tão caro a nós, sujeitos sociais.

Para Rose (2013, p.132), a cidadania biológica se refere aos “projetos de cidadania que ligam as suas concepções de cidadãos a crenças sobre a existência biológica dos seres humanos, como indivíduos, como famílias e linhagens, como comunidades, como população, como raças e como espécie”. Portanto, seria um novo tipo de cidadania que surge nessa cultura atravessada pela biomedicina, biotecnologia e campos “bios” afins que propõem a ancoragem da identidade social baseada no materialidade do corpo (biológico).

É importante destacar que esse tipo de “nova identidade” apenas se desenvolve em um campo fértil. Ao encontro desse tipo de perspectiva, temos o conceito de “cultura somática” que também aponta para o fato de que os processos de construção da subjetividade contemporânea vem passando por um processo de somatização. De acordo com Zorzanelli e Ortega (2011), o processo de somatização das identidades está na construção da subjetividade localizada na superfície visível do corpo e de sua exposição. É uma soma das formas externas (como tatuagens, piercings, implantes, cirurgias estéticas, dietas, entre outros) às formas internas e invisíveis (como técnicas de visualização médica, diagnósticos, tratamentos e, talvez a que mais nos interesse: a vacina). Várias tecnologias de acesso e aprimoramento do corpo, sejam químicas ou mecânicas, contribuem para a construção dessa utopia da saúde perfeita. Mais do que isso, cria-se uma “obrigatoriedade” para se alcançar estas qualidades, ou seja, uma condição moral (COSTA, 2004).

Não por acaso, as mães continuam sendo as principais figuras responsabilizadas pela queda dos índices de vacinação. Há uma preocupação do Estado que se evidencia, historicamente, através de políticas nacionais que transformam medidas em rotina. A carteira de vacinação enquanto um documento obrigatório para todo cidadão brasileiro é um exemplo disso. A aplicação das vacinas básicas no Brasil, indicadas pelo PNI, começam poucos dias após o nascimento e percorrem ao longo de toda a vida. Novas linguagens biológicas e

médicas são inscritas em nosso vocabulário e formam identidades pautadas em noções de cidadania ativa. A autoeducação e as formas de engajamento via capital científico (BOURDIEU, 2018) constroem cidadãos biológicos ativos – ao passo que aumentam a responsabilização do próprio sujeito com a sua saúde. O cidadão biológico é responsável por viver estilos de vida mais “saudáveis”, em nome dessa lógica econômica da saúde que se equaciona pela minimização da doença (ou dos riscos) e da maximização da saúde. O “regime do si-mesmo” é um (bio)valor profundamente contemporâneo das sociedades ocidentais. Mas, diante desse cenário, onde se localiza a responsabilidade do Estado pela saúde de sua população? (ROSE, 2013).

Haraway (2009) introduziu a figura do ciborgue no vocabulário feminista e apontou que os humanos se tornaram tão profundamente fundidos às tecnologias que as fronteiras entre um e outro não são mais impermeáveis – se é que em algum momento já foram. O ciborgue configura a identidade de um sujeito híbrido que surge a partir dessa relação de intimidade e de extimidade entre tecnologias e usuários. Nesse sentido, a figura do ciborgue de Haraway nos ajuda a pensar como esse sujeito constituído por uma cidadania biológica e que está imerso em uma cultura de valores corporais não pode ser dissociado ou pensado fora dos engendramentos biotecnológicos. A vacina é uma tecnologia de saúde; quando atravessa dimensões de gênero e sexualidade, como no caso da vacina de HPV, também se configura em uma tecnologia de gênero (LAURETIS, 1994) e compõe outros aspectos da subjetividade. Portanto, a experiência vivida do sujeito em sua extimidade (MILLER, 2010) constitui a emergência de uma entidade politizada (OUDSHOORN; PINCH, 2003). As singularidades que marcam o cenário brasileiro promovem debates e discussões calorosas sobre a vacina de HPV e tensionam os limites entre o público e o privado, em última instância, entre o Estado e a família.

2.3 Dimensões biossociais: a vacina de HPV no contexto brasileiro

As vacinas são substâncias construídas por organismos, reações bioquímicas, descobertas científicas, mediadas por cientistas, métodos, instrumentos, laboratórios, organizações; são artefatos biomédicos simbolicamente muito investidos. As histórias das ciências mostram como as vacinas foram fundamentais no enfrentamento de uma série de doenças infecciosas transmissíveis que marcaram eventos de imensa letalidade ao longo da

história: da erradicação da varíola, a partir da metade do século XX, até o enfrentamento de eventos mais recentes como a pandemia de coronavírus, iniciada em 2019. O impacto que esse tipo de tecnologia promoveu na qualidade de vida e na longevidade da sociedade moderna é inegável. Contudo, ainda que haja comprovações muito concretas acerca de sua eficiência, o campo da imunização não é um campo estável. Devido ao êxito das vacinas em toda sua história, hoje muitas pessoas perderam o foco na importância delas. O fato desses sujeitos não terem vivido o auge de algumas epidemias brasileiras, fez com que o controle de determinadas doenças por meio das vacinas não fosse tão evidente.

A percepção do risco é um elemento importante na adesão ou não adesão da população em torno da vacinação. Todavia, no momento em que o índice de imunização alcança um nível desejado, em termos epidemiológicos, os casos de contaminação deixam de ser “visíveis” (embora continuem existindo). Portanto, seria justamente a partir da sensação de “erradicação”, gerada pela imunização, que a população deixa de ter memória mais viva dos riscos e dos impactos de uma doença. Assim, nessa cadeia de acontecimentos, a população deixa de se vacinar por não lembrar da existência da doença, o índice de adesão às vacinas caem e os surtos voltam a acontecer. Paradoxalmente, as vacinas se tornaram vítimas do seu próprio sucesso (FERNANDES et. al., 2021).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, nos últimos dez anos o cumprimento do calendário das vacinas destinadas a crianças com menos de dois anos vem registrando queda no Brasil (IEPS, 2020). Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a “hesitação vacinal” (*vaccine hesitancy*) como uma das dez maiores ameaças globais à saúde (WHO, 2019). Frente a esse paradoxo, de sucesso e desprestígio, iremos nos debruçar sobre uma breve discussão acerca das controvérsias enfrentadas pela vacina de HPV no Brasil.

A vacina de HPV começou a ser distribuída no Brasil pelo SUS em 2014, sendo importada de indústrias farmacêuticas dos Estados Unidos. A transferência de tecnologia entre o Instituto Butantan e os laboratórios privados Merck Sharp & Dohme e o GlaxoSmithKline (ambos detentores da vacina) iniciou apenas em 2016, quando o controle de qualidade e a rotulagem passou a ser realizado pelo instituto nacional. Atualmente, a vacina de HPV está sendo disponibilizada por clínicas e laboratórios privados, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a definição de público-alvo é uma categoria bastante elástica para essa vacina – dependendo do equipamento de saúde (público ou privado) e da recomendação médica.

Por meio do PNI, o SUS vem enfrentando uma série de desafios para a imunização da população – não apenas para vacina de HPV, mas também para outras vacinas que compõem

o calendário básico de vacinação (Tabela 1 em Anexo). O crescimento de movimentos alternativistas, como o movimento antivacina (Antivax), o avanço de políticas e governos mais conservadores, a propagação de notícias falsas (*fakenews*) em redes sociais, o descrédito científico, o desmonte do SUS e a diminuição das verbas para a atenção primária em saúde, ou seja, uma série de fatores sociais, culturais e, principalmente, econômico-políticos estão engendrando esse fenômeno, promovendo muitos debates e intensa preocupação.

Assim como aderir à vacinação, não aderir à vacinação é um ato que demonstra um conjunto de valores e representações da realidade. Mas, há também sujeitos que ocupam uma posição *entre* esses dois grupos tradicionais. Vasconcellos-Silva, Castiel e Griep (2015) apontam que fatores socioeconômicos e educacionais estão intrinsecamente relacionados ao movimento antivacina. Na publicação, que realiza uma análise de alguns dados epidemiológicos brasileiros, os autores argumentam que o padrão das crianças sub-imunizadas¹⁷ são filhos de mães jovens e solteiras, com baixa escolaridade e que vivem em regiões pobres, periféricas dos centros urbanos. Em contraste a isso, as crianças absolutamente não imunizadas são filhos de mães casadas, com alto nível de escolaridade, que vivem em centros urbanos, e que possuem uma renda mensal acima da média nacional, contando também com um amplo acesso aos meios de comunicação.

Denominar o primeiro grupo de mães como “adeptas ao movimento antivacina” talvez seja um descuido. Portanto, tal contraposição evidencia que a não adesão de vacinas é polissêmica. Há outros aspectos, que desdobraremos mais à frente no item 2.4, que dizem respeito a fatores como a não-informação, a falta de acesso, dentre outros componentes que fazem as estatísticas de não vacinados crescerem pelos mais diversos motivos. Dentro do próprio macro-grupo de alternativistas, por exemplo, possuem os sujeitos que se identificam com as crenças propagadas pelo movimento antivacina (aqueles que denominamos como negacionistas), e outros que simplesmente recusam quaisquer intervenções médicas, possuindo certa predileção aos modos mais “naturais” de prevenção e tratamento de doenças (aqueles que denominamos como naturalistas). Ainda que ambos estejam dentro do grupo intitulado como “recusa”, “não adesão” ou “hesitação”, evidentemente, eles possuem semelhanças e diferenças significativas em termos de concepções, propostas e justificativas.

Portanto, ainda que o Brasil seja considerado um país que possui uma “cultura de imunização” (HOCHMAN, 2011), podemos notar que essa cultura vem se metamorfoseando

¹⁷ Sub-imunizados se refere aos sujeitos que foram vacinados apenas parcialmente, de acordo com o calendário básico de imunização.

ao longo do tempo. Assim como outras campanhas de vacinação, a aderência da vacina de HPV coloca-se como um entrave ao PNI. Desde o início de sua distribuição, a imunização nunca atingiu os níveis mínimos estabelecidos pela OMS. A peculiaridade que marca a biografia da vacina de HPV discorre por questões como: da inicial restrição à atual ampliação da vacina para os homens, a constante mudança das faixas-etárias indicadas, a baixa adesão na segunda e terceira dose, a desconfiança familiar, as influências de movimentos conservadores e naturalistas, dentre outros aspectos que complexificam e tornam a discussão ainda mais instigante. Nessa zona cinzenta que converge autonomia individual e saúde coletiva, cabe destacar que não são as vacinas em si que salvam vidas, mas sim a vacinação. Portanto, a baixa cobertura vacinal de HPV é complexa e multifatorial. Será necessário realizar uma análise da própria categoria de “hesitação” e dissecá-la heterogeneamente.

De acordo com Fernandes et al. (2021), dentre os fatores que influenciam na queda da cobertura vacinal podemos encontrar questões sociais como: baixa renda econômica, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, elevado número de moradores no domicílio e falta de conhecimentos sobre doenças imunopreveníveis. Vale salientar que, apesar de ser tratado como um problema da saúde, sobretudo, são questões interligadas de matrizes sociais. Os determinantes sociais em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) estão intrinsecamente relacionados a não vacinação e/ou ao atraso vacinal no Brasil.

No caso em específico da vacina de HPV, Bezerra e Fleischer (2021) apontam que a imunização suscita problemáticas bastante heterogêneas, como a forte negação que recebeu nos Estados Unidos (WAILOO et. al, 2010), a medicalização dos corpos femininos (ROHDEN, 2003), o teor heteronormativo (GRAHAM, MISHRA, 2011), a divergência de opiniões entre os médicos (COLUCCI, 2015), o medo do “perigo biológico” que a vacina poderia representar, além do interesse econômico das indústrias farmacêuticas envolvidas (BARBIERI; COUTO, 2015).

Portanto, torna-se evidente que não estamos discutindo um fenômeno homogêneo. Entre recusas e demandas por vacina, a imunização no país significa tanto uma defesa de direito à saúde quanto uma questão de direito à autonomia. Ainda que não haja fortes movimentos antivacineiros organizados no Brasil, em comparação ao norte global, encaramos outras questões como conservadorismo político e religioso, desqualificação da ciência, propagação de desinformação (*fake news*) e demais sintomas de pós-verdade (HARSIN, 2018).

2.4 Diferentes formas de não adesão: entre biodeserção, hesitação e recusas

“Gênero à flor da pele, roupa devassada, corpo à mostra, saúde sendo cuidada por outrem”. É assim que Bezzera e Fleischer (2021, p. 157) descrevem a chegada da vacina de HPV nas escolas de Brasília. As polêmicas que atravessam as discussões das vacinas e suas campanhas não são novas. Como já mencionado, é importante lembrar que a história da vacinação no Brasil, no início do século XX, foi marcada pela violência no episódio da “Revolta da vacina”. A imunização compulsória instituída pelo poder sanitário foi recebida com muita recusa por parte da população. Agulhas imensas, substâncias estranhas, a expulsão dos mais pobres do centro da cidade e imposição de despir-se perante um desconhecido, foram fatores que levaram a população a negar, vigorosamente, diante tamanho estranhamento. Devido ao desconhecimento dos benefícios e os efeitos da imunização para varíola (uma epidemia na época), a postura de negação surgiu enquanto uma resposta da população. Mas, ao longo do século, a aceitação pelas vacinas e pela imunização foi sendo conquistada, principalmente, por meio das campanhas e da educação em saúde. Atualmente, a oferta pública de imunizantes e a larga cobertura vacinal em todo o território brasileiro, através do SUS, fornece condições possíveis para que a “cultura da imunização” se mantenha na cultura da população – ainda que com outros desafios (PORTO PONTE, 2003).

As controvérsias sociotécnicas entre vacinas, gestores de saúde, indústrias farmacêuticas, campanhas de vacinação e usuários fizeram e ainda fazem parte do contínuo processo de legitimação das autoridades sanitárias brasileiras. Todavia, nos últimos anos, vêm se alertando sobre o aumento progressivo da não vacinação em escala global. Em 2012, a OMS criou o *SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*, um grupo voltado para a discussão e estabelecimento de estratégias relacionadas à recusa pela vacinação. Eles passaram a monitorar a confiabilidade das vacinas, a elaborar intervenções comunicacionais mais efetivas e mapear o assunto como um todo (MCDONALD, 2015; SUCCI, 2018). Em 2019, a OMS colocou a hesitação vacinal como uma das 10 maiores ameaças à saúde pública global, definindo o termo como:

(...) demora na aceitação ou recusa das vacinas, apesar da disponibilidade dos serviços de vacinação. A hesitação vacinal é complexa e específica do contexto, variando entre o tempo, local e vacinas. É influenciada por fatores como *complacência, conveniência e confiança* (WHO, 2014, p.8, tradução e grifo nosso).

Os “3 Cs” – complacência, conveniência e confiança – foram considerados como influenciadores na decisão dos indivíduos se vacinarem ou não. O primeiro fator, a complacência, faz referência à baixa percepção das doenças prevenidas por vacina, ou seja, uma atenuação do risco de entrar em contato com a doença. Por conta disso, a vacinação passa a ser considerada desnecessária, diante de outros problemas identificados como prioritários. Já a conveniência está relacionada às barreiras de acessibilidade, disponibilidade e aceitação do serviço. Por último, a confiança se associa diretamente com o sistema de credibilidade nas vacinas, no seu sistema e nas autoridades em saúde. Seja por ausência de informação qualificada ou por assumir determinada postura ideológica, a não vacinação coloca em debates questões como confiabilidade científica, autonomia individual, saúde pública e medicalização. No Brasil, não há razões claramente avaliadas e identificadas para a não vacinação. Todavia, podemos notar que há uma variação entre indecisão ou desconhecimento, recusa ativa e falta de acesso. Temos, portanto, duas questões interligadas: a baixa cobertura vacinal, assentada em uma série de elementos, e as recusas ao uso de vacinas (WHO, 2014; SUCCI, 2018).

Segundo Bezerra (2017), ainda que o propósito da vacina de HPV seja prevenir possíveis ISTs e também o câncer no colo do útero, ela continua sendo bastante negada por pais e mães. Em um primeiro momento, a vacina de HPV gerou muita controvérsia por ter sido direcionada exclusivamente ao sexo feminino; pressupunha-se que as meninas poderiam já ter iniciado a vida sexual ou estariam prestes a isso, e que, portanto, necessitariam de maior “proteção” (para utilizar o termo difundido pelas campanhas). Em momentos seguintes, ela encontrou outras dificuldades em termos de adesão, principalmente, por conta da desinformação e da falta de acesso.

A socióloga indiana Ruha Benjamin (2016) nos oferece um conceito central para pensarmos a questão da não vacinação: a ideia de biodeserção. Enquanto um tipo bastante particular de engajamento, a biodeserção trata-se, sobretudo, de uma recusa informada oriunda de um movimento coletivo. A autora desenvolve o seu conceito pensando sobre a recusa de grupos historicamente violentados, como a população negra americana que durante muitos anos foi “convidada” a participar de estudos clínicos sem a menor implicação bioética por parte da ciência. A biodeserção, portanto, é resultado de articulações críticas à ciência e advoga por novas possibilidades de relação com a ciência e usos da tecnologia com determinadas populações. Nesse sentido, a autora não se aproxima de posicionamentos negacionistas, ao contrário disso, ela se refere a uma postura autônoma e bastante reflexiva dos grupos (CASTRO, 2020).

Nesse sentido, notamos que o conceito de reflexividade é uma categoria importante e que está presente em muitas pesquisas antropológicas no campo da saúde, como apontam Ferreira e Brandão (2021) na coletânea intitulada “Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde”. Debates como moralidade, sexualidade, gênero, hierarquia, conflitos e não apenas saúde, medicina e ciência exclusivamente, surgem em inúmeras produções e devem ser consideradas como fatores importantes – tanto para os próprios pesquisadores quanto para os sujeitos pesquisados. Não há uma definição precisa sobre o que é reflexividade em si. Mas, podemos pensar que classicamente (na visão racionalista) reflexividade se apresentou como um sinônimo de razão. Para Mead (1962), trata-se de uma capacidade fundamentalmente humana que se articula à habilidade criativa de produzir símbolos, linguagem, mediado pelos processos sociais interativos que constituem a sociedade e os indivíduos. Refere-se à atitude analítica e autocontrolada dos sujeitos, representa uma atitude que passa pela reflexão, pela análise e pela produção de comportamentos conscientes – oriundos do processo cognitivo. Acrescentamos também que a reflexividade pode ser fortemente mobilizada pela rede de afetos. Pensamos cognição e afeto não enquanto condições opostas, mas, sobretudo, complementares (DOMINGUES, 2002).

No caso da vacina de HPV, precisamos considerar ao menos três grupos que compõem o universo social dessa vacina: os profissionais de saúde, crianças/adolescentes e seus cuidadores (em específico, as figuras maternas). Nesse fluxo intergrupar, a capacidade reflexiva é mobilizada de muitas maneiras e em diferentes níveis: há sujeitos com maior e menor nível de reflexividade. Além disso, soma-se a dimensão da autoridade, típica da própria rede de poderes dos atores sociais envolvidos. Bezerra e Fleischer (2021) mostram que a reflexividade dos cuidadores se sobrepõe à reflexividade das crianças e, conseqüentemente, na decisão da vacinação. Em grande parte das pesquisas de saúde e, mais especificamente, no campo da imunização, pouco se discute sobre categorias sociais considerando as experiências das próprias crianças e adolescentes.

Além do conceito de biodeserção desenvolvido por Benjamin (2016), propomos que há outras condições possíveis de não vacinação. Se, por um lado, a biodeserção é um tipo particular de recusa – uma recusa informada –, acreditamos que a desinformação também produz outro modo de “recusa”. Levando em consideração o contexto em que a vacina de HPV se situa, atravessada por pânico morais (MISKOLCI; CAMPANA, 2017), discussões que apontam para a existência de uma “ideologia de gênero” (REIS; EGGERT, 2017) e a

(não) discussão da sexualidade infanto-juvenil como um todo (LEITE, 2019)¹⁸, podemos notar que a categoria recusa não é algo homogêneo. Ainda que o Estado lance um olhar epidemiológico para o fenômeno da não aderência vacinal, sua análise costuma ser numérica; pouco analisando os fatores sociais e as condições materiais dos diferentes grupos populacionais. Na prática, há muitas formas de “recusar” a vacina – elas podem ser apresentadas pelas justificativas mais discutidas (como movimento antivacina e negacionismo contemporâneo) até dimensões menos apontadas (como inacessibilidade territorial ou desinformação).

A partir desses apontamentos, tentaremos escapar de uma leitura binária que coloca aceitação *versus* recusa da vacina na qualidade de atitudes opostas (valorizadas ou condenadas), e investiremos na tentativa de dissecar diferentes formas de não adesão possíveis. Portanto, considerando as peculiaridades do contexto brasileiro, caracterizado pelas suas desigualdades estruturais, econômicas e sociais, acreditamos que a biodeserção aponta para um tipo de recusa que denominaremos como (1) informada. Mas, existem outras formas de não adesão possíveis, seja por uma postura (2) negacionista, pela (3) inacessibilidade ou pela (4) desinformação. Cabe destacar que em um país tão marcado pelas desigualdades, como Brasil, acesso e informação nos parecem questões centrais.

A primeira delas, a recusa informada, já foi bem desenvolvida por Benjamin (2016) através da ideia de biodeserção. Nesse ponto, apenas sublinhamos que a recusa pela vacina de HPV pode ser justificada pela reflexividade do núcleo familiar que decide, autonomamente, não vacinar a criança. Pode também dizer a respeito do jovem que possui conhecimento técnico da vacina e opta em não se vacinar. Em ambos os casos, trata-se de uma escolha informada, orientada por uma postura de autonomia individual ou de coletivos.

Um movimento importante que pode exemplificar uma recusa “baseada em evidências” são alguns grupos naturalistas que propõem uma diminuição da medicalização sobre os corpos e, conseqüentemente, uma recusa (parcial ou total) por vacinas. Este tipo de proposição, alinhada a um conjunto de práticas, constitui um estilo de vida que entende que a vacina é uma intervenção médico-científica facultativa, podendo ser substituída pelas técnicas naturais. Salem (2007) já apontava que em camadas sociais intelectualizadas e economicamente mais abastadas, o cidadão é marcado pelos atributos de singularidade,

¹⁸ As discussões sobre a sexualidade infanto-juvenil serão aprofundadas no terceiro capítulo, na análise da categoria “Infância e Juventude” (item 3.4.3).

liberdade e pela sua capacidade de fazer as melhores escolhas para si – o que em muitos momentos faz com que reflexividade individual se sobreponha às noções de coletividade.

Portanto, não significa que estes sujeitos não compreendam os riscos de contaminação e da possibilidade de desenvolverem certas doenças já erradicadas ou evitáveis. Eles compreendem, mas também sustentam suas decisões individuais – resultante de uma reflexividade e da crítica ao modelo biomédico. Nesse sentido, a figura do cuidador/a atencioso/a que apresenta uma atitude bastante preocupada com efeitos colaterais da vacina para a saúde dos filhos se mistura com a figura antivacinista; sobretudo, apontamos que as fronteiras entre o naturalismo e negacionismo científico podem ser difusas. A não vacinação é a zona cinzenta entre estes movimentos. É importante lembrar que estamos falando também de uma geração que está experienciando a paternidade e a maternidade possuindo uma relação com a percepção de risco muito diferente das gerações anteriores; essa “nova geração” de pais e mães não vivenciou o auge de algumas epidemias brasileiras (PASSOS e FILHO, 2020).

A segunda forma, uma recusa orientada pelo negacionismo, costuma ser apresentada por sujeitos que possuem posições religiosamente moralistas e politicamente conservadoras, está próximo daquilo que os movimentos antivacina defendem. As Ligas Antivacinação propriamente ditas surgiram em países como Inglaterra e Estados Unidos visando reafirmar que a responsabilidade sobre a imunização dos filhos deveria ser uma tomada de decisão dos pais. O movimento prega que as vacinas trazem mais malefícios que benefícios à saúde e buscam por meio das crenças e das emoções provar que as vacinas são uma ameaça a população. As Ligas acreditam e propagam verdades como: o excesso de vacina pode levar a uma sobrecarga imunológica; as vacinas são tentativas de realizar um controle populacional; possuem metais pesados em suas formulações; e causam transtornos e doenças neurológicas (BELTRÃO, et. al. 2020).

Em fevereiro de 2021, foi fundada no Brasil a Associação Brasileira de Vítimas de Vacinas e Medicamentos (ABRAVAC). Segundo as fundadoras, um grupo de mães do Rio Branco/Acre, a instituição foi criada com o objetivo de acolher vítimas de vacinas e medicamentos. O debate foi iniciado quando crianças e adolescentes do estado passaram a apresentar problemas de saúde após tomaram a “vacina anti-HPV”¹⁹ (Gardasil®). Os sintomas mais apresentados pelos jovens eram convulsões frequentes, dores de cabeça e fraqueza. No site da ABRAVAC, encontramos a seguinte descrição:

¹⁹ Tanto no site quanto nas redes sociais da Associação, o grupo se refere a vacina sempre como “anti-HPV”. Acreditamos que o prefixo explicita a orientação do grupo, mas também promove um empenho em reforçar o caráter “anti”.

A nossa luta é e será por aqueles cujas vidas, antes saudáveis, foram destruídas por campanhas de imunização mal sucedidas e hoje estão com vários tipos de problema de saúde. Somos brasileiros (as) convenientemente esquecidos das estatísticas de erros médicos, onde tudo é a “ciência”, mas que apresentam ao mundo terapias jamais usadas em seres humanos, onde qualquer resultado pode acontecer e a única resposta que nos dão é para ter fé e acreditar. Mas não era ciência?! Enfim, estamos aqui, e unimos as nossas experiências às de milhões de brasileiros assustados, desorientados e pressionados pela mídia global [...] No Acre, dezenas de crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde variados que se iniciaram pós vacina anti – HPV (Gardasil). Grande parte destes, receberam a vacina na escola, sem sequer ter a autorização dos pais. Por meio desta, afirmamos nossa repulsa a ameaça de liberdade e hoje dizemos NÃO a obrigatoriedade de vacinas! (ABRAVAC, 2021).

De acordo com o levantamento realizado pela ABRAVAC, foram constatados 48 casos no estado. Em 2018, um ano após o primeiro caso ser identificado pelo grupo de mães, o Ministério da Saúde foi acionado para atuar junto ao governo do Acre no processo de investigação. Em 2019, alguns casos foram selecionados e um grupo de 16 jovens foram convidados para viajar até São Paulo e serem analisados pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – do grupo selecionado, doze viajaram e participaram dos exames, os demais decidiram não ir. Após o fim do processo, um casal de irmãos foi diagnosticado com epilepsia de natureza genética, e os outros dez casos foram considerados crises psicogênicas não epiléticas, popularmente conhecidas como episódio histérico ou histeria coletiva²⁰. Portanto, foi descartada qualquer alteração causada pela vacina de HPV propriamente dita. Não obstante, insatisfeitas com os resultados das análises, as mães fundaram a Associação em defesa da não obrigatoriedade das vacinas, justificando que houve uma ineficácia do poder público (CARVALHO, 2020).

Tanto o “direito à saúde” como a “autonomia” são categorias bastante mobilizadas no contexto das vacinas de HPV. Além de uma articulação entre diferentes papéis sociais, há uma verdadeira amálgama entre questões do campo político, científico e religioso. O resultado disso é um sincretismo disforme e bastante paradoxal que em muitos momentos gesta uma postura anti-ciência. A propagação de notícias falsas, a deslegitimação da ciência e a desconfiança nas autoridades sanitárias fazem parte de um movimento conservador que vêm se afirmando, vigorosamente, no cenário político brasileiro nos últimos anos.

O terceiro modo aponta que a inacessibilidade, territorial ou material, pode levar à não adesão vacinal de determinadas populações – em geral, as mais vulneráveis social e

²⁰ A origem do fenômeno seria de ordem psicológica.

economicamente. Portanto, a não imunização desses sujeitos não acontece pelo desejo de não vacinarem ou pela recusa orientada por uma postura reflexiva, mas pela própria falta de acesso à vacina. A discussão sobre os determinantes sociais em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) demonstra como a saúde é condicionada por dimensões socioeconômicas, culturais e ambientais. Para além de fatores biológicos como idade, sexo e fatores hereditários, estamos submetidos às condições materiais de vida, como trabalho, educação, habitação, saneamento básico, produção de alimentos, dentre outros aspectos. Se a iniquidade é um percalço social que marca o território brasileiro, podemos concluir que há regiões do país (periféricas e mais pobres, em relação aos centros urbanos) que as pessoas sequer possuem acesso aos equipamentos de saúde efetivamente. Ainda que a descentralização e a hierarquização sejam princípios organizativos do SUS e preconizem que os serviços devam estar organizados em diferentes níveis de complexidade, dispersos geograficamente de modo que todos os sujeitos tenham acesso aos equipamentos de saúde, ainda assim não é capaz de garantir acesso em todas as regiões do país, para todas as pessoas. Portanto, a aderência vacinal dessas populações é evidentemente comprometida.

Por fim, mas não propondo findar os tipos de análises possíveis para pensar a macrocategoria de não vacinação, o quarto modo aponta para uma postura orientada pela desinformação – e ela nos parece ser o oposto da biodeserção. Acreditamos que a desinformação ou não-informação pode ser tanto o consumo de informações falsas, embora divulgadas como corretas, quanto a falta de informações propriamente ditas. Iremos detalhar ambos os casos a seguir visando explicar como há nuances entre esses dois tipos de desinformação.

A primeira pode ser entendida como a proliferação de notícias falsas (*fake news*) na internet, em particular nas redes sociais – uma das principais formas que o movimento antivacina tem de proliferar informações falsas, mas que são repassadas como verdadeiras. Portanto, há sujeitos que fazem isso de modo consciente e desonesto, muitas vezes mobilizados politicamente. Tal prática foi crucial na decisão das eleições presidenciais, em 2016 e 2018, respectivamente, no Brasil e nos Estados Unidos, além de outros países (CARMO, 2020; ITUASSU et. al., 2019). Nessa lógica de compartilhamento instantâneo, mitos são criados e tornam-se crenças difíceis de serem descontinuadas. Podemos citar, por exemplo, a notícia de que a vacina de HPV causaria casos de paralisia temporária após a imunização, além de outras vacinas que “provocariam” doenças autoimunes, doenças neurológicas, síndromes incluídas no Transtorno do Espectro Autista, dentre outras. De modo geral, costumam ser informações que apontam para ineficácia da vacina ou para supostos

efeitos colaterais “gravíssimos”. No entanto, sabemos que nenhuma das correlações é comprovada cientificamente (PASSOS e FILHO, 2020).

Mas, há também, uma disseminação da informação falsa por sujeitos que desconhecem a inveracidade delas. Esse segundo tipo de desinformação é mais comum atingir sujeitos que possuem baixo nível de criticidade ou que não apresentam a habilidade necessária para avaliarem a informação recebida, isto é, aspectos como se as fontes são confiáveis, qual o embasamento técnico-científico, dentre outros fatores. Estes sujeitos estão em situação de maior vulnerabilidade informacional, e podem ter suas decisões comprometidas pelas notícias falsas. Portanto, as informações verdadeiras sobre a importância e a efetividade das vacinas podem chegar de modo deturpado (ou simplesmente não chegar) a estas populações. Moulain (2003) nos alerta para a necessidade de pensarmos recusa de vacinas através de outros olhares, para além de um “atraso dos homens” e uma ignorância contra o “progresso”. No Brasil, o adiamento, o não entusiasmo e o atraso vacinal não necessariamente estão relacionadas aos motivos antivacínistas como em outros países.

A partir da análise dessas quatro posturas mencionadas (informada, negacionista, inacessível e desinformada), apontamos que não é possível classificá-las, igualmente, como “recusas”. Bideserção, hesitação vacinal e recusa, propriamente dita, não são sinônimos em termos de categoria. Embora estejam dentro de um macro-grupo que podemos denominar como “não-aderência” ou “não-vacinação”, representam decisões, conflitos, tensões e possibilidades muito distintas entre os sujeitos e suas posições sociais. Porém, em grande parte dos casos, os dados epidemiológicos sobrepõem esses grupos e criam uma categoria homogênea de “hesitação vacinal”. Apontamos, então, que é necessário qualificarmos os números para realizarmos uma análise ao passo das condições reais de vida. É necessário colocar em questão a própria dimensão da ciência para que possamos observar toda a complexidade do fenômeno, pensando o que recusa, hesitação e bideserção querem comunicar social e culturalmente.

2.5 Fluxos, trajetórias e vida social

Os debates contemporâneos acerca das relações entre bens, mercadorias e fluxos lançam luz a uma certa antropologia da materialidade que nos ajuda a pensar na trajetória da vacina de HPV no país. Ainda que as discussões sobre mídia e comunicação tenham recebido

contornos digitais, nos últimos anos, tanto a vida material das coisas, em si mesmas, quanto as virtualidades e representações produzem efeitos. Se a cultura possui um caráter material, seus movimentos de troca, circulação, produção, efeitos, também possuem. Bem como o usuário, a vacina também é material e corporificada – e, literalmente, incorporada pelo sujeito. Por conta disso, podemos pensar as representações enquanto práticas sociais. Appadurai (2008) sugere que:

[...] temos de seguir as coisas em si mesmas, pois seus significados estão inscritos em suas formas, usos, suas trajetórias. Somente pela análise destas trajetórias podemos interpretar as transações e os cálculos humanos que dão vida às coisas. Assim, embora de um ponto de vista teórico atores humanos codifiquem as coisas por meio de significações, de um ponto de vista metodológico são as coisas em movimento que elucidam seu contexto humano (APPADURAI, 2008, p. 17).

Em termos de circulação, as campanhas de HPV possuem uma peculiaridade em relação às demais campanhas do PNI. Quando a vacina começou a ser distribuída no Brasil, elas chegaram primeiro nos espaços escolares – era comum, até então, que as vacinações ocorressem primeiro na unidades básicas de saúde. O deslocamento das vacinações dos postos de saúde para dentro das escolas marca uma mudança significativa em termos de estratégia vacinal e na comunicação em saúde²¹. Bezerra (2017) aponta que certos movimentos, alianças e agitações se deram em torno desse fenômeno, sendo necessário uma mobilização articulada por parte dos profissionais de saúde, de educação, das famílias e das usuárias (as meninas a serem vacinadas) para que pudesse ocorrer conforme o plano vacinal.

Aos analisar os objetos em seus diferentes momentos, Appadurai (2008) inaugurou um estudo paradigmático dentro da teoria social. O autor enfatiza a inter-relação entre objetos e humanos, enquanto Oudshoorn e Pinch (2003) sugerem a co-construção deles. Ambos os autores, em diferentes contextos, apontam para a incapacidade de dissociação entre coisas e pessoas, entre produtos e produtores. A “virada material” que estas discussões teóricas realizam será de grande importância para compreendermos como campanhas e vacinas podem ser lidas enquanto dispositivos, tecnologias e artefatos. Ainda que este não seja exatamente o nosso foco de discussão, desejamos deixar evidente que há um regime de influências mútuas entre objetos, sujeitos e instituições. O conhecimento prévio disso sublinha como as representações que surgirão nas campanhas analisadas não poderão ser pensadas de modo

²¹ As discussões sobre o contexto escolar serão aprofundadas no terceiro capítulo, na análise da categoria “Escolarização” (item 3.4.2).

isolado ou desconsiderando as influências “externas”. Ao contrário disso, são as relações e as interpretações construídas sobre esses debates que poderão ser encontradas materialmente nas peças gráficas.

A partir dessa perspectiva de relação dialética marcada por uma espécie de “entrelaçamento” (HODDER, 2012) vital, podemos notar que há um processo de intersubjetivação entre humanos e coisas. Qualquer “coisa”, enquanto objeto econômico, não possui um valor absoluto em si; a demanda e a troca é que lhe conferem valor (real ou imaginário). Demanda, escassez e urgência são variáveis fundamentais que determinam “o valor” de uma vacina. Em 2020, por exemplo, foram divulgados resultados preliminares bastante promissores acerca de um ensaio clínico no qual estavam testando uma vacina contra o HIV (vírus da Aids) (BENTO, 2020). Todavia, a discussão mais difundida naquele momento era a busca por uma vacina que pudesse conter a pandemia de covid-19. Ainda que a notícia da vacina contra o HIV fosse importantíssima, levando em consideração a relevância do tema tanto no universo científico quanto na vida cotidiana, a reverberação sobre o assunto foi baixa. A situação mencionada exemplifica como o objeto econômico é investido de acordo com seu contexto, relações, e, principalmente, demanda social. Os regimes de valor sempre são construídos em determinadas contingências de tempo e espaço.

Para além das vacinas, a biografia cultural das campanhas é construída a partir do seu contexto, dos usos, dos interesses e até mesmo do conjunto de biografias dos atores envolvidos. A história social da vacina de HPV e a biografia cultural dos cartazes são assuntos indissociáveis; em interação com a vida social, as representações deixam de ser coisas inanimadas e passam a se tornar animadas. As tecnologias se co-constroem e se coproduzem, tanto em termos de significação quanto de trajetórias. Apesar de não nos debruçarmos sobre o processo de criação e desenvolvimento das campanhas em si, entendemos que o resultado final veiculado indica uma trajetória prévia (INGOLD, 2012).

Assim como as pessoas, as coisas materiais são processos e não podem ser simplesmente capturadas ou contidas – ainda que possam ser desinvestidas ou invisibilizadas. Seguir as coisas envolve um processo de interação e itinerância (POLLARD, 2004). Outra dimensão importante sobre a vida social das coisas é o fenômeno de mercantilização delas, ou seja, aquele momento em que elas deixam de ser “coisas” e passam a ser mercadorias. De acordo com Appadurai (2008), elas podem ser transformadas em mercadorias de diferentes formas: por destinação, por metamorfose ou por desvio.

A economia capitalista contemporânea tem transformado a mercantilização da vacina na mercantilização do *serviço* de vacinação. Notamos nos sites de clínicas e laboratórios

privados de vacinas²² que há toda uma ênfase, na experiência domiciliar, no controle da temporalidade e da organização, na dimensão singularizada (dose única), na flexibilidade econômica (o manejo das formas de pagamento), dentre outros aspectos que constituem o contexto vacinal. Kopytoff (2008) aponta que as sociedades contemporâneas têm um grande desejo de singularização e que grande parte desse desejo é satisfeito de modo individual e particular. O autor complementa que:

Em todas as sociedades industriais contemporâneas, quaisquer que sejam suas ideologias, a mercantilização e a monetarização tendem a invadir todos os aspectos da existência, seja abertamente, seja por meio de um mercado negro. Novas descobertas tecnológicas (como, por exemplo, na medicina) também abrem áreas anteriormente fechadas às possibilidades de troca, e essas áreas tendem a ser rapidamente mercantilizadas (KOPYTOFF, 2008, p.118).

Como já visto, o encanto ocidental pelos medicamentos não é um fenômeno tão recente. Sjaak Van Der Geest e Susan Reynolds Whyte (2011) exploram o fato dos medicamentos serem tão atrativos em tantas culturas diferentes e desdobram que a chave para tamanho encanto está em sua concretude, na qual a cura é objetificada. Vistos como a essência dos cuidados em saúde, as substâncias tornam-se, facilmente, mercadorias. Da ingestão aos efeitos fantásticos da cura, seus efeitos podem ser instigados ou ampliados pelas propagandas. O *status* de mercadoria necessita do marketing para “garantir” a sua eficácia.

Não há como abrir mão dos agenciamentos constitutivos (políticos, econômicos, subjetivos, etc.), nem da materialidade e nem dos encantamentos dos medicamentos. As tecnologias são projetos de identidade, na medida em que são estabilizadas ou desestabilizadas pelas representações sociais. Ledo engano acreditar que os usuários entram em cena somente quando a tecnologia já está disponível no mercado. Antes disso, os usuários são parte fundamental do processo, atuantes em todas as fases do desenvolvimento científico – seja modelando os artefatos ou sendo os próprios produtores deles. Nesse sentido, a intersubjetividade entre criador-criação está continuamente acontecendo, não há neutralidade ou separação possível. É necessário traçar previamente o perfil identitário dos usuários possíveis, levando em consideração marcadores como: gênero, orientação sexual, classe, raça, região, gostos e preferências. Veremos no capítulo 3, referente às análises das campanhas, que as campanhas de HPV são destinadas na maior parte das vezes aos cuidadores e não aos próprios usuários: as crianças e adolescentes. Mas, quando o público-alvo da vacina se

²² A discussão será mais ampliada no item 2.7.

amplia, as campanhas passam a realizar um outro tipo de comunicação (OUDSHOORN; PINCH, 2003; VAN DER GEEST; WHYTE, 2011).

Ciência e tecnologia são responsáveis por muitas características das sociedades contemporâneas. A articulação desses saberes são indispensáveis para a expressão e o exercício do poder. Compreendê-los enquanto agentes políticos reconfiguram noções como natureza e cultura, reposicionando a capacidade humana de produzir fatos e artefatos, dispositivos que ordenam e reordenam a sociedade. Todavia, a atual oscilação entre as visões públicas de crédito e descrédito nas produções científicas desestabilizam a ideia de progresso futuro (OUDSHOORN; PINCH, 2003; FOUCAULT, 1978/2017).

As instituições científicas desempenham um papel fundamental nessa construção de narrativa coproducionista na fabricação da realidade social. Enquanto entidades que possuem a valorização do conhecimento e poder legitimado, suas classificações, normas, instruções e decisões sobre a vida, de modo mais amplo, são consideradas e absorvidas (DOUGLAS, 1986). Não obstante, outras práticas discursivas têm caminhado de encontro a todo esse saber “legitimado” das instituições científicas. Os movimentos antivacínistas, o negacionismo político e científico, dentre outras inflexões, têm apontado não apenas para mudanças na cultura mas, principalmente, passaram a provocar significativas preocupações sanitárias.

A vida em sociedade foi sendo constituída conjuntamente aos empreendimentos técnico-científicos. Sobretudo, ciência e sociedade foram sendo coproduzidas – uma subscrevendo a existência da outra (JASANOFF, 2004). As teóricas feministas da ciência explicitam isso notavelmente em diversos trabalhos, pensando como ciência, gênero, cultura e sociedade se coproduzem (HARAWAY, 1995; SCHIEBINGER, 1998; MARTIN, 2006). Uma análise mais minuciosa dos signos encontrados nos recursos materiais das campanhas, como faremos a seguir, apontam como o conceito de gênero é estabilizado e nos dizem muito sobre a política em jogo, sobre a construção de uma representação social que extrapola a pretensa “neutralidade” científica.

Sabemos que todas as construções científicas são, *a priori*, construções sociais. Pensar que o fazer científico é também um fazer político aponta para a impossibilidade de haver uma história da ciência e da tecnologia independente do poder e da cultura (FOUCAULT, 1978/2017). Latour (1993) já salientava que a divisão natureza-cultura é uma criação humana. Sua categoria de análise ator-rede, por exemplo, ajuda a pensar sobre os agenciamentos entre humanos e não-humanos de modo mais equânime. Embora sejam perspectivas bem diferentes acerca da relação sujeito-objeto, autores como ele, Appadurai, Kopytoff, dentre outros,

colocam a coprodução entre tecnologias, usuários e seus respectivos contextos como ponto de partida. Portanto, através desse tipo de ótica realizaremos a nossa leitura.

2.6 Co-construção e coprodução

Em “*How Users Matter*” Nelly Oudshoorn e Trevor Pinch (2003) elaboram uma discussão acerca da relação entre usuários e tecnologias, considerando aspectos como modos de uso, modificação, reconfiguração e até mesmo a resistência perante determinadas tecnologias. Os autores se interessam, efetivamente, sobre o que os usuários fazem com a tecnologia e o que as tecnologias fazem com os usuários – denominado por co-construção. Afastando-se de visões deterministas e essencialistas, a discussão proposta nos orientará na análise das tecnologias em saúde na medida em que se insere em uma perspectiva de construção social da tecnologia²³.

Nenhuma tecnologia é estável e incapaz de sofrer interferências ou modificações. O contexto de uso, os sujeitos envolvidos e toda a rede que compõe a trajetória de determinada tecnologia são capazes de ressignificar usos e sentidos. A partir da década de 1980, historiadoras feministas começaram a apontar que a ausência das mulheres no desenvolvimento de determinadas tecnologias era algo bastante problemático. A dimensão do gênero invisibilizada era capaz de produzir efeitos materiais na vida de muitas mulheres. A partir disso, é possível pensar, por exemplo, como inúmeras tecnologias no campo da ginecologia e da obstetrícia foram construídos enquanto instrumentos marcados por um certa agressividade, controle de um corpo sobre o outro (do médico sobre a paciente) e que, embora se propusessem a diminuir as dores e os riscos envolvidos, na prática continuaram a produzir outras dores e sofrimentos (SILVA et. al., 2019; NUCCI et. al, 2021).

Tanto os estudos de gênero quanto os de comunicação e tecnologia refletem sobre as posições (contingenciais e mutáveis) de receptor passivo e participante ativo. Ao longo da história, as mulheres foram vítimas de inúmeras tecnologias científicas e a medicalização dos corpos femininos foi se constituindo enquanto efeito de um saber legitimado. Todavia, nas últimas décadas, as mulheres passaram a se apropriar ativamente de inúmeras tecnologias que incidem sobre seus corpos – modificando, reconstruindo, aceitando ou negando. A negociação

²³ Em inglês, mais conhecido como *Social Construction Of Technology* (SCOT).

que se constitui entre usuários e tecnologia foi sendo reconfigurada também através de lógica de autonomia dos sujeitos e economia de mercado. Afinal, a tecnologia constitui uma relação bastante parasitária nesse sentido: para sobreviver necessita de um usuário.

Portanto, o conceito de co-construção para Oudshoorn e Pinch (2003) marca essa relação de mutualismo entre tecnologias e usuários. Diferentes grupos estão envolvidos no desenvolvimento e estes múltiplos sujeitos mobilizam recursos, técnicas e visões muito distintas. Assim, gênero, raça, classe econômica, dentre outros aspectos, são fundamentais para compreender tanto os modos de uso quanto o próprio *design* de determinados artefatos. Na produção da vacina de HPV, por exemplo, existem uma série de usuários envolvidos: pacientes, profissionais e gestores de saúde, familiares dos pacientes, indústria farmacêutica, pesquisadores, entre outros. A relação de poder (FOUCAULT, 1978/2017) e de capital simbólico (BOURDIEU, 2018) que se estabelece entre eles é o que parece ser potencialmente mais relevante na constituição dessa rede sociotécnica.

Cabe ressaltar que as tecnologias não estão desinvestidas das representações sociais de gênero. Por isso, são constituídos objetos ditos “femininos” ou “masculinos” – ainda que materialmente, muitas vezes, trate do mesmo objeto²⁴. Em adição a isso, algumas tecnologias podem possuir maior aderência de um grupo em relação a outro. A vacina de HPV, por exemplo, se insere nesse dilema. Não apenas a categoria de cuidado é reforçada social e culturalmente como característica intrínseca ao gênero feminino, como uma vacina que atravessa a dimensão sexual e reprodutiva parece ser responsabilidade exclusiva da mulher. Ainda que o vírus seja um organismo que não prioriza um determinado gênero em relação a outro e que a possibilidade de infecção seja equivalente para qualquer sujeito, a vacinação com o público masculino é quase 30% menor na primeira dose e cerca de 36% menor na segunda dose – em comparação ao público feminino²⁵.

A co-construção entre usuários e tecnologias envolve tensões, conflitos, disparidades de poder e diferentes atributos por parte dos sujeitos envolvidos. Todavia, tão importante quanto os usuários são os “não-usuários”. Oudshoorn e Pinch (2003) constroem uma “taxonomia” que identifica quatro tipos de não-usuários. Sendo eles: 1. os resistentes (pessoas

²⁴ A lâmina de barbear é um desses exemplos de objetos que são categorizados entre “femininos” e “masculinos”. Materialmente, trata-se do mesmo objeto e com a mesma função. Porém, ele é produzido em cores, formatos e embalagens distintas visando produzir uma “generificação” do objeto.

²⁵ Dados referentes ao PNI de 2019/20 apontam que a cobertura vacinal da primeira dose entre meninas de nove a 14 anos é de 83%. Ao analisar a aderência à segunda dose, o percentual cai para 55,6%. Entre os meninos esse índice é ainda mais preocupante. A primeira dose tem cobertura de 57,9% e, a segunda, de apenas 35,6%.

que nunca usaram a tecnologia porque não querem), 2. os rejeitadores (pessoas que não usam mais a tecnologia porque acham “chato”, “caro” ou possuem outras alternativas), 3. os excluídos (pessoas que nunca utilizaram a tecnologia porque não possuem acesso) e 4. os expulsos (pessoas que pararam de usar a tecnologia involuntariamente por causa do custo ou perda de acesso).

Portanto, usuários e não-usuários importam nessa rede sociotécnica, sendo capazes de estabilizar ou desestabilizar determinadas tecnologias. As inovações no campo das tecnologias (bio)médicas são processos científicos fortemente marcados por determinadas condições culturais, sociais e principalmente políticas. A construção de identidades coletivas e o compartilhamento das experiências no uso de determinadas tecnologias constituem processos de subjetivação de suma importância. Podemos pensar, a partir disso, que a noção de “cuidado” que dirige as práticas de saúde da mulher são marcadas em distinção às do homem. Como vimos, a dimensão sexual e a condição reprodutiva da mulher foi sendo mais controlada, moralizada e medicalizada. Podemos notar também que, ao longo dessa trajetória histórica, diversos artefatos médicos foram sendo construídos sem levar em consideração as próprias usuárias (CARRARA, RUSSO; FARO, 2009). Apenas a partir da articulação entre interesses econômicos e reivindicações sociais é que algumas demandas foram sendo consideradas. O surgimento da pílula anticoncepcional, na segunda metade do século XX, é um desses grandes exemplos.

Sheila Jasanoff (2004), em *“States of Knowledge”*, aponta que a ciência e a tecnologia são campos do conhecimento responsáveis por muitas características que constituem as sociedades contemporâneas, enquanto saberes legitimados, são indispensáveis no exercício do poder e constituem ações políticas elementares. A produção de artefatos tecnológicos (re)configuram as “leis da natureza” – as pesquisas no campo da genética são um exemplo disso. As realidades construídas pela experiência humana fazem com que os dualismos criados entre o científico e o cultural, biológico e social, natural e o artificial, se co-produzam, ou seja, um subscreve a existência do outro. Cabe lembrar que a oposição criada entre natureza e cultura é uma criação da engenhosidade humana e, mais especificamente, ocidental.

A ideia de coprodução descrita por Jasanoff (2004) nos permite, mais do que descrever determinado fenômeno, compreender como determinados conhecimentos são constituídos, mantidos ou abandonados. O conceito se opõe, assim como o de co-construção por Oudshoorn e Pinch (2003), aos determinismos sociais e tecnocientíficos que surgem nas narrativas hegemônicas da ciência. Os artefatos científicos são objetos sociais e o fazer

científico que, durante muito tempo se afirmava enquanto “neutro”, é político. Não há vida social dos artefatos dissociados do poder e da cultura, apenas através da construção de narrativas é que podemos dar sentido aos fenômenos. “O mundo nos faz no mesmo processo que nós fazemos o mundo” (PICKERING, 1995, p.26 apud JASANOFF, 2004, p.24).

Sujeitos, instituições e representação podem ser simbolicamente sustentadoras de arranjos sociais – como a aderência (ou não aderência) da vacina de HPV e/ou a realização (ou não realização) de exames preventivos, por exemplo. Porém, a validade de certas alianças também promovem incertezas e ameaçam alguns arranjos muitas vezes já “consolidados”. A desestabilização de uma cultura da imunização no Brasil coloca em questão o saber científico, a legitimidade e a eficácia das tecnologias médicas. Por outro lado, o discurso de sujeitos que possuem um elevado capital simbólico²⁶ (BOURDIEU, 2018) e instituições legitimadas são capazes de interferir em larga escala. Não por acaso, algumas campanhas de vacinação voltadas para o público jovem tem se utilizado dos influenciadores digitais (*digital influencers*) para conscientizar e suggestionar os usuários, como veremos no capítulo 3. Simultaneamente, vivemos com constante convicção de ruína e de progresso em relação ao futuro.

2.7 Comunicação pública, privada e híbridos

Como vimos anteriormente, Oudshoorn e Pinch (2003) colocam a tecnologia, os modos de uso e usuários em debate. Em adição, Jasanoff (2004) auxilia a pensar nas relações coprodutivas entre ciência e tecnologia, uma subscrevendo a existência da outra. A partir disso, podemos então adentrar no campo da comunicação em saúde propriamente dita, visando compreender como ocorrem estas diferentes formas de comunicação nas organizações públicas, privadas e não governamentais.

Ainda que a vacina de HPV tenha começado a ser disponibilizada pelo SUS em 2014, ela ainda era totalmente produzida e importada dos Estados Unidos. A transferência de tecnologia dos detentores da vacina, os laboratórios privados Merck Sharp & Dohme (MSD) e

²⁶ Bourdieu (2018) define o conceito de *capital simbólico* para além do acúmulo de bens e riquezas econômicas, mas todo recurso ou poder que manifesta-se em uma atividade social. Sendo uma espécie de prestígio ou honra que permite identificar os agentes no campo. O conceito inclui os subtipos como capital cultural, o capital linguístico, o capital científico e literário, dependendo do campo onde estiverem localizados.

o GlaxoSmithKline (GSK) para o Instituto Butantan, iniciou apenas em 2016, quando o controle de qualidade e a rotulagem passou a ser realizado pelo instituto nacional. A MSD produz a vacina do tipo quadrivalente contra os HPV's do tipo 6, 11, 16 e 18, enquanto a GSK produz a bivalente contra os HPV's do tipos 16 e 18 (ALBUQUERQUE, 2021; SANTOS; 2021).

Atualmente, a vacina de HPV está sendo disponibilizada por clínicas e laboratórios privados, além das unidades básicas de saúde. Ainda que existam mais de 150 subtipos do papilomavírus humano, apenas dois estão mais frequentemente associados ao surgimento do câncer uterino (o tipo 16 e 18). A vacina quadrivalente protege contra estes dois subtipos e inclui os tipos 6 e 11, encontrados em 90% dos condilomas genitais (verrugas genitais) e papilomas laríngeos (tumor benigno na laringe) (SAÚDE, 2021).

A principal diferença entre a vacina de HPV disponibilizada pelo SUS e pelos serviços privados não tem a ver com o tipo ou “qualidade” da vacina, mas sim com a faixa etária preconizada. O SUS oferece a vacina em duas doses para meninas entre 9 e 14 anos, meninos entre 11 e 14 e mulheres com imunossupressão (portadoras de HIV/Aids, transplantadas e portadores de câncer) até os 45 anos de idade. Por sua vez, as clínicas privadas somam a esse grupo etário mulheres de até 45 anos e homens de até 26 anos. Além disso, ambos os sexos que estejam fora da faixa etária recomendada também podem fazer uso da vacina, desde que apresentem prescrição médica. A partir dos 15 anos de idade, as duas doses são modificadas para três. Realizamos uma breve pesquisa na internet sobre o valor da vacina em alguns laboratórios e clínicas no país e descobrimos que cada dose custa, em média, 500 reais.²⁷

As empresas farmacêuticas alegam que o custo alto da vacina de HPV, em relação a outras vacinas, é justificado pela sua complexidade em termos de produção. Enquanto vacinas para a maioria das doenças virais na infância baseiam-se em vírus mortos ou atenuados, na de HPV foi necessário o uso de uma engenharia genética mais complexa com a produção de partículas virais semelhantes ao vírus (VLP, do inglês, *virus-like particles*) (SILVA, 2017).

Segundo Löwy (2011), para superar alguns obstáculos na trajetória da vacina, principalmente o seu alto custo, os produtores optaram pelo marketing agressivo. A MSD e a GlaxoSmithKline fizeram investimentos em publicidade para leigos, além de um *lobby* estratégico com médicos, enfermeiros e administradores de saúde pública. Dumit (2012) chama atenção para o fato de que atualmente as empresas farmacêuticas possuem recursos

²⁷ Pesquisamos no site do Laboratório Hermes Pardini (localizado em SP e MG), Labi Exames (localizado em RJ e SP) e Vaccini (distribuído em todas as regiões do país: RJ, SP, MG, MA, PA, AP, MS e SC).

para conduzir a maioria dos ensaios clínicos, e o interesse delas seria justamente produzir um crescimento no número de prescrições, permitindo a ampliação do mercado e aumento dos lucros. “A vacina de HPV é uma aposta no futuro, mas a aposta é feita pelos usuários, e não pelos produtores” (LÖWY, 2011, p.108, tradução nossa).

Quadro 2 – Diferenciais entre a vacina de HPV pública e a particular

Diferenciais:

VACINA PÚBLICA	VACINA PARTICULAR
<ul style="list-style-type: none"> • Disponível apenas para algumas faixas etárias ou para pessoas em condições especiais; • Apresentação é multidoso (mais de uma dose por frasco), que contém timerosal (derivado do mercúrio) como conservante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponível para todas as faixas etárias; • Apresentação é sempre em doses individuais.

Quadro comparativa retirada do site Labi Exames. Disponível em: <<https://labiexames.com.br/vacina/vacina-de-hpv-quadrivalente>>. Acesso em: 5 de maio, 2021.

O argumento mais comum utilizado por clínicas e laboratórios privados para vender a vacina visa desqualificar a rede pública de saúde. Além da larga ampliação de indicação etária da vacina, ou seja, expandindo para todas as idades, eles também sugerem que as vacinas multidoso (oferecida pelo SUS) são inferiores às doses individuais (oferecida por eles) – com a justificativa de conter timerosal (um derivado do mercúrio) como conservante. Outro argumento utilizado diz respeito à facilidade em termos de mobilidade: a clínica vai até você e não o oposto. O atendimento domiciliar, com dia e horários agendados, de fato, ganha um outro valor – principalmente em meio a uma pandemia. O discurso em defesa da proteção individual e do cuidado singularizado é bastante acionado, como veremos na análise das campanhas produzidas pelas organizações privadas.

O panorama aqui apresentado antecipa um olhar sobre as instituições que surgirão na análise das campanhas (capítulo 3). Como já mencionado, ao todo 27 campanhas serão analisadas, sendo elas: 11 cartazes produzidos pelo INCA/Ministério da Saúde (órgão público), 5 cartazes pelo Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (organização não governamental), 5 cartazes pela Fundação do Câncer (organização não governamental), 4 cartazes pela MSD (instituição privada) e 2 cartazes pela Hermes Pardini (instituição privada).

É importante destacar que as políticas públicas se constroem a partir de camadas sobrepostas e envolvem múltiplos discursos, atores sociais e relações estabelecidas. Na camada pública, encontramos os sujeitos envolvidos com a elaboração mais burocrática da política ou dos documentos oficiais propriamente ditos (Ministério da Saúde); temos os sujeitos envolvidos com a implantação da política (gestores de saúde); os dispositivos formais (governos, gestores e profissionais de saúde locais); além dos sujeitos a quem a política se destina (pais, mães, avós, tias, figuras de cuidado como um todo, além das crianças e adolescentes). Os discursos e as posições que cada um dos atores ocupam assumem papel imprescindível para compreendermos os jogos de poder no campo onde as políticas são instituídas.

Adotamos a perspectiva proposta por Teixeira e Souza Lima (2002), na qual o Estado não é algo dado e definido. Ele possui uma dimensão representativa e no sentido figurativo da administração pública. Ao pensar as políticas públicas como processos de intervenção realizados por múltiplos agentes sociais, o exercício da administração pública é entendida como:

dominação cotidiana em sua bidimensionalidade: técnicas de gerenciamento da vida social que são em si ações constitutivas dessa realidade e técnicas constitutivas do próprio Estado como ‘centro ideal’ da *administração e governança* no sentido de borrar as fronteiras tão claramente estabelecidas por outros fazeres disciplinares entre Estado, sociedade e mercado (TEIXEIRA, SOUZA LIMA, 2010, p. 73, grifo do autor).

O Ministério da Saúde é o setor governamental responsável pela administração e manutenção da saúde pública no país. Por isso, constitui o maior número de peças do nosso trabalho e é eixo central da nossa discussão. A campanha “Movimento Brasil sem câncer do colo do útero”, iniciada em janeiro de 2020, foi resultado da união das sociedades médicas e organizações não governamentais, capitaneada pelo Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos (EVA) do LACOG (*Latin American Cooperative Oncology Group*).

A Fundação do Câncer, instituição sem fins lucrativos, foi fundada em 1991 pelo médico Marcos Moraes (diretor geral do INCA na época), juntamente com outros três médicos do Instituto: Jayme Brandão de Marsillac, Ulpio Paulo de Miranda e Magda Cortês Rodrigues Rezende. A Fundação tem por objetivo captar recursos e investimentos para a prevenção, diagnóstico e assistência ao câncer, com a finalidade de ampliar o atendimento aos portadores de câncer e intensificar as ações de controle da doença. Além disso, a Fundação desenvolve pesquisas e realiza investimento em educação. Abertos ao recebimento de recursos de iniciativas privadas, órgãos públicos e instituições internacionais, no site eles

afirmam que “o modelo de gestão adotado contribuiu desde então para o crescimento contínuo e estável do INCA” (CÂNCER, 2021a).

A MSD é a empresa farmacêutica, química e de ciências biológicas estadunidense mais antiga do seu ramo, fundada em 1668. Presente em 67 países ao redor do mundo, ela é a detentora da patente do Gardasil® – vacina quadrivalente de HPV. Portanto, a maior parte das vacinas que são distribuídas no Brasil são produzidas através da parceria da MSD com o Instituto Butantan. Já a Hermes Pardini, dividida entre laboratórios, clínicas e hospitais, é uma das maiores empresas de medicina diagnóstica do país, com mais de 120 unidades no estado de São Paulo e Minas Gerais. Fundada em 1959, a empresa possui destaque no mercado nacional e hoje parece investir, intensamente, em diversos serviços voltados para a saúde do homem.

A grandiosidade dessas instituições, organizações e fundações apontam para a relevância que elas possuem no cenário da saúde brasileira. Portanto, elas foram escolhidas justamente por apresentarem um alto capital científico dentro do campo (BOURDIEU, 2018).

3 AS CAMPANHAS DE HPV E CCU – 2014 A 2020

Neste capítulo, detalharemos a metodologia utilizada para realizarmos a pesquisa. Discutiremos também sobre as representações de gênero e isso nos permitirá entrevermos os elementos explícitos e implícitos que estão presentes tanto nas peças gráficas quanto nos discursos que as compõem. Por fim, iremos analisar as campanhas de HPV e CCU, no intervalo de 2014 a 2020, a partir das categorias temáticas que organizamos: “Geracionalidade do cuidado”, “Escolarização”, “Infância e Juventude”, “Gamificação”, “Risco à saúde”, “Saúde do Homem” e “Neutralidade”.

3.1 Metodologia da pesquisa

A escolha dos métodos utilizados para desenvolver a presente pesquisa visavam alcançar condições materiais para que pudéssemos compreender como o útero é politizado pelo Estado. Para tanto, decidimos realizar uma pesquisa documental e analisar as campanhas preventivas de HPV e câncer no colo do útero com o objetivo de localizarmos pistas de como as políticas do útero estão circunscritas nestes documentos públicos. A politização do útero é para nós, portanto, uma hipótese e uma interpretação que propomos para estas manifestações. Sabemos que o recorte das campanhas também estabelece um recorte de análise; de qualquer modo, o recorte realizado nos ofereceu um panorama bastante fértil e numerosos caminhos possíveis para realizarmos a discussão. Decidimos por alguns deles e os justificaremos a seguir.

Os cartazes das campanhas estudados são produções gráficas densas e iluminam um universo de símbolos, sentidos e representações em relação ao tema. A qualidade de serem, simultaneamente, tecnologias de gênero (LAURETIS, 1994) e da saúde, nos permitiram cruzar discussões entre os campos da saúde, da comunicação e os estudos de gênero. O recorte do período temporal foi justificado pelo fato da primeira campanha de HPV do Ministério da Saúde ter sido divulgada em 2014 e por esta pesquisa de mestrado ter sido iniciada em 2020. Todas foram encontradas no repositório denominado como “Campanhas da Saúde” no site do Ministério da Saúde. Ao longo da pesquisa, ocorreram mudanças no site e

grande parte das campanhas de HPV e CCU foram retiradas do repositório²⁸. Em paralelo, nos deparamos com campanhas privadas e não governamentais, e devido à sua relevância no cenário, decidimos incorporá-las na pesquisa com o intuito de proporcionar contrastes e afinidades em relação às campanhas públicas.

Desse modo, a pesquisa foi sendo construída em três etapas: (1) etapa exploratória – levantamento das questões e referenciais teóricos; (2) etapa de seleção – identificação e seleção das campanhas do INCA/Ministério da Saúde sobre o tema; (3) etapa analítica – análise do material selecionado, articulando-o aos referenciais teóricos e criando categorias de análise.

Na etapa exploratória, realizamos uma revisão da literatura na qual buscamos referenciais teóricos que pudessem contribuir na construção da pesquisa, além de explorarmos trabalhos já realizados sobre a temática mais específica ou assuntos afins, visando realizar possíveis interlocuções. Os descritores utilizados nas plataformas de pesquisa (SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde) para buscar os trabalhos foram variações de “câncer do colo do útero” (“câncer de colo uterino”; “câncer de colo de útero”); “HPV”, “campanha de saúde” (“campanhas de saúde”; “propaganda”; “campanha de vacinação”; “campanhas de vacinação”) e “Brasil”. A escolha das pesquisas levou em consideração o campo de produção – optamos, preferencialmente, por estudos realizados pela Saúde Coletiva/Pública, Ciências Sociais e Ciências Humanas.

Na etapa de seleção, buscamos campanhas de HPV e câncer no colo do útero no site do Ministério da Saúde. O recorte das peças produzidas de 2014 a 2020 somaram um total de 27 peças – sendo 11 peças de campanhas públicas, 10 peças de campanhas não governamentais e mais 6 peças de campanhas privadas²⁹. Informações como ano de produção, o público-alvo, o contexto social, a abordagem utilizada e o direcionamento das medidas foram aspectos que possibilitaram a análise dos cartazes.

Na etapa analítica, realizamos uma análise documental do material selecionado em articulação com nossos referenciais teóricos. Criamos algumas categorias de análise e agrupamos os cartazes por afinidades temáticas. Salientamos que alguns cartazes foram

²⁸ Não podemos afirmar se elas foram apagadas intencionalmente ou se ainda serão disponibilizadas. De todo modo, até o presente momento, não foram reincluídas no novo endereço. Cabe destacar que a repositório anterior das campanhas do Ministério da Saúde era <<https://antigo.saude.gov.br/campanhas?limitstart=0>>. Porém, ele foi retirado do ar e o atual endereço é <<https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude>>. Acesso em 25 de janeiro, 2022.

²⁹ Os cartazes não-governamentais e privados não foram encontrados no site do Ministério da Saúde. Grande parte deles foram encontrados em sites de notícia ou médicos (que divulgavam sobre o assunto) e até mesmo propagandas que ofereciam o serviço de imunização para HPV.

agrupados em mais de uma categoria, pois não utilizamos como critério de classificação a condição de ocupar apenas um grupo. A análise do conteúdo encontrado nos cartazes levou em consideração tanto os aspectos gráficos quanto o contexto social em que as peças estavam inseridas. A partir disso, as campanhas (públicas, privadas e não governamentais) foram agrupadas por afinidades temáticas e as categorias criadas para realizarmos as discussões foram: geracionalidade do cuidado, escolarização, infância e juventude, gamificação, risco à saúde, saúde do homem e neutralidade.

De modo algum, pretendemos deslegitimar determinados modelos de política pública, nem tão pouco anulá-las. Não propomos mensurar a produção das campanhas em nível de “eficiência” ou “ineficiência”, embora discutamos sobre as representações, narrativas e discursos expostos. Nosso principal objetivo é explicitar, através das análises, quais recursos comunicativos estão operantes ou inoperantes, quais deles estão em consonância com o contexto e quais estão em dissonância, quais produzem articulações equânimes entre os gêneros e quais contribuem para a desigualdade entre eles. Em última análise, buscamos compreender como as contradições do campo configuram uma questão de saúde em um problema sociológico. Somos parte integrante da realidade que pesquisamos e exatamente por isso o estudo da representações imagéticas são tão produtivas e ao mesmo tempo tão desafiadoras. Portanto, nesse desafio “moralmente espinhoso” e que nos convoca a assumir uma posição implicada, seguiremos.

3.2 As representações de gênero nas campanhas

Dentro de um conjunto de mediações socioculturais, nós, sujeitos sociais, investimos ou desinvestimos em determinadas representações, de modo consciente ou inconsciente, forjamos nossas identidades pessoais e coletivas. Nesse mercado de desejos, anseios e expectativas, a materialidade das imagens nos afeta profundamente. A discussão das imagens produzidas a partir das campanhas nos leva a pensar, então, justamente sobre a capacidade de manipulação da mídia diante dessas representações sociais (MOSCOVICI, 2003). Por representação social, Moscovici (2003) sugere um sistema cognitivo dotado de uma lógica e linguagens particulares, ou seja, não são apenas opiniões ou atitudes, são também teorias, ciências, saberes, hierarquias, classificações. Uma representação não é uma imagem sintetizada da realidade, mas um esquema de ação; onde códigos compartilhados entre os

membros de determinado grupo são evidenciados. As representações sociais tanto convencionalizam os objetos, pessoas e acontecimentos, quanto prescrevem um conjunto de valores. É por meio dos significados produzidos por elas que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos. O fato das campanhas de CCU e HPV ilustrarem representações sociais faz com que elas sejam tanto produzidas *pela* realidade quanto produtoras *de* realidade – agidas e agentes (SACRAMENTO; BORGES, 2020).

As campanhas públicas veiculadas nos meios de comunicação desvelam como as políticas em saúde entendem e constroem valores, representação e sentidos sobre os gêneros em nossa cultura. Paralelamente, uma quantidade significativa de reportagens, notícias, marketing de laboratórios e clínicas surgem para divulgar tanto a vacina de HPV quanto os exames preventivos para o público leigo. Para as ciências humanas, interessa-nos fortemente o escopo dessas representações e signos em jogo, além da dinâmica co-constitutiva entre valores e discursos (de usuários, médicos, laboratórios, etc.). Sobretudo, desejamos também compreender o papel da comunicação em saúde na (re)produção de significados sobre a medicalização do corpo feminino (AZIZE; ARAÚJO, 2003).

As campanhas, os meios de comunicação oficiais do Ministério da Saúde e sites de notícia podem ser analisados enquanto documentos. Os canais oficiais do governo possuem um largo alcance em um curto espaço temporal, e as representações sobre o gênero feminino que estão sendo veiculadas não são dados “exclusivamente biológicos”, são produções sociais e culturais. Todavia, a gestão em saúde parece não levar em consideração a complexidade acerca da construção de gênero que não se restringe a uma leitura estrutural e/ou funcionalista – da saúde biológica e/ou da função reprodutiva (AZIZE; ARAÚJO, 2003).

Lauretis (1994) pensa em gênero a partir de uma visão teórica foucaultiana que percebe a sexualidade como uma “tecnologia sexual”. Desse modo, propõe que gênero, assim como representação e auto-representação, é produto de distintas tecnologias sociais – desde o cinema até as práticas da vida cotidiana. Gênero não refletiria uma propriedade dos corpos *a priori*, mas o conjunto de efeitos produzidos em corpos e relações sociais; trata-se de produto e processo, simultaneamente. Em síntese, o que a autora sugere é que o gênero é uma representação, sua representação é construída e ela se difunde nas práticas discursivas propagadas pela mídia, pela escola, pela família e por outros espaços sociais. Portanto, os aparelhos que reproduzem e representam o gênero também o constroem; possuem o poder e a responsabilidade de produzir significados sociais e, assim, reforçar ou desconstruir algumas representações de gênero.

Segundo Santos (2017), no caso na vacina de HPV ocorre uma divisão do público a que se direciona, entre “meninos” e “meninas”, sendo a vacina inicialmente indicada para as meninas – consideradas como sujeitos que possuiriam o risco efetivo de ter o útero acometido pelo câncer no futuro. Os meninos só entram posteriormente em cena a partir de outras justificativas, como, por exemplo, sujeitos que podem ajudar a diminuir um risco que a princípio não é deles. Essa diferença serve para ilustrar como a própria vacina de HPV é performada e os efeitos desse “fazer” na produção da diferença sexual – a vacina de HPV ser popularmente conhecido como uma “vacina de menina” não é um acaso, diante desse contexto.

Em “*Gender Advertisements*”, Goffman analisa um conjunto de mais de 500 anúncios publicitários da década de 1970, visando identificar o modo como as imagens representam a relação de gênero entre homens e mulheres. A partir de uma perspectiva etológica, Goffman se apropria do conceito de *display* (uma forma de comunicação animal) para pensar aquilo que ele denomina como os *displays de gênero*. No caso dos humanos, diriam respeito aos marcadores rituais de pertencimento a determinado grupo. Formas, modos de expressão e corporeidades que são culturalmente aprendidas no próprio processo de socialização das crianças (GOFFMAN, 1979).

Na vida cotidiana, comportamentos, expressões e gestos são incorporados por meio da cultura. Marcel Mauss (1974), em “As técnicas corporais”, ilustra como as técnicas do corpo são incorporadas através dos fazeres habituais, podendo até se tornarem espontâneas, o que não significa que sejam “naturais” e inatas. Os “hábitos” são resultados de um processo de socialização que passa pela didática cultural. Bem como nos lembra Simone de Beauvoir, não se nasce mulher, torna-se; Judith Butler complementa que não se é mulher, performa-se. Goffman (1979) aponta que esse seria um tipo de ritual, mas que nas propagandas haveria uma “hiper-ritualização”, sendo este mais ensaiado, produzido, exagerado, na tentativa de ter a maior eficiência comunicacional possível. Esta hiper-ritualização ocorreria, pois, na mídia, não haveria tempo para ambiguidade, e qualquer mensagem deve ser passada do modo mais claro e rápido possível.

Nesse sentido, toda representação de imagem é em si um processo de produção; não há neutralidade ou naturalidade imediata. As análises de Mauss e Goffman acerca das representações, ritualizações e repetições (do corpo e da cultura) caminham ao encontro do conceito de performatividade para Butler (2003) que está diretamente associada à noção de gênero. A “repetição estilizada de atos”, os estilos corporais, gestos, movimentos e toda a

corporificação da subjetividade constitui a identidade de gênero enquanto algo que é primariamente performativo. Para a autora:

O fato de a realidade do gênero ser criada mediante *performances* sociais contínuas significa que as próprias noções de sexo essencial e de masculinidade ou feminilidade verdadeiras ou permanentes também são constituídas, como parte da estratégia que oculta o caráter *performativo* do gênero e as possibilidades *performativas* de proliferação das configurações de gênero fora das estruturas restritivas da dominação masculina e da heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2003, p. 201, grifos da autora).

As linguagens corporais que são representadas nas campanhas são *performances* hiper-ritualizadas do gênero feminino e masculino (BUTLER, 2003; GOFFMAN, 1979). Devido à representação de signos sociais que são familiares à cultura, é possível compreendermos a mensagem transmitida, seus sentidos e significados. O realismo comercial precisa assegurar que a narrativa ali construída será compreendida apenas com um olhar. “O mundo representado no ritual não é uma fotografia de como as coisas são, mas sim um guia entusiasmado para a percepção” (GOFFMAN, 1979, p.3).

Goffman (1979) tem o cuidado metodológico de categorizar as representações de gênero mais comuns que surgem em seu material de análise: tamanho relativo, toque feminino, ranking de função, a família, a ritualização da subordinação e a licença para ausência³⁰. O toque feminino, por exemplo, é uma representação que nos serve como referência porque surge com bastante frequência nas campanhas de HPV e CCU. As mãos ou dedos das mulheres e meninas tocando de modo delicado, algumas vezes até acariciando determinado objeto (ou o próprio corpo), transmitem uma ideia do corpo feminino enquanto algo delicado e precioso. Mesmo após mais de 40 anos das análises de Goffman, as campanhas publicitárias continuam representando e reproduzindo de modo muito semelhante.

Em 2018, quando o gênero masculino começou a surgir nas campanhas de HPV, a figura masculina parecia sempre “instruir” a feminina, como veremos mais adiante. Um certo grau de subordinação e de hierarquia entre os sexos era encenado. Outro aspecto interessante que surge nas peças do Ministério da Saúde e que Goffman já apontava é o fato das mulheres serem representadas no chão ou na cama, mais do que os homens. Tanto simbolicamente quanto fisicamente, os homens surgem em uma posição mais elevada. Em “A Dominação Masculina”, Bourdieu (1998/2014) bem nos lembra que em uma estrutura patriarcal, homens e mulheres são colocados em escalas não apenas opostas, mas socialmente desiguais:

³⁰ Em inglês: *relative size, feminine touch, function ranking, the family, the ritualization of subordination e licensed withdrawal.*

Também sempre vi na dominação masculina, e no modo como é imposta e vivenciada, o exemplo por excelência desta submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento (BOURDIEU, 1998/2014, p. 7).

A divisão social dos sujeitos e das práticas, segundo a oposição entre o masculino e o feminino, historicamente designou normas de existência, de maneira objetiva e subjetiva, a partir de um sistema homólogo: alto/baixo, em cima/embaixo, na frente/atrás, reto/curvo, claro/escuro, fora/dentro, público/privado. A assimetria é explícita e o masculino apresenta-se sempre como “superior” ao feminino. Nesse sentido, para o homem destina-se a virilidade e para mulher a feminilidade. Aquilo que apreendemos como “boa conduta” torna-se inseparável de princípios corporais e discursos morais — ainda que por “mimetismo inconsciente”, a obediência se expressa e se encontra com o desejo de reconhecimento social (BOURDIEU, 1998/2014).

O efeito da dominação simbólica se exerce não apenas em um registro consciente, mas através de esquemas de percepção, avaliação e de ação inconscientes, já naturalizados, de um certo *habitus*³¹. A força simbólica é uma forma de poder/controlar tão eficiente e, ao mesmo tempo, tão violenta, que sem qualquer coerção física, ela atua de maneira “espontânea” nas zonas mais profundas dos corpos. Apesar de passarmos por uma vivência educativa que se orienta pela docilização e normatização dos corpos, o que Bourdieu (1998/2014) sugere é que a lei social convertida em lei incorporada, reproduz, sem qualquer esforço, uma organização da sociedade que se desdobra em uma hierarquização dos homens sobre as mulheres; e no fim se propõe como liberdade, aptidão ou inclinação.

O sorriso das mulheres é outro aspecto que denota cordialidade e abertura. O gesto surge sempre de modo mais expansivo do que o dos homens. As representações de gênero e suas performatividades fazem emergir pressupostos socioculturais de grande valia. O recorte cultural da produção de imagem ocidental é uma dimensão fundamental para compreendermos que não há representações universais de gênero: ainda que elas tenham repetições ao longo da história, também sofrem deslocamentos. De toda forma, entender o lugar que o gênero feminino ocupa nesse sistema de classificações nos auxilia a perceber a

³¹ Segundo Bourdieu (2018), o *habitus* significa esquemas geradores (estruturados e estruturantes) adquiridos no decorrer da vida individual pelas condições objetivas e subjetivas de existência, gerando práticas, crenças, percepções, sentimentos etc.; enfoca nossos modos de agir, sentir, pensar e ser.

organização hierárquica implícita, fazendo emergir valores e significações que reforçam esse modelo identitário do que é ser (ou performar) mulher (CARRERA, 2020).

Em paralelo, os medicamentos, por sua vez, podem ser lidos enquanto metonímias (VAN DER GEEST; WHYTE, 2011). Emerge também nesse cenário uma outra figura de linguagem: o eufemismo para falar do câncer, substituindo o termo “câncer uterino” ou “doença” por “HPV”. Será uma tentativa de atenuar uma doença estigmatizada? Uma forma comum e repetitiva, historicamente, para traçar canais comunicacionais? Ou um modo estatal de gerir e de gestar campanhas em saúde? Antes de seguirmos na tentativa de respondermos algumas dessas perguntas, será necessário compreender um pouco mais sobre os personagens em cena.

3.3 Texto e contexto

A dimensão temporal e contextual será fundamental para entendermos as estratégias comunicacionais e os argumentos acionados nas campanhas. Os cartazes de HPV e CCU foram produzidos ao longo de conjunturas políticas e sociais bastante distintas entre si. Paralelo às mudanças políticas, surgiram no cenário diversas campanhas privadas e não governamentais – o que nos parece bastante sintomático. Em termos de contextos políticos, de 2014 a 2016 a presidência da república foi ocupada por Dilma Rouseff (PT). Após o impeachment da presidenta, de 2016 a 2018, Michel Temer (MDB) assumiu a função. Em 2019 e até presente momento, Jair Bolsonaro (PSL) está na presidência. Destacamos que as filiações partidárias de cada um dos presidentes nos informa, explicitamente, sobre suas inclinações políticas.

Diante desse panorama, questões referentes à sexualidade, gênero, saúde reprodutiva e sexual são encaradas de formas bem distintas entre governos, sejam eles mais progressistas ou mais conservadores. De acordo com Lima (2002), o modo como o Estado gesta políticas públicas em saúde e gere estratégias para efetivar o planejamento, tanto é produzido quanto produz saberes e controle social. A administração governamental integra as representações e as práticas sociais; entre processos de legitimação e modos de dominação, entre os simbolismos, rituais e as relações que se estabelecem entre mundos sociais.

Para Foucault (2006), o conceito de governamentalidade ocupa uma posição crucial em seus trabalhos, referindo-se aos estudos dos modos de governar. Há, ao menos, dois eixos

importantes para a noção de governo na ótica foucaultiana: (1) o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões que permitem exercer essa forma de exercício do poder que tem, por objetivo principal, a população e (2) a tendência ocidental que conduziu à preeminência desse tipo de poder que é o governo sobre os outros (a soberania, a disciplina) permitindo o desenvolvimentos de uma série de saberes. O estudo das formas de governamentalidade implica em analisar as formas de racionalidade, procedimentos técnicos e formas de instrumentalização, marca também um encontro entre essas técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si.

No caso das campanhas de imunização para vacina de HPV, lidamos com uma outra dimensão governamental. Passamos a lidar com sujeitos que são tutelados por outrem, ou seja, não é permitido a eles tomarem decisões por si mesmos. Vianna (2002, p. 271, grifo nosso) aponta que a “ação da administração estatal sobre a infância pode ser considerado um foco privilegiado para pensar a dimensão tutelar do Estado, na medida em que é exercida sobre os personagens sociais que mais facilmente podem ser tomados como *naturalmente* tutelados ou tuteláveis”. Portanto, o aparato estatal age enquanto um ordenador social, impedindo que “infâncias mal geridas” por seus responsáveis viessem a se tornar uma ameaça para a sociedade e para a própria criança. Não obstante, a questão que se coloca é que quando há o descrédito, por parte do Estado, para algumas discussões, as infâncias também são colocadas em risco.

Carrara (2011, p.2) bem aponta que “vivemos hoje em um terreno instável sob o qual moralidades sexuais distintas colidem” e disputam poder nas estruturas do Estado. A infância e a juventude são públicos privilegiados para entendermos o processo de transformação social no qual emergem, mais explicitamente, os confrontos entre moralidades familiares, reprodução, medicalização dos corpos e representação de gênero. O fato de mobilizarem várias instituições e dispositivos importantes, faz com que as controvérsias revelem algo sobre determinadas sociedades e sobre certas transformações que nela ocorrerem (LEITE, 2014).

Nas políticas de saúde no Brasil é comum vermos a operatividade do conceito de gênero ser frequentemente associada ao trabalho preventivo em saúde. Segundo Mora e Maksud (2020), a narrativa governamental aponta para um certo retrocesso nas ações de preventivas de ISTs desde 2012, com destaque para a autocensura nas escolas, dentre outras barreiras no acesso à educação preventiva. A partir das eleições presidenciais de 2018, eclodiram discursos que confrontam noções como direitos humanos, educação e laicidade do Estado. Desde então, um debate que continua “ácido” no cenário público é a afirmação de que haveria uma “ideologia de gênero” (o que na realidade significa educação sobre gênero e

sexualidade) e que estes discursos ameaçariam a ordem familiar e a moral hegemônica.

Em uma premissa ética e política alinhada, verdadeiramente, ao “direito à prevenção”, as estratégias que articulam diferentes setores, como saúde e educação, têm se mostrado bastante eficazes. A sexualidade infanto-juvenil não esteve isenta de tensionamento e contradições historicamente. Ao mesmo tempo, podemos notar que esse tensionamento possui uma funcionalidade dentro de um determinado projeto de sociedade – o fortalecimento de discursos conservadores em toda a América Latina, nos últimos anos, torna isso evidente. Por conta disso, infância e a juventude estão no cerne de disputas políticas e sociais (MORA, MAKSUD, 2020).

As campanhas de HPV, em particular, parecem ter sido desinvestidas ao longo dos anos pelas políticas públicas em saúde. Em paralelo, identificamos um crescimento de campanhas sendo produzidas por organizações privadas e não governamentais. O alargamento das faixas etárias indicadas e, com isso, o aumento de potenciais consumidores podem ter contribuído para a criação de um novo nicho de mercado. Se, no início de 2014, a vacina de HPV era destinada para uma categoria populacional bem específica, com o passar do tempo essa categoria foi se ampliando e fagocitando outros sujeitos, novos usuários, novos consumidores.

Portanto, a representação é um trabalho discursivo que está no campo das disputas sociais. A comunicação em saúde promove determinadas formas de conceber o eu e o outro, de produzir identidades, diferenças, desejos, repulsas, moralidades, pânico, dentre outros aspectos normativos. A localização histórica e cultural, ou seja, contextual das campanhas, aponta que elas são construídas por determinados grupos sociais e que estão longe de posições neutras. Ao contrário, são práticas discursivas que produzem efeitos e sentidos sobre a realidade. Em particular para o campo da saúde, é necessário refletir constantemente sobre o lugar que a mídia ocupa na configuração de representações sobre saúde e doença, práticas corporais, modelos de prevenção e promoção, processos de medicalização, fatores de risco e pânico sanitários (SACRAMENTO; BORGES, 2020).

Nesse movimento de criar representações, a exposição contínua de determinados padrões faz com que eles se tornem mais naturais ou familiares, em detrimento de outros que, ocultados ou invisibilizados, se tornam marginais, estranhos, excluídos, rejeitados – o que gera imenso prejuízo para os grupos sociais subrepresentados. Não há como pensar saúde hoje sem levar em consideração o lugar que os discursos midiáticos ocupam nos processos de definição de práticas de cuidado e formas de responsabilização sobre os corpos. O trabalho da representação é o de articular sentidos e linguagem à cultura, assim, o sentido não está no

objeto em si, no sujeito ou no signo, mas é construído no próprio sistema de representação. Por conta disso, toda enunciação é contextualizada situacional, institucional e socioculturalmente. Buscar compreender as campanhas significa, principalmente, entender o contexto de produção (SACRAMENTO; BORGES, 2020).

O jogo de representações não é estéril, o modo como os discursos circulam interferem decisivamente no formato em que as identidades são estabelecidas e negociadas. A comunicação em saúde participa ativamente de uma “pedagogia pública” na constituição de imaginários e práticas sociais. Ao mesmo tempo, a mídia também é um lugar fundamental para criar questionamento a elas. Não há como viver sem a mediação das representações sociais, pois não há como viver como sujeito sem o intermédio da linguagem, da cultura e do saber-poder. Nosso interesse se coloca em tentar compreender em que condições determinados significados emergem, em que medida se configuram como normativos e, principalmente, eclipsando e fazendo quais outros desaparecerem (SACRAMENTO; BORGES, 2020).

O contexto neoliberal pressupõe que os cidadãos exerçam a autonomia, buscando informações e práticas como uma estratégia personalizada para identificar e minimizar sua exposição a possíveis danos. O gerenciamento do próprio risco associa-se diretamente ao regime das tecnologias estatísticas e biomédicas que se propõem a mensurar a chance de adoecimentos futuros. A ideia difundida é que o exercício da escolha prudente é capaz de controlar os riscos e, assim, evitar certos agravos à saúde (no futuro) (SACRAMENTO; BORGES, 2020).

Segundo Lupton (1995 apud Sacramento e Borges, 2020), diante desse contexto, a saúde passa a ser uma meta a ser alcançada, tornando-se atrativa e uma possibilidade de manutenção do corpo. A cultura contemporânea está imersa em imagens de saúde e somos influenciados a aderir a esquemas que pretensamente nos aproximariam desse ideal de saúde (frequentemente representadas pela beleza e pelo *fitness*). O discurso do risco, incorporado e difundido pelos dispositivos de mídia, atribuem cuidado à saúde e a saúde à responsabilidade individual. Crawford (2019) utiliza o termo salutarismo para definir esta preocupação excessiva com a saúde individual. “A saúde tornou-se não só uma preocupação, mas também um valor supremo ou padrão pelo qual um número crescente de comportamentos e fenômenos sociais é julgado” (CRAWFORD, 2019, p. 114). A ênfase na saúde individual também possui como efeito uma certa descontinuidade da construção de políticas públicas voltadas para a melhoria de vida em sua coletividade. A qualidade de tornar a saúde um “supervalor”, no vocabulário do autor, promove uma medicalização do cotidiano e se converte em capacidades

individuais. Entende-se, assim, que um conjunto de escolhas assertivas dos sujeitos garantiria sua saúde, ou seja, somos responsáveis por gerir os próprios riscos – responsabilidade esta que denota, simultaneamente, obrigação e decisão (ROSE, 2013).

A experiência é sempre uma inscrição dentro de um contexto que fornece sentidos e significados. Nas representações midiáticas é importante considerar como o sujeito é posicionado *nela* (como objeto de representação), *por ela* (como interpelação) e *através dela* (se identificando situacionalmente com determinadas posições e rejeitando outras). Por isso, toda representação envolve relações de poder – algumas explícitas e muitas outras implícitas. Nesse sentido, propomos trazer à tona o que se inscreve nos corpos representados e nas entrelinhas (SACRAMENTO; BORGES, 2020).

3.4 Categorias

Nos itens a seguir, iremos analisar as campanhas públicas, privadas e não governamentais através das consecutivas categorias de análise: Geracionalidade do cuidado, Escolarização, Infância e Juventude, Risco à Saúde, Saúde do Homem e Neutralidade. Primeiro, apresentaremos o conjunto das campanhas que constituem a categoria e, em seguida, as peças individualmente acompanhadas da análise do material. Optamos em construir uma organização que não segue a linearidade do tempo ou uma tradicional ordem cronológica, pois as semelhanças temáticas configuram uma afinidade discursiva importante para a nossa investigação.

Podemos destacar que houve uma organização “espontânea” das campanhas, isto é, após nos debruçarmos sobre todas elas, fomos notando algumas semelhanças temáticas bastante características e, a partir disso, realizamos os agrupamentos. Assim, as categorias propriamente ditas foram criadas para que pudéssemos dar um contorno aos debates suscitados. Sendo assim, é a própria criação da categoria (e não a linearidade cronológica) que nos permitirá traçar um fio condutor discursivo entre as campanhas. De todo modo, a dimensão temporal também será importante para localizarmos e situarmos em quais contextos as campanhas são produzidas – realizando quais diálogos, com quais interlocutores e sendo produzidas em quais contingências. Não teremos informações o suficiente para respondermos a todas essas perguntas, mas teremos pistas que nos ajudarão a “contextualizar o texto”.

3.4.1 Geracionalidade do cuidado

Figura 2 – Conjunto de Geracionalidade do cuidado

O cuidado é uma prova de amor
 "Minha mãe me ensinou a valorizar a vida."
 "Minha filha nunca me deixou esquecer isso."
 O câncer do colo do útero pode ser evitado com a realização do exame preventivo. Se você tem entre 25 e 64 anos, lembre-se de fazer seu exame a cada três anos.

Toda menina e toda mulher precisam de proteção.
 É importante prevenir o câncer do colo do útero. Por isso, se você tiver entre 25 e 64 anos, faça os exames preventivos. E, se sua filha tiver entre 11 e 13 anos, deve ser vacinada contra o HPV. Fique atenta ao período de vacinação na escola ou vá a uma unidade de saúde.
 Vacinação para quem precisa de mais proteção. Um direito seu assegurado pelo SUS.

vacinação contra o HPV
 PROTEJA O FUTURO DE QUEM VOCE MAIS AMA.
 meninas de 9 a 13 anos devem ser vacinadas.
 A VACINA É A PREVENÇÃO CONTRA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.
 O HPV pode causar câncer. Para se prevenir, faça os exames de 9 a 13 anos, mesmo sem sintomas. Isso te ajuda a saber se a vacinação previne o organismo contra o câncer mais delicado contra o sexo. Mas lembre-se: só para se prevenir, a prevenção começa no 2º ano de vida.

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 morte por câncer. Evite a morte de forma precoce, a Papinólise, e não é mais em uma unidade de saúde.
 Você pode agir para se prevenir antes de ser afetada.
 EU SOU MULHER E EU VOU LEMBRAR MINHAS AMIGAS DE FAZEREM SEUS EXAMES DE SAÚDE REGULARMENTE.

Yes! Brasil sem câncer do colo do útero.
 Movimento Brasil sem câncer do colo do útero
 Mulheres adultas com preventivos ginecológicos em dia!
 Vacinação anti-HPV de meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos

Figura 3 – Pôster 2014 – Câncer no colo do útero (INCA)

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Prevenção e tratamento
do câncer de colo de útero
e de mama.
Um cuidado que vale para toda vida.

O cuidado é uma prova de amor

“Minha mãe
me ensinou a
valorizar a vida.”

“Minha filha nunca me
deixou esquecer isso.”

O câncer do colo
do útero pode
ser evitado com
a realização do
exame preventivo.
Se você tem entre
25 e 64 anos,
lembre-se de fazer
seu exame a cada
três anos.

www.inca.gov.br

Divisão de Comunicação Social - INCA / 2014



Ministério da
Saúde

Governo
Federal

Fonte: INCA (2021)

Figura 4 – Pôster 2014 – HPV (Ministério da Saúde)

 @PNI_MS
  /ProgramaNacionaldeImunizacoes

DISQUE SAÚDE
136
 Central de Atendimento ao SUS
www.saude.gov.br

*Toda menina e toda mulher
 precisam de proteção.*

É importante prevenir o câncer do colo de útero. Por isso, se você tiver entre 25 e 64 anos, faça os exames preventivos. E, se sua filha tiver entre 11 e 13 anos, deve ser vacinada contra o HPV. Fique atenta ao período de vacinação na escola ou vá a uma unidade de saúde.

Vacinação para quem precisa de mais proteção. Um direito seu assegurado pelo SUS.

MELHORAR SUA VIDA, NOSSO COMPROMISSO.


 Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
 
 Ministério da Saúde
 

Fonte: INCA (2021)

Figura 5 – Pôster 2016 – HPV (Ministério da Saúde)

#VacinaHPV
 /VacinaoMS
 /PNI_MS

vacinação
 contra o
HPV

PROTEJA O FUTURO
 DE QUEM VOCÊ MAIS AMA.

meninas de
 9 a 13 anos
 devem ser
 vacinadas.

A VACINA É A PREVENÇÃO CONTRA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.
 O HPV pode causar câncer. Para se prevenir, todas as meninas de 9 a 13 anos devem ser vacinadas. Esta faixa etária é ideal para a vacinação, porque o organismo produz 10 vezes mais anticorpos contra o vírus. Mas lembre-se: para se prevenir, é preciso tomar as 2 doses da vacina.

A vacina é segura, eficaz, gratuita e faz parte do Programa Nacional de Imunizações. Fique atenta ao período de vacinação nas escolas ou procure uma unidade de saúde. Leve a caderneta de vacinação.

136
 www.saude.gov.br

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE
 BRASIL
 GOVERNO FEDERAL

Fonte: INCA (2021)

Figura 6 – Pôster 2020 – Câncer no colo do útero (INCA)

“

**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.
Apoia o INCA e não cobrou pelo uso da sua imagem.

**EU
SOU E
EU VOU**

www.inca.gov.br



Figura 7 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs)



Fonte: SBRT (2021)

Figura 8 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs)



Yes! Brasil sem
câncer do colo
do útero.

**Movimento Brasil
sem câncer do
colo do útero**

- Mulheres adultas com preventivos ginecológicos em dia!
- Vacinação anti-HPV de meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos

Realização:












Apoio:



©lelé

Fonte: SBRT (2021)

Ao longo das campanhas produzidas entre 2014 e 2020, observamos ser recorrente a utilização de uma linguagem que aqui denominaremos como “geracionalidade do cuidado”. O movimento de transmissão do cuidado de uma geração para outra é uma representação bastante utilizada nas campanhas de caráter público e não governamental. De avó para mãe, de mãe para filha – todas mulheres, essa é a “regra”. Se o cuidado é um conceito historicamente associado ao gênero feminino, é bastante explicativo o fato dessa representação surgir como algo transmitido de uma geração familiar para outra. Ao mesmo tempo, lançando um olhar um pouco mais minucioso e crítico a esse tipo de argumentação, nos deparamos com uma responsabilização individual, que fixa o ato de cuidar/cuidado como uma exclusividade das mulheres e, principalmente, das mães.

A definição de cuidado, no campo da saúde, está atrelada a uma dimensão da integralidade que permeia as práticas em saúde e que não se restringe apenas às competências e tarefas técnicas; acolhimento, vínculo intersubjetivo e escuta, por exemplo, também compõe o que se constitui como “cuidado em saúde”. Caracterizado por sentidos como atenção, responsabilidade, zelo e desvelo, o cuidado em ato resulta na prática do cuidar. De todo modo, trata-se de um conjunto de conhecimentos e atitudes voltadas para o outro. O cuidado instrumentalizado pelas tecnologias da saúde são procedimentos que fazem parte de um ritual na sociedade ocidental moderna. Há uma obrigação moral que podemos encontrar em um conjunto de procedimentos da saúde. O exercício do cuidado é uma capacidade que se traduz e que se expressa a partir de “bons modelos” que introjetamos; nessa lógica, alguém que foi bem cuidado, será um bom cuidador. Por isso, as campanhas parecem insistir tanto nesse movimento de cuidar e ser cuidada, simultaneamente. De todo modo, a noção de cuidado não está dispersa no vácuo, tanto os agentes quanto os contextos possuem uma situação histórica que exploraremos a seguir (PINHEIRO e MATTOS, 2005; FIGUEIREDO, 2007).

As primeiras reflexões sobre o cuidado no Brasil, na década de 1980, colocavam a dimensão da dependência e das relações de poder como uma questão central. Segundo Finamori e Ferreira (2018), na última década, discussões de gênero, cuidado e família têm surgido conjuntamente nas pesquisas das ciências humanas e sociais no país. Família, parentesco e gênero se entrelaçam com frequência há pelo menos três décadas, mas o entrelaçamento do cuidado enquanto uma categoria analítica é recente na trama. A crítica feminista tem contribuído para as mudanças no modo como estas ciências têm abordado aquilo que compreendemos como família. A historicização, o destaque às dimensões de gênero, raça, geração, sexualidade e classe, a ressignificação do trabalho do cuidado, a problematização da família como lócus de afeto e violência, além do questionamento acerca

da dicotomia público/privado, são alguns dos pontos fundamentais que o feminismo tem ajudado a reposicionar.

A própria ideia de relacionalidade auxilia na suspensão de uma oposição recorrente entre natureza e cultura postos nas relações de família e parentesco. O velho dualismo tende a nublar as conexões estabelecidas na prática. Assim, a dimensão de cuidado torna-se extremamente relevante para se pensar parentesco não como um dado, mas como algo feito através de práticas cotidianas que envolve comensalidade, responsabilização, solicitude, atenção, saúde, entre outros aspectos (FINAMORI e FERREIRA, 2018).

Hirata e Guimarães (2012) apontam que o termo *care* (“cuidado”, em inglês) é polissêmico e por conta disso haveria dificuldade em termos de tradução. Tanto entendendo como prática como disposição moral, muitos estudos no campo tendem a não traduzir o termo. No Brasil e nos países de língua espanhola, a palavra “cuidado” é comumente utilizada para designar a atitude, embora o verbo “cuidar”, se referindo à ação, pareça traduzir melhor a palavra *care*. Além da variedade de significado, o termo também se relaciona com atividades e posições relacionais entre quem realiza e quem recebe o cuidado. Portanto, é necessário analisar o contexto entrelaçado para que haja uma melhor captura sobre que tipo de cuidado estamos nos referindo afinal.

A perspectiva de gênero e a dimensão geracional têm sido fundamentais para problematizar o trabalho do cuidado e sua frequente associação ao domínio feminino e familiar. A ideia de que as crianças precisam ser cuidadas pelos adultos, bem como os mais velhos pelos mais novos, fortalece uma “reciprocidade de obrigações” e uma relação intergeracional do cuidado. Nos cartazes do Ministério da Saúde esse tipo de discurso é muito utilizado, frases como “*minha mãe me ensinou a valorizar a vida*”, “*minha filha nunca me deixou esquecer disso*” e “*proteja o futuro de quem você mais ama*” ilustram uma enorme responsabilização da garantia de cuidado da mãe com a filha, e vice-versa. Em resumo, há um forte apelo ao dever intergeracional, sempre de uma mulher com a outra, isto é, o cuidado seria algo que confirmaria o parentesco já estabelecido. A visão normativa da parentalidade reforçaria a existência de um laço. Haveria, assim, uma inegável positividade moral depositada na ideia de cuidado (FINAMORI e FERREIRA, 2018).

O sentido mais amplo de geração permite analisar relações intergeracionais mais complexas do que aquelas derivadas da dicotomia jovens-adultos. Segundo Guisado e Agoiz (2003), a conexão geracional se refere aos grupos que, por meio da interação, implicam em vivências, sentimentos e atitudes diversas que podem ser compartilhadas – seja por meio das marcas de repetição do mesmo ou da diferença (DELEUZE, 2018). O viés geracional é um

elemento relevante para o processo de transformação das percepções das mulheres no que diz respeito a questões relativas ao trabalho e à própria percepção do que é o cuidado. É comum haver um certo matriciamento³² que se respalda em referências passadas (de suas mães) e futuras (de suas filhas/os) (SOUZA e MARIANO, 2018).

A discussão da (inter)geracionalidade, com foco na questão do cuidado, deve ser pensada a partir da perspectiva interseccional. Categorias como gênero, geração, raça, classe econômica, território, escolarização, dentre outros aspectos, apontam para diferentes percepções das mulheres em torno de suas próprias experiências. É comum haver uma certa comparação entre as condições de vida das mulheres em relação as suas mães ou avós. A dimensão simbólica na construção social do que é ser mulher e mãe também é atravessada por arranjos institucionais³³.

Segundo Leal (2019), o conceito de sororidade³⁴ tem sido difundido exponencialmente nos discursos feministas contemporâneos, especialmente nos ambientes midiáticos. Do latim *soror* (irmã), a palavra aponta para uma espécie de solidariedade específica entre as mulheres. Ao mesmo tempo, a autora aponta que haveria uma relação moral entre o conceito e a produção de sentidos acerca das mulheres – apontando para uma maneira “correta” de agir umas com as outras. Podemos notar, então, uma espécie de sororidade entre diferentes mulheres que surge no ano de 2020, tanto nas peças do Movimento Brasil sem câncer do colo do útero quanto na do Ministério da Saúde. Nessa segunda, há o protagonismo da atriz Suzana Vieira³⁵, acompanhada da frase “*eu sou mulher e vou lembrar minhas amigas de fazerem seus exames de saúde regularmente*”. O recurso da diversidade é comumente utilizado para reforçar a dimensão da fraternidade, empatia e coletividade, o apoio de umas às outras a partir de suas diferenças. O abraço é uma atitude em comum que surge em muitas campanhas de

³² Matriciamento ou apoio matricial é um conceito e, uma estratégia de trabalho, comum no campo da saúde pública brasileira. Trata-se do processo de construção compartilhada do cuidado, através de propostas de intervenções em conjunto e um trabalho em rede.

³³ É importante destacar que a própria percepção das atividades de cuidado, antes exclusivamente relacionadas ao espaço doméstico e vistas como atributo feminino, estão passando por transformações e já podem ser reconhecidas como atividades profissionais (HIRATA, 2016). Na Argentina, por exemplo, o cuidado materno já é reconhecido como trabalho e passa a ser contado como tempo para a aposentadoria. De acordo com a Administração Nacional de Seguridade Social (ANSES), o Programa Integral de Reconhecimento de Tempo de Serviços por Tarefas Assistenciais compreende que o cuidado materno poderá acrescentar de um a três anos de tempo de serviço por filho, de modo que elas atinjam o tempo mínimo exigido por lei para alcançar o direito à Previdência (SOUZA e MARIANO, 2018).

³⁴ Refere-se ao sentimento de irmandade, empatia, solidariedade e união entre as mulheres, por compartilharem uma identidade de gênero em comum. Significa também uma atitude em oposição às formas de exclusão, opressão e violência contra as mulheres.

³⁵ Uma atriz muito conhecida no Brasil que iniciou sua carreira na década de 60 e continua realizando trabalhos de grande visibilidade na rede aberta de televisão.

saúde. Na campanha de 2014 do Ministério da Saúde há uma abraço entre as figuras de mãe e filha, além de uma disposição que transmite uma ideia de hierarquia pelo fato da mãe estar em pé e a filha sentada, sendo abraçada. Nas campanhas de 2020 do Movimento, podemos notar uma abraço “verticalizado” na primeira imagem que hierarquiza a dimensão da geração entre as figuras de avô, mãe e filha, sucessivamente; enquanto que na segunda imagem há uma abraçado mais “horizontalizado” entre mulheres que possuem características físicas bem distintas entre si – podem ser lidas como amigas, por exemplo.

Podemos interpretar também que há uma construção de que as meninas devem ser protegidas pelas figuras de cuidado (maternas). Nas campanhas de 2014 e 2016 elas surgem atrás de suas mães, abraçando-as. Há uma discursividade que se assemelha a “proteger os filhos de algum mal”, ou seja, o cuidado em relação à saúde dos filhos é a retórica principal dessas campanhas. As especificidades biológicas das mulheres e sua suposta “vocação para o cuidado” ainda são invocadas para reforçar o caráter natural da maternidade, além de marcar uma condição inexorável de gênero. Vacinar os filhos/as, afinal, é ter o atestado de “boa mãe”. *“O cuidado é uma prova de amor”*, frase que surge na primeira campanha de 2014, enfatiza o valor de doar-se a si mesma na criação dos filhos/as. O cuidado estaria para o sacrifício, assim como a vacina estaria para a dádiva.

De acordo com Badinter (2011, p.11), o naturalismo, “discurso aureolado com o véu da modernidade e da moral”, é reinvestido no século XVIII por Rousseau e demais moralistas, filantropos, natalistas e médicos em defesa de reatar a natureza aos fundamentos dos quais o instinto materno seria o pilar. Estudos científicos se apoiavam principalmente na etologia (ciência dos comportamentos das espécie animais) para lembrar às mulheres que elas eram mamíferas dotadas de hormônios da maternagem, como a oxitocina e a prolactina. O discurso que perdura até hoje, baseado nesses pressupostos, sugere que o laço entre mãe e bebê é algo automático e natural, mediado pela ação instantânea de processos neuroquímicos. O determinismo biológico e as pressões sociais reforçam a concepção de que haveria uma capacidade inata (e não aprendida) das mulheres para tornarem-se mães. A prova dos (neuro)hormônios para explicar a capacidade das fêmeas à maternagem é interessante, mas faltaria explicar como uma mãe adotiva, um pai solteiro ou qualquer outra pessoa poderia se dispor, igualmente, à essa tarefa.

Nesse tipo de leitura, o fato de sermos “geneticamente providas” dessa herança primata mamífera seria a razão pela qual o investimento materno em relação à criança costuma ser infinitamente superior ao do pai. A responsabilidade da figura materna não se restringe ao nascimento e aos primeiros meses de vida, mas perdura até os estágios seguintes

do seu desenvolvimento. Os discursos da Psicanálise e da Psicologia também foram artifícios de suma importância para ratificar esse tipo de responsabilização e culpabilização sobre as mulheres-mães. O cuidado traduzido na forma de solicitude ao outro surge como uma consequência da experiência crucial da maternidade. Podemos afirmar que a moral do cuidado é, sobretudo, individualista (BADINTER, 2011).

A natureza continua sendo um argumento decisivo em defesa de determinadas “leis naturais” e “fenômenos imutáveis”. Por si só, ela encarna o Bom, o Belo e o Verdadeiro de Platão. A sociedade, ao menos ocidental, parece privilegiar a mãe em detrimento à mulher – as heranças judaico-cristãs não nos deixam esquecer disso. A figura toda poderosa e santificada da mulher é alcançada quando ela se torna mãe. Ao mesmo tempo, a maternidade é associada aos “sacrifícios” pelo outro e à perda da identidade feminina.

“Será o amor materno um instinto, uma tendência feminina inata, ou depende, em grande parte, de um comportamento social, variável de acordo com a época e os costumes?” (BADINTER, 1985, p.2). Para Badinter (1985), o instinto materno é um mito porque não há uma conduta materna universal e imutável. O afeto materno é apenas mais um sentimento humano, dotado de incertezas, inseguranças, fragilidades e imperfeições; ele não está inscrito na “natureza feminina”. O modo como compreendemos hoje ainda é uma herança dos princípios do século XIX. Mesmo reconhecendo que as atitudes maternas não pertencem ao domínio do instinto, continua-se a pensar que o amor da mãe pelo filho é tão forte que provavelmente deve ter algo explicativo à natureza. Ainda que o vocabulário mude, algumas ilusões são conservadas.

Segundo Freire (2008), o ideal de maternidade que perdura até hoje é resultado dessa construção científica alinhada a um projeto reformador republicano que visava reconstituir a nacionalidade brasileira, na década de 1920. O discurso maternalista higienista redimensionava as relações, criando uma parceria ativa entre médicos e mulheres, na busca de valorizar determinada concepção de maternidade. As justificativas, que passavam por questões demográficas, sanitárias e patrióticas, encontrou no maternalismo a valorização social da ciência. Havia uma aposta que a constituição de uma “nova nação” aconteceria através das crianças, viabilizada pelo cuidado das mães. A higiene da época preconizava a prevenção, e o estatuto científico atualizava ditados populares que são utilizados até hoje, como “prevenir é melhor que remediar” (FREIRE, 2008).

Nesse cenário, um novo papel feminino emergia: o da mãe moderna. A maternidade passava a ser um modelo determinado pela ciência, e era configurada em uma ferramenta de transformação social. De modo mais amplo, havia uma divulgação desse ideário e de

propostas de mudanças comportamentais que eram veiculadas, nas mídias de massa, principalmente através das “revistas femininas”. Articulistas, médicos, educadores, feministas, juristas e políticos, todos eram convocados a falar sobre a relevância da maternidade como o principal papel social das mulheres, que ao mesmo tempo revelaria sua essência feminina³⁶. Havia também uma atribuição patriótica, política e científica na maternagem que correspondia aos valores da época. De modo correspondente, podemos traçar uma articulação com as campanhas de saúde na qual há também uma função apelativa e argumentativa (FREIRE, 2008). Há uma intensificação das estratégias de ação que interpelam a mulher, a boa mãe. A mensagem é para elas, com elas, sobre elas. Nessa costura bilateral, as campanhas influenciam a elaboração das representações, e as representações orientam as práticas maternas.

A tradicional vinculação das mulheres com o trabalho de cuidado tanto constrói como é constituída pela organização social dos papéis de gênero e da divisão do trabalho. É importante lembrar que essa divisão “tradicional” das tarefas é muito contingente a classe socioeconômica dos cuidadores. De todo modo, as mulheres foram restritas ao trabalho doméstico e à práxis do cuidado durante muito tempo ao longo da história nas sociedades ocidentais. Medeiros e Pinheiro (2018, p.164-166 apud SOUZA e MARIANO, 2018, p.177) identificaram na literatura especializada quatro teses que pretendem explicar a distribuição desigual do trabalho reprodutivo, sendo elas:

- i) *recursos relativos/teoria da dependência econômica*, segundo a qual haveria uma barganha entre os membros do domicílio cujo resultado é a atribuição do trabalho doméstico a quem se encontra na situação de dependência econômica; a ênfase na dimensão econômica é uma das limitações desta tese; ii) *tempo disponível*: de acordo com esta tese, o trabalho doméstico é distribuído no domicílio com base no tempo disponível por seus membros; iii) *ideologia de gênero*: nesta perspectiva o trabalho doméstico é distribuído com base na reprodução simbólica “vinculada às relações de gênero”; iv) *ciclos de vida*: nesta abordagem, os ciclos de vida, envolvendo casamentos, filhos, idade dos filhos, gênero dos filhos, arranjos como casais do mesmo sexo e grupos de pessoas que coabitam são fatores

³⁶ A psicanálise freudiana, por exemplo, empenhou-se em analisar os aspectos que transformam a menina em mulher – a passividade, o masoquismo e o narcisismo são três dimensões cruciais. Em adição a isso, a castração feminina (a falta e a inveja do pênis, em termos freudianos) causaria infelicidade às mulheres. Outra leitura da psicanálise que continua a reforçar as desigualdades entre os sexos é a distinção entre os papéis paterno e materno para o desenvolvimento “saudável” da criança. A função materna permanece sendo indispensável para o recém-nascido e para o bebê, à ela é dada a função de assumir todo o cuidado e o devotamentos ao filho, bem como seu tempo e sua energia. As mães costumam ser responsáveis pelas tarefas mais vitais do filho (como alimentar, cuidar, vestir, etc.), enquanto os pais estão mais presentes nas tarefas menos impositivas e mais agradáveis (como brincar, organização de lazeres, etc.) (BADINTER, 1985).

que intervêm no volume do trabalho de cuidado exigido e no modo como esse trabalho é dividido.

Diante desse panorama e dos arranjos sociais mencionados, notamos que há uma construção de valores que transformam as mulheres em figuras dedicadas exclusivamente às necessidades dos outros, ou melhor, da família. Em adição a isso, elas acabam sendo vistas não como um meio de cuidar ou de operá-lo, mas como o cuidado em si mesmas. Nessa lógica, cabe às mulheres a tarefa social de prover a maior parcela dos serviços de cuidado; por outro lado, no trabalho doméstico brasileiro, há uma evidente associação entre gênero, classe e raça – são as mulheres pobres e negras que são empregadas neste tipo de ocupação. A importância das políticas públicas está justamente no fato de que deve haver uma provisão dos serviços de cuidados e da redução do tempo das mulheres dedicado ao trabalho não pago, o que implica em ampliar e compartilhar a rede de cuidado para outros sujeitos.

Devemos descompactuar com qualquer tipo de perspectiva que responsabilize exclusivamente as mulheres pelo cuidado familiar. Os estudos feministas questionam justamente essa vinculação entre mulheres, tarefas de cuidado e esfera privada. Converter o tema para uma questão pública significa reposicionar a noção de cuidado para a agenda das políticas públicas³⁷. O reconhecimento, a redução e a redistribuição do trabalho de cuidado exige mensurar o uso do tempo e tornar visível a naturalização como tarefa feminina, reduzir o tempo gasto pelas mulheres na reprodução social e, principalmente, ofertar estruturas possíveis para redistribuir o trabalho do cuidado (SOUZA e MARIANO, 2018).

O “cuidado como prova de amor”, ou seja, sem remuneração e restrito à esfera doméstica, é uma afirmação violenta e dramática para qualquer mulher, na medida em que traduz a desigualdade entre os papéis de gênero em valores morais. Pensando nas mulheres em situação de pobreza no Brasil, é comum não haver a presença da “figura tradicional do pai”, como a do cônjuge na classe média, na qual o cuidado possa ser compartilhado. A delegação do cuidado das crianças acaba sendo repassado de mulheres para outras mulheres –

³⁷ O cuidado é também atravessado por outros marcadores da diferença, como classe, raça e deficiências. Soraya Fleischer (2017) em sua pesquisa etnográfica com as “mães de micro[cefalia]” no Recife aponta que as práticas de cuidado e a politização do cuidado apontam para uma experiência que envolve o “segurar”, o “caminhar” e o “falar”. A maternidade, assim como qualquer outra relação social, se desenvolve por meio da convivência e da intimidade. A desigual repartição das tarefas domésticas e familiares é um elemento que compõe a desigualdade entre o gênero feminino e masculino. Ainda que homens e mulheres adoeçam e sejam responsáveis pelo contágio do vírus, apenas as mulheres e meninas são requeridas a atenção, a vacina em dia, a responsabilização na cena sexual e, em última instância, o cuidado com a saúde.

das mães para as avós, por exemplo. Nesse aspecto, a dimensão geracional do cuidado gira não apenas em torno do ensino do ritual e da prática de maternagem, como também da transmissão de responsabilidade (SOUZA e MARIANO, 2018).

O percurso histórico e cultural aponta que as raízes do mito do amor materno foram sendo costuradas pela ciência e por uma série de saberes. Não apenas as correntes de cunho biológico contribuíram para uma determinação do instinto materno, mas também psicanalistas, ginecologistas, obstetras, cientistas sociais, fisiologistas, psicólogos, entre outros, atestaram que as mulheres possuíam não apenas uma predisposição mas uma verdadeira vocação à maternidade e ao cuidado (CORDEIRO, 2013). A perspectiva geracional do cuidado que estamos propondo refletir aponta para uma dinâmica de socialização que acontece no tempo, considerando o curso de vida e a transmissão de experiências. Paralelamente, acaba criando mecanismos que naturalizam o cuidado ao gênero feminino e materializa as desigualdades entre os gêneros (SOUZA e MARIANO, 2018).

Figura 10 – Pôster 2015 – HPV (Ministério da Saúde)

DISQUE SAÚDE
136
www.saude.gov.br

BAIXE O APLICATIVO
VACINAÇÃO EM DIA
App Store Google play

#VacinaHPV [/vacinacaoMS](#) [@PNI_MS](#)

Vacinações contra o
HPV

SUS SUS

Proteção para a menina, saúde para a mulher.

Meninas de 9 a 11 anos devem ser vacinadas

A infecção pelo HPV é a principal responsável pelo câncer do colo de útero. A cada ano, no Brasil, surgem 15 mil novos casos e 5 mil mulheres morrem. A vacina é a principal forma de prevenção, por isso, é importante que toda menina de 9 a 11 anos receba as três doses da vacina contra o HPV. Ela é segura, de graça e está incluída no Calendário Nacional de Vacinação. Atenção: meninas de 12 a 13 anos que ainda não foram vacinadas devem procurar uma Unidade de Saúde do SUS para receber a vacina. Lembre-se: a proteção só acontece com a 2ª dose.

1ª DOSE → 2ª DOSE (6 meses depois) → 3ª DOSE (60 meses depois da primeira dose)

Procure uma Unidade de Saúde do SUS ou fique atenta as períodos de vacinação na escola. Leve a caderneta de vacinação.

VACINAR É PROTEGER

SUS

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Fonte: INCA (2021)

Figura 11 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs)

Yes!

Nós seremos a primeira geração sem câncer de colo do útero

Movimento Brasil sem câncer do colo do útero

Pais façam seu dever de casa !
Na volta às aulas, vacinem seus filhos contra HPV.
Meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, 02 doses (0 e 6 meses)

Realização:

EVA INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE GINECOLOGIA

Apoio:

SBOC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA

SBM

cura

AMB Associação Médica Brasileira

SBC Sociedade Brasileira de Cancerologia

P Sociedade Brasileira de Patologia

Femama

SBRT SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIODIAGNÓSTICO E TERAPIA

Sociedade Brasileira de Patologia

ABPTGIC Associação Brasileira de Patologia de Transmissão Sexual e Genética

febrasgo

LADO A LADO

SBT SOCIEDADE BRASILEIRA DE TUMORES

Oncoguia

FARMA COSTELL

GrupoBoticário

Fonte: SBRT (2021)

Figura 12 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs)



Yes! *Nós seremos a primeira geração sem câncer de colo do útero*

Movimento Brasil sem câncer do colo do útero

Pais façam seu dever de casa!
Na volta às aulas, vacinem seus filhos contra HPV. Meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, 02 doses (0 e 6 meses)

©lelé

Realização:
EVA INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Apoio:
SBOC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA
febrasgo
cura
Femama
Oncoguia
SBRT SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA
Sociedade Brasileira de Patologia
JGU
AMB
SBOC Sociedade Brasileira de Oncologia
SBC Sociedade Brasileira de Cancerologia
ABPTGIC
SBM
P
LADO A LADO
FARMACIA CASTELI
GrupoBoticário

Fonte: SBRT (2021)

A campanha de 2015 do Ministério da Saúde foi produzida no estágio inicial da distribuição das vacinas de HPV no Brasil. A escolha de utilizar o contexto escolar para compor o cenário da campanha fazia bastante sentido na medida em que as vacinações aconteciam nesse ambiente. Podemos pensar que a alta adesão à vacina de HPV nos primeiros anos foi resultante de uma série de fatores. A estratégia de ser inicialmente distribuída nas escolas (públicas e particulares) foi um dos artifícios cruciais, pois recebeu apoio de grande parte dos profissionais de educação, que se somaram aos esforços dos profissionais de saúde. A dimensão das campanhas divulgadas por publicidade em mídias de massa, folhetos, cartazes e por meio do âmbito educacional também foram formas importantes de atingir o público-alvo (SANTOS, 2017).

Dentre as campanhas privadas e não governamentais analisadas, as peças do Movimento Brasil sem câncer do colo do útero³⁸ são as que mais se assemelham, em termos visuais e discursivos, com as peças do Ministério da Saúde (principalmente o formato utilizado de 2014 até 2016). Com o objetivo de mobilizar os cuidadores para vacinarem seus filhos, a campanha tinha como lema: *“yes, nós seremos a primeira geração sem câncer do colo do útero”*. A ambientação da sala de aula e a utilização de recursos que nela são encontrados, como quadro escolar e giz de cera, livros, cadernos, bola de futebol, o agrupamento de crianças, a letra com a tipografia cursiva e o rosa como a cor de destaque são elementos afins entre a campanha de 2015 do Ministério e de 2020 do Movimento. Não obstante, o fato de em 2020 as vacinas de HPV não serem mais aplicadas nas escolas faz com que as peças do Movimento pareçam descontextualizadas em um primeiro momento. Mas, ao contrário disso, acreditamos que há justamente a manutenção da escola como um valor, tanto no sistema de representações como nas discussões públicas sobre saúde e sexualidade.

Meninas e mulheres são apresentadas nos cartazes com certa pureza e inocência. O slogan *“proteção para a menina, saúde para a mulher”* mostra a prevalência de expressões que enfatizam uma lógica vacinal e preventiva exclusiva para o sexo feminino. No primeiro cartaz surge com protagonismo uma figura que pode ser supostamente entendida como uma professora. O quadro de cortiça, os avisos, a breve explicação sobre qual a função da vacina e o período temporal em que deve ser tomada, mostram que há uma valorização da pedagogia – aspecto que evidencia uma metalinguagem do cartaz. O excesso da cor rosa (nas roupas da mulher, no fundo do cartaz e nas letras) reforça a marcação do gênero feminino.

³⁸ Para que não fique repetitivo o termo completo “Movimento Brasil sem câncer do colo do útero”, utilizaremos apenas a redução “Movimento” em algumas passagens.

No segundo cartaz, a predominância do rosa é substituída pelo cinza (o rosa surge apenas no balão). A menina risca a parede remetendo ao quadro negro, o que nos transporta para a sala de aula. Apesar de posicionar-se de costas, a menina parece estar vestida como uma professora. No terceiro cartaz, há um agrupamento de crianças bem distintas entre si. O cinza permanece como cor de destaque, mas há uma sutil marcação de gênero que pode ser visivelmente encontrada: todas as meninas, na primeira fila, estão usando vestido e bota/sandália. Por outro lado, os meninos, estão de bermuda ou calça. As crianças seguram, em sua maioria, um livro ou caderno. Mas, uma menina em primeiro plano segura uma maçã e um menino está com uma bola de futebol em seus pés; já no segundo plano, um menino segura uma bola de basquete. Portanto ainda que o cinza (uma “cor neutra”) surja, há repartições visíveis entre os gêneros. Se as meninas estão inseridas na feminilidade e no universo do cuidado (como a cena clichê de presentear a professora com uma maçã), os meninos estão inseridos na masculinidade (na cena, voltados para o esporte).

Natália Bezerra (2017) realizou uma pesquisa etnográfica nas escolas de Brasília, no início da distribuição vacinal, com o objetivo de conhecer o mundo social da vacina de HPV, os atores envolvidos e os desdobramentos sociais que se davam a partir disso. As considerações que foram realizadas pela pesquisadora nos auxiliarão a contextualizar as campanhas e a articular com o processo de escolarização. A autora destaca que falar em vacina de HPV é, por vezes, fazer emergir discussões “silenciadas” sobre sexualidade, corpo e relacionamento.

Pensamos aqui a escola em uma dupla dimensão estrutural – global e local. Global enquanto um dispositivo educacional e disciplinador que visa formar sujeitos; e local no sentido de que possui especificidades de acordo com sua localidade (territorial) e os atores envolvidos. De acordo com Augé (1994), o lugar representa uma localidade social, temporal e histórica, onde as relações vividas constituem um caráter identitário individual e coletivo. Assim, podemos pensar na escola como um lugar onde há manifestações práticas e situações vividas, atravessadas por fluxos, discursos, afetos, representações, materialidades, sujeitos, papéis, etc. Os elementos escolhidos para serem alocados nos cartazes ajudam a construir essa ideia de “lugar escolar” (crianças reunidas, quadro negro, cadernos, giz, avisos, etc.). Mostrar como é esse lugar ajuda o receptor a ser transportado para o mundo físico e social do cenário aludido. As imagens valorizam a presença das informações contidas no discurso, não são meras ilustrações em meio ao texto.

Portanto, falar sobre o lugar-escola é retratar as relações sociais que nele podem ser encontrados e a cultura escolar é retroalimentada por um agenciamento complexo dos atores

envolvidos. Tanto a dimensão institucional (conjunto de regras, normas que visam regularizar e demarcar as ações) quanto a dimensão cotidiana (experiências advindas das relações sociais) devem ser consideradas. Pensar na prática educativa como algo que possibilita construir maneiras de ver a si e ao mundo de modo criativo esbarra em uma escola que também é normalizadora dos corpos e das atitudes. Para Foucault (1976/2017), a instituição educacional é uma ferramenta produtiva de vigilância, poder e controle dos corpos.

A constituição desse cenário simbólico e material é importante no contexto de saúde porque essa construção representativa e imaginária influencia o processo vacinal em si. Localizar o espaço e para que tipo de público a vacina de HPV foi destinada no início da distribuição pelo SUS nos permite apreender informações contextuais importantes para realizar uma leitura pertinente das campanhas. Portanto, escola, crianças e adolescentes (denominaremos esse grupo de juventude), profissionais de saúde, de educação, pais e mães são os maiores partícipes do mundo social das campanhas de HPV. Levar em consideração o contexto escolar e seus atores nos possibilita entender os contornos políticos (iniciais) da vacinação e o papel “formador” das escolas.

Bezerra (2017) coletou informações importantíssimas em sua etnografia que nos permite realizar uma aproximação com o campo mesmo sem estar nele fisicamente. A autora reparou, por exemplo, que o cartão de HPV que era fixado ao cartão de vacina nas escolas era da cor rosa – padrões de gênero atuando. Notou também que as meninas vacinadas eram desinformadas sobre o assunto, sequer recebiam a devida explicação sobre a função da vacina. Quando indagadas sobre a vacina de HPV, a maioria delas apontava que a vacinação tinha uma função de “prevenção”, embora desconhecessem as formas de contágio e mesmo a associação entre HPV e câncer de colo uterino. “Vacinar é bom porque previne”, disse uma das meninas entrevistadas por Natália. Ao passo que acreditamos haver um eufemismo para falar de câncer uterino nas campanhas públicas, substituindo o termo por HPV, acreditamos também que há uma moralidade para falar sobre os modos de transmissão (sexuais) (BEZERRA, 2017, p. 129).

Seguindo uma espécie de ritual da imunização na sociedade contemporânea, Bezerra (2017) descreve que as meninas na escola entravam na fila na vacinação e seguiam ordenadamente até a aplicação em si. Através de um movimento sequencial, ordenado, padronizado, repetitivo, automático e, principalmente, naturalizado pelo processo civilizador (ELIAS, 2006). Não havia espaço para questionamentos por parte das meninas – no máximo, surgiam dúvidas. Através de uma listagem que permanecia na mão das professoras e das técnicas de enfermagem, o poder escolar aliado à autoridade médica, diferenciava as

“vacinadas” das “não vacinadas”, os corpos “obedientes” e “não obedientes”, ou seja, aspectos diferenciadores e que ao mesmo tempo promovem certa coesão social ao grupo, tendo em vista que havia um compartilhamento de sentimentos entre as meninas. Para Foucault (1976/2017), a construção de um corpo dócil e submisso é útil à ordem estabelecida, seja escolar, médica ou ambas sobrepostas, como no caso da vacinação dentro das escolas.

Bezerra (2017) aponta que embora poucas meninas soubessem para quê ou o porquê estavam sendo vacinadas, a maioria delas afirmavam que se a vacina existia, então, era importante. Cabe destacar que o termo “prevenção” surgia tanto no discurso das meninas quanto dos profissionais de educação e saúde. Essa retórica de prevenção e proteção não é uma particularidade da vacina de HPV, mas sim um significado comum ao universo social e cultural das vacinas. A adequação das meninas ao discurso construído historicamente revela um comportamento, o hábito e a tradição, que é a cultura da imunização (HOCHMAN, 2011). Na fala de Clarissa, uma menina de 12 anos entrevistada pela pesquisadora, encontramos uma síntese muito singela e honesta sobre o que a vacina significa para ela – e para muitas outras pessoas: uma dádiva.

Clarissa: A vacina tá na escola porque a escola incentiva a gente a fazer isso. Eu vejo a vacina como um presente, pois ele favorece a pessoa. Nada na sua vida é obrigado, tipo, se você não quiser tomar a vacina, você não toma. Mas, se não tomar, pode ter uma consequência. (...) Então eu acho que é como um presente, porque eles dão de graça. (...) Acho que deveria dar a vacina para todo mundo, até mesmo porque que é mais fácil um adulto tomar que uma criança, porque eles não têm mais medo (BEZERRA, 2017, p.147).

A importância da vacina para o corpo feminino recebeu destaque pelas meninas entrevistadas. O critério justificado por elas para que não houvesse vacinação com os meninos era a mesma subentendida pela campanha: a presença de um útero para se “proteger”. A premissa de proteção do órgão através da vacina faz entender que a vacina é contra o câncer uterino, não contra ISTs. As campanhas de HPV obscurecem qualquer referência à atividade sexual, o foco é a doença e o possível acometimento do útero. A dinâmica do automonitoramento da mulher com o seu corpo é reforçado, e o cuidado da saúde é constantemente evocado na sua dimensão pessoal e privada (BEZERRA, 2017).

Ainda que o ensino sobre a sexualidade ou sobre o sistema reprodutor sejam preconizados nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), parecem ainda assuntos resistentes aos educadores. A escola é um espaço privilegiado de socialização e transmissão cultural, assim, poderia ser utilizado enquanto um lugar possível para transversalizar discussões sobre corpo, gênero, sexualidade e saúde. Mas, na prática, não é isso que acontece.

Nos últimos anos a possibilidade sobre discussões de gênero e sexualidade nas escolas se tornou um pânico (moral) coletivo (MISKOLCI, R.; CAMPANA, 2017). Ainda é apontado como o assunto que deve ser tratado no âmbito íntimo e familiar.

A mensagem nos cartazes do Movimento, “*pais façam o seu dever de casa*”, é uma convocação direta para que membros da família sejam os responsáveis pela qualidade de vida dos filhos, para que sejam os principais responsáveis pela administração do cuidado e para que garantam o consumo dos artefatos bioquímicos. A frase abriga em si certa polissemia, pois entendemos que sugere tanto uma tarefa que deve ser realizada no âmbito doméstico, quanto uma obrigação que é “da casa”, isto é, dos pais. Há uma ênfase que os pais devem cuidar no presente para garantir um futuro “saudável” e com os “riscos controlados” dos filhos. Mas, com os movimentos alternativistas fazendo parte do universo social das vacinas hoje, tanto vacinar quanto não vacinar podem dizer o mesmo: demonstração de cuidado.

Discutir sobre sexualidade e gênero ainda apresenta controvérsias e resistências, dentro de casa ou nas escolas. Na maioria das vezes, o sentimento de vergonha surge como sintoma e, ao mesmo tempo, um obstáculo para estas discussões que são naturalizadas como “espinhosas” ou “delicadas” – construções que são engendradas no próprio processo civilizador (ELIAS, 2006). A educação iniciada na família é continuada pela escola, assim, na maioria das vezes, os constrangimentos sentidos pelas crianças, pelos cuidadores e pelos educadores assinalam que se trata de um assunto “perigoso”, “imoral” e até mesmo “poluente” (DOUGLAS, 1992).

No início do século XX, Freud (2016/1905) em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” já apontava como as crianças manifestavam a sexualidade, como as experiências corporais são cruciais no desenvolvimento sexual e como isso vem acompanhado de muita curiosidade que o sexo proporciona. Ainda assim, isso não fez com que a ideia puritana das crianças fossem superadas. Recorrer à ciência para falar sobre sexualidade do ponto de vista “neutro” evidencia algo importante, manifesta uma pretensão bastante ilusória de que é possível desvinculá-la de uma perspectiva moral. Recordamos, repetimos, mas ainda não elaboramos³⁹ qualquer discussão que tenha sexualidade e infância no mesmo enunciado.

³⁹ Referência a um texto clássico de Sigmund Freud denominado como “Recordar, repetir e elaborar” de 1914, no qual o psicanalista afirma que algumas fantasias e situações inconscientes, sejam individuais ou coletivas, só podem ser elaboradas ou digeridas, depois de recordadas ou lembradas. Caso isso não aconteça, sujeitos e grupos repetem os mesmos comportamentos, na maioria das vezes, prejudiciais e danosos. Esse movimento permite que passado, presente e futuro possam ter uma integração contundente, abrindo espaço para a restauração de algo que já foi vivido e para a construção de algo “novo”.

3.4.3 Infância e Juventude

Figura 13 – Conjunto de Infância e Juventude

Cada menina é de um jeito, mas todas precisam de proteção.

Vacinação contra o HPV

136

Yes!

Nós seremos a primeira geração sem câncer de colo do útero

Movimento Brasil sem câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é uma doença evitável. Vacinação anti-HPV para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Podemos eliminar este tipo de câncer do nosso país em um futuro próximo!

Meninas de 11 a 13 anos devem ser vacinadas.

Para ser professor, ele precisa de uma dose de dedicação e duas doses da vacina contra HPV.

VACINE SEUS FILHOS.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

Para ser astronauta, ela precisa de uma dose de sorte e duas doses da vacina contra HPV.

VACINE SEUS FILHOS.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

Para ser cantora, ela precisa de uma dose de afinação e duas doses da vacina contra HPV.

VACINE SEUS FILHOS.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

Para ser médica, ela precisa de uma dose de empenho e duas doses da vacina contra HPV.

VACINE SEUS FILHOS.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

Figura 14 – Pôster 2014 – HPV (Ministério da Saúde)

Twitter @PNI_MS Facebook /ProgramaNacionaldeImunizacoes

Cada menina é de um jeito,
mas todas precisam de proteção.

**Vacinação
contra o HPV**

Disque SAÚDE
136
www.saude.gov.br

Vacinação para quem precisa de mais proteção.
Um direito seu assegurado pelo SUS.

Meninas de
11 a 13 anos
devem ser vacinadas.

MELHORAR SUA VIDA, NOSSO COMPROMISSO.

40 Anos
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Fique atento ao período de vacinação
na escola ou vá a uma unidade de saúde.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Fonte: INCA (2021)

Figura 15 – Pôster 2020 – Movimento Brasil sem câncer do colo do útero (Sociedades Médicas e ONGs)



Yes!

Nós seremos a primeira geração sem câncer de colo do útero

Movimento Brasil sem câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é uma doença evitável. Vacinação anti-HPV para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Podemos eliminar este tipo de câncer do nosso país em um futuro próximo!

Realização:

E. V. A. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ESTUDOS DE CÂNCER E OTORRINOLARINGOLOGIA

SBOC febrasgo cura. femama Oncoguia

SBRT SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIODIAGNÓSTICO E RADIOTERAPIA AMB Associação Médica Brasileira SBC Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Apoio:

FABER-CASTELL

©lelé

Fonte: SBRT (2021)

Figura 16 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer)



Fonte: CÂNCER (2021b)

Figura 17 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer)



Fonte: CÂNCER (2021b)

Figura 18 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer)



Fonte: CÂNCER (2021b)

Figura 19 – Pôster 2020 – HPV (Fundação do Câncer)



Fonte: CÂNCER (2021b)

As campanhas de 2014 do Ministério da Saúde e as de 2020 do Movimento Brasil sem câncer do colo do útero e da Fundação do Câncer irão compor nossa discussão acerca do processo transicional entre infância e juventude. Seja na instituição pública ou não governamental, em todas elas notamos o artifício da construção de uma identidade infanto-juvenil para mobilizar o público. Desdobraremos a seguir como isso se constitui enquanto uma estratégia das campanhas e o que podemos capturar, em termos de sentidos, a partir dessa afinidade.

A peça do Ministério da Saúde foi a primeira que circulou no país para comunicar sobre o início da imunização de HPV pelo SUS. A frase “*Cada menina é de um jeito, mas todas precisam de proteção*” parece fazer alusão a uma dimensão singular e generalista, ao mesmo tempo; singular porque enfatiza a construção plural das identidades de menina(s), e generalista porque enfatiza que, apesar das diferenças, todas devem se proteger – entendemos que proteção aqui serve como uma substituição do termo “prevenção”. Há uma construção representativa que parece intencionalmente borrar as categorias de infância e adolescência⁴⁰, apesar de intrinsecamente haver uma zona cinzenta entre elas. Sabemos que há diferentes concepções do que se trata ser uma criança ou um adolescente e que são constituídas a partir de pontos de vista teóricos e múltiplos conceitos. As contingências históricas, sociais e culturais são indispensáveis, nesse sentido, para entender ao que exatamente o termo se refere. Iremos nos respaldar em uma ótica que foi construída na sociedade ocidental contemporânea, isto é, enquanto “produções sociais” do nosso tempo.

Na dissertação de Vanessa Leite (2009), a autora explora como diferentes perspectivas em relação à sexualidade adolescente estão articuladas no discurso e na atuação do campo de garantia de direitos de crianças e adolescentes. Assim como a autora, acreditamos que pensar sobre infância e juventude significa considerar esse conjunto de atores pertencentes a uma categoria social. A concepção de que existe um fase definida do desenvolvimento humano (marcada por aspectos biofisiológicos, psicológicos e sociais) trata-se de uma construção histórica e social mais consolidada no século XX. Àries (1978) apontou que na Idade Média, por exemplo, não existia uma concepção de infância como temos hoje – sequer existia “infância”. O conceito tornou-se mais nítido entre o final do século XIX e meados do século

⁴⁰ Ambos os termos, “adolescência” e “juventude”, representam a mesma parcela da população. Ainda que os intervalos etários nem sempre sejam coincidentes, adolescência é um termo comum ao universo da psicologia e juventude é mais operada na sociologia contemporânea – utilizaremos aqui os dois, pois consideraremos em seu valor representativo.

XX. A adolescência, por sua vez, foi convencionada e chamada enquanto tal pela OMS em 1974 na Reunião sobre Gravidez e Aborto na Adolescência. Segundo a definição, trata-se de uma fase do desenvolvimento humano em que:

a) O indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; b) Os processos psicológicos, o indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a fase adulta; c) Ocorre uma transição do estado de dependência econômica total a outro de relativa independência (LEITE, 2009, p.36).

Apesar de abranger aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, a OMS chama atenção para a maturação sexual. Portanto, a adolescência é um período bastante característico do desenvolvimento porque aponta para uma passagem da infância para a vida adulta – a iniciação da vida sexual é um desses acontecimentos que marcam a adolescência. O marco legal realizado pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), define “crianças” como sujeitos até 12 anos incompletos e “adolescentes” entre 12 e 18 anos – a partir de 18 anos já são considerados “jovens”. Portanto, levando em consideração a faixa etária que surgem nas peças aqui analisadas, estamos lidando tanto com crianças quanto adolescentes – aspecto que torna a discussão ainda mais provocativa. Mencionar essa diferenciação de categorias é importante porque no caso da vacina de HPV há uma percepção coletiva de que há um deslocamento de “menina” para “mocinha”, apenas por estarem no grupo etário da vacina.

Cada menina apresentada na campanha de 2014 do Ministério da Saúde está em um cenário diferente, construído por cores de fundo (roxo, rosa e laranja), elementos e roupas distintas. Itens pessoais como telefones celulares, maquiagem, roupas, entre outros, fazem parte do cotidiano juvenil e reposiciona as relações. Além de promover o autoreconhecimento entre os jovens. Oliveira (2006) salienta que:

Na adolescência, ao menos nos contextos urbanos industrializados, tende a haver o predomínio da diferenciação sobre a imitação. Os adolescentes passam a criar sistemas semióticos (gírias, estilos de vestimenta e corte de cabelo, por exemplo) que são incorporados à chamada cultura juvenil típica de cada geração. Enquanto na infância a identificação como imitação constitui o principal dispositivo de socialização, na adolescência passa a ganhar maior importância a diferenciação, tendência responsável pela enfática afirmação das marcas culturais típicas de cada geração (OLIVEIRA, 2006, p. 443).

É possível observar que as meninas que surgem no cartaz representam certas personalidades estereotipadas. Assim, da esquerda para a direita, a primeira menina apresenta um perfil “roqueira”, veste uma camisa de banda de rock e seus itens também fazem alusão ao universo da música (pelúcias dos *Beatles*, camisas do *The Rolling Stones* e *Pearl Jam*,

partitura, violão, baquetas e dispositivo para ouvir música com fone de ouvido). A segunda menina possui um perfil mais “patricinha”, usa um vestido amarelo, uma sapatilha e seus elementos remetem a um certo universo de feminilidade (sapatilhas de ballet, acessórios como cordão e pulseira, maquiagem, um bolsa rosa, um livro intitulado “reflexões sobre moda”). A terceira menina apresenta um perfil de “CDF⁴¹”, usa óculos, jeans, uma camisa xadrez e uma sandália. Os elementos que surgem são tênis, um cubo mágico, livros, um mangá e um chapéu. Nos três perfis podemos encontrar itens em comum: pelúcias, cadernos, mochila e estojo com lápis. Os três últimos representam a dimensão escolar (contexto em que a vacina estava sendo distribuída). Porém, as pelúcias valem a pena serem desdobradas.

A menina “roqueira” apresenta pelúcias dos *Beatles* no seu cenário, a “patricinha” tem a pelúcia de um urso e a “CDF” possui a pelúcia de uma coruja (símbolo da sabedoria). Acreditamos que as pelúcias podem ser interpretadas enquanto elementos comuns ao universo da infância, ainda que os perfis identitários representem a passagem para uma nova fase: a adolescência. A adolescência é comumente reconhecida por ser um período conflitante e paradoxal; por um lado, o sujeito precisa assumir as responsabilidades da vida adulta, por outro, sua autonomia, em muitos momentos, é desconsiderada, e acabam sofrendo certa “infantilização” pelos adultos. Todas elas estão também posicionadas de formas afins (deitadas, com as pernas cruzadas e sorrindo), aspecto que nos remete diretamente à análise realizada por Goffman (1979), na qual o autor apresenta o “ritual da subordinação”, isto é, aponta que as mulheres tendem a ser posicionadas nas propagandas de modo mais submisso que os homens.

A ausência da menção sobre a sexualidade denota certo apagamento dessa discussão no material que analisamos. Ainda que o debate sobre a saúde da mulher tenha surgido, em 1984, no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher em Amsterdã, o conceito de direitos sexuais em si só começou a eclodir na década de noventa. Diante desse panorama, a sexualidade infanto-juvenil permanece sendo tratada como um problema que deve ser contido. E, sobretudo, que não deve ser discutido, para que a vida sexual não seja “incitada precocemente”. Nos debates públicos, a sexualidade é desconsiderada enquanto parte essencial da experiência humana, e que é tanto fonte de prazer e alegria como pode ser de dor e sofrimento. Portanto, é necessário pensar e discutir, publicamente, o assunto. A “proteção de crianças e adolescentes” deve considerar os aspectos violentos que a sexualidade pode

⁴¹ CDF é uma abreviatura para “cabeça de ferro” e representa um sujeito que é muito inteligente, muito dedicado aos estudos e que está alheio da vida social dos jovens de sua idade.

adquirir (como assédio ou abuso sexual). Os direitos sexuais, enquanto um dispositivo político, é uma ferramenta de garantia dos direitos humanos e coaduna com a promoção de saúde e cidadania (LEITE, 2009).

O segundo cartaz, produzido pelo Movimento Brasil sem câncer do colo do útero, não possui uma riqueza tão grande em termos de símbolos. Todavia, não deixa de emitir uma mensagem a partir da construção da imagem. A hegemonia do cinza permanece, e nele há apenas a figura de uma menina com luvas de boxe em posição defensiva com uma mão e de ataque com a outra. Na descrição do cartaz há as frases que dizem que “*o câncer do colo do útero é uma doença evitável*” e que “*podemos eliminar este tipo de câncer do nosso país em um futuro próximo*”.

Os quatro últimos cartazes foram produzidos pela Fundação do Câncer. Em setembro de 2020, a Fundação realizou uma parceria com a Ecoponte, que liga a cidade do Rio de Janeiro à Niterói, para exibir as campanhas em grandes painéis da ponte. O atual diretor executivo, médico e cirurgião oncológico Luiz Augusto Maltoni, declarou que:

Nosso intuito é chamar atenção dos pais para uma questão crucial para a saúde de meninas, de 9 a 14 anos, e meninos, de 11 a 14 anos. Muitos pais ainda se perguntam o porquê de vacinar seus filhos nessa idade, já que muitos ainda nem iniciaram suas vidas sexuais. Mas a proteção é fundamental nessas faixas-etárias, pois já se sabe que a vacina tem maior eficiência quando administradas antes da exposição ao HPV; a resposta imunológica é mais duradoura (CÂNCER, 2021b).

Alguns aspectos evidenciados na declaração do diretor apontam para questões relevantes que podemos encontrar nesses cartazes. A primeira delas é como as campanhas são desenvolvidas para traçarem uma comunicação com os pais ou familiares, isto é, com os cuidadores. Desde o início do século XX, há um pensamento social acerca da “proteção” dos menores⁴². Segundo Adorno (1999 apud LEITE, 2009), sinteticamente, a história do direito brasileiro do “menor” pode ser dividida em três fases: a primeira (1927 – 1979) foi marcada pela execução de normas e diretrizes repressivas e discriminatórias; a segunda (1979 – 1989), na qual se delineia uma política nacional caracterizada pela proteção e amparo paternalistas, sem perder, contudo, sua perspectiva correccional; a terceira, inaugurada em 1990, fundada na concepção da criança e do adolescente como cidadãos, passíveis de proteção integral.

⁴² A categoria menor é um conceito estigmatizante que acompanhou crianças e adolescentes até 1990, com a promulgação do ECA. A tutela da infância, nesse momento, passou a dos vínculos institucionais em relação aos vínculos (exclusivamente) familiares.

Portanto, o fato da campanha ser destinada ao universo adultocêntrico⁴³ reforça a concepção de que as crianças e adolescentes são sujeitos que precisam ser tutelados pelos cuidadores. Até mesmo o recurso representativo utilizado, como as luvas de box no caso da campanha do Movimento, alude mais ao universo esportivo adulto do que infanto-juvenil.

Percebemos um certo apelo tanto à questão da temporalidade (presente e futuro) quanto do perfil identitário em todas elas. Qual criança nunca ouviu “o que você quer ser quando crescer?”. De certo modo, a campanha da Fundação parece investir na resposta a essa pergunta. A imaginação, o viés criativo e o sonho profissional são elementos importantes na campanha. Os cartazes da Fundação também buscam enfatizar a necessidade de tomar as duas doses da vacina com a frase “*ela/ele precisa de uma dose de (dedicação/afinação/sorte/empenho) e duas doses da vacina contra HPV*” – cabe lembrar que um dos maiores obstáculos enfrentados pelas políticas de imunização é a adesão das doses subsequentes.

Se por um lado há uma certa “adultização” das crianças, a partir da identidade profissional, por outro lado, debater sobre gênero e sexualidade na infância ainda é algo inaceitável para alguns grupos. Os adolescentes em nossa sociedade são sujeitos de direitos, mas sempre com restrições – o direito sexual é um deles. Acreditamos que os direitos sexuais infanto-juvenis, na qual a discussão de HPV transversaliza, deve ser pensada em uma perspectiva positiva. Não basta falar sobre o assunto ou apenas mencionar quando ligado à violência, riscos, “danos” ou à doença; isso seria uma aposta exclusiva na perspectiva negativa. Ainda há muita resistência, historicamente, de diferentes setores para incorporar os direitos sexuais a outros sujeitos de direitos que não os adultos. As próprias mulheres adultas, por exemplo, na maioria das vezes são referenciadas apenas nos direitos reprodutivos. As políticas e as ações públicas devem se voltar mais para uma aposta na perspectiva positiva, na aposta de um cuidado, de fato, contextualizado, que possa garantir autonomia, proteção e saúde. Em consonância com Leite, apostamos que:

A reflexão e o debate acerca da sexualidade adolescente precisam basear-se nas seguintes premissas: a da necessidade de ampliação da reflexão acerca da sexualidade adolescente na perspectiva dos direitos humanos e articulada com as discussões nos Fóruns Internacionais sobre direitos sexuais e reprodutivos; da importância de pensar a sexualidade como constitutiva da vida dos adolescentes, e que se manifesta de forma prazerosa e independente

⁴³ O termo faz referência ao adultocentrismo, prática social que tende a colocar os adultos em uma posição muito mais privilegiada do que crianças e adolescentes. O poder excessivo na decisão dos adultos costuma deixar a participação infanto-juvenil fora do centro do próprio processo de ensino-aprendizagem, excluindo-os também de escolhas políticas.

da reprodução; bem como a da necessária reflexão crítica dos modelos de atenção aos adolescentes, que quando reconhecem sua sexualidade, o fazem associando-a a violência, à reprodução e à heterossexualidade (LEITE, 2009, p. 110)

Em nenhuma das campanhas surge qualquer referência ao fato do vírus poder provocar ISTs, por exemplo. O diretor da Fundação do Câncer ressalta, inclusive, que a questão dos pais continua sendo sobre o porquê da vacinação para uma IST ser iniciada tão cedo, tendo em vista que muitas crianças ainda nem iniciaram a sua vida sexual. A justificativa científica responde que é por uma questão de eficácia – quanto mais precoce, maior é a proteção da vacina. De todo modo, alguns cuidadores acreditam que a imunização possa “incitar” o início de vida sexual compartilhada. A autonomia *versus* tutela aponta que ainda que a autonomia dos adolescentes seja mais ampliada do que a das crianças, as políticas de saúde e de educação tendem a reforçar o discurso de irresponsabilidade e incapacidade em termos de ação no que tange à sexualidade – concepção que justificaria a postura tutelar por parte dessas políticas. Pouco se produz para além da ótica do risco ou da vulnerabilidade. Há um pânico moral por produzir, como efeitos das discussões sexuais com crianças e adolescentes, uma espécie de “sexualização infantil”.

Não é de hoje que sexualidade infantil é entendida como um perigo “aos bons costumes”. Desde os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (FREUD, 1905/2016) até a polêmica do chamado “kit gay” (LEITE, 2019), debater sobre gênero, sexualidade e infância tem sido nomeada como “prática ideológica”. De todo modo, o silenciamento é potencialmente muito mais nocivo na medida em que não assegura o mínimo conhecimento necessário sobre a própria saúde sexual. Freud (1919/2010) bem nos ensinou que o “retorno do reprimido” tarda mas não falha, isto é, tentar “esconder” a sexualidade (inerente ao desenvolvimento fisiológico, psicológico e social) dos adolescentes faz com ela emerja com muito mais força e desconfigurada. Através do exercício da invisibilização, as campanhas mais demonstram um controle do exercício da sexualidade do que uma ampliação de direitos propriamente dito. Além disso, quando raramente mencionada, o discurso público tende a relacioná-la exclusivamente com as práticas heterossexuais.

O último ponto a ser discutido diz respeito à quebra de estereótipos de gênero – o que diferencia a campanha da Fundação em relação às campanhas do Ministério da Saúde e do Movimento. Nas peças vemos uma menina cantora, um menino professor, uma menina médica e uma menina astronauta. Há uma certa “inversão” de papéis que comumente são propagados, como a medicina e astronomia sendo profissões representados pelos homens e a

docência pelas mulheres. O cuidado e a educação quase sempre estão associados ao gênero feminino, sejam por justificativas históricas, culturais ou quantitativas. Nesse caso, vemos o deslocamento desses papéis profissionais nos cartazes.

Segundo Diniz (2014), crianças e adolescentes são seres sociais ativos, interativos, capazes de pensar e ressignificar o mundo à sua maneira. Estes sujeitos constituem categorias sociais e podem desestabilizar o “adultocentrismo” a partir de suas experiências. A ideia de que crianças e adolescentes devem ser sujeitos ativos do processo pedagógico, além de serem assistidas e reconhecidas no contexto sociocultural do qual fazem parte, é uma concepção relativamente recente em termos históricos. O ECA ao forjar a formulação de que são sujeitos de direitos se coaduna a um movimento global de afirmação de direitos humanos e cidadania.

3.4.4 Gamificação

Figura 20 – Conjunto Gamificação

VACINAÇÃO
MENINGITE C E HPV. É NESSA FASE QUE VOCÊ FICA MAIS FORTE.

VACINAÇÃO
MENINGITE C E HPV. É NESSA FASE QUE VOCÊ FICA MAIS FORTE.

VACINAÇÃO
MENINGITE C E HPV. É NESSA FASE QUE VOCÊ FICA MAIS FORTE.

Assim como nos jogos, a vida é cheia de novas fases. Por isso, agora as vacinas que protegem contra a Meningite C e o HPV já estão disponíveis nas unidades de saúde.

HPV	MENINGITE C
MENINOS DE 12 E 13 ANOS MENINAS DE 9 A 14 ANOS	MENINOS E MENINAS DE 12 E 13 ANOS

HPV 2ª DOSE – 6 MESES APÓS A PRIMEIRA DOSE
NÃO PULE ESSA FASE POR NADA.

COMEÇOU A 2ª TEMPORADA DE VACINAÇÃO CONTRA O HPV.

Verifique a idade certa para tomar a vacina e fique completamente protegido para maratonar em várias outras aventuras.

MENINAS DE 9 A 14 ANOS | MENINOS DE 11 A 14 ANOS

E SE AINDA NÃO TOMOU A 1ª DOSE, VACINE-SE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE. A 2ª DOSE DEVE SER TOMADA 6 MESES APÓS A PRIMEIRA.

Procure uma unidade de saúde e vacine-se! Não se esqueça de levar a caderneta de vacinação. Acesse saude.gov.br/vacinacao e saiba mais.

Procure uma unidade de saúde e vacine-se! Não se esqueça de levar a caderneta de vacinação. Acesse saude.gov.br/vacinacao e saiba mais.

Procure uma unidade de saúde e vacine-se! Não se esqueça de levar a caderneta de vacinação. Acesse saude.gov.br/vacinacao e saiba mais.

Figura 21 – Pôster 2017 – HPV (Ministério da Saúde)

#VacinarÉProteger
/VacinacaoMS
/minsaude
/MinSaudeBR

VACINAÇÃO

**MENINGITE C
E HPV.**
É NESSA FASE QUE
VOCÊ FICA MAIS FORTE.

Procure uma unidade de saúde e vacine-se! Não se esqueça de levar a caderneta de vacinação. Acesse saude.gov.br/vacinacao e saiba mais.

136
SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL

Fonte: INCA (2021)

Figura 22 – Pôster 2017 – HPV (Ministério da Saúde)

#VacinarÉProteger
f /VacinacaoMS
t /minsaude
v /MinSaudeBR

VACINAÇÃO

**MENINGITE C
E HPV.
É NESSA FASE QUE
VOCÊ FICA MAIS FORTE.**

VACINAR É PROTEGER

Procure uma unidade de saúde e vacine-se! Não se esqueça de levar a caderneta de vacinação. Acesse saude.gov.br/vacinacao e saiba mais.

136
SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL

Fonte: INCA (2021)

Figura 23 – Pôster 2017 – HPV (Ministério da Saúde)

BAIXE O GAME DETONA VIRUS

#VacinarÉProteger
 /VacinacaoMS
 /minsauade
 /MinSaudeBR

VACINAÇÃO

MENINGITE C E HPV. É NESSA FASE QUE VOCÊ FICA MAIS FORTE.

Assim como nos jogos, a vida é cheia de novas fases. Por isso, agora as vacinas que protegem contra a Meningite C e o HPV já estão disponíveis nas unidades de saúde.

HPV	MENINGITE C
MENINOS DE 12 E 13 ANOS MENINAS DE 9 A 14 ANOS	MENINOS E MENINAS DE 12 E 13 ANOS

HPV 2ª DOSE – 6 MESES APÓS A PRIMEIRA DOSE

NÃO PULE ESSA FASE POR NADA.

Procure uma unidade de saúde e vacine-se! Não se esqueça de levar a caderneta de vacinação. Acesse saude.gov.br/vacinacao e saiba mais.

136
www.saude.gov.br

SUS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL

Fonte: INCA (2021)

Figura 24 – Pôster 2018 – HPV (Ministério da Saúde)

#VacinarÉProteger
 /VacinacaoMS
 /minsaude
 /MinSaudeBR

COMEÇOU A
2ª TEMPORADA
 DE VACINAÇÃO CONTRA O HPV.

Verifique a idade certa para tomar a vacina e fique completamente protegido para maratonar em várias outras aventuras.

MENINAS DE 9 A 14 ANOS | MENINOS DE 11 A 14 ANOS

E SE AINDA NÃO TOMOU A 1ª DOSE, VACINE-SE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE. A 2ª DOSE DEVE SER TOMADA 6 MESES APÓS A PRIMEIRA.

Procure uma unidade de saúde e não se esqueça da caderneta. Acesse saude.gov.br/vacinahpv e saiba mais.

VACINAR É PROTEGER

136
 www.saude.gov.br

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

As campanhas analisadas aqui foram divulgadas em 2017 e 2018 pelo Ministério da Saúde. A principal diferença em relação às anteriores foi o fato dos meninos terem sido incluídos no público-alvo da vacina de HPV. Desde sua inicial distribuição no Brasil, já existiam diversos questionamentos sobre a exclusão dos meninos. Porém, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) afirmou que em um momento inicial não seria necessário incluí-los – por uma questão custo-efetividade e do impacto orçamentário. Em termos estéticos, houve um deslocamento importante: o universo cor-de-rosa deu lugar para o mundo azul. Há uma reformulação na construção das campanhas não apenas em termos imagéticos (símbolos, signos, cores, etc.), mas também no modo como as campanhas passaram a se comunicar com seus interlocutores (do diálogo exclusivo com os cuidadores para o diálogo com os próprios usuários da vacina, ou seja, as crianças e adolescentes) e as plataformas de mídia em que foram utilizadas.

Podemos, inclusive, afirmar que houve um investimento transmidiático que aponta para uma mudança importante nessa relação em marketing, comunicação e saúde. Segundo Jenkins (2009), a transmídia trata-se da utilização de vários tipos de mídia em que é criada uma variedade de conteúdos que se complementam e nutrem um mesmo universo, trazendo para o usuário a sensação de expansão das possibilidades acerca da utilização de um determinado produto. Nessas campanhas, houve a produção de cartazes, comercial para televisão e redes sociais, *mini-game* e vinheta de rádio.

O *mini-game* foi chamado de “Detona Vírus” e colocava o jogador para lutar contra um poderoso e letal vírus chamado de “Harry Papilos V” a pedido do “Doutor Vacin”. No *game* havia a opção de escolher um personagem menino ou menina, e o usuário era transportado para dentro de um sistema imunológico para combater as ameaças em diversos estágios. Foi disponibilizado gratuitamente para dispositivos móveis, e as mecânicas do jogo foram adaptadas para as telas sensíveis ao toque. O objetivo do Ministério da Saúde era não apenas incentivar, mas fortalecer a campanha de vacinação contra Meningite C e HPV. O conteúdo em saúde deixou de ser nesse momento apenas uma informação dada unidirecionalmente para ser algo mais interativo e lúdico.

Os *games* (jogos) são produtos midiáticos advindos da cultura digital e tornaram-se uma forma de entretenimento muito popular entre crianças e jovens há, no mínimo, duas décadas. Devido a isso, possuem um significativo poder de influência sobre algumas formas de pensar e agir, podendo reverberar para outras áreas da vida que extrapolam os limites dos jogos propriamente ditos. Existem métodos e elementos utilizados nos *games* que auxiliam no processo de aprendizagem, além de aumentar o estímulo de forma eficiente e prazerosa. De

acordo com Ferreira (2019), a implementação de elementos dos jogos em outros contextos (de não jogos) é capaz de mobilizar dimensões como desafios, metas, recompensas, competição, colaboração e, principalmente, engajamento e aprendizado dos sujeitos envolvidos. Para a saúde, são aspectos de suma importância. Afinal, uma campanha de saúde “eficaz” é uma campanha de saúde que seja capaz de gerar aderência por parte da população.

Prensky (2001) cunhou a metáfora dos “nativos digitais”, termo amplamente utilizado para designar a geração dos jovens que já nasceram em meio às tecnologias digitais e que, por isso, já incorporaram de modo “natural” na vida cotidiana e no modo de pensar. Cabe ressaltar que o público-alvo da campanha é composto por esses “nativos digitais”. Gee (2003) sugere que as associações diretas da aprendizagem que ocorre nos *games* também ocorre fora deles. Em meio a essa articulação entre ensino, aprendizagem e multimídia, surge um fenômeno que extrapola os limites “tradicionais” dos jogos: a gamificação. Em síntese, trata-se do uso de elementos, estratégias e pensamentos dos *games* fora dos contextos de um *game*; e a finalidade continua sendo, assim como nos jogos, a resolução de um determinado problema – por exemplo, enfrentar um vírus. A gamificação transformou o conceito de jogo no contexto contemporâneo, trazendo recursos para que as ações se tornem mais lúdicas e tenham algum retorno para o usuário, hoje ela é utilizada no campo da comunicação como um todo – não se restringindo apenas ao campo da produção de jogos digitais. Portanto, pensar em gamificação é pensar um pouco sobre uma certa essência da construção de um ambiente favorável de aprendizagem no qual as campanhas de 2017 e 2018 parecem investir (NAVARRO, 2013).

Ao analisar um mapeamento sistemático no campo da saúde, Ferreira (2019) destaca que a inserção do elemento da conquista ou recompensa é importante na medida em que os jogadores passam a se sentir reconhecidos pelas ações desempenhadas ao longo da gamificação – o que conduz ao engajamento. Este outro elemento, por sua vez, articula comprometimento, envolvimento e interação entre o usuário e atividade desenvolvida. Dar sentido ou significado a uma ação, seja ela qual for, passa a ter importância para o usuário e os desafios propostos criam uma cadeia de significação, conduzindo à aprendizagem. A gamificação é assumida também enquanto uma abordagem pedagógica com o objetivo de promover aprendizagem através da resolução de problemas/conflitos, motivação, socialização e engajamento dos sujeitos, individual e/ou coletivamente (FERREIRA, 2019).

As campanhas de saúde passaram a entender que é uma estratégia fundamental incorporar as linguagens e tecnologias midiáticas na própria comunicação com os usuários – não apenas enquanto um canal mas também como mensagem e código. Por conta disso, existem *games* que são produzidos visando apenas o entretenimento, embora apresentem

aspectos ou temáticas que objetivam promover certo aprendizado ou divulgação de uma marca, um produto, uma instituição ou uma campanha de saúde – chamados de *games* comerciais (FARDO, 2013).

A abstração da realidade é um elemento bastante comum a esse universo gamificado. No caso das campanhas de 2017 e 2018, o vírus é personificado como o inimigo a ser combatido, assim como o “bônus da vida” é representado por um coração com um desenho de um medicamento dentro. Frases como “*não pule essa fase por nada*” e do título de “*vacinação*” acompanhado por “*é nessa fase que você fica mais forte*” enfatizam a importância de enfrentar esse inimigo através de algo que deixará o jogador potencialmente mais forte e capaz de enfrentá-lo: a vacinação (representado como a vida para o jogador). “*Assim como nos jogos, a vida é cheia de novas fases*” deixa evidente a metáfora do universo dos jogos como representante da “vida real” (FARDO, 2013).

A narrativa exerce também um papel fundamental que não se restringe em termos de contextualização, pois é a partir desse elemento que os eventos acontecem e as ações do jogador são justificadas. Por exemplo, se há o inimigo (vírus), o combate deve ser realizado com as habilidades e as equipamentos necessários (vacinação) – o recurso para destruir um inimigo viral seria justamente uma substância bioquímica. A construção de uma boa história com os recursos midiáticos influenciam no envolvimento do jogador através da interatividade. Seja impulsionada pela abordagem comportamental que visa mudar o comportamentos dos indivíduos ou pelos princípios interacionistas⁴⁴, para Vygotsky (1984), que visam construir experiências mais significativas, a gamificação é uma estratégia bastante favorável ao contexto das campanhas de saúde (FARDO, 2013).

Enquanto um fenômeno emergente, a gamificação apresenta muitas potencialidades de aplicação em diversos contextos originalmente de não jogos, pois as linguagens, estratégias e pensamentos dos *games* são populares – principalmente entre crianças e jovens. Ela se justifica, sobretudo, por uma perspectiva sociocultural das sociedades contemporâneas. Tecnologias mais passivas e com baixo grau de interatividade não são capazes de capturar os “nativos digitais”. Os antigos cartazes que se multiplicavam nos postos de saúde, *outdoors*, campanhas na televisão, vinhetas na rádio e outras mídias, tradicionalmente utilizadas, não parecem mais ser o suficiente para garantir comunicação e aderência por parte dos usuários.

⁴⁴ O termo faz referência a teoria sócio-interacionista de Vygotsky (1984), muito presente no campo da Psicologia do desenvolvimento e da Pedagogia. O autor propõe que o desenvolvimento cognitivo acontece por meio da interação social, na troca de experiências mediada pela utilização de instrumentos e signos.

Não significa que houve uma substituição completa, mas podemos afirmar que outras plataformas de mídia foram acrescentadas e exercem hoje um certo protagonismo na comunicação em saúde – as redes sociais são um exemplo disso (FARDO, 2013).

Podemos também notar que a expressão de ação representada pelos personagens das campanhas de 2017 é bastante explícita. Tanto o menino quanto a menina surgem pulando, com braços e pernas abertas – embora, a menina esteja atrás do menino e com os braços posicionados de uma forma muito característica que nos remete ao universo do balé ou da ginástica rítmica (ambos contextos considerados como “femininos”). Suas roupas possuem mais semelhanças do que diferenças, utilizando jeans (na bermuda e na calça), tênis e uma camisa branca com roxo. Na campanha de 2018, ambos os atores não apresentam tanto movimento quanto nas peças anteriores. Porém, ainda assim, estão posicionados de uma forma que expressa certo enfrentamento. A menina utiliza uma meia de cor branca que tem faixas em verde e amarelo, o que parece fazer uma referência direta e proposital a uma dimensão nacionalista. *“Verifique a idade certa para tomar a vacina e fique completamente protegido para maratonar em várias outras aventuras”* utiliza termos já muito difundidos nas campanhas de saúde como “proteção” e insere um neologismo como “maratonar” que significa realizar uma determinada atividade em ato contínuo. Um termo jovem, bastante popular no universo das redes sociais, que foi incorporado na linguagem cotidiana.

O contexto das campanhas é construído com muitos tons de azul e um cenário que parece realizar uma imersão em um mundo digital – o que lembra bastante um cenário de jogo propriamente dito. Em 2018, parece haver uma síntese maior entre esse cenário digital mesclado ao “mundo real”, pois apresenta elementos como rua, roda gigante e prédios, além de uma “explosão multicolorida”. A própria ideia de risco pode ser notada nas campanhas, embora seja um risco mais positivado e que está mais próximo do sentido de aventura. O inimigo agora é visível e o jogador deve ir à luta.

A dimensão da idade é um aspecto importante que se modifica de 2017 para 2018. Enquanto a faixa-etária das meninas permanece a mesma, de 9-14 anos, a dos meninos é ampliada, de 12-13 anos para 11-14 anos. Não há uma explicação muito clara e precisa acerca dos motivos ou da justificativa para essa mudança ter ocorrido apenas com o gênero masculino. Buscamos em fontes e documentos oficiais do Ministério da Saúde se havia alguma explicação sobre a diferenciação da faixa-etária entre meninas e meninos, porém não encontramos nenhuma resposta objetiva sobre isso. Em paralelo, na dissertação de mestrado da Amanda Santos (2017), pudemos encontrar algumas pistas importantes e a partir disso podemos aqui realizar alguns apontamentos e levantar algumas hipóteses.

De acordo com Santos (2017), no documento “Vacina contra HPV na Prevenção do Câncer de Colo do Útero: Relatório de Recomendação da CONITEC”, mais conhecido como Relatório 82, a resposta resumida é de que a coorte de meninas que serão vacinadas foi definida a partir dos critérios de “custo-efetividade” e do “impacto orçamentário”. Mas, para definir a faixa etária, o documento considera “dados epidemiológicos e regionais sobre o comportamento sexual”. Portanto, segundo eles, foi necessário considerar “as evidências disponíveis” sobre as idades de “desinibição sexual” das meninas no Brasil (BRASIL, 2012, p.28). Os dados, por sua vez, são apresentados para cada região brasileira dividida entre “rural” e “urbana”. O documento traça, então, uma relação direta entre HPV e sexualidade das mulheres jovens, de forma a enfatizar que o programa de vacinação contra o HPV leva em consideração uma produção de dados sobre a “desinibição sexual” das meninas. No entanto, o próprio documento é tão contraditório que, apesar da justificativa apontar para que a sugestão de idade a ser vacinada fosse de 10 e 11 anos, a vacinação efetivamente foi implantada de 9 a 13 anos nos primeiros anos de disponibilização no país.

De modo evidente, o relatório 88 aponta para uma vigilância sobre o comportamento sexual das meninas. Em 2017, quando a vacinação foi ampliada para os meninos, diferentemente dos procedimentos seguidos para as meninas, não foram necessárias “pesquisas” sobre a idade de “desinibição sexual” deles. Santos (2017) aponta, inclusive, que algumas reportagens que foram divulgadas na mídia nesse momento enfatizavam que a vacinação dos meninos seria uma forma de “ajudar as meninas” – afirmativa que persiste até hoje como justificativa dos homens precisarem aderir a uma vacina que “tem como ênfase” a prevenção do câncer colo uterino. No site da CONITEC foi encontrada a seguinte explicação:

A idade da vacinação dos meninos é a mesma das meninas visto que vacinar antes de iniciar a vida sexual e a exposição ao HPV é especialmente importante para o sexo masculino, porque eles têm uma menor resposta imune à infecção natural por HPV do que as mulheres, mas uma boa resposta imune à vacinação (ACESSO À INFORMAÇÃO, 2017c apud SANTOS, 2017, p.96).

Portanto, para os meninos, não foi utilizado o mesmo critério de dados que justificassem a faixa-etária de “desinibição sexual” deles. Apenas realizaram a ressalva sobre a diferença em relação à “resposta imune” na diferença dos gêneros. Santos (2017) afirma que tanto a incorporação da vacina para as meninas quanto a ampliação de vacina para os meninos apenas envolveu a intenção do Estado de estar “na ponta” em relação a outros países com a vacinação de HPV.

Tanto a gamificação que compõe as campanhas quanto as justificativas utilizadas para

explicar a diferença entre os gêneros e a faixa-etária deixam evidente que o universo social é constantemente remodelado. Mas, ainda que existam novas formas de representação, alguns sentidos e significados não parecem sofrer muitas mudanças. O mundo novo “digital” ainda é marcado por “velhas” informações. Se antes havia um interesse de “inserir” o mundo real nos *games*, hoje instituições e organizações mostram interesse em emular os *games* no mundo real, fazendo o caminho inverso. A aplicação de elementos de jogos em atividades de não jogos é uma estratégia comunicativa poderosa para se comunicar na mesma língua dos “nativos digitais”. Mas, afinal, qual tipo de conteúdo o Ministério da Saúde está incorporando em sua “nova linguagem”? Temos a impressão que as campanhas de 2017 e 2018 apresentam novas roupagens para expor posturas conservadoras sobre gênero (FARDO, 2013; FADEL, 2014).

3.4.5 Risco à saúde

Figura 25 – Conjunto Risco à saúde



Figura 26 – Pôster 2020 – HPV (MSD)



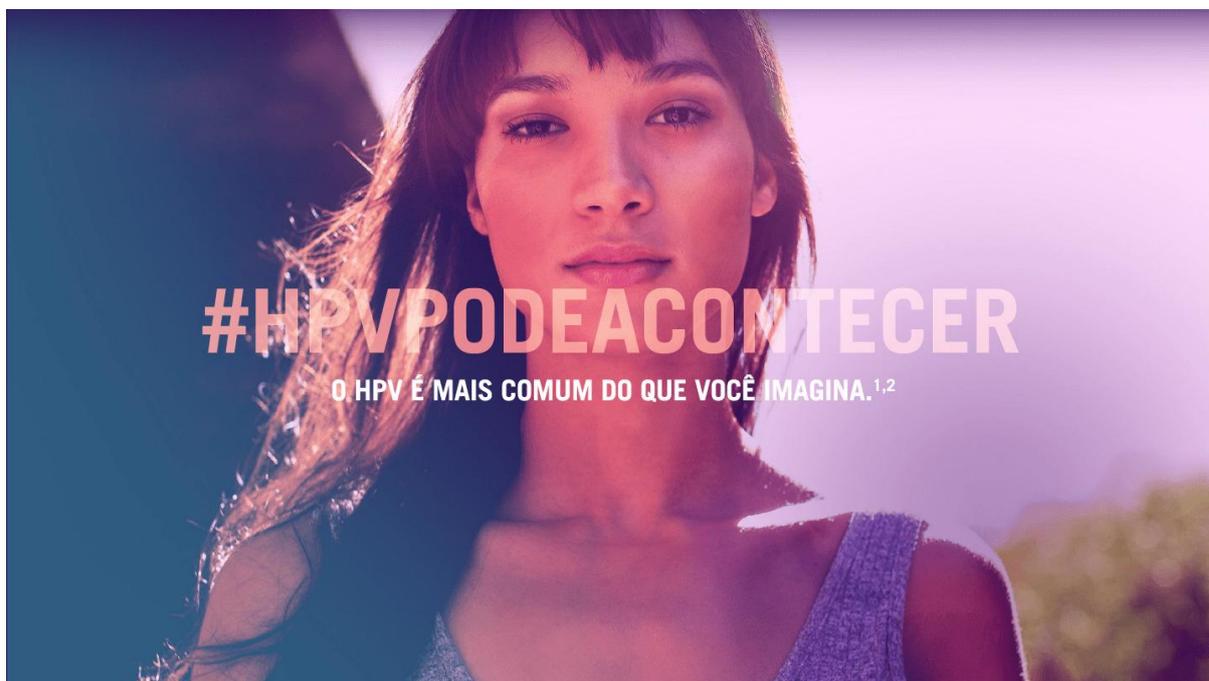
Fonte: MSD (2021)

Figura 27 – Pôster 2020 – HPV (MSD)



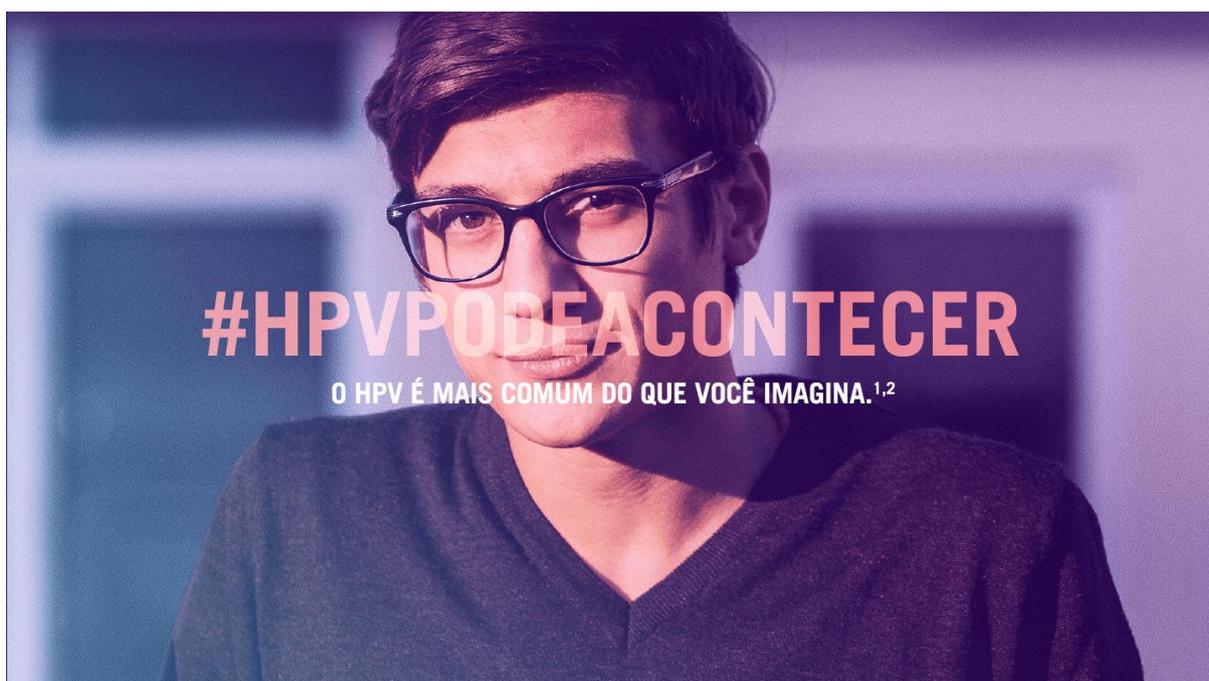
Fonte: MSD (2021)

Figura 28 – Pôster 2020 – HPV (MSD)



Fonte: MSD (2021)

Figura 29 – Pôster 2020 – HPV (MSD)



Fonte: MSD (2021)

Em julho de 2020, a empresa farmacêutica MSD (Merck Sharp & Dohme Corp.) lançou uma campanha no Brasil intitulada “HPV pode acontecer”. No site da campanha foram disponibilizados conteúdos informativos sobre a vacina e as doenças relacionadas ao vírus, além de um filme de 30 segundos que aborda a importância da vacinação antes que “*algo [a infecção] aconteça*”. Em paralelo à criação do site, houve um disparo da *hashtag* #HPVpodeAcontecer nas redes sociais (como Twitter, Facebook e Instagram) através de parcerias com influenciadores digitais⁴⁵. A empresa utilizou como estratégia de comunicação o investimento no alcance de um público-alvo mais heterogêneo, assim, os influenciadores escolhidos para disseminar a campanha também possuíam como característica uma certa diferenciação de perfil (de dançarina de programa de TV até produtores de conteúdo nerd/geek para mídias sociais).

Portanto, o planejamento da MSD buscava, principalmente, expandir o perfil de interlocutores. Diferente das campanhas públicas que, ao longo dos anos, tentam um diálogo quase que exclusivo com os cuidadores, em especial, as mães, a campanha da Merck traça uma comunicação direta com o usuário da vacina e tenta conscientizá-lo acerca da importância da vacinação para a construção de um certo estilo de vida. Em adição a isso, reforça o estereótipo de que o “jovem moderno” é um sujeito preocupado com a sua saúde e que possui capacidade para gerir possíveis riscos.

As figuras que surgem nas campanhas são jovens adultos “descolados” – uma jovem mulher negra com cabelo cacheado, um jovem negro com *piercing* e barba, uma jovem amarela com traços asiáticos e um jovem branco de óculos. A campanha investe em criar representações de jovens com características bem diferentes. Desse modo, produz também a impressão de heterogeneidade dos grupos sociais: “todas as tribos” se vacinam. Tendo em vista que o público-alvo da vacina possui um perfil identitário afim, a estratégia de criar uma familiarização com estas representações propicia uma identificação maior por parte do receptor. Cabe destacar que o grupo social constituído pelos usuários das vacinas privadas também é um marcador importante diante desse contexto.

O tom violeta das imagens parece substituir o rosa e o azul das peças públicas. Lembramos que o roxo/lilás é uma cor representativa do movimento feminista, desde o sufrágio feminino no início do século XX na Inglaterra. Podemos supor, então, que o roxo remete ao feminismo e que faz parte desse mosaico de uma construção identitária e, principalmente, sociopolítica do “jovem moderno”. Sendo assim, é reforçada a ideia de que os

⁴⁵ Thaynara OG, Carol Soares, Helmother, Affonso Solano, Guilherme Briggs e Gabriel Pimenta.

jovens que são a favor da imunização de HPV também são a favor das relações equânimes de gênero, possuem uma implicação considerável com o cuidado de si e com a própria saúde. Em síntese, estão implicados e atuam no presente para não deixarem que algo inesperado (ou não planejado) possa acontecer no futuro.

No vídeo de 30 segundos da campanha da MSD que pode ser encontrado no site⁴⁶, são apresentadas frases seguidas de acontecimentos inesperados:

Quadro 3 – Decupagem do vídeo da campanha da MSD

Vídeo		Áudio
Texto	Tela de fundo roxa: “Eu nunca vou ter um cachorro”.	Trilha sonora instrumental
Cena	Um homem brincando com três cachorros.	Som de cachorro latindo.
Texto	<i>Fade in</i> : “Pode acontecer”.	Trilha sonora instrumental
Texto	Tela de fundo roxa: “Eu nunca vou me casar”	Trilha sonora instrumental
Cena	O noivo segurando a noiva em seus braços, saindo da Igreja e recebendo pétalas de flores.	Som de pessoas ovacionando, aplaudindo.
Texto	<i>Fade in</i> : “Pode acontecer”.	Trilha sonora instrumental
Cena	Sequência: Uma mulher jovem com roupa formal olhando o celular. Uma mulher jovem de óculos. Um homem jovem de óculos. Uma mulher jovem sentada.	Trilha sonora instrumental
Texto	<i>Fade in</i> : “HPV? Nunca vou ter”.	Trilha sonora instrumental
Texto	<i>Fade in</i> : “HPV pode acontecer”.	Trilha sonora instrumental
Texto	Tela de fundo roxa: “HPV pode causar certos tipos de cânceres, mas a boa notícia é que você pode se prevenir”.	
Texto	Tela de fundo roxa: “Fale com a sua médica ou o seu médico”.	

A repetição do “*pode acontecer*” é evidentemente proposital. A campanha parece investir no argumento do risco e da incerteza do futuro como condição importante para aderir à vacina – que propõe, justamente, a prevenção do HPV e a diminuição dos riscos à saúde. Portanto, há uma articulação direta entre responsabilidade individual, escolhas conscientes e controle dos riscos. De acordo com Castiel (1999), a transformação do “possível” enquanto

⁴⁶ Disponível em: <<https://podeacontecer.com.br/>>. Acesso em 7 de janeiro, 2022.

“potencial” é uma ideia que pode ser encontrada na maioria dos avanços das tecnobiociências e em suas produções. Na saúde pública, em especial na epidemiologia, a ideia de potencial, obtida em estudos populacionais, se modaliza em possível no nível individual – esta é uma das questões cruciais para entendermos o conceito de risco.

Em termos conceituais, o risco é um movimento presente para descrever o futuro. O fato de levar em consideração qual seria o futuro mais “desejável” para o sujeito, faz com que a fuga dos riscos tenha se tornado parte integrante do estilo de vida sadio. A interface da ciência com a mídia produz uma ampliação do tema no meios de comunicação em massa e, por consequência, a oferta de produtos e serviços direcionados ao suposto controle ou minimização dos riscos⁴⁷. Não por acaso, as campanhas privadas acionam a noção de risco, enquanto as campanhas públicas falam de proteção. Ainda que ambos, de algum modo, representem prevenção, são formas distintas de abordar o assunto (CASTIEL, 1999).

Para Castiel (1999), a noção de risco ultrapassa os contextos biomédicos e epidemiológicos. Seja acatando (procurando administrar os modos de viver) ou desafiando a ideia de risco (adotando estilos de vida considerados “arriscados”), a construção e a incorporação do “espírito do risco” na vida dos sujeitos pode ser facilmente notada no contexto contemporâneo. A partir disso, proliferam serviços, práticas, bens de consumo dos mais variados tipos para enfrentar ou prevenir as potenciais ameaças à saúde – garantias incondicionais para uma entidade probabilística que é o risco.

Até mesmo no campo epidemiológico não há um consenso sobre a medida ou os fatores de risco, isto é, marcadores que visam à predição de adoecimento futuro. O risco é um achado relativo à dimensão agregada, sua validade em nível individual não está afastada de erros lógicos. De todo modo, é incomum no campo epidemiológico a problematização da construção dos conhecimentos sobre isso, em especial sob o ponto de vista de suas pretensões preditivas. Ao contrário disso, ele parece adquirir um estatuto ontológico (CASTIEL, 1999).

Nesse contexto, o estado de saúde sob risco surge enquanto uma nova condição medicalizável e traz importantes implicações biomédicas como: substrato gerador de preceitos comportamentais voltados para a promoção/prevenção em saúde, buscando estender a longevidade humana ao máximo; estabelecimento de laços com a produção biotecnológica;

⁴⁷ É evidente que são inegáveis as várias conquistas em termos de conhecimento sobre os riscos em saúde, os emblemáticos estudos de tabagismo e câncer no pulmão evidenciam isso. Ao mesmo tempo, servem de caldo cultural para germinar e aumentar a quantidade de propostas voltadas para a lógica do risco na atenção primária em saúde – o que atribui uma série de críticas à epidemiologia riscológica.

ampliação das tarefas da clínica médica, ou seja, o surgimento de uma vigilância médica; criação de demandas por novos produtos, serviços e especialistas voltados para a prevenção dos riscos; reforço no poder e no prestígio dos profissionais que dirigem novas técnicas, programas de controle e pesquisa de fatores de risco (CASTIEL, 1999).

Para os estudos das ciências humanas e sociais ligadas à saúde, o risco é mais compreendido enquanto um constructo instituído histórica e culturalmente. Mary Douglas (1986/1992), por exemplo, busca apontar razões pelas quais diferentes culturas selecionam e dirigem sua atenção em riscos específicos e, a partir disso, integram ou segregam determinadas práticas como parte do seu sistema de valores e crenças. Sob a ótica sociológica da saúde procuramos abordar o problema a partir de dois níveis: específico e geral. O primeiro, específico, refere-se à dimensão individualizada do sujeito em termos de interpretação dos significados de risco e dos modos de como isso pode interferir na vida cotidiana. Exemplo: estudos sobre percepções, comportamentos, as relações entre o conhecimento “leigo” e científico, etc. O segundo, geral, está relacionado ao papel das estruturas e instituições sociais na configuração do que se entende como risco. Aqui destacamos o papel das mídias de massa na divulgação dessas informações, estudos, medidas governamentais, etc. (CASTIEL, 1999).

As percepções de risco são distintas entre as pessoas, de acordo os aspectos socioculturais que incluem idade, gênero, classe social, ocupação, escolarização, interesses, valores, etc. As autoridades sanitárias não devem desconsiderar estes aspectos em suas intervenções médico-epidemiológicas. A atenção para o valor dos significados estatísticos deveria não comprometer o valor da significação em termos de saúde pública. É curioso notar como há também uma ideia de “propensão” que muitas vezes se mistura com a ideia de risco e que é bastante difundida no vocabulário social. Apontar que alguém tem propensão para adoecer de tal modo, em geral, levando em consideração uma história pregressa familiar, muitas vezes significa apontar para um risco que possui (aparentemente) maior relevância dentre outros possíveis. Os avanços da genética molecular é um fato importante para entendermos onde estes discursos estão respaldados. De todo modo, parece haver um descompasso entre as prescrições técnicas baseadas no discurso riscológico e as suas correspondentes traduções no universo social, em suas representações e valores (CASTIEL, 1999).

A noção de risco passa pela dimensão de que o controle e a previsibilidade servem como elementos centrais para a gestão e domínio da natureza pelos humanos. Diante disso, torna-se um parâmetro existencial, estruturando o modo pelo qual *experts* e leigos organizam

seus mundos sociais. Se a reflexividade é uma característica primordial em nossa sociedade, o conceito de risco se inclui nessa perspectiva – ele não se impõe enquanto afirmações determinísticas, mas em possibilidade. Por um lado, produz identificações de potenciais fontes de agravo e adoção de medidas protetivas/preventivas; por outro, gera uma atmosfera de insegurança constante e uma ansiedade causada pela multiplicidade de fatores de risco, além do aumento da dificuldade em distinguir saúde e doença. O quanto há de medo (justificado) e de paranoia (injustificada) em nossas percepções é algo que em muitos momentos localiza-se em uma zona cinzenta. Millôr Fernandes bem se questiona: “Probleminhas terrenos: quem vive mais, morre menos?”.

O risco à saúde enquanto operador constitui bases preditivas e legitimadoras para medidas de prevenção. Não por acaso, é a estratégia discursiva escolhida para canalizar (e protagonizar) as campanhas da MSD. Ao encontro disso, o gerenciamento dos riscos é apresentado enquanto algo referente à vida privada, de responsabilidade dos indivíduos e posto em termos de “escolhas comportamentais” que evidenciam um determinado estilo de vida (moralmente valorizado). A vulnerabilidade surge mais como uma ideia que aponta os “fatores”, “grupos” ou “comportamentos” de risco e menos como uma avaliação dos sujeitos e grupos que estão em condições fragilizadas ou à margem do alcance da saúde pública.

A abordagem individualista, de autoresponsabilização do próprio sujeito para lidar com possíveis agravos à saúde, é algo que caracteriza a campanha da MSD. Ao mesmo tempo, mais do que uma desresponsabilização do Estado, surge um apagamento do mesmo. Em nenhum momento é mencionada a imunização em equipamentos da saúde pública (ainda que a vacina utilizada pelo SUS seja da MSD). Se o risco é uma dimensão da saúde que não apenas pode, mas deve, ser gerida autonomamente pelo jovem, a vacina de HPV surge como uma “garantia” desse controle da saúde. Em última instância, estimula o controle com tudo de inesperado que pode acontecer no futuro. Em termos temporais, há uma incitação de agir no presente para “administrar” o seu futuro. Afinal, o jovem do século XXI é uma figura que planeja, demasiadamente, o seu futuro. Os índices alarmantes de ansiedade evidenciam isso⁴⁸.

⁴⁸ De acordo com os últimos dados disponibilizados pela OMS, o Brasil é o país que possui o maior número de diagnósticos de ansiedade do mundo. Ainda que este seja um dado bastante discutível, não deixa de ser uma questão importante da saúde mental que afeta o contexto brasileiro. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y>. Acesso em: 1 de novembro, 2021.

3.4.6 Saúde do Homem

Figura 30 – Conjunto Saúde do Homem

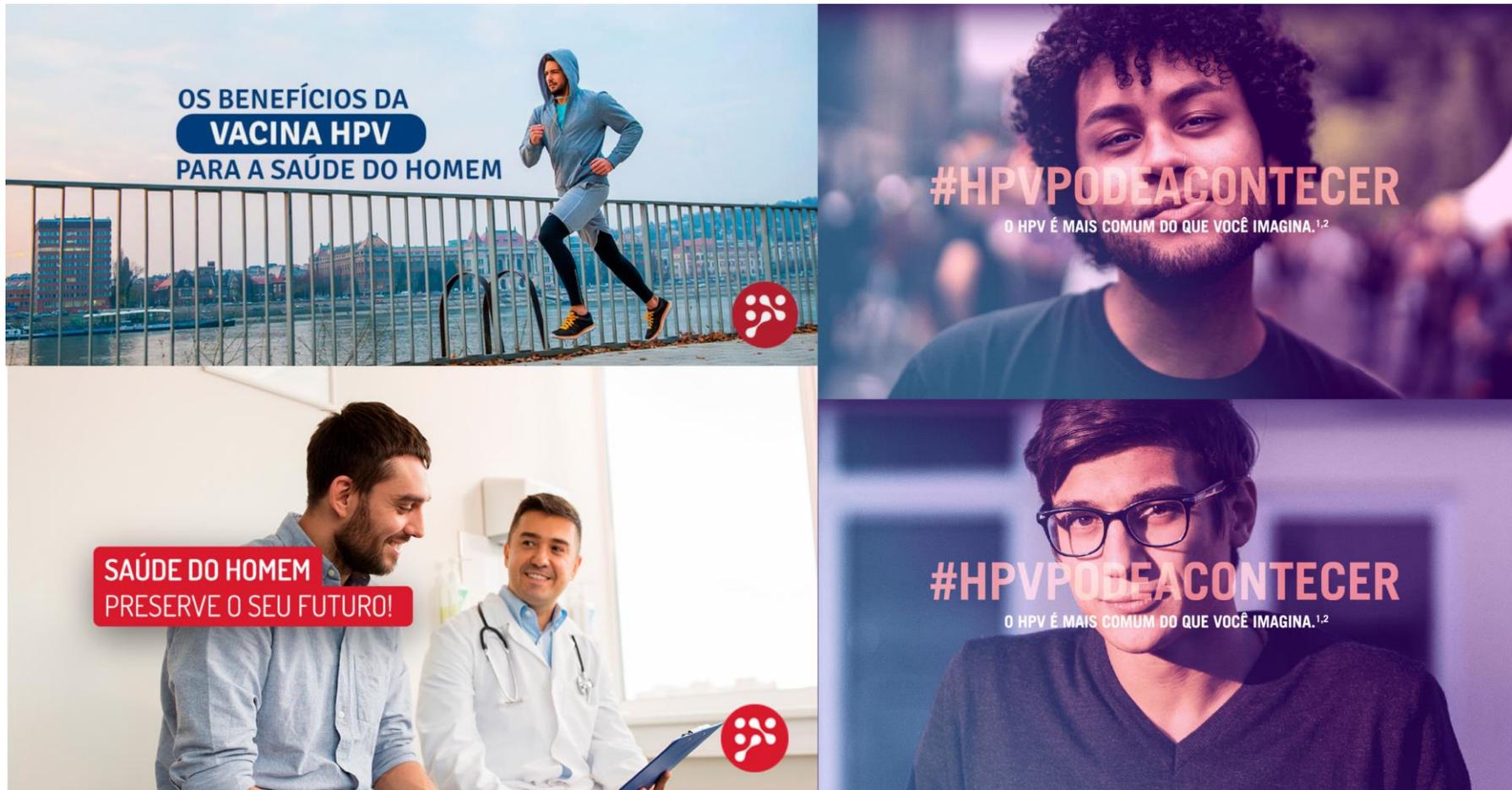


Figura 31 – Pôster 2018 – HPV (Hermes Pardini)



Fonte: PARDINI (2021)

Figura 32 – Pôster 2018 – HPV (Hermes Pardini)



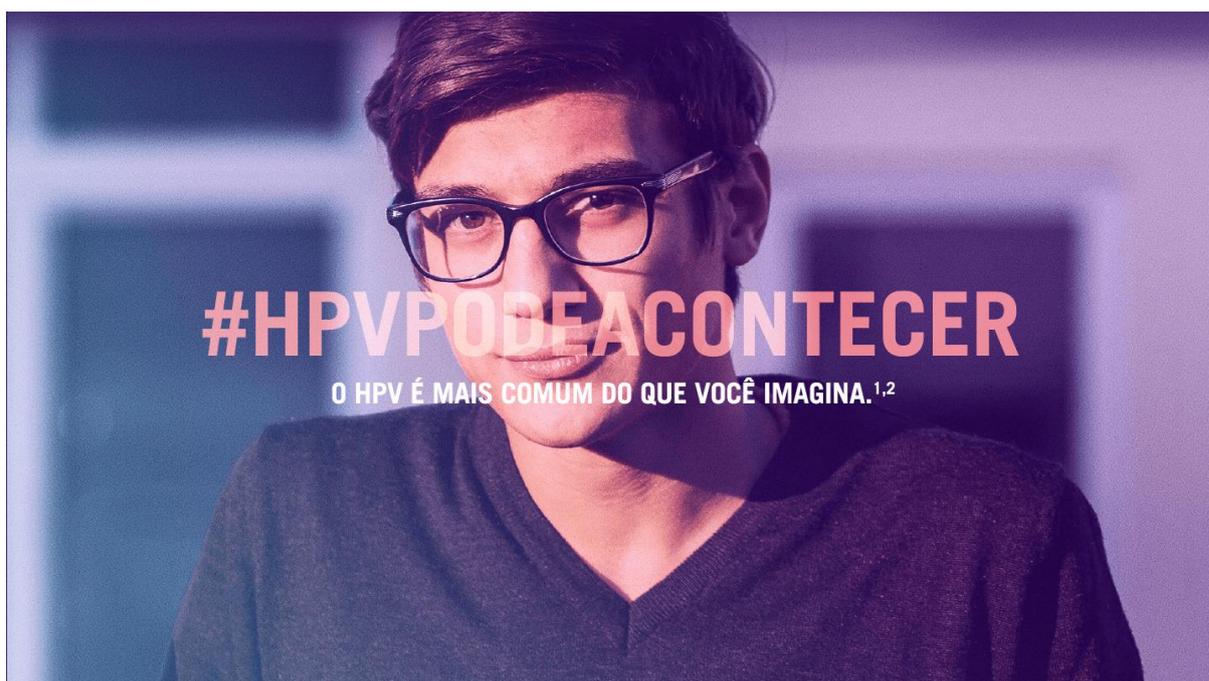
Fonte: PARDINI (2021)

Figura 27 – Pôster 2020 – HPV (MSD)



Fonte: MSD (2021)

Figura 29 – Pôster 2020 – HPV (MSD)



Fonte: MSD (2021)

A partir dos anos de 1990, houve um aumento significativo na produção acerca das categorias “homem” e “masculinidades” pelas ciências sociais, configurando, assim, uma nova área do conhecimento denominada como “*men’s studies*” (OLIVEIRA, 2004). Do ponto de vista histórico, a criação de políticas de saúde voltadas para “populações específicas” é uma criação recente na saúde pública brasileira. O objetivo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009 pelo Ministério da Saúde, era de “politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania” (PNAISH, 2008, p.7). No bojo do documento encontramos as seguintes afirmações:

Estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. [...] Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural [...], a concepção ainda prevalente e hegemônica de masculinidade é o eixo estruturante pela não-procura aos serviços de saúde. (PNAISH, 2008, p. 6).

A saúde do homem surge, então, enquanto uma resposta para tentar resolver os comportamentos de risco adotados pelos próprios sujeitos masculinos – muitas vezes naturalizadas pelos discursos de uma masculinidade hegemônica⁴⁹. O estabelecimento do Programa na prática se comprometeu a facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde (MENDONÇA, ANDRADE, 2010). Ainda assim, o documento formula uma política que não desmembra a categoria “homem” em subcategorias – e acreditamos ser necessário tornar visível a vulnerabilidade de minorias sociais como homens índios, negros, gays, trans, pessoas com deficiência, entre outros (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009).

Ao menos na última década, parece haver um deslocamento importante no campo da saúde em relação à produção discursiva sobre a saúde dos homens. Se no início da implementação da política havia uma preocupação quase que exclusiva com os agravos e doenças que acometiam os homens, isto é, uma predominância nos discursos epidemiológicos

⁴⁹ De acordo com Ribeiro e Russo (2014, p.481), “cada sociedade em cada momento constrói um modelo hegemônico de masculinidade, que se constitui como um padrão cultural ideal pelo qual todos os homens se medem. Esse modelo é construído a partir de narrativas presentes na cultura que informam como os homens devem ser, como se comportar, do que devem gostar, do que se aproximar ou se afastar, tendo como referência as mulheres”.

da taxa de morbimortalidade, passamos para os discursos da saúde coletiva que apontam para uma medicalização mais contemporânea (também) dos corpos masculinos – que enfatizam dimensões estéticas e o discurso dos riscos (SCHWARZ et al., 2012).

Estas duas dimensões, da estética e do risco, são protagonistas das campanhas de 2018 e 2020, em sequência, do laboratório Hermes Pardini e da MSD. A transformação das estruturas familiares e a ruptura de uma masculinidade hegemônica tem permitido que os homens se tornem novos consumidores de bens e serviços (privados). Em especial, os serviços de saúde e estética, anteriormente voltados quase que exclusivamente às mulheres, não são mais percebidos como cuidados intrinsecamente femininos (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009). Há uma ênfase e um investimento muito maior em um cuidado específico aos homens e específico às mulheres, a própria categoria de cuidado parece sofrer uma generificação nesse sentido. Em meio a isso, a vacina de HPV, quando ampliada para os homens, passa a ser difundida como uma forma de autocuidado e diminuição do risco que deve ser adotada também por eles.

Segundo Romão (2009), para entendermos as diferenças entre saúde e estética nas sociedades urbanas ocidentais é preciso levar em consideração fatores como moda, subjetividades, narcisismo e consumo. Afinal, os cuidados com o corpo e a metamorfose corporal fazem parte de um processo mais amplo de medicalização e estetização da saúde, na qual um determinado tipo de racionalidade médica é incorporada na vida cotidiana. A imagem idealizada é resultado de engendramentos que agrupam estilos de vida, modelos corporais, padrões subjetivos, crenças, valores, status social, dentre outros processos que atravessam a linguagem e constituem o imaginário coletivo. A publicidade e a mídia, em geral, ajudam a construir uma imagem distorcida da vida real que tende, paradoxalmente, a minimizar os riscos de determinados procedimentos que prometem justamente controlar ou diminuir os riscos na saúde; há uma promessa constante de melhoramento ou aperfeiçoamento da condição de saúde atual.

A supervalorização da imagem corporal em nossa sociedade tornou as relações entre estética e saúde coletiva cada vez mais difícil de serem dissociadas. É no corpo e através do corpo que os sucessos e as virtudes do indivíduo contemporâneo se expressam materialmente. A representação de um corpo magro, belo e jovem é um bem em si. Se a vaidade antes era entendida enquanto um pecado ou futilidade, passou a ser vista não apenas como uma virtude mas uma obrigação. Nas campanhas da 2018 da Hermes Pardini há uma construção muito explícita de um determinado estilo de vida que engloba dimensões como: juventude, prática de exercício físico, corpo magro, branco, padrões de beleza e classe social. Os elementos que

compõem as peças ajudam a construir o imaginário do que seria esse homem preocupado e zeloso com a sua saúde.

Na primeira campanha da Hermes Pardini, vemos uma paisagem ao ar livre, muitos tons de azul na imagem e a frase “*os benefícios da vacina de HPV para a saúde do homem*”. Já na segunda peça, o homem parece estar realizando uma consulta médica. Ele é apresentado dentro de um contexto clínico, o tom de branco predomina e suas roupas possuem um caráter mais “social”. Enquanto o primeiro cartaz apresenta um contexto mais casual, o segundo é mais formal, mas, em ambos, podemos perceber uma certa construção de um estilo de vida: a do homem branco de classe média “preocupado” com o cuidado da sua saúde – e, logicamente, interessado nos “benefícios”.

Os homens que surgem nas campanhas da Hermes Pardini não são os mesmos homens que a PNAISH estava inicialmente preocupada, em termos de vulnerabilidade. Mas, sem dúvidas, os homens representados nas campanhas de 2018 e 2020 são exatamente os homens que os laboratórios e clínicas privados consideram como potenciais usuários dos seus serviços. O que desejamos destacar é que há uma distância entre a construção de masculinidade dos homens que não acessam (por numerosas razões) o serviço de saúde público em relação aos homens que buscam, ativamente, o serviço de saúde privado. Da mesma forma, o discurso do risco, expressado pela MSD em 2020, também captura apenas uma parte dos homens brasileiros – em geral, jovens, urbanizados, escolarizados, etc. Não por acaso, essas são características que marcam a aparência dos atores escolhidos para a campanha.

Através dos avanços tecnológicos e científicos, a bricolagem entre o inato e o adquirido produziu aquilo que Rohden (2021) denomina como “subjetividade sintética”. É aquilo que o sujeito apresenta, corporalmente, que torna-se reconhecido como verdade pelos demais sujeitos e garante certo prestígio social (LEAL et al., 2010). A natureza humana e sua incontornável plasticidade e autotransformação, inclusive da biologia, são características que marcam os processos contemporâneos de transformação corporal e subjetiva respaldadas pelas novas biotecnologias. Se a noção de indivíduo somático (ROSE, 2013) já considerava a incorporação das biotecnologias na subjetividade, Rohden (2021) destaca que o uso do termo sintético remete a uma verdade essencial de uma natureza biológica, profunda e molecular. A ideia de sintético remete à ideia de síntese, composição e incorporação de diferentes tipos de elementos (como substâncias químicas) ao corporal-subjetivo.

Oudshoorn (2003) ressalta que as inovações tecnológicas são processos socioculturais que envolvem redes de interações entre objetos, atores e instituições. A relação entre a

tecnologia e a identidade dos usuários deixa claro que um determinado artefato pode ser viabilizado (ou não) por corresponder à identidade do gênero dominante. Aquilo que a autora chama de tecnosociabilidade refere-se à construção de identidades coletivas a partir da experiência compartilhada no uso de determinadas tecnologias. O usuário é parte fundamental no processo de desenvolvimento tecnológico. A ampliação da vacina de HPV para o público masculino adulto é um desses fatores que desestabilizam o cenário planejado previamente. Mas, o mercado da saúde responde rapidamente às mudanças contextuais e transformam os novos atores envolvidos em potenciais novos usuários.

Pereira (2018) aponta que há uma diferenciação importante acerca da intervenção biomédica em relação ao corpo sexual masculino e ao corpo reprodutivo masculino. Enquanto o primeiro encontra-se cada vez mais biomedicalizado, o segundo se mantém, em alguma medida, invisibilizado, com exceção às intervenções das novas tecnologias reprodutivas. A valorização da juventude masculina é utilizada muitas vezes como justificativa no processo de biomedicalização (CLARKE et. al., 2003), focando na saúde e no aprimoramento – que passam a ser responsabilidades dos próprios sujeitos. O imperativo moral e a individualização faz com que os indivíduos sejam levados a uma gestão contínua do próprio corpo (AZIZE, 2011).

A representação social do corpo, além de um ser um aspecto constituinte do pensamento social compartilhado, também possui uma função identitária importante que aparece como um mediador do lugar social onde o indivíduo está inserido. Elas assumem um papel importante na elaboração de modos coletivos de ver e viver o corpo, capazes de difundirem modelos de pensamento e comportamentos que envolvem aspectos relacionados à estética e a saúde corporal. Nesse contexto, o cuidado com o corpo passa pela atividade física, consciência, bem-estar, hábitos saudáveis e é expressada através de um padrão corporal. O papel da mídia é determinante na formação das representações sociais, pois destacam modelos e padrões de beleza que enfatizam o corpo remodelado, produzido, jovem, “tecnológico” e “descolado”. Os homens que olham para as campanhas da MSD e da Hermes Pardini e conseguem se reconhecer nelas ou produzir algum grau de identificação, não são todos os homens brasileiros – na realidade, é uma minoria (não social, mas numérica). Aquilo que é silenciado nas campanhas é tão importante quanto o que é explicitado. O silêncio define a posição e a situação dos sujeitos no mundo (CAMARGO et al., 2011).

3.4.7 Neutralidade

Figura 33– Conjunto Neutralidade

O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO É UM DOS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER EM MULHERES.

Ele tem prevenção e cura, principalmente se descoberto no início.

Prevenir é sempre a opção número 1.

VACINE SEUS FILHOS DE 9 A 14 ANOS CONTRA O HPV.
Previna o câncer de colo de útero.

#VacinarSalvaVidas

ecoPONTE
BIOFARMACIAS

FUNDAÇÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

10 DIAS DE AÇÕES MULHERES NO SUS

INCA | Ministério da **Saúde**

The advertisement features a purple and blue color scheme. On the left, a woman's face is partially visible. On the right, a hand points upwards next to a syringe. Logos for INCA, ecoPONTE, Fundação do Câncer, and Mulheres no SUS are included.

Figura 34 – Pôster 2019 – Câncer no colo do útero (INCA)



Fonte: INCA (2021)

Figura 35 – Pôster 2019 – HPV (Fundação do Câncer)

Prevenir é sempre a opção número 1.

VACINE SEUS FILHOS DE 9 A 14 ANOS CONTRA O HPV.
Previna o câncer de colo de útero.

#VacinarSalvaVidas

ecopONTE
ecorodovias

FUNDAÇÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

Fonte: CÂNCER (2021b)

As duas campanhas que compõem este grupo não apresentaram características que pudessem incluí-las nas categorias anteriores. A primeira é um GIF⁵⁰ produzido pelo Ministério da Saúde em 2019 e divulgado apenas em suas redes sociais. A segunda foi produzida pela Fundação do Câncer, circulou mais pelos *outdoors* da Ecoponte (ponte que interliga a cidade do Rio de Janeiro à Niterói) do que em outros canais de mídia.

É justamente a impressão de descontinuidade dessas campanhas, em relação às outras, que marcam uma característica comum entre elas: uma espécie de neutralidade. Ambas são roxas, mas a primeira apresenta uma jovem mulher negra e com cabelo curto, enquanto na segunda surge apenas uma mão com um dedo indicador levantado. Não há possibilidade, por exemplo, de identificar qual o gênero da mão – acreditamos que talvez essa seja a ideia, não representar um gênero específico. Pela primeira vez surge também a imagem de uma seringa no cartaz. Aspecto que nos remete à ideia de que a vacina seria a principal tecnologia da saúde utilizada para lidar com a questão do câncer uterino.

É interessante notar que, embora o exame papanicolaou seja uma tecnologia mais estável, a vacina tem sido mais mencionada e mais difundida nas campanhas⁵¹. A “bala mágica” de Biehl (2011) é a própria seringa (representante da vacina para HPV). Desse modo, criar uma categoria denominada “neutralidade” para afirmar que elas não possuem uma proximidade com as categorias anteriores é uma tentativa nossa de não invisibilizá-las e de, ao mesmo tempo, apontar como elas são distintas das campanhas anteriormente produzidas.

⁵⁰ *Graphics Interchange Format* ou formato de intercâmbio de gráficos (GIF) é um formato de imagem muito utilizado na internet por ser um arquivo leve e que tem a possibilidade de produzir movimento. Todavia, o arquivo armaneza poucas informações de cores e não possui uma alta nitidez da imagem. É recomendado para uma rápida transmissão e circulação, mas não acreditamos que seja o formato mais adequado para um campanha em saúde – a não ser que existissem outros formatos de imagem.

⁵¹ Em casos mais extremos, porém atuais, há uma defesa do atual governo de que o melhor método preventivo para lidar com as ISTs seria a abstinência sexual. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/politica/damare-promove-seminario-sobre-abstinencia-sexual-na-adolescencia/>>. Acesso em: 12 de outubro, 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“I would rather be a cyborg than a goddess.”
(Donna Haraway)

Ao longo do trabalho, nos defrontamos não apenas com um único modo de politizar o útero, mas com diferentes politizações que puderam ser percebidas através das discussões teórico-conteútuais e da análise das campanhas preventivas de CCU e HPV. Nossa hipótese se confirma ao reconhecermos que há sim discursos medicalizantes em torno dessas produções e, ao mesmo tempo, nos surpreende percebermos um espraiamento para os corpos masculinos. Ainda assim, notamos diferenças significativas que marcam a medicalização dos corpos femininos e masculinos; não trata-se de algo homogêneo e análogo – possui outras finalidades e outras justificativas.

Os agenciamentos discursivos, as disputas de interesse (políticos, científicos, mercadológicos, farmacêuticos, sociais, etc.), as práticas do Estado e jogos de poder estão presentes tanto nas peças quanto na contextualização dessas campanhas; e que fazem produzir *politizações*, no plural. Nos discursos públicos em saúde encontramos justamente um tipo de politização do útero que não parece estar preocupado com uma reivindicação de equidade social entre os gêneros, com os diferentes modos de exercer a sexualidade e as práticas sexuais, com os corpos que não são cisgêneros, com a educação sexual propriamente dita e com a desconstrução de hétero e cisnormatividades. Notamos que o Estado parece continuar reproduzindo campanhas marcadas pelo caráter campanhista (ARAÚJO, 2007), ou seja, modelo que busca “educar” sobre a doença através do medo e da aversão, ainda que por vezes atenuado.

Como já mencionado, a interpretação que propomos também foi uma forma de politizar o útero, mas através de outra ótica. Nosso posicionamento ético-político foi uma aposta na crítica situada no feminismo para a ciência (e por meio da ciência). Entendemos que realizar uma “antropologia do útero” é tanto um convite quanto um espaço para traçarmos outros modos de subjetivação (FOUCAULT, 2004), outras performatividades (BUTLER, 2003) e outras linhas de fuga (DELEUZE; GUATARRI, 1996) – mais *férteis* e menos *reprodutoras*. Caminhando do excessivo escrutínio do corpo feminino até um fenômeno de emergência da medicalização do corpo masculino, pudemos entender como, efetivamente,

acontece e se dão essas relações co-constitutivas e coprodutivas entre tecnologias médico-científicas, Estado e usuários.

A trajetória social da vacina de HPV no país tornou-se um personagem importante que extrapolou, em alguns momentos, os próprios “limites” das campanhas. Não pudemos nos ausentar disso e decidimos incorporá-la dando o devido valor a essa parte da história. Caracterizada enquanto uma vacina profilática, ou seja, que auxilia na prevenção primária e secundária do câncer, ela tem um protagonismo para o Estado porque previne um possível futuro custo para tratar cânceres uterinos. Segundo Mao et al. (2006), há uma menor incidência de câncer cervical nas mulheres vacinadas sem infecção prévia pelo HPV. Nessa perspectiva, entendemos que o incentivo para a adesão à vacina para HPV, pelo ponto de vista estatal, é uma intervenção de saúde menos onerosa e mais “eficaz”. A vacina de HPV surge tanto como uma tecnologia de saúde quanto uma tecnologia de gênero – como já mencionado, que se inclina de diferentes formas e com diferentes justificativas, de acordo com o gênero/sexo a que se refere. Ao mesmo tempo, notamos que a vacina de HPV possui uma grande especificidade, em relação a outras vacinas, que pode ser explicada pelo fato dela ser uma vacina que atravessa o território da sexualidade com o público infanto-juvenil. Nesse sentido, os discursos estatais parecem ser produzidos ocultando algumas discussões necessárias (como saúde/educação sexual), além de deixar evidente que há um grande temor pelo famigerado “pânico moral”.

Percebemos também um certo desinvestimento para outras medidas preventivas de suma importância, como o exame citopatológico (Papanicolaou) ou até mesmo o uso de preservativos. Nossa hipótese se confirmou ao verificarmos que, nas campanhas analisadas, a vacina de HPV tem uma inclinação maior para mulheres jovens e o exame preventivo para mulheres mais velhas. Em muitos momentos, o discurso do estado fica dúbio, fazendo parecer que a vacina de HPV, por si só, garante o não desenvolvimento de um câncer uterino. Por outro lado, no discurso privado, encontramos uma ideia de “controle da possibilidade de adoecimento futuro” ou da diminuição do risco.

Uma característica comum ao universo das vacinas é como estas substâncias bioquímicas surgem como uma resolução rápida, eficaz e “mágica” para muitos problemas complexos na saúde pública. Vacinar-se, independente do motivo, seja por segurança ou submissão, aponta que o corpo está adequado a um tipo de regra – seja a norma jurídica ou sanitária. A questão da vacina de HPV envolve muito atores, instituições, relações e interesses, e nenhuma delas deve ser desconsiderada ou minimizada no debate.

Das reações bioquímicas e do manejo no laboratório até chegar na circulação sanguínea do usuário, há uma trajetória imensa que a vacina precisa percorrer – e que não é capaz de fazer isso “independente” ou “isoladamente”. Embora seja uma decisão ativa do sujeito, não deve ser percebida ou tratada enquanto uma decisão individual; trata-se de uma responsabilidade coletiva que envolve esferas (como as famílias, profissionais de saúde, profissionais de educação, ações governamentais, indústria farmacêutica, etc.). A transferência da responsabilidade do Estado para os sujeitos, individualmente, combina com uma noção bastante contemporânea de produção de identidades, subjetividade e modelo neoliberal.

Por conta desse entendimento, propomos, ao longo do trabalho, que os órgãos de saúde não devem enfrentar a questão da “hesitação vacinal” de modo homogêneo, enquanto uma recusa do sujeito em se vacinar. No caminho oposto disso, propomos pensar que existem diferentes formas de hesitação vacinal ou de recusa à vacina que podem ser orientadas por posturas negacionistas, pela inacessibilidade da população ou pela desinformação (notícias falsas ou ausência de informações em saúde).

Autonomia não deve ser pensada enquanto uma questão de escolha individual, embora muitas vezes seja propagada com esse tipo de significado. Assim como a categoria de recusa não necessariamente é uma atitude desinformada. Em alguns momentos, ela é uma escolha demasiadamente informada. Todavia, com que tipo de informação? Em que canal? Por quais sujeitos? Com qual interesse social, político e econômico? – estas são algumas questões possíveis que nos interessa mais deixá-las abertas do que respondê-las.

Mais do que uma medicina que regenere, precisamos de condições materiais que promovam condições mais dignas de vida. Promoção de saúde não pode ser reduzida à ampliação vacinal; a vacina é apenas uma das tecnologias de saúde necessárias para continuarmos concretizando um projeto de saúde que mantenha como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade entre os cidadãos – valores primordiais do SUS. É necessário que haja uma ampliação da discussão sobre engajamento, consentimento e autonomia. Um debate que não isole a saúde e pense, principalmente, sobre seus atravessamentos micro e macropolíticos (FOUCAULT, 1978/2017).

Nessa zona híbrida em que se encontram as peças produzidas pelo Estado, pelas organizações não governamentais e pela indústria farmacêutica e laboratórios, notamos que as campanhas públicas acionam muito mais a noção de cuidado e de proteção (substituindo o termo prevenção) enquanto as campanhas privadas parecem optar pela linguagem do risco e do benefício. Ambos produzem uma individualização e responsabilização excessiva da relação do sujeito com a sua própria saúde. Não percebemos um discurso (seja público ou

privado) muito preocupado com aspectos subjetivos, emocionais ou com alinhamentos éticos-políticos acerca da equidade entre os gêneros nesse sentido. A individualização paira sobre todos, mas a culpa parece ser mais acionada para mulheres e mães; para os homens, a individualização é transformada na representação do homem moderno, “preocupado” com sua saúde e que ao cuidar dela estaria “ajudando” as mulheres.

A categoria de cuidado muito nos preocupa porque engendra uma cadeia de significantes que incorpora, literalmente, dimensões como mulher, mãe e, maternidade, enquanto instâncias que não podem existir umas sem as outras, e que se fecham em si mesmas. Além disso, costuma sobrepor a figura da mãe sobre a da mulher, como se houvesse uma hierarquia ou importância maior. A responsabilização torna-se uma medida desproporcional entre os cuidadores e, eventualmente vil, em relação à figura da mãe. Ao longo dessa pesquisa nos deparamos com discursos da saúde bastantes moralizantes e pouco autocríticos nessa relação entre gênero e saúde. Por vezes, incidindo sobre a mulher a responsabilização sobre cuidado de si, das outras mulheres e dos filhos. Em igual medida, a culpabilização de fenômenos como a diminuição da imunização no Brasil parece recair sobre elas. Cuidado torna-se sinônimo de prevenção de doença e promoção de saúde. Torna-se, também, sinônimo de maternidade e a mãe surge com uma função quase que instrumental nesse cenário – aquela que deve *instrumentalizar* o cuidado.

Paralelo a isso, há uma construção de um enredo, em alguma medida, “infantilizador” sobre a mulher – que pode ser percebida na tipografia do tipo cursiva para se referir ao gênero feminino, na demasiada utilização dos tons de cor rosa para reafirmar um determinado modo de feminilidade e/ou na constante associação das figuras de mãe e filha. A tutela do Estado surge sempre como uma medida “pedagogizante” que irá ensinar, de modo correto, as mulheres sobre seus próprios corpos; sobretudo, o que significa ser mulher e como a feminilidade deve ser exercida.

Nos incomoda também o fato dos homens, apesar de serem chamados às discussões, não serem tão demandados quanto as mulheres. Nas campanhas, vemos a repetição dos velhos padrões controlistas e medicalizantes do corpo feminino, a responsabilização individual e a educação em saúde voltada para o ensinamento de como ser uma “boa mãe” que na maioria das vezes é associada a figura da “cuidadora”. Notamos que as campanhas destinadas ao público masculino sempre remete a uma esfera de produção, a vacina de HPV surge enquanto um benefício e uma redução dos riscos; mas, para as mulheres, as campanhas falam, sobretudo, sobre reprodução e prevenção de doenças. Poranto, podemos afirmar que há uma generificação da própria vacina que oscila entre os sentidos de risco ou proteção. É importante

notar, por exemplo, como não há uma justificativa científica para a vacina ser destinada em faixas etárias diferentes entre meninos e meninas no Brasil – acredita-se, supostamente, que as meninas estão iniciando a vida sexual antes dos meninos e, portanto, devem ser vacinadas antes. Todavia, não há dados ou pesquisas que apontem isso de modo mais contundente e explicativo.

Diferente do discurso do “pânico moral” conservador que envolve a vacina de HPV e o público infantil, acreditamos que é possível e necessário apontar a relação do vírus com o corpo da criança, bem como o seu desenvolvimento sexual e físico. Não se trata, exclusivamente, da sexualidade compartilhada ou de relações sexuais em si – embora, isso também tenha que ser discutido. Viver hoje significa assumir (voluntariamente ou não) modos e/ou padrões de exposição aos riscos, individuais e coletivos, escolhidos ou não. Desse modo, as estratégias para lidar com tal quadro também não devem ser homogêneas. “Enfim, se pode haver uma certeza estabelecida acerca das verdades sobre o risco é a de que estas são relativas...” (CASTIEL, 1999, p. 66). Promover silenciamentos não faz com que estes assuntos deixem de circular entre crianças e adolescentes. O tema da educação sexual só pode ser tratado enquanto uma discussão transversal da saúde.

A pergunta que se coloca agora é: o que os eufemismos e as elipses dentro da política da vacinação do HPV e CCU querem atenuar ou esconder? Diante disso, o que se propõem a revelar e enfatizar? Não teremos a ingênua pretensão de responder todas as questões levantadas, mas, a partir da análise das campanhas, temos algumas pistas que nos permitem “cartografar” o campo e surgir hipóteses.

Há uma mudança no próprio vocabulário da doença: para falar com as mulheres adultas, o termo utilizado é “câncer uterino”, mas, para falar com as crianças, há um eufemismo do “câncer uterino” que é transformado em “vírus de HPV” (todavia, oculta-se o fato do vírus ser uma IST). Nessa troca de termos, apontamos que há um contraste da dimensão “infecção ou doença sexual” que ora deve ser ressaltada, ora deve ser ocultada. No caso das mulheres adultas, é necessário gerar um certo temor à doença. Porém, para as crianças, esse assunto sequer deve ser mencionado. O lugar do risco para as crianças sempre é referido como proteção.

Concordamos com Santos (2017) que uma das principais estratégias de *marketing* das empresas, para evitar um “pânico moral”, foi des-sexualizar as vacinas e vendê-las como prevenção de câncer cervical. A perspectiva “salvacionista” também emerge nesse cenário e assume o discurso de que as crianças precisam ser tuteladas e mediadas pelos adultos – afinal, estes saberiam agir para “o bem” delas. Diferentes “especialistas em criançologia” compõem

a cena e apresentam uma pretensa postura protetiva em relação aos aspectos de gênero, sexualidade e saúde. Os documentos do Estado demonstram não só a dificuldade de lidar com o tema, mas, digamos, são assombrados pelo “fantasma da sexualização” de crianças e adolescentes.

A invisibilização das relações não-heterossexuais e dos corpos transexuais/transgênero é evidente. A multiplicidade de gêneros e identidades sexuais são invisibilizadas das representações e talvez este seja um dos pontos mais problemáticos, pois ratifica um teor heteronormativo às campanhas. O enfoque nas relações heterossexuais para o contágio do vírus não engloba relações homossexuais, por exemplo. Em adição a isso, há uma enorme vigilância sobre o comportamento sexual como um todo. Os fatores elencados como “fatores de risco” para a doença produzem uma normatividade que propõe um modo de vida com uma idade certa para casar, um número determinado de parceiros sexuais e gravidezes, uma forma específica de higiene e o não consumo de tabaco.

A descrição da vacina contra o HPV como profilaxia tem se concentrado quase exclusivamente em seu papel na prevenção do câncer cervical, ignorando os cânceres penianos, anais e orais. Esse silêncio é racionalizado por estimativas epidemiológicas (ou seja, a maior prevalência de câncer cervical), embora tenha tanto a ver com homofobia e moralidades sexuais (Epstein, 2010). Esta marcação heteronormativa e a comercialização da vacina contra o HPV sustentam conceitos clínicos específicos de identidade de gênero centrados na posse de um colo uterino. A posse de uma parte do corpo biológico restrito a mulheres, é o critério clinicamente aprovado para inclusão do recorte de imunização patrocinada pelo governo. O efeito líquido é a rotulagem da imunização contra HPV como "a vacina da menina". (GRAHAM; MISHRA, 2012, p. 59, *tradução nossa*, apud BEZERRA, 2017, p.150-151)

Um dos aspectos talvez mais significativos e que, na prática, reorientou o planejamento das discussões que seriam realizadas na pesquisa, foi perceber como não surgia uma medicalização exclusiva para corpos femininos nas campanhas. Ao longo da coleta de dados, fomos percebendo que o público masculino emergia no cenário, a partir da ampliação das faixa-etárias preconizadas para a vacina de HPV. Portanto, um novo nicho de consumidores se abria e o mercado parecia estar “preparado” (ou se preparando) para fagocitá-los. Em termos de significados e sentidos, o discurso da vacina de HPV para a saúde do homem surge com as qualidades de autonomia, juventude, beleza, estética, estilo de vida, modernidade, relação de cuidado, proteção e prevenção de doenças consigo e com o/a parceira/o.

Houve também diferenças importantes que notamos entre as campanhas privadas das campanhas públicas e não governamentais. Para apontar esse contraste discursivo, elegemos três pontos: educação, vacinação e preservativos. O discurso proposto pela MSD, por exemplo, assume explicitamente que é fundamental a ferramenta da educação em saúde para que possamos entender e garantir uma proteção eficaz para crianças e adolescentes (seja relacionado ao câncer ou quaisquer doenças relacionadas ao HPV). Mais do que falar sobre crianças e adolescentes, a postura da MSD implica em incluí-los no processo preventivo.

Sobre a vacinação, a empresa afirma que a medida serve apenas para induzir a imunidade sem que o corpo tenha que entrar em contato com o vírus, mas não significa “proteção absoluta” ou “a solução para todos os problemas”. Eles afirmam que os sujeitos não vacinados ficam desnecessariamente expostos às doenças preveníveis por vacinas. Por fim, e talvez o aspecto de maior impacto, é que a MSD traz o uso dos preservativos para a discussão (enquanto, em nenhum momento ele surge explicitamente nos discursos públicos ou não governamentais sobre HPV). Assuntos que são ocultados pelo Ministério da Saúde ou pelas ONGs, como a Fundação do Câncer ou o Movimento Brasil sem câncer do colo do útero, aparecem explicitamente no discurso privado da MSD. Retirado do site “Pode Acontecer”, colocaremos o trecho na íntegra para apontarmos como o discurso é construído:

O HPV afeta homens e mulheres, e o modo mais comum de contágio é pela via sexual. Por isso, é muito importante o uso de preservativos masculinos ou femininos em todos os contatos sexuais (genital-genital, manual-genital e oral-genital), mesmo que não ocorra penetração vaginal ou anal. Os preservativos não protegem totalmente contra uma infecção pelo HPV, pois o vírus pode estar presente em áreas de pele e mucosa que não estão protegidas durante os contatos sexuais (MSD, 2021, grifo nosso).

Já na comparação entre as campanhas públicas e não governamentais, elas não possuem modos de discursividade e estratégias tão diferentes assim. Há uma reatualização constante de elementos, para que as representações sejam mais contemporâneas, mas que continuam afirmando valores tradicionais em termos de desigualdades entre os gêneros. Nesse aspecto, salientamos que tanto o “tradicional” quanto o “contemporâneo” surgem nas campanhas como um valor. Sobretudo, as campanhas de HPV e CCU traduzem políticas de governo e não políticas de Estado, pois há uma descontinuidade aparente que se demonstra ao longo do tempo. Um exemplo disso foi que, ao iniciarmos a pesquisa, nossa principal fonte de

acesso às campanhas era o repositório de campanhas do Ministério da Saúde⁵². Porém, entre 2020 e 2022, o site passou por uma reformulação e todos os conteúdos que nele estavam foram transferidos para um novo domínio⁵³. Nessa transição, muitas campanhas da saúde não foram recolocadas. Houve também uma reorganização da própria disposição das imagens, elas passaram a ser agrupadas por “temáticas”. As campanhas de HPV, por exemplo, só podem ser localizadas dentro do grupo de campanhas de ISTs. A nova disposição, por si só, não seria uma problema – se as peças estivessem lá. Todavia, o que nos deparamos é que disponibilizaram apenas as campanhas produzidas entre 2019 e 2022, muitas campanhas foram retiradas e outras estão com o arquivo da imagem corrompido (o que não permite o acesso do usuário). Em síntese, as peças gráficas analisadas ao longo do nosso trabalho não estão mais no repositório oficial do Estado – o que nos parece algo extremamente preocupante e que não poderíamos deixar de mencionar.

A grande antítese colocada é que, se por um lado, há um desinvestimento por parte do Estado e uma diminuição na produção das campanhas públicas, por outro, notamos um maior investimento de clínicas, laboratórios e indústrias farmacêuticas privados em sua própria produção de campanhas. O paradoxo dessa relação inversamente proporcional entre a instância pública e privada é o fato de haver um discurso privado que desqualifica a vacina de HPV dada pelo SUS – ainda que a substância da vacina seja a mesma. A MSD e a GSK continuam sendo as detentoras da tecnologia, mas a produção no Brasil continua sendo realizada pelo Instituto Butantan.

Na discussão sobre representações dos grupos sociais, as campanhas parecem justamente distorcer a realidade dos sujeitos representados. Se compararmos os dados epidemiológicos dos grupos sociais mais vulneráveis ou que, efetivamente, são acometidos pelas infecções de HPV ou pelo CCU, notaremos que estes grupos não condizem com os sujeitos ilustrados em grande parte das campanhas. A questão racial, enquanto um marcador social importante para compreendermos a dimensão biossocial do câncer uterino no Brasil, não é representado em concordância com os dados epidemiológicos – as mulheres negras e indígenas, as principais acometidas e/ou as que estão em maior situação de vulnerabilidade, não são devidamente representadas, por exemplo. Isto denota que as representações são sempre parte dos regimes de discursividade, pois a verdade é produzida pelas relações de saber e poder operantes. Ao mesmo tempo, acusar as representações de “falsas” pode

⁵² O endereço era: <<https://antigo.saude.gov.br/campanhas?limitstart=0>>.

⁵³ O atual endereço é: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude>>.

denunciar uma postura essencialista em relação aos grupos sociais apresentados (SACRAMENTO; BORGES, 2020).

Nosso trabalho não teve a intenção de formalizar um modelo ideal de política pública preventiva ou vacinal. Não nos propusemos a provar ou negar a eficácia da vacina de HPV, tão pouco apontá-la enquanto uma ameaça à saúde – como apontam os movimentos antivacina. De qualquer modo, somos a favor de que as políticas públicas possam oferecer diferentes formas de promoção à saúde que não se restrinjam ao discurso (exclusivo) da imunização vacinal. É necessário enfatizar que a divulgação científica e os profissionais de saúde constroem categorias e veiculam informações sobre sexualidade, saúde e cultura. Nesse sentido, devemos considerar o contexto em que acontecem as relações de produção de conhecimento, os processos de veiculação e, principalmente, sua correspondência de apropriação pelos mais variados grupos sociais (CASTIEL, 1999, p. 66).

Dessa forma, a relação de poder desigual entre os gêneros é uma marca das tecnologias reprodutivas, onde mulheres vivem antigos conflitos acerca da maternidade e a ampliação da oferta das técnicas cria uma ilusão de autonomia. A responsabilidade das mulheres no que tange à reprodução e à maternidade continua sendo reiterada. Mostra-se cada vez mais necessário produzirmos questões que nos levem a pensar sobre as vantagens e desvantagens da inserção dessas novas tecnologias, bem como condições de uso, implicações objetivas e subjetivas, dimensões sociais, éticas e políticas. E, principalmente, a relação de poder que se estabelece entre os gêneros.

Todo o trabalho foi marcado por rupturas e continuidades. Não temos a falsa pretensão de concluir ou findar as discussões levantadas, apenas tentamos seguir as pistas para que pudessemos contribuir com as discussões pré-existentes e abrir lacunas para outras discussões possíveis. A antropologia do(s) útero(s) já agrupa um conjunto de trabalhos importantes que se propõem a pensar em fenômenos que atravessam o corpo biológico e social das mulheres (como parto, maternidade, transplante de órgão, sangue menstrual, etc.), além de produzirem uma ciência implicada politicamente com as discussões de gênero, corpo e sexualidades. A politização do útero possui outras formas, etapas e desdobramentos; encerramos aqui uma etapa importante e, ao mesmo tempo, lançamo-nos para outras que estão por vir. Dentre inúmeros modos de classificações, regulações e controles históricos sobre o corpo da mulheres, os descolamentos instáveis apontam também que retomar uma suposta “verdade” abrigada no corpo biológico pode ser além de uma imposição, um desejo. Historicamente, o útero é lócus de disputas, lutas, reivindicações e também, no vocabulário marxista, um fetiche de órgão.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J. Pharmaceutization in Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-6022, 2010.

ABRAVAC. *Associação Brasileira de Vítimas de Vacinas e Medicamentos: sobre nós*. Disponível em: <<https://www.abravac.info/sobre-n%C3%B3s>>. Acesso em 20 de outubro, 2021.

ALBUQUERQUE, F. Butantan apresenta transferência de tecnologia para produzir vacina contra HPV. Agência Brasil. Geral. São Paulo. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-06/butantan-apresenta-transferencia-de-tecnologia-para-produzir-vacina-contrahpv>>. Acesso em 19 de maio, 2021.

ALZUGUIR, F.; NUCCI, M. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, v. 20, n. 1, p. 217-238, 2015.

APPADURAI, A. *A Vida Social das Coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: Editora da Universal Federal Fluminense, 2008.

ARAÚJO NETO, L. A. & TEIXEIRA, L. A. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. Boletim do Museu Paranaense Emílio Goeldi. *Ciências Humanas*, v.12, n.1, p. 173-188. Janeiro, 2017.

ARAÚJO, I. S. *Comunicação e saúde / Inesita Soares de Araújo e Janine Miranda Cardoso*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

AUGÉ, M. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas: Papirus, 1994.

AZIZE, R. L. A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras. *Dissertação de mestrado*. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Departamento de Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2002.

AZIZE, R. L. & GAMA, B. K. G. “Doenças da civilização: você pode curá-las?”: representações sobre cidade, natureza e saúde entre classes médias urbanas: “Civilized diseases: can you heal them?”: representations on city, nature and health among urban middle classes. *Revista Argumentos*, 16(1), 30-49, 2019.

AZIZE, R. L. A “evolução da saúde masculina”: virilidade e fragilidade no marketing da disfunção erétil e da andropausa. In: GOLDENBERG, M. (Org.) *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

AZIZE, R. L.; ARAÚJO, E. S. A pílula azul: uma análise de representações sobre masculinidade em face do Viagra. *Antropolítica*, Niterói, v. 14, p. 133-51, 2003.

BADINTER, E. *O conflito: a mulher e a mãe* / Elisabeth Badinter. Tradução de Véra Lucia dos Reis. – Rio de Janeiro: Record, 2011.

BADINTER, E. *Um Amor conquistado: o mito do amor materno*. Elisabeth. Badinter; tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBIERI, C.; COUTO, M. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 20, p. 105-114, 2015.

BARBOSA, I. R.; COSTA, I. DO C. C.; PÉREZ, M. M. B.; SOUZA, D. L. B. DE. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. *Revista Ciência Plural*, v. 1, n. 2, p. 79-86, 21 jul. 2015.

BASTOS, C. C. Contando os danos: Análise de um grupo de acolhimento feminista online e a construção social do corpo feminino. *Amazônica - Revista de Antropologia*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 94-101, ago. 2018.

BELTRÃO, P. L.; MOUTAA, A. N.; SILVAN, S.; OLIVEIRA, E. N.; BELTRÃO, T. Perigo do movimento antivacina: análise epidemio-literária do movimento antivacinação no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 6, p. e3088, 30 abr. 2020.

BENJAMIN, R. Informed refusal: toward a justice-based bioethics. *Science, Technology, & Human Values*, v. 41, n. 6, p. 967-990, 2016.

BENTO, E. Uma vacina contra o HIV chega à última fase de testes pela primeira vez em mais de 10 anos. *El País*. Publicado em: 1 de dezembro, 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/internacional/2020-12-01/uma-vacina-contra-o-hiv-chega-a-ultima-fase-de-testes-pela-primeira-vez-em-mais-de-10-anos.html>>. Acesso em 15 de setembro, 2021.

BEZERRA, N. A. *Quando a vacina entra na escola: o mundo social da vacina HPV em uma escola pública do DF*. 2017. 223 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)– Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

BEZERRA, N. A. *Quando a vacina entra na escola*. 2017. 223 f., il. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

BEZERRA, N. A.; FLEISCHER, S. Quando a antropologia entra na escola procurando pela saúde: o fenômeno vacinal do HPV à luz da reflexividade em pesquisa. In: FERREIRA, J.; BRANDÃO, E. R. *Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde: desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores*. Brasília: Editora de Brasília, 2021 – (Pesquisa, inovação & ousadia).

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*. Ano 17, n. 35, 2011, p.227-256.

BOURDIEU, P. (1998) *A dominação masculina*. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BOURDIEU, P. *Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais* / editado por Michael Grenfell; tradução de Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

BRANDÃO, E. R.; PIMENTEL, A. C. L. Essure no Brasil: desvendando sentidos e usos sociais de um dispositivo biomédico que prometia esterelizar mulheres. *Saúde Soc.*, v. 29, n. 1, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: Síntese de comentários e resultados. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>>. Acesso em: 26 de outubro, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher: câncer do colo do útero, informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Inca, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 23 de dezembro, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção em Saúde. *Análise Técnica sobre a Introdução da Vacina contra o Papilomavírus Humano no Programa Nacional de Imunizações do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMARGO JR., K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*. 29 (5), p. 844-846, 2013.

CAMARGO, B. V. et al . Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, p. 257-268, jun. 2011 .

CÂNCER, Fundação do. *Nossa História*. Disponível em: <<https://www.cancer.org.br/>>. Acesso em: 19 de maio, 2021a.

CÂNCER, Fundação do. *Fundação do Câncer faz campanha de prevenção ao HPV*. Disponível em: <<https://www.cancer.org.br/blog/fundacao-do-cancer-faz-campanha-de-prevencao-ao-hpv/>>. Acesso em: 19 de maio, 2021b.

CARMO, N. F. C. “*Facts mean nothing*”: as “fake news” e os ataques de Trump e Bolsonaro aos media durante as campanhas eleitorais de 2016 e 2018 [Em linha]. *Dissertação de mestrado*. Lisboa: Iscte, 2020.

CARRARA, S. Gênero e sexualidade na contemporaneidade: a emergência dos direitos sexuais. *Comunicação apresentada no VI Seminário Internacional “As Redes Educativas e as Tecnologias: práticas/teorias sociais na contemporaneidade”*, organizado pela Faculdade de Educação da UERJ. Rio de Janeiro, 2011.

CARRARA, S., MORA, C. & AGUIÃO, S. Políticas sexuais contemporâneas: disputas y resistencias. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)* [online]. 2017, n. 26.

CARRARA, S., RUSSO, J. A. & FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V. 19, n. 3, pp. 659-678, 2009.

CARRARA, S.; RUSSO, J.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, vol. 19, n.3, p. 659-678, 2009.

CARRERA, F. Ciberpublicidade, gênero e Goffman: hiper-ritualizações no contexto digital. *Contra-campo*, Niterói, v. 38, p. 22-40, março de 2020.

CARVALHO, C. A associação antivacina que repudia tratamento usado contra o HPV. *Época*. Novembro, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/epoca/sociedade/a-associacao-antivacina-que-repudia-tratamento-usado-contr-hpv-1-24756830>>. Acesso em 20 de outubro, 2021.

CASTIEL, L. D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Editora Fiocruz, 1999.

CASTRO, R. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. *R@u*, v. 4, n. 1, p.146-175, 2012.

CASTRO, R. Covid-19 e economias da diversidade: uma crítica antropológica da biologização da raça nos ensaios clínicos com vacinas. *ClimaCom – Epidemiologias [Online]*, Campinas, ano 7, n. 19, Dez. 2020.

CHAZAN, L. K. . *Meio quilo de gente!* Um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. v. 1. 230p.

CLARKE, A. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, New York, v. 68, n. 2, p. 161-194, abril, 2003.

CLARKE, A.; MAMO, L.; FOSKER. JR; FISCHMAN J; SHIM, JK. *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the U.S*. Durham: Duke University Press; 2010.

COLUCCI, C. Vacinação contra vírus HPV divide opinião de médicos. *Folha de São Paulo*. Disponível em: <<https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/02/1406378-vacinacao-contr-virus-hpv-divide-opiniao-de-medicos.shtml>>. 2 de fevereiro de 2014. Acesso em 20 de outubro, 2021.

CONRAD, P. *The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CORDEIRO, Mariana Sbaraini. Mãe—A Invenção da História. *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, v. 10, p. 1-12, 2013.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

CRAWFORD, R. Salutarismo e medicalização da vida cotidiana. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 13(1): 100-121, 2019.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, v.17, n.2, p. 120-131, 2008.

DAVIS, A. (1981). *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo. Boitempo, 2016.

DEBERT, Guita G.; PULHEZ, Mariana. 2019. *Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência*. 2.ed. Campinas, SP: Unicamp.

DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. Editora Paz e Terra, 2018.

DINIZ, C. C. *Quem inventou o sexo? experiências cotidianas de crianças e professoras acerca de gênero e sexualidade*. 2014. 173 f., il. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade de Brasília, Brasília. 2014.

DOMINGUES, J. M. Reflexividade, individualismo e modernidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais [online]*. 2002, v. 17, n. 49

DOUGLAS, M. (1986) *How Institutions Think*, Syracuse NY: Syracuse University Press.

DOUGLAS, M. *Risk acceptability according to the social Science*. London: Routledge and Kegan Paul. 1986.

DOUGLAS, M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London: Routledge, 1992.

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

ELIAS, N. *Escritos & ensaios 1: Estado, processo, opinião pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

FADEL, L. M (Org.). *Gamificação na educação* / Luciane Maria Fadel, Vania Ribas Ulbricht, Claudia Regina Batista, Tarcísio Vanzin, organizadores. São Paulo: Pimenta Cultural, 2014.

FARDO, M. L. A gamificação como estratégia pedagógica : estudo de elementos dos games aplicados em processos de ensino e aprendizagem. *Dissertação (Mestrado)* – Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2013.

FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa*. Mulheres, corpo e acumulação primitiva. Trad. de. Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017. Tomo I: Migraciones.

FERNANDES, J. et al. *Vacinas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

FERREIRA, F. R. Cirurgias estéticas, discurso médico e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2011, v. 16, n. 5

FERREIRA, S.C. A gamificação na área da saúde: um mapeamento sistemático. *XIII Seminário SJECC, GT 1 – Jogos Eletrônicos e Saúde*. Universidade do Estado da Bahia, 2019.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, v. 11, n. 21, p. 13-30, 2007.

FINAMORI, Sabrina; FERREIRA, Flávio. Gênero, cuidado e famílias: tramas e interseções. *Mediações*, v. 23, n. 3, p. 11-42, 2018.

FLEISCHER, S. Segurar, caminhar e falar: notas etnográficas sobre a experiência de uma “mãe de micro” no Recife/PE. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, [S. l.], v. 3, n. 2, 2017. DOI: 10.9771/cgd.v3i2.21983.

FOUCAULT, M. *Estratégia, poder-saber: ditos e escritos*, vol. IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. (1976) *A história da sexualidade 1: A vontade de saber*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, M. (1978) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FREIRE, Maria Martha de Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.153-171, jun. 2008.

FREUD, S. (1905). *Obras completas*, volume 6 : três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905). São Paulo : Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. O inquietante (1919). In: *Sigmund Freud – obras completas volume 14*. História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1919). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

GAUDENZI, P. Mutações biopolíticas e discursos sobre o normal: atualizações foucaultianas na era biotecnológica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*. 2017, v. 21, n. 60

GEE, J. P. *What video games have to teach us about learning and literacy*. Palgrave Macmillan, 2003.

GOFFMAN, E. *Gender Advertisements*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1979.

GRAHAM, J. E.; MISHRA, A. Risk, choice and the *girl vaccine*: unpacking human papillomavirus (HPV) immunization. *Health, Risk & Society*, n. 14, p. 57- 69, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUISADO, Manuela Caballero; AGOIZ, Artemio Baigorri. ¿Es operativo el concepto de generación?. *Aposta: revista de ciencias sociales*, Madrid, n. 56, p. 1-45, feb./mar. 2003.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, 1995.

HARAWAY, D. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century”. In: *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*, New York, Routledge, 1991. Trad. Bras. Tomaz Tadeu. In: HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari; TADEU, Tomaz, *Antropologia do Ciborgue: As vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

HARSIN, J. Post-Truth and critical communication studies. *Oxford Research Encyclopedias*. Published online: December, 2018.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araujo. *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. *Sur: revista internacional de direitos humanos*, São Paulo, v. 13, p. 53-64, 2016.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.16, n.2, p.375-386, 2011.

HODDER, I. *Entangled. An Archaeology of the Relationships between Humans and Things*. Malden: Wiley-Blackwell, 2012.

IEPS. Panorama da Cobertura Vacinal no Brasil. *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde*. Maio, 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Panorama_IEPS_01.pdf> . Acesso em 24 de agosto, 2021.

INCA. Campanhas. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde.. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/assuntos/campanhas>>. Acesso em: 10 de abril, 2021.

INGOLD, T. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 18, n. 37, p. 25-44, Junho 2012 .

ITUASSU, A. LIFSCHITZ, S.; CAPONE, L.; MANNHEIMER, V. De Donald Trump a Jair Bolsonaro: democracia e comunicação política nas eleições de 2016, nos Estados Unidos, e de 2018 no Brasil. In: *Anais do 8o Congresso da Associação Brasileira de Pesquisadores em Comunicação e Política*. Brasília, 2019.

JASANOFF, S. *States of knowledge: The co-production of science and social order*. London: Routledge, 2004.

JENKINS, H. *Cultura da convergência: a colisão entre os velhos e novos meios de comunicação*. Trad.: Susana Alexandria. 2 ed. São Paulo: Aleph, 2009.

JØRGENSEN, K. J.; GØTZSCHE, P. C. Overdiagnosis in publicly organized mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ*, 2009; 339.

KOPYTOFF, I. A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo. In: APPADURAI, A. (org.). *A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: EdUFF, 2008, p. 89-121.

LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, B. *We Have Never Been Modern*, Cambridge MA: Harvard University Press, 1993.

LAURETIS, T. D. A tecnologia do gênero. Tradução de Suzana Funck. In: HOLLANDA, H. (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LEAL, T. A invenção da sororidade: sentimentos morais, feminismo e mídia / Tatiane Cruz Leal Costa. -- Rio de Janeiro, 2019. 261 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola da Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação, 2019.

LEAL, V. C. L. V, CATRIB, A. M. F., AMORIM, R. F., MONTAGNER, M. A. O corpo, a cirurgia estética e a Saúde Coletiva: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. V. 15, n. 1, pp. 77-86, 2010.

LE BRETON, D. A síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. (Org.) *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

LEITE, V. “Em defesa das crianças e da família”: Refletindo sobre discursos acionados por atores religiosos “conservadores” em controvérsias públicas envolvendo gênero e sexualidade. *Sex., Salud Soc.* Rio de Janeiro, n. 32, p. 119-142, Agosto, 2019.

LEITE, V. J. “Impróprio para menores?” Adolescentes e diversidade sexual e de gênero nas políticas públicas brasileiras contemporâneas. Tese (doutorado) – UERJ, 2014.

LEITE, V. J. *Sexualidade adolescente como direito? A visão de formuladores de políticas públicas*. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UERJ, 2009.

LIMA, A. C. S. *Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil* / Antonio Carlos de Souza Lima (organizador). – Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política/UFRJ, 2002.

LISPECTOR, C. 1998 [1973]. *Água Viva*. Rio de Janeiro: Rocco.

LÖWY, I. *A Woman's Disease: The History of Cervical Cancer*. Oxford University Press, 2011.

LÖWY, I. O gênero do câncer. In: TEIXEIRA, Luiz. *Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

MACDONALD, N. E. et al. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015.

MANICA, D. T. *Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória*. 2009. 318 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.

MANICA, D. T.; GOLDENBERG, R. C. S.; ASENSI, K. D. CeSaM, as Células do Sangue Menstrual: Gênero, tecnociência e terapia celular. *Interseções - Revista De Estudos Interdisciplinares*, v. 20, p. 93-113, 2018.

MANICA, D. T. Estranhas entranhas: de antropologias, e úteros. *Amazônica – Revista de Antropologia*. V. 10, n. 1, p. 22-41. Agosto, 2018.

MAO, C. et al. Efficacy of human papillomavirus-16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 107: 28-27, 2006.

MARQUES PULHEZ, M. Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito. *CSONline - Revista Eletrônica de Ciências Sociais, [S. l.]*, n. 33, p. 64–91, 2021.

MARTIN, E. *A mulher no corpo*. Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 2006.

MARTINS, A. P. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, n. 13, v. 3, p. 645-665, 2005.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. Trad. Mauro W. B. de Almeida. São Paulo, EPU/EDUSP, 1974.

MEAD, G. H. *Mind, self & society* Chicago, University of Chicago Press, 1962.

MENDONÇA, V. S. & ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicologia Política*, 10(20), 215-226, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MILLER, Jacques-Alain. *Extimidad*. Buenos Aires: Paidós, 2010.

MISKOLCI, R.; CAMPANA, M. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Sociedade e Estado [online]*, v. 32, n. 03, pp. 725-748, 2017.

MORA C., MAKSUD I. Juventude, sexualidade, religião: questões atuais de pesquisa no campo do HIV/Aids. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e190751

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2011, v. 27, n., pp. 623-638.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOULIN, A. M. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 10 (Suppl 2), 2003, p. 499-517. OPAS/OMS. Folha Informativa sobre Sarampo.

MSD. *Pode Acontecer*. Merck Sharp & Dohme Corp. Disponível em: <<https://podeacontecer.com.br/>>. Acesso em: 10 de março, 2021.

NASCIMENTO, N. N. C. *Contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo (LARC): análise socioantropológica das controvérsias que cercam sua circulação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020.

NAVARRO, G. Gamificação: a transformação do conceito do termo jogo no context da pós-modernidade. *Trabalho de conclusão de curso de especialização em Mídia, Informação e Cultura*. CELACC/ECA – Universidade de São Paulo, 2013.

NUCCI et. al. “A arte de “auxiliar” e “corrigir” a natureza: os debates obstétricos sobre intervenção, indução e condução do parto em meados do século XX” In: *Medicalização do parto: saberes e práticas*. TEIXEIRA, et. al. São Paulo: Hucitec, 2021.

NUCCI, M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de "estilo de vida"?. Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. (10), 124-139, 2012.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, v. 11, p. 427-436, 2006.

OLIVEIRA, P. P. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

OUDSHOORN, N. *The male pill: A biography of a technology in the making*. Durham: Duke University Press, 2003.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p.25-S32, 1998.

OUDSHOORN, N.; PINCH, T. “How users and non-users matter”. In: ____ (eds.). *How users matter: the co-construction of users and technology*. Cambridge: MIT Press. 2003. 340 p.

PARDINI, H. *Os benefícios da vacina HPV para a saúde do homem*. Hermes Pardini. Disponível em: <<https://www.hermespardini.com.br/blog/?p=359>>. Acesso em: 10 de março, 2021.

PASSOS, F. T.; FILHO, I. M. Movimento Antivacina: Revisão Narrativa Da Literatura Sobre Fatores De Adesão E Não Adesão À Vacinação. *Revista Jrg De Estudos Acadêmicos*, [S. L.], V. 3, N. 6, P. 170–181, 2020.

PEREIRA, G. M. C. Viabilizando tecnologias improváveis: uma análise sobre o fomento de contraceptivos masculinos pela ONG Male Contraception Initiative.. 2017. 161 f. *Dissertação* (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e

Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

PIMENTEL, A. C. et. al. A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciênc. saúde coletiva*, v.22, n.1, p.43-52, 2017.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005

POLLARD, J. The art of decay and the transformation of substance. In: RENFREW, C.; GOSDEN, C.; DEMARRAIS, E. (Ed.). *Substance, memory, display*. Cambridge: McDonald Institute for Archaeological Research, 2004. p. 47-62.

PORTO PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. V.10 (Suplemento 2), pp. 725-42, Rio de Janeiro, 2003.

PRENSKY, M. Digital Natives, Digital Immigrants. In: PRENSKY, Marc. *On the Horizon*. NCB University Press, Vol. 9 No. 5, Outubro, 2001. Disponível em: <<https://marcprensky.com/writing/Prensky%20%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>>. Acesso em: 27 de dezembro, 2021.

RABINOW, P. *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press, 1996.

REIS, T.; EGGERT, E. Ideologia de gênero: uma falácia construída sobre os planos de educação brasileiros. *Educação & Sociedade [online]*, v. 38, n. 138, pp. 09-26, 2017.

RIBEIRO, C.R.; RUSSO, J. Negociando com os leitores: o “novo” e o “antigo” homem nos editoriais da revista *Men’s Health*. *Cadernos Pagu*. Campinas, v. 42, jan-jun., 2014.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2013, v. 29, n. 9, pp. 1763-1773.

ROBERTSON, A. *Biotechnology: political rationality and discourses on health risk*. *Health*, 2001, 5(3), p.293-309.

ROHDEN, F. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROHDEN, F. Subjetividades sintéticas: apontamentos sobre transformações corporais e subjetivas via intervenções biotecnológicas. *Interface (Botucatu)*. 25: e210065, 2021.

ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROSE, N. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: SANTOS, L. H. S.; RIBEIRO, P. R. C. (Org.). *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande: FURG, 2011.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M. F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. V. 24, 2020.

RUSSO, J. et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana* [online]. V. 25, n. 2, pp. 519-550, 2019.

SACRAMENTO, I; BORGES, W. C. *Representações midiáticas da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

SALEM, T. *O casal grávido: Disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro, FGV Editora, 2007.

SANTOS, A. B. A Incorporação da Vacina HPV no SUS: Práticas de Estado, conhecimentos

científicos e produção da diferença sexual nos documentos para implantação da política de saúde. *Dissertação (Mestrado)*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, 2017.

SANTOS, M. T. HPV: entidade americana atualiza diretrizes de vacinação. *Veja Saúde*, São Paulo. Medicina. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/hpv-entidade-americana-atualiza-diretrizes-de-vacinacao/>>. Acesso em 19 de maio, 2021.

SAÚDE, Ministério da. Quem pode ser vacinado contra HPV?. *Instituto Nacional do Câncer*. Perguntas frequentes. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/hpv-entidade-americana-atualiza-diretrizes-de-vacinacao/>>. Acesso em 19 de maio, 2021.

SBRT. *Arquivos Brasil sem câncer do colo do útero*. Sociedade brasileira de radioterapia. Disponível em: <<https://sbradioterapia.com.br/category/brasil-sem-cancer-do-colo-do-utero/>>. Acesso em: 10 de março, 2021.

SCHIEBINGER, L. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: PORTER, Roy; TECH, Mikolas. *Conhecimento sexual, ciência sexual*. São Paulo: Editora Unesp, 1998.

SCHIEBINGER, L. *O feminismo mudou a ciência*. Bauru-SP, EDUSC, 2001.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. *Revista de Saúde Pública [online]*. V. 46, suppl 1, pp. 108-116, 2012.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e Sociedade [online]*. 2019, v. 28, n. 3, pp. 171-184.

SILVA, M. S. *III Jornada Brasileira de Cancerologia*. Recife, 1963. (Comunicação oral).

SILVA, V. R. Entrevista: “Uma ciência feminista precisa explicitar os contextos nos quais o conhecimento produzido por ela é construído”. *Gênero e número*. Rio de Janeiro. 20 de junho, 2018. Disponível em: <<https://www.generonumero.media/entrevista-uma-ciencia-feminista->

precisa-explicitar-os-contextos-nos-quais-o-conhecimento-produzido-por-ela-e-construido/>. Acesso em: 4 de janeiro, 2022.

SKLOOT, R. *A Vida Imortal de Henrietta Lacks*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SOUZA LIMA, A. C. (org.). *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SOUZA, Márcio Ferreira de; MARIANO, Silvana. Percepções de cuidado e práticas de gênero das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família a partir de um recorte geracional: mudanças e permanências. *Mediações-Revista de Ciências Sociais*, v. 23, n. 3, p. 164-194, 2018.

SUCCI, R. C. Recusa vacinal – que é preciso saber. *Jornal de Pediatria*, 94(6): 574-581, 2018.

TEIXEIRA, C. C., SOUZA LIMA, A. C. A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão? In: MARTINS, B. & D., L. F. D. (coord.). *Horizontes das Ciências Sociais no Brasil – Antropologia*. São Paulo: ANPOCS, 2010.

TEIXEIRA, L. A. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015a, p.221-240.

TEIXEIRA, L. *Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015b.

TEIXEIRA, L. et. al. A. *Medicalização do parto: saberes e práticas / organização Luiz Antonio Teixeira... [et al.]*. – 1. ed. – São Paulo: Hucitec, 2021.

TEIXEIRA, L.; LÖWY, I. Imperfect tools for a difficult job: colposcopy, ‘colpocytology’ and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, 41 (4), p.585-608, 2011.

TEMPESTA, G. A.; CARNEIRO, R. G.; FLEISCHER, S. R. Das múltiplas faces da fertilidade: Pensando uma antropologia dos úteros. *Amazônica - Revista de Antropologia*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 11-19, ago. 2018.

THULER, L. C. *Depoimento concedido ao projeto “História do Câncer — Atores, cenários e políticas públicas”*, Rio de Janeiro, 2011.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. R. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura*, [S. l.], v. 14, n. 2, 2011.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D.; GRIEP, R. H. A sociedade de risco mediatizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. V. 20, n. 2, 2015.

VIANNA, A. R. B. “Quem deve guardar as crianças? Dimensões tutelares da gestão contemporânea da infância”. In: LIMA, A. C. S. *Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil / Antonio Carlos de Souza Lima (org.)* – Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política/UFRJ, 2002.

WAILOO, K. et al. *Three shots at prevention: the HPV vaccine and the politics of medicine’s simple solutions*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy 2014*. Geneva, 2014. Disponível em: <www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf>. Acesso em 22 de agosto, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Ten threats to global health in 2019*. Geneva, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>>. Acesso em 24 de agosto, 2021.

ZOLA, I. Medicine as an Institution of Social Control. *Soc. Review*. 20(4):487-504. 1972.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2014, v. 19, n. 06.

ZORZANELLI, R.; ORTEGA, F. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade [online]*, v. 23, n. especial, pp. 30-36, 2011

ANEXO

Quadro 1 – Principais vacinas do Calendário Básico de Vacinação brasileiro

Vacinas
Vacina BCG intradérmica
Vacina “Penta”
Vacina Poliomielite 1, 2 e 3
Vacina Poliomielite 1 e 3 oral
Vacina Pneumocócica 10-valente
Vacina Rotavírus humano
Vacina Febre amarela
Vacina Meningocócica C
Vacina Tríplice viral
Vacina Hepatite A
Vacina Tetra viral
Vacina HPV
Vacina Hepatite B
Vacina Dupla Adulto
Vacina Pneumocócica 23-valente
Vacina Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto
Vacina influenza

Principais vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública no Brasil pelo Calendário Básico de Vacinação, Programa Nacional de Imunizações (2020). Retirado de Fernandes et al., 2021, p. 96-97, grifo nosso.