DILMA MARIA CAMPELO RIO VERDE

OS IMAGINÁRIOS SOCIODISCURSIVOS E A CONSTRUÇÃO DAS IMAGENS DE SI EM NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

BELO HORIZONTE

2025

DILMA MARIA CAMPELO RIO VERDE

OS IMAGINÁRIOS SOCIODISCURSIVOS E A CONSTRUÇÃO DAS IMAGENS DE SI EM NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Estudos de Linguagens (POSLING), do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Estudos de Linguagens.

Área de concentração: Processos Discursivos e Tecnologias
Orientadora: Profa. Dra. Lilian Aparecida Arão

BELO HORIZONTE

2025

Rio Verde, Dilma Maria Campelo.
R585i Os imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas de vida de mulheres com câncer de mama / Dilma Maria Campelo Rio Verde. – 2025.
421 f. : il.
Orientadora: Lílian Aparecida Arão.

Tese (doutorado) – Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagens, Belo Horizonte, 2025.
Bibliografia.

1. Análise do discurso. 2. Autobiografia. 3. Mamas - Câncer. 4. Ethos. I. Arão, Lílian Aparecida. II. Título.

CDD: 401.41

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca - *campus* Nova Suíça - CEFET-MG
Bibliotecária: Rosiane Maria Oliveira Gonçalves - CRB6-2660

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE LINGUAGENS - NS

ATA DE DEFESA DE TESE Nº 32 / 2025 - POSLING (11.52.09)

Nº do Protocolo: 23062.042328/2025-31

Belo Horizonte-MG, 11 de agosto de 2025.

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO E DEFESA DE TESE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ESTUDOS DE LINGUAGENS

No dia 02 de junho de 2025, às 14h00, em ambiente virtual, reuniu-se a Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagens do CEFET-MG, constituída pelos membros: Prof.ª Dr.ª Lilian Aparecida Arão (Orientadora) (CEFET-MG), Prof.ª Dr.ª Elvira Beatriz Narvaja de Arnoux (Filo), Prof.ª Dr.ª Nara Bretas Lage (UEMG), Prof. Dr. Cláudio Humberto Lessa (CEFET-MG) e Prof.ª Dr.ª Mariana Jafet Cestari (CEFET-MG); para examinar o trabalho da doutoranda DILMA MARIA CAMPELO RIO VERDE, sob o título: OS IMAGINÁRIOS SOCIODISCURSIVOS E A CONSTRUÇÃO DAS IMAGENS DE SI EM NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. A Prof.ª Dr.ª Lilian Aparecida Arão, Presidenta da sessão pública de apresentação e defesa de tese de doutorado, declarou aberta a sessão, passando a palavra à doutoranda DILMA MARIA CAMPELO RIO VERDE, para que expusesse sua tese. Terminada a exposição, a Presidenta passou a palavra para a Banca Examinadora, que iniciou a arguição. Em seguida, reuniu-se a Banca Examinadora para deliberação. Ao retornar, a Presidenta deu conhecimento à candidata de que sua tese foi aprovada e que, no prazo de 60 dias, deverá incluir as sugestões da Banca. Nada mais havendo a tratar, a Presidenta declarou encerrada a sessão. Para constar, foi lavrada esta ata, que será assinada pela Presidenta e pelos demais membros da Banca Examinadora.

(Assinado digitalmente em 11/08/2025 17:31)
CLAUDIO HUMBERTO LESSA
PROFESSOR ENS BASICO TECN TECNOLOGICO
DELTEC (11.55.08)
Matrícula: 2989064

(Assinado digitalmente em 12/08/2025 09:31)
LILIAN APARECIDA ARAO
PROFESSOR ENS BASICO TECN TECNOLOGICO
DELTEC (11.55.08)
Matrícula: 1685158

(Assinado digitalmente em 11/08/2025 16:40)
MARIANA JAFET CESTARI
PROFESSOR ENS BASICO TECN TECNOLOGICO
DELTEC (11.55.08)
Matrícula: 1362884

(Assinado digitalmente em 11/08/2025 17:24)
NARA BRETAS LAGE
ASSINANTE EXTERNO
CPF: ###.###.396-##

(Assinado digitalmente em 16/08/2025 10:42)
ELVIRA BEATRIZ NARVAJA DE ARNOUX
ASSINANTE EXTERNO
Passaporte: ###7556#5

Visualize o documento original em **https://sig.cefetmg.br/public/documentos/index.jsp** informando seu número: **32**, ano: **2025**, tipo: **ATA DE DEFESA DE TESE**, data de emissão: **11/08/2025** e o código de verificação: **2e46898c03**

À minha mãe, Adelina Aparecida Campelo (*in memoriam*), pelo amor incondicional, por ser minha fonte de inspiração, como mãe e como mulher. Ao meu pai, Messias Martins Figueiredo (*in memoriam*), pelo legado de homem íntegro, honesto, justo e trabalhador, que sempre me fez acreditar que uma pessoa de valor não se constrói por meio de posses materiais, mas pelas boas ações que realiza.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um gesto que transcende a formalidade: é reconhecimento e humildade diante das forças que nos conduzem na travessia do conhecimento. Nesta caminhada, marcada por descobertas e recomeços, reconheço a presença de uma força maior — Deus, ou aquilo que nos habita e nos move — como alento e direção. Não como ideia de grandeza, mas como presença que transforma, silencia o orgulho e ilumina o caminho do saber compartilhado.

À minha família, em sentido amplo, porto seguro de amor, afeto e identidade. A vocês, que sustentam minha caminhada com paciência e ternura, minha mais profunda gratidão, em especial a Zélio Rio Verde pelo apoio tanto emocional quanto técnico durante a pesquisa.

A todos os professores que cruzaram meu percurso, cujas vozes ressoam nas linhas desta tese. À minha orientadora, professora Dra. Lilian Arão, por sua escuta generosa, sua inteligência instigante e pela confiança em meu trabalho. À Dra. Ana Nápoles, orientadora no mestrado, que segue presente como referências intelectual e afetiva, obrigada por continuar me inspirando com sua sensibilidade e firmeza. À professora Dra. Elvira Arnoux, por ter acolhido a mim e à minha proposta de pesquisa com sensibilidade e generosidade intelectual, e ao professor Dr. Cláudio Lessa, cuja presença afetuosa e palavras encorajadoras marcaram minha jornada acadêmica. Obrigada por serem ponte e abrigo neste processo.

Aos professores que compõem a banca de avaliação, minha sincera gratidão por aceitarem partilhar comigo este momento tão significativo, pela leitura atenta e pelas contribuições que, com certeza, fortalecerão ainda mais esta pesquisa.

Às escritoras que me confiaram suas narrativas, e às mulheres Assistidas pela ASPRECAM que, em meio à dor, partilharam suas histórias com coragem e dignidade, e aos voluntários da Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), meu agradecimento sincero pela missão que desempenham com tanta humanidade. Em especial, ao Dr. Thadeu Rezende Provenza, por sua dedicação incansável e por ser instrumento de transformação na vida de tantas mulheres. Todos vocês são a razão mais profunda de esta pesquisa existir.

Aos amigos, ex-alunos, alunos e colegas de curso, obrigada pelas trocas, pelo apoio, pelas palavras de ânimo e pela torcida silenciosa que tantas vezes me sustentou. Cada gesto, mesmo os pequenos, foi essencial. Em especial, às amigas e pesquisadoras Adriana Reis, Elga Goulart e Raquel Basílio pelas contribuições valiosas para a minha pesquisa.

Ao programa de bolsas para qualificação de servidores – PBQS – do IFNMG, pelo apoio financeiro.

Nossa completude depende das escolhas que fazemos, mas principalmente de nossa coragem para enfrentar os medos, aceitar os limites, para transformar o que nos parece difícil ou impossível em algo tangível. Dilma Rio Verde

RESUMO

Esta tese investigou os imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas autobiográficas de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, articulando tais construções às condições socioeconômicas e às trajetórias discursivas das enunciadoras. A pesquisa faz interface entre os campos da medicina, da Análise do Discurso e da Etnossociologia. A principal referência teórico-metodológica para as análises dos *corpora* é a Teoria Semiolinguística, de orientação sociocomunicacional do discurso, de Patrick Charaudeau (1996, 2001, 2005, 2006, 2007b, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2011, 2017), em articulação com outros pesquisadores, como Amossy (2008a, 2008b), Arnoux (2006, 2019, 2021), Maingueneau (2008a, 2008b, 2015, 2020), Arfuch (2010, 2013), Bertaux (2005), Lessa (2013, 2019), Machado (1996, 2006, 2016, 2020) e Meccia (2020). Com base em abordagem qualitativa, foram analisadas narrativas de dois grupos de mulheres: o primeiro, composto por autoras de autobiografias com condições socioeconômica e cultural mais favorecidas, e o segundo, por mulheres assistidas pela Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), durante tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS), com condições socioeconômica e cultural menos favorecidas. A análise contemplou aspectos como medo, sexualidade, relações familiar e social, condições de acesso à informação, desigualdades no tratamento, estratégias de enfrentamento e a significação simbólica da doença. Partindo da concepção de que as narrativas autobiográficas constituem práticas de subjetivação e de produção de sentido, a pesquisa examinou como os sujeitos se constroem discursivamente a partir de diferentes condições de enunciação. A análise dos *ethé* projetados nos discursos revelou contrastes importantes: as autobiografias apresentaram elaborações simbólicas, interpelações ao leitor e testemunhos públicos, diferentemente dos relatos das mulheres do segundo grupo, que são atravessados por discursos de religiosidade, de gratidão e de resistência. Conclui-se que os imaginários sociodiscursivos atuam como molduras simbólicas que influenciam os modos de narrar, sentir e enfrentar o câncer de mama. Tais molduras produzem sentidos sobre o corpo adoecido, revelam-se nas experiências subjetivas das mulheres e expõem os efeitos das desigualdades no campo da saúde. A linguagem, em ambos os grupos, emerge como instrumento de cura, denúncia e reconstrução identitária. Ao valorizar essas narrativas, a pesquisa pode contribuir para o reconhecimento da potência discursiva dessas vozes e para a afirmação da escuta e do cuidado como práticas tanto éticas quanto políticas em contextos de sofrimento.

Palavras-chave: análise do discurso; narrativas autobiográficas; câncer de mama; *ethos*; imaginários sociodiscursivos.

ABSTRACT

This Ph.D. thesis investigates the sociodiscursive imaginaries and the construction of self-images in autobiographical narratives of women diagnosed with breast cancer, articulating such constructions with the socioeconomic conditions and discursive trajectories of the enunciators. The research intersects the fields of medicine, Discourse Analysis, and Ethnosociology. The main theoretical and methodological framework for the analysis of the corpora is the Semiolinguistic Theory of discourse with a sociocommunicational orientation, developed by Patrick Charaudeau (1996, 2001, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2011, 2017), in articulation with other scholars such as Amossy (2008a, 2008b), Arnoux (2006, 2019, 2021), Maingueneau (2008a, 2008b, 2015, 2020), Arfuch (2010, 2013), Bertaux (2005), Lessa (2013, 2019), Machado (1996, 2006, 2016, 2020) and Meccia (2020). Based on a qualitative approach, narratives from two groups of women were analyzed: first, composed of autobiographical authors with more favorable socioeconomic and cultural status, and the second, composed of women assisted by Association for the Prevention of Cancer in Women (Associação de Prevenção do Câncer na Mulher - ASPRECAM) during oncological treatment in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) with less favorable socioeconomic and cultural conditions. The analysis addresses aspects such as fear, sexuality, family and social relationships, access to information, inequalities in treatment, coping strategies, and the symbolic meaning of the illness. Based on the concept that autobiographical narratives constitute practices of subjectivation and meaning-making, the research examined how subjects construct themselves discursively from different conditions of enunciation. The analysis of the *ethé* projected in the discourses revealed important contrasts: the autobiographies presented symbolic elaborations, interpellations to the reader, and public testimonies, unlike the narratives of the second group, which are permeated by discourses of religiosity, gratitude, and resistance. It is concluded that sociodiscursive imaginaries function as symbolic frames that influence the ways of narrating, feeling and coping with breast cancer. These frames produce meanings about the ailing body, reveal themselves in women's subjective experiences, and expose the effects of inequalities in the healthcare field. In both groups, language emerges as a tool for healing, denunciation, and identity reconstruction. By valuing these narratives, this research can contribute to the recognition of the discursive power of these voices and to the affirmation of listening and care as both ethical and political practices in contexts of suffering.

Keywords: discourse analysis; autobiographical narratives; breast cancer; *ethos*; sociodiscursive imaginaries.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagnóstico, tratamento e pesquisa 28
Figura 2 - Modelo Didático Mamamiga 32
Figura 3 - Rede Pontos de Prevenção 32
Figura 4 - Sistema multimídia do Mamamiga Tech 34
Figura 5 - Multimídia Mamamiga Tech 35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Câncer de mama em mulheres: panorama mundial de incidência e de mortalidade..... 48
Gráfico 2 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres no Brasil..... 51
Gráfico 3 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres na Argentina..... 51
Gráfico 4 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres no Paraguai..... 52
Gráfico 5 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres no Uruguai..... 53
Gráfico 6 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Norte..... 54
Gráfico 7 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Nordeste..... 54
Gráfico 8 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Sudeste..... 55
Gráfico 9 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Sul..... 55
Gráfico 10 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Centro-Oeste..... 56
Gráfico 11 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS - no Brasil..... 56
Gráfico 12 - Incidência de câncer de mama em mulheres por faixa etária..... 59
Gráfico 13 - Caracterização das mulheres quanto ao método de identificação do nódulo mamário. Nota: n = 150 nódulos..... 60
Gráfico 14 - Incidência de câncer de mama em mulheres por faixa etária..... 62
Gráfico 15 - Caracterização dos nódulos mamários quanto ao método primário de identificação..... 61
Gráfico 16 - Dados referentes à pergunta 01: você se inclui em qual das categorias de faixa etária?..... 146
Gráfico 17 - Dados referentes à pergunta 02: você se identifica mais com qual gênero? 147

Gráfico 18 - Dados referentes à pergunta 03: qual é seu estado civil? 147
Gráfico 19 - Dados referentes à pergunta 04: você se considera? 148
Gráfico 20 - Dados referentes à pergunta 05: você possui filhos? 148
Gráfico 21 - Dados referentes à pergunta 06: você se insere em qual nível de escolaridade?..... 149
Gráfico 22 - Dados referentes à pergunta 07: você procura ficar informada sobre os assuntos da realidade em que vive? Se "sim", utiliza quais recursos? (Pode marcar mais de uma resposta)..... 149
Gráfico 23 - Dados referentes à pergunta 08: você ocupa seu tempo com quais atividades de lazer e de bem-estar? (Pode marcar mais de uma resposta)..... 150
Gráfico 24 - Dados referentes à pergunta 09: você está trabalhando atualmente?..... 150
Gráfico 25 - Dados referentes à pergunta 10: você é beneficiária de algum Programa Social do Governo: Federal, Estadual ou Municipal?..... 151
Gráfico 26 - Dados referentes à pergunta 11: você contribui com a renda da família?... 151
Gráfico 27 - Dados referentes à pergunta 12: você reside em casa?..... 152
Gráfico 28 - Dados referentes à pergunta 13: quantas pessoas vivem atualmente em sua casa (incluindo você)?..... 152
Gráfico 29 - Dados referentes à pergunta 14: você deve marcar, a seguir, todos os itens que há em sua casa..... 153
Gráfico 30 - Dados referentes à pergunta 15: você utiliza, com frequência, qual meio de locomoção?..... 153
Gráfico 31 - Dados referentes à pergunta 16: qual a renda mensal de toda a sua família? (somando todas as fontes de renda bruta)..... 154

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questionário sobre os actantes narrativos..... 97
Quadro 2 - Questionário sobre os processos narrativos..... 98
Quadro 3 - Dispositivo da encenação narrativa..... 103
Quadro 4 - Ethos e seus desdobramentos 118
Quadro 5 - Critérios para participação na pesquisa..... 138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVA	Ambiente Virtual de Aprendizado
CEFET-MG	Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão
CHSF	Complexo Hospitalar São Francisco
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTI	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
EaD	Ensino a Distância
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia de Saúde de Família
EUc	EU comunicante
EUe	EU enunciador
EVTE	Estudo de Viabilidades Técnica e Econômica
FBB	Fundação Banco do Brasil
FHSFA	Fundação Hospitalar São Francisco de Assis
G1/ G2	Grupo 1 / Grupo 2
GCO	*Global Cancer Observatory*
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
IPSEMG	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
ITS	Instituto de Tecnologia Social
MBA	*Master of Business Administration*
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
RINC	Rede de Institutos Nacionais de Câncer
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

SCO	Sociedade Civil Organizada
SENAI MG	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial de Minas Gerais
SIBE	Sistema Integrado de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção com Síndrome de Hiperatividade
TPL	Transtorno de Personalidade Limítrofe
TS	Tecnologia Social
TS	Teoria Semiolinguística
TUd	TU destinatário
TUi	TU interpretante
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade FEderal de Minas Gerais
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**20**
1.1	**Contextualização da pesquisa**	**20**
1.2	**Nascimento do tema**	**26**
1.3	**Definição do problema de pesquisa**	**36**
1.4	**Objetivos**	**39**
1.4.1	**Objetivo geral**	**39**
1.4.2	**Objetivos específicos**	**40**
1.5	**Estruturação da tese**	**40**
2	**O CÂNCER DE MAMA FEMININO E O DESAFIO EM NÍVEL MUNDIAL**	**43**
2.1	**O adoecimento da sociedade contemporânea**	**43**
2.2	**O câncer de mama em nível mundial: incidência e mortalidade**	**45**
2.3	**O câncer de mama no Brasil, na Argentina, no Paraguai e no Uruguai**	**50**
2.4	**Estatística de mamografias nas cinco regiões brasileiras, de 2016 a 2021**	**53**
2.5	**O autoexame: importante aliado na prevenção**	**58**
3	**A ANÁLISE DO DISCURSO NOS ESTUDOS DA LINGUAGEM**	**63**
3.1	**A Análise do Discurso nos Estudos da Linguagem**	**63**
3.2	**Ideologia, segundo Louis Althusser**	**66**
3.3	**Formações Discursivas, segundo Michel Foucault**	**68**
3.4	**Ideologia/Formações Ideológicas, segundo Michel Pêcheux**	**69**
3.5	**A Teoria Semiolinguística: novas perspectivas na Análise do Discurso**	**79**
3.5.1	**O signo e os diferentes sentidos entre língua e discurso**	**79**
3.5.2	**Ato de linguagem**	**80**
3.5.3	**Relações contratuais e estratégias discursivas**	**81**
3.5.4	**Estratégia de discurso "contratos de reconhecimento"**	**83**
3.5.5	**Os modos de organização do discurso**	**84**
3.5.5.1	**O modo enunciativo**	**85**

3.5.5.2 O modo descritivo..... 86
3.5.5.3 O modo narrativo..... 89
3.5.5.3.1 Organização da lógica narrativa..... 93
3.5.5.3.2 Configuração da lógica narrativa..... 102
3.5.5.3.3 A encenação narrativa..... 102
3.6 Imaginários social e sociodiscursivo..... 104
3.7 *Ethos*: a construção de uma imagem de si..... 111
3.7.1 A dimensão entre *ethos* e *pathos* e as estratégias de ativação da memória..... 119
3.8 O discurso biográfico: seu papel nas pesquisas etnossociológicas..... 123
3.8.1 Categorias comuns a gêneros de teor biográfico..... 124
4 METODOLOGIA..... 128
4.1 Metodologia..... 128
4.2 Sobre o objeto da pesquisa..... 128
4.3 A natureza da pesquisa..... 128
4.3.1 Pesquisa em Análise do Discurso..... 128
4.3.2 Pesquisa etnossociológica..... 133
4.3.2.1 Reconstrução de entidades socioestruturais..... 136
4.3.2.2 Reconstrução de culturas de grupo..... 136
4.3.2.3 Criação de uma micro-história..... 136
4.3.2.4 Marcadores narrativos..... 137
4.4 Abordagem metodológica e instrumentos para coleta de dados..... 137
4.5 As participantes..... 139
4.6 Cuidados éticos para coleta de dados em ambientes virtuais..... 143
4.7 Apresentação e análise dos dados..... 144
5 ANÁLISE DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CULTURAL..... 146
5.1 Resultados dos dados do questionário socioeconômico e cultural..... 146
5.2 Análise dos dados do questionário..... 154
6 *ETHÉ* E ESTRATÉGIAS ENUNCIATIVAS NAS AUTOBIOGRAFIAS..... 169
6.1 A palavra em cena: modos de enunciação e representação identitária..... 169

6.1.2 O contrato de comunicação e o postulado de intencionalidade..... 169
6.1.2.1 A escritora Marina da Silva e sua escrita autobiográfica..... 173
6.1.3 Entre o dizer e o sentir: efeitos comunicacionais na narrativa..... 175
6.1.4 O papel da escrita..... 178
6.1.5 O modo descritivo e seus processos: nomear, localizar-situar e qualificar..... 180
6.1.5.1 A construção narrativa..... 184
6.1.5.2 Análise actancial e processos narrativos..... 187
6.1.5.3 A descoberta do câncer: marco inicial da narrativa..... 187
6.1.5.4 A narrativa do diagnóstico: reconfiguração da identidade..... 188
6.1.5.5 A narrativa do tratamento oncológico e seus desafios..... 189
6.1.6 A epifania e a ressignificação da vida..... 192
6.1.6.1 Os *ethé* de Marina..... 193
6.1.7 O corpo que lembra, a palavra que cura: emoções e memória..... 212
6.1.7.1 Análise transversal dos relatos autobiográficos..... 214
6.1.7.2 Medos e ansiedades diante do diagnóstico..... 214
6.1.7.3 O corpo e a sexualidade..... 215
6.1.7.4 Relações familiar e social..... 216
6.1.7.5 As relações no trabalho..... 216
6.1.7.6 O gerenciamento de informações sobre a doença..... 218
6.1.7.7 As desigualdades sociais e suas implicações durante o tratamento..... 220
6.1.7.8 As relações com o sistema de saúde: atendimentos médico e hospitalar..... 221
6.1.7.9 A postura de Marina para lidar com o sofrimento..... 223
6.1.7.10 O papel da religião, das crenças, no enfrentamento da doença..... 225
6.1.7.11 Contribuições e legado..... 226
6.2 A escritora Soraia Evangelista e sua escrita autobiográfica..... 227
6.2.1 Entre o dizer e o sentir: efeitos comunicacionais na narrativa..... 228
6.2.2 O papel da escrita..... 230
6.2.3 O modo descritivo e seus processos: nomear, localizar-situar e qualificar..... 231
6.2.4 A construção narrativa..... 234

6.2.4.1 Análise actancial e processos narrativos..... 238
6.2.4.2 A descoberta do câncer: marco inicial da narrativa..... 239
6.2.4.3 A narrativa do diagnóstico: reconfiguração da identidade..... 240
6.2.4.4 A narrativa do tratamento oncológico e seus desafios..... 242
6.2.4.5 A epifania e a ressignificação da vida..... 245
6.2.5 Os *ethé* de Soraia..... 246
6.2.5.1 O corpo que lembra, a palavra que cura: emoções e memória..... 255
6.2.6 Análise transversal dos relatos autobiográficos 258
6.2.6.1 Medos e ansiedades diante do diagnóstico..... 258
6.2.6.2 O corpo e a sexualidade..... 258
6.2.6.3 As relações familiar e social 260
6.2.6.4 As relações no trabalho..... 263
6.2.6.5 O gerenciamento de informações sobre a doença..... 264
6.2.6.6 As desigualdades sociais e suas implicações durante o tratamento..... 266
6.2.6.7 As relações com o sistema de saúde: atendimentos médico e hospitalar..... 270
6.2.6.8 A postura de Soraia para lidar com o sofrimento..... 271
6.2.6.9 O papel da religião, das crenças, no enfrentamento da doença..... 272
6.2.6.10 Contribuições e legado..... 275
6.3 A escritora Fabíola La Torre e sua escrita autobiográfica..... 276
6.3.1 Entre o dizer e o sentir: efeitos comunicacionais na narrativa..... 277
6.3.2 O papel da escrita..... 280
6.3.3 O modo descritivo e seus processos: nomear, localizar-situar e qualificar..... 282
6.3.4 A construção narrativa..... 286
6.3.4.1 Análise actancial e processos narrativos..... 289
6.3.4.2 A descoberta do câncer: marco inicial da narrativa..... 291
6.3.4.3 A narrativa do diagnóstico: reconfiguração da identidade..... 292
6.3.4.4 A narrativa do tratamento oncológico e seus desafios 294
6.3.4.5 A epifania e a ressignificação da vida..... 296
6.3.5 Os *ethé* de Fabíola..... 298
6.3.5.1 O corpo que lembra, a palavra que cura: emoções e memória..... 305

6.3.6 Análise transversal dos relatos autobiográficos sobre o câncer de mama..... 307
6.3.6.1 Medos e ansiedades diante do diagnóstico..... 307
6.3.6.2 O corpo e a sexualidade..... 308
6.3.6.3 As relações familiar e social..... 310
6.3.6.4 As relações no trabalho..... 312
6.3.6.5 O gerenciamento de informações sobre a doença..... 315
6.3.6.6 As desigualdades sociais e suas implicações durante o tratamento..... 318
6.3.6.7 As relações com o sistema de saúde: atendimentos médico e hospitalar..... 320
6.3.6.8 A postura de Fabíola para lidar com o sofrimento..... 322
6.3.6.9 O papel da religião, das crenças, no enfrentamento da doença..... 323
6.3.6.10 Contribuições e legado..... 325
7 *ETHÉ* E ESTRATÉGIAS ENUNCIATIVAS NAS ENTREVISTAS..... 328
7.1 Análise das entrevistas com as mulheres assistidas pela ASPRECAM..... 328
7.2 Percursos singulares: breves perfis narrativos das entrevistadas..... 329
7.2.1 Descoberta da doença e início do tratamento: sentidos, afetos e trajetórias..... 333
7.2.2 Observação corporal e o autoexame: entre o saber e o fazer..... 334
7.2.3 A descoberta do câncer: entre o acaso, o susto e a omissão institucional..... 335
7.2.4 Reações ao diagnóstico: medo, resignação e espiritualidade..... 337
7.2.5 Início do tratamento: entre expectativas e obstáculos..... 341
7.2.6 Acesso ao tratamento: entre obstáculos institucionais e redes de apoio..... 346
7.2.7 Acesso à informação: entre a carência institucional e a busca autônoma..... 347
7.2.8 Corpo, autoestima e relações: entre perdas, reconstruções e silêncios..... 348
7.2.9 Experiência mais marcante: o trauma como atravessamento do

	sujeito	**353**
7.2.10	**Papel da ASPRECAM: acolhimento, mediação e cuidado que fortalece**	**355**
7.2.11	**Mensagens para outras mulheres: da dor à solidariedade**	**357**
7.3	**A construção discursiva da experiência: análise dos dois blocos**	**358**
8	**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS DOIS PERFIS DE MULHERES**	**361**
8.1	**Contratos comunicacionais: espaços de fala e estratégias de legitimação**	**362**
8.2	***Ethé* discursivos: modos de ser e de se mostrar**	**363**
8.3	**A doença como ruptura e reconfiguração identitária**	**364**
8.4	**Corpo, dor e subjetivação: marcas do adoecimento feminino**	**366**
8.5	**Redes de apoio e tecnologias de cuidado**	**367**
8.6	**Imaginários sociodiscursivos do câncer de mama**	**368**
8.7	**A escrita e a fala como práticas de resistência e de memória**	**369**
9	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**372**
	REFERÊNCIAS	**375**
	APÊNDICE A - TCLE G1	**381**
	APÊNDICE B - TCLE G2 e Termo de autorização para uso de voz	**387**
	APÊNDICE C - Coleta de dados G1 (questionário)	**396**
	APÊNDICE D - Coleta de dados G2 (questionário e roteiro da entrevista)	**400**
	APÊNDICE E - Dados das respostas do questionário	**405**
	ANEXO A	**413**
	ANEXO B	**415**
	ANEXO C	**417**
	ANEXO D	**419**

1 INTRODUÇÃO

Para haver melhor compreensão da apresentação desta pesquisa, numeramos todas as partes da tese, da introdução à conclusão. Organizamos a introdução em cinco partes. Na primeira, apresentamos o contexto a que ela se vincula, considerando a linha de pesquisa. Na segunda, apresentamos o nascimento do tema e a complexidade que este envolve. Na terceira, explicitamos a definição do problema. Na quarta, expomos os objetivos geral e específicos. Na última parte, fazemos um panorama sobre a distribuição dos capítulos que compõem o desenvolvimento da pesquisa, com suas respectivas abordagens.

1.1 Contextualização da pesquisa

Esta pesquisa de doutorado vincula-se à Linha II: Discurso, Mídia e Tecnologia — do Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagens (POSLING) do CEFET-MG. Ela se insere em duas áreas de conhecimento: Estudos de Linguagens e Tecnologia Social em Câncer de Mama. Trata-se de uma pesquisa de caráter investigativo sobre os imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas de vida de seis mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama.

Por uma questão metodológica, elas estão separadas em dois grupos. O grupo I, que é composto por três mulheres que já passaram pelo tratamento, e o grupo II, que é composto por três mulheres que estavam no início do tratamento. Elas estão inseridas em diferentes realidades socioeconômica e cultural, uma bem favorecida e outra pouco favorecida.

Um importante diferenciador dos dois grupos é que as mulheres que já haviam passado pelo tratamento do câncer não foram assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), diferentemente do grupo das mulheres que ainda se encontravam em tratamento, pois estas estavam sendo assistidas pelo SUS e pela Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM). Trata-se de uma organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), criada em 1984, na qual atuo como voluntária, e constitui uma parte interessada nesta pesquisa, conforme detalhamos no próximo item, com o título: o nascimento do tema.

Sabemos que os Estudos de Linguagens oportunizam, pela própria natureza, uma amplitude de abordagens; mas, nesta pesquisa, centram-se na área de Processos Discursivos e Tecnologia, envolvendo abordagens da linha da Análise do Discurso (AD), de teóricos da França e da América Latina. Elas se encontram detalhadas a seguir, no capítulo II, com exposição sobre a teoria Semiolinguística (cunhada por Patrick Charaudeau), da qual se

origina o termo *imaginários sociodiscursivos*; concepções de *ethos* da Antiguidade Clássica e contemporâneas e as narrativas de teor biográfico.

Para o estudo dos *imaginários sociodiscursivos*, do Grupo I, analisamos quatro obras literárias de domínio público, de três autoras entre as seis mulheres envolvidas na pesquisa, por serem obras que já haviam sido abordadas em palestras ou em rodas de conversa na ASPRECAM e que nos sensibilizaram bastante. Para o estudo do Grupo II, analisamos uma entrevista semiestruturada, que também estamos considerando de teor testemunhal, visto que ao responder às perguntas, as mulheres narram suas trajetórias sobre o adoecimento e as consequências em suas vidas. As mulheres dos dois grupos responderam também a um questionário socioeconômico e cultural, cujas perguntas foram elaboradas com o intuito de analisarmos se tais condições interferem na maneira de elas lidarem com o câncer de mama e na construção de seus imaginários sobre a doença.

Destacamos que, no Grupo I, são duas biografias e dois diários (denominações dadas pelas autoras). Os dois diários foram escritos pela mesma autora (um impresso e outro digital), os quais reportam de forma sequencial dois momentos de sua vida, que nos interessam analisar. Em um deles, ela relata o início do tratamento; no outro, rememora a fase do tratamento e relata nova trajetória de vida depois do restabelecimento da saúde.

Esclarecemos que usamos os termos campo biográfico ou discurso de teor testemunhal para nos referir a todo e qualquer tipo de texto oral ou escrito que tenha como interesse narrar fatos da vida de uma pessoa, materializado por meio de diferentes gêneros textuais, como, por exemplo, os que estamos analisando nesta pesquisa, que são: diário, autobiografia e entrevistas. Os termos *histórias de vida* ou *narrativas de vida* também têm sido muito usados por alguns teóricos, sob uma perspectiva ampla, para designar os diversos gêneros textuais cuja proposição seja falar da vida de uma pessoa. Na AD, elas vêm sendo concebidas como nova materialidade discursiva. Machado (2020), por exemplo, aponta duas justificativas para o atual interesse dos analistas do discurso pelas narrativas de vida.

Uma delas é a de querer uma abordagem teórica diferente dos pesquisadores que normalmente procuravam se ater a dados concretos referentes a datas/acontecimentos sobre a vida de uma pessoa biografada. Segundo Machado (2020, p. 32), à AD interessa "(...) examinar as tramas pelas quais se constrói uma narrativa, as estratégias discursivas que os indivíduos que escrevem colocam em prática, para melhor obter a atenção de seus leitores".

A outra é o fato de os estudos da AD se integrarem a uma linguística discursiva e haver interesse "(...) pelos aspectos sociais que envolvem as narrativas e pelas razões políticas ou ideológicas que nelas aparecem. Ou então: como se apresentava a sociedade que envolvia

o sujeito no momento em que ele escrevia sobre si e como ele a via e sentia?" (Machado, 2020, p. 32). A autora também afirma:

> (...) no domínio de uma análise do discurso que leva em conta os movimentos da sociedade, há que se convir que as narrativas de vida têm em comum o fato de refletirem a sociedade onde tais histórias se passaram, ou em enfatizar, pelo menos, alguns aspectos dessa sociedade (Machado, 2016, p.115-116).

Leonor Arfuch, uma pesquisadora Argentina, também afirma que as narrativas de vida têm mostrado que, ao fazer a reconstrução do vivido, o sujeito biografado tem a oportunidade de reelaborar e ressignificar seu passado; permitindo-lhe, com isso, a abertura de novas perspectivas para sua vida e a de outrem, ao amenizar as experiências traumáticas, como afirma a seguir.

> Se de algum modo as narrativas do eu nos constituem nos efêmeros sujeitos que somos, isto se faz mais perceptível em relação com a memória na sua tentativa de elaboração de experiências passadas, *saberes de crença* e de *conhecimento* e muito especialmente de experiências traumáticas (Arfuch, 2013, p. 76, tradução nossa)[1].

Concebendo a importância que as narrativas de teor biográfico têm tomado tanto nos gêneros textuais canônicos quanto nas novas formas de se materializarem, principalmente a partir das novas tecnologias, consideramos oportuno este tipo de pesquisa pelo valor social que ela representa. Além disso, inspiramo-nos em pesquisas acadêmicas já consolidadas nesse campo, em ações exitosas que têm sido realizadas no CEFET-MG, envolvendo narrativas orais, do gênero entrevista, inicialmente com alunos do curso de Letras e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e, mais recentemente, o trabalho de extensão, iniciado em 2019, intitulado "A Escrita de Si como Instrumento de Visibilidade para os Terceirizados do CEFET-MG" — *campus* I, com os profissionais dos serviços gerais, manutenção e portaria, cujas narrativas foram registradas em um livro em 2020.

Trata-se de um projeto de extensão que procura contribuir com a qualidade de vida e da saúde mental de profissionais denominados "invisibilizados". Visão muito semelhante à da ASPRECAM, que procura orientar mulheres que também são invisibilizadas no que se refere a uma política pública de saúde e de prevenção mais inclusiva e humanizada.

---

[1] "Si de algún modo las narrativas del yo nos constituyen en los efímeros sujetos que somos, esto se hace aún más perceptible en relación con la memoria en su intento de elaboración de experiencias pasadas, y muy especialmente de experiencias traumáticas".

No prefácio do livro publicado com as histórias de vida dos profissionais terceirizados do CEFET-MG", a prefaciadora Mariana Cestari destaca a importância das narrativas de si como um processo que contribui para o autoconhecimento, o conhecimento do outro e do mundo que nos cerca, como podemos ver no trecho a seguir.

> (...) podemos ler mais, como nos propõe Paulo Freire, bell hooks e tantos que inspiram A Escrita de Si e outras práticas de educação comprometidas com os saberes do povo, com a vida e com a liberdade. Ler o mundo dos sujeitos que se percebem, se reconhecem ou mesmo se desconhecem quando leem, discutem e escrevem sobre a sociedade atravessada por desigualdades, que afetam o acesso a muitos direitos sociais, como os direitos à escolarização, à leitura, à escrita e à norma padrão da língua (Pacheco; Nunes, 2020, p. 19).

A avaliação da importância desse projeto de extensão em suas vidas, relatada pelos biografados, por si só, mostra a capital importância da realização contínua de trabalhos como esse nas instâncias promovedoras do conhecimento, como elucida o depoimento do biografado Julimar Rodrigues dos Santos:

> (...) o programa 'A escrita de si' é um incentivo, uma semente que vai germinando no coração de cada um, que se sente acolhido, se sente reconhecido, como se alguém estivesse olhando por todos nós, preocupados com o nosso crescimento, com o nosso aprendizado (Pacheco; Nunes, 2020, p. 67).

Defendemos também a perspectiva de Pineau (2006) de que as produções e as criações institucionais, representando as histórias de vida em formação, apontam para a gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial, mais do que a de uma simples técnica pedagógica nova, tendo em vista que as novas técnicas e as abordagens metodológicas, biográficas e autobiográficas se voltam para questões axiológicas, epistemológicas e éticas. Assim, a pesquisa-ação-formação permite ao sujeito refletir sobre sua realidade de modo a intervir nela; permitindo-lhe, assim, mudanças para si e para outrem.

Nesse sentido, as conclusões de Lessa (2013) em sua pesquisa aplicada a entrevistas dos alunos do EJA, da Escola Municipal Professora Isaura Santos, também servem de exemplos para legitimar a relevância de trabalhos acadêmicos que envolvam narrativas de vida, nos campos das ciências humanas e sociais. Assim, posiciona-se Lessa:

> (...) esse ato de acentuar/avaliar a própria vida, em uma perspectiva dialógica, é indissociável de uma incorporação/acentuação/avaliação do discurso do outro. O individual e o social inter-relacionam-se dinamicamente na trama discursiva. Na autobiografia, o sujeito da enunciação representa a si e os outros, podendo com eles identificar-se, ou, então, refutá-los (Lessa, 2013, p. 139).

As narrativas de vida abrem espaço não só para conhecermos vidas alheias, mas sobretudo para que possamos identificar semelhanças com elas, e mudar ou alargar nossas vidas, a partir das experiências transmitidas por elas. O biógrafo Alberca assim se posiciona: "As vidas alheias nos interessam, e nem sempre pela simples ou doentia curiosidade, também pelo afã de nos conhecerem e de conhecermos a nós mesmos"[2] (Alberca, 2021, p. 20, tradução nossa).

Esperamos que as narrativas analisadas possam alargar os conhecimentos sobre como a enfermidade impacta na vida de uma mulher, e possamos melhorar e/ou criar políticas públicas mais pontuais na intervenção dessa problemática.

Quanto à Tecnologia Social (TS), um campo de pesquisa bem recente, mas que já apresenta algumas diferenças conceituais, queremos esclarecer que os conceitos a partir dos quais nortearemos nossa pesquisa estão presentes principalmente nas fundamentações do Instituto de Tecnologia Social (ITS) e Fundação Banco do Brasil (FBB), por quem a ASPRECAM foi premiada, por realizar um trabalho de tecnologia social de ponta no Brasil.

A premiação deveu-se ao modelo didático Mamamiga, que orienta como fazer o autoexame nas mamas, e é usado por profissionais da saúde em todo o Brasil. Ele foi criado por Dr. Thadeu Provenza, o fundador da instituição. A TS envolve a disponibilização de produtos e de serviços para a sociedade. Assim, o Mamamiga é considerado um produto de TS, que desempenha importante papel como modelo didático para o ensino do autoexame.

A definição do ITS (2004), de forma sucinta, ressalta a importância da aprendizagem e da participação como processos que caminham juntos, que a transformação social requer a compreensão da realidade de maneira sistêmica e o respeito às identidades locais. Os parâmetros de TS fornecem os critérios para a análise das ações sociais decorrentes ou propostas, tais como: atender às demandas sociais concretas vividas e identificadas pela população; produção de novos conhecimentos a partir da prática; a tecnologia social como sustentabilidades econômica, social e ambiental; geradora de aprendizagem, que serve de referência para novas experiências.

A FBB, segundo Rodrigues e Barbieri (2008), também concebe a tecnologia como *manifestação do conhecimento*, que pode ser um processo, método, técnica, produto ou mesmo um artefato, desenvolvido pelo meio acadêmico, pelo Estado ou proveniente do saber popular.

---

[2] "Las vidas ajenas nos interesan, y no siempre por simple o malsana curiosidad, también por afán de conocer y de conocernos" (Alberca, 2021, p. 20).

Ainda segundo os autores, o termo *social* concerne ao fato de serem tecnologias focadas na resolução de problemas como, por exemplo, as demandas por água tratada, alimentação, educação, saúde ou renda. Social, ainda, porque, necessariamente, essas tecnologias precisam garantir que sejam apropriadas para a comunidade, gerando mudanças de comportamentos, atitudes e práticas que proporcionem transformações sociais.

É importante esclarecermos que os aspectos técnicos do tratamento em si sobre o câncer de mama não são objetos desta pesquisa. Procuramos fazer uma contextualização sobre a alta incidência do câncer de mama feminino no mundo e expor algumas reflexões sobre o adoecimento da sociedade contemporânea como uma forma de contextualizar a importância da pesquisa e mostrar a complexidade que a doença envolve.

Nosso interesse foi avaliarmos, por meio da materialidade linguística oral e/ou escrita e da narratividade das histórias de vida em análise, como essas mulheres pesquisadas reagiram ao receber o diagnóstico, como elas lidaram e têm lidado com algumas situações comuns nesse tipo de adoecimento ao longo e após o tratamento. Além disso, que elas possam responder a algumas situações-problema que propomos avaliar, conforme maior detalhamento no próximo tópico.

Também orientamos que escolhemos o termo autoexame, embora alguns médicos estejam usando os termos auto palpação ou autocuidado para substituí-lo. Essas expressões estão inter-relacionadas, mas linguisticamente não são consideradas sinônimas, pois apresentam diferenças conceituais que devem ser respeitadas para se evitarem equívocos. O termo autoexame das mamas é mais abrangente e refere-se a um conjunto de ações que a própria mulher realiza com o objetivo de identificar possíveis alterações no corpo. Essas ações incluem tanto a observação visual das mamas, atentando-se, por exemplo, a modificações na pele, nos mamilos ou no formato das mamas, quanto à palpação cuidadosa das mamas e axilas. O termo auto palpação diz respeito apenas à etapa do toque, à exploração tátil, não contempla a inspeção visual, que também pode ser necessária para detectar sinais precoces da doença. Substituir o termo autoexame por auto palpação, portanto, representa uma redução do procedimento, o que pode comprometer a eficácia da prática preventiva.

Por sua vez, autocuidado é um conceito ainda mais amplo, que envolve todas as atitudes que visam ao cuidado com a saúde física e também mental, incluindo hábitos de alimentação, atividade física, exames de rotina e atenção aos sinais do próprio corpo. O autoexame das mamas é uma entre várias práticas de autocuidado. Assim, acreditamos que usar autocuidado como sinônimo de autoexame pode gerar confusão, diluindo o foco sobre a prática específica e sua importância no contexto da detecção precoce do câncer de mama.

A seguir, apresentamos um relato sobre o nascimento do tema com o delineamento dos objetivos da pesquisa e a estruturação da tese.

1.2 Nascimento do tema

No início de 2010, tornei-me voluntária em uma Organização da Sociedade Civil (OSC): Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), em Belo Horizonte/MG, fundada em 1984, com uma política de ação voltada para contribuir com a otimização da capacidade pública instalada na rede pública de saúde — o Sistema Único de Saúde (SUS) —, por meio do uso de tecnologia social inovadora e de alto impacto e escalabilidade, criada pelo mastologista e cirurgião plástico Dr. Thadeu Provenza.

A instituição não atende as mulheres em tratamento para tratar da doença em si; mas, sim, atua por meio de três principais eixos: sistema de informação, capacitação e mobilização social. Apresenta como missão contribuir para a redução dos índices de morbidade e de mortalidade do câncer na mulher no Brasil.

Esse foi um aspecto que me chamou muito à atenção, porque sempre acreditei que a difusão da informação em alta escala, do conhecimento sobre a doença e sobre o comportamento mental da mulher em relação à doença seria um bom caminho para ajudar a mudar os crescentes índices de morbidade e de mortalidade no Brasil.

O número estimado de casos novos de câncer de mama no Brasil, para o triênio de 2023 a 2025, é de 73.610 casos, correspondendo a um risco estimado de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminina é o mais incidente em todas as regiões brasileiras (INCA, 2022). O maior risco estimado é observado na Região Sudeste, de 84,46 por 100 mil mulheres. O risco é de 71,44 casos por 100 mil na Região Sul; de 57,28 casos por 100 mil na Região Centro-Oeste; de 52,20 casos por 100 mil na Região Nordeste e de 24,99 casos novos por 100 mil mulheres na Região Norte (INCA, 2022).

No final de 2010, tornei-me presidente da instituição e permaneci nesse cargo até 2018, momento em que me retirei da função para me preparar para o doutorado. De 2018 aos dias atuais, atuo no Conselho Consultivo e na Comissão de Ciência e Pesquisa. Esta última, por si só, legitima meu papel de pesquisadora em busca de soluções para alguns gargalos que são comuns a problemáticas complexas concernentes ao câncer de mama e de ampliação das possibilidades da criação de novas metodologias em nossas ações.

Durante minha gestão, ajudei a implantar e a implementar programas de grande relevância social para Minas, mas mesmo com êxito em muitas ações empreendidas, não avançamos quanto ao conhecimento formalizado por meio de pesquisas sobre os imaginários que as mulheres têm sobre o câncer de mama, as quais possam nos ajudar a compreender certos comportamentos das mulheres em face da doença e, consequentemente, possamos realizar melhor nossas atividades.

Entre eles ressaltamos a não realização do autoexame, como uma prática incorporada à vida diária, a não realização do exame clínico e da mamografia, lembrando que esta é disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres a partir de 40 anos, prioritariamente recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a mulheres entre 50 a 69 anos. Soma-se a isso o fato de muitas de nossas Assistidas na ASPRECAM não terem coragem de contar à família sobre a doença, silenciarem-se sobre o problema e desistirem do tratamento.

A não realização do autoexame — uma prática importante para reduzir principalmente os índices de morbidade — está relacionada à falta de conhecimento sobre como fazê-lo adequadamente, bem como à falta de formação do hábito para fazê-lo com a regularidade necessária, pois ele requer técnica específica e deve ser feito uma vez por mês, preferencialmente após o período menstrual. É fundamental que a mulher tenha o autoconhecimento de seu corpo desde a adolescência — uma fase que não exige rotina sistemática —, e faça o autoexame regularmente, principalmente a partir dos 40 anos, para conhecer bem seu corpo e reconhecer qualquer mudança nele.

Como o câncer de mama tem sido considerado pelos especialistas como uma doença multifatorial, observamos que ela tem se apresentado, cada vez com mais frequência, em mulheres bem jovens, não mais só em faixas etárias mais avançadas ou na menopausa, como se estabeleceu no imaginário da sociedade. Acrescenta-se a isso o fato de que não existe uma política institucionalizada de orientação sobre o autoexame.

Quando ocorrem campanhas, muitas apresentam erros de informação em relação ao achado, como expõe, em uma reportagem da *Revista Rede Câncer*, Arn Migowski, médico sanitarista e epidemiologista do Instituto Nacional do Câncer (INCA): “Alguns erros de campanhas sobre câncer de mama precisam ser esclarecidos. Muito se propaga que, se o nódulo já for palpável e for câncer, pode ser tarde demais. Isso não é verdade — a chance de cura não tem a ver apenas com o tamanho do tumor” (Rede Câncer, 2016, p. 10).

A justificativa mais comum apontada sobre a não ida regular ao médico é o difícil acesso ao sistema de saúde, ou a morosidade na marcação das consultas, mas acreditamos que

há outros fatores que distanciam a mulher desse autocuidado, que podem estar ligados aos estereótipos negativos sobre a doença, por exemplo, que impactam de forma contundente em seus imaginários e têm permitido a ocorrência bem alta de situações de mulheres que convivem com alterações perceptíveis nos seios, até mesmo explicitamente adoecidos, sem procurar ajuda médica.

Quando a procuram, o câncer já se encontra em um estágio muito grave; tornando, assim, mais difícil a intervenção médica e mais sofrido o tratamento para a paciente. Sabemos que a diversidade coexiste na interseccionalidade de várias condições que, somadas, aumentam as desvantagens tanto individuais quanto coletivas e sociais, principalmente em populações de baixa renda.

Algumas imagens de pacientes, autorizadas para esta mostragem, que fazem parte do acervo de pesquisa do mastologista e cirurgião plástico Thadeu Provenza, podem ilustrar como algumas mulheres chegam aos consultórios médicos. São imagens do acervo em diagnóstico, tratamento e pesquisa sobre o câncer de mama, cedidas pelo mastologista e cirurgião plástico Thadeu Rezende Provenza.

Figura 1 - Diagnóstico, tratamento e pesquisa



Fonte: Acervo do banco de dados de Dr. Thadeu Provenza.

Temos a consciência de que essas imagens causam bastante repulsa, mas consideramos que é importante mostrá-las, não só como alerta às mulheres, mas principalmente porque é um fato comum mulheres chegarem aos consultórios médicos com as mamas nesse estágio, sem que tenha ocorrido qualquer intervenção médica. É difícil concebermos que isso ocorra em pleno século XXI, em que há supostamente acesso à informação, ao atendimento médico e ao tratamento.

No entanto, o que sabemos, na prática, entre tantos motivos que podem ser determinantes desse comportamento da mulher, segundo relatos de Assistidas em conversas informais na ASPRECAM, é o medo: o medo de terem que fazer uma cirurgia, o medo de encararem a doença, o medo de contarem aos familiares, por acharem que a proximidade da morte é inevitável. Essas imagens mostram claramente o quão é necessário compreendermos o que leva uma mulher a conviver com a enfermidade, sem procurar tratamento, até chegar a essa situação degradante, desumana.

Estas entre tantas outras imagens e toda a problemática apontada despertaram em mim o desejo de empreender uma pesquisa em nível de doutorado, voltada para a análise dos imaginários sociodiscursivos e para a construção das imagens de si em narrativas de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, de modo que ela possa contribuir de forma mais direta com nosso trabalho na ASPRECAM e também com outras organizações do Terceiro Setor que atuem nesse campo.

Para que haja melhor compreensão da dimensão desta pesquisa para a ASPRECAM, é importante que façamos uma exposição sintética de sua atuação na sociedade mineira. Neste relato, destacamos quatro programas, que foram redimensionados ou criados ao longo da trajetória da instituição, e um projeto de Ensino a Distância (EaD), que se encontra em fase de implantação. A seguir, serão apontados os quatro programas e um descritivo de suas atuações.

O Programa *Busca Ativa* é norteador das atividades da ASPRECAM, desde sua fundação. Trata-se de um programa de Tecnologia Social (TS) com ação continuada de busca ativa de casos suspeitos e positivos de câncer de mama, envolvendo equipes da Estratégia de Saúde de Família (ESF). Ele já foi aplicado em vários municípios de Minas Gerais, como Inhaúma, Paracatu, Mariana, Santa Luzia e Sete Lagoas.

Desde 2019, essa TS está sendo implantada no município de Nova Lima, com as equipes de oito (8) Unidades Básicas de Saúde (UBS). Trata-se de ações que mantêm a proposição do Programa desde sua criação, que é a busca ativa de casos suspeitos de câncer de mama, mas agora com um diferencial: ele será norteador de pesquisas com estudos prospectivos, com abordagens quantitativa e qualitativa, epidemiológica-observacional, de caráter descritivo; gerando, assim, vários trabalhos científicos que poderão contribuir com o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama.

Estão sendo utilizados dados de mulheres, na faixa etária de 20 a 60 anos, cadastradas e atendidas pelo SUS no município de Nova Lima/MG nas UBS, nas quais tenha sido realizado o treinamento dos profissionais de saúde na detecção precoce do câncer de mama pela ASPRECAM. Um sistema de informação desenvolvido pela ASPRECAM, em parceria

com o Sistema Integrado de Benefícios (SIBE), inclui dados cadastrados no cartão SUS, a coleta de dados levantados pelos agentes de saúde do programa ESF em domicílio. As pacientes cadastradas e encaminhadas, segundo protocolo estabelecido às atenções primária (UBS), secundária (especializada) e terciária (unidade hospitalar) têm dados padronizados e incluídos em um prontuário eletrônico; possibilitando, com isso, monitoramento e pesquisa de dados.

Devido a Nova Lima não possuir, por meio do SUS, uma estrutura adequada de atenção secundária em mastologia, firmamos uma parceria com o Hospital São Francisco, da Fundação Hospitalar São Francisco de Assis (FHSFA), em Belo Horizonte/MG para o atendimento secundário e o tratamento do câncer de mama das mulheres de Nova Lima/MG. Como nossa perspectiva em TS entre tantas proposições é otimizar a capacidade instalada, é importante ressaltar que a FHSFA foi instituída em 2010 como entidade filantrópica, de direito privado, com autonomias administrativa e financeira, regida por estatuto próprio.

Em janeiro de 2011, a Fundação iniciou a operação do Complexo Hospitalar São Francisco (CHSF), com atendimento exclusivamente pelo SUS. Atualmente, o CHSF mantém suas duas unidades em funcionamento, somando 344 leitos, sendo que 52 leitos são para o Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI) e mais de 1.300 colaboradores, que prestam serviços hospitalares e cirúrgicos de alta, média e baixa complexidade em 33 especialidades, atendendo exclusivamente a pacientes do SUS. O hospital também é reconhecido pelo INCA como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

O Programa *DedicAção* atua em três eixos. O primeiro é a *Gestão do Voluntariado*, que visa incluir mulheres de baixa renda em todos os métodos já normalizados, reconhecidos e oferecidos pela ciência no tratamento do câncer de mama, por meio de um programa consolidado de voluntariado para acompanhar mulheres que estão com diagnóstico de câncer de mama e realizarão o tratamento pelo SUS-MG, indicando caminhos que facilitem acesso às etapas de tratamento e aos benefícios social e jurídico, além de dar acolhimentos psicossocial e motivacional.

O segundo é o *Advocacy,* relacionado ao paciente oncológico, um programa por meio do qual temos realizado ações *nas instâncias políticas de visibilidade pública e de debate,* as quais contribuem para a adoção ou a alteração de políticas públicas, relacionadas ao paciente oncológico. O objetivo é dialogar, articular e promover ações e fóruns de discussão, visando otimizar o acesso ao tratamento no SUS, garantir a transparência e a execução sumária das leis e melhorar os processos para pacientes oncológicos em Minas Gerais.

O terceiro são as parcerias. Estabelecemos parceria com a Comissão Minas Contra o Câncer. Esta Comissão foi constituída pelo convite e pela adesão de várias Organizações e Projetos Sociais que lutam na defesa dos direitos de pacientes oncológicos no estado de MG.

Desde 2019, a Comissão trabalha com as seguintes pautas: (i) Gratuidade do Transporte público para pacientes em tratamento, domiciliados em Belo Horizonte; (ii) Regulamentação da Lei Estadual 23.449, de 24/10/2019, que garante a gratuidade do teste genético para mulheres atendidas pelo SUS, que apresentam risco elevado de desenvolver o câncer de mama ou de ovário e a mastectomia profilática; (iii) Desjudicialização dos medicamentos; (iv) Plano gestor para os Cuidados Paliativos em MG (Minas Gerais, 2019).

O Programa *Rede Pontos de Prevenção* atua utilizando o modelo didático Mamamiga (simulador da glândula mamária feminina), reconhecido e premiado como Tecnologia Social pelo *Prêmio Fundação Banco do Brasil*[3] para orientar as mulheres sobre como realizar o autoexame das mamas. O modelo foi desenvolvido e patenteado por Dr. Thadeu Provenza e é muito utilizado em todo o Brasil, principalmente em cursos voltados para a área da saúde, como medicina e enfermagem.

Ele apresenta quatro partes e em cada uma delas há uma simulação das possíveis alterações nos seios e nas axilas, que podem ser perceptíveis por meio do exame com as mãos. O modelo é autoinstrutivo, o que facilita a orientação pedagógica nas nossas oficinas de formação e o desempenho dos profissionais que o utilizam.

[3] Conjunto de técnicas, metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida (ITS, 2004, p. 26).

Figura 2- Modelo Didático Mamamiga



Fonte: Acervo do banco de dados da ASPRECAM (2014).

Nesse Programa, o modelo didático tem sido colocado em lugares públicos com grande circulação de pessoas, como *shopping centers*, farmácias, salões de beleza, clínicas médicas, banheiros de restaurantes e outros estabelecimentos comerciais, para que o maior número de mulheres tenha acesso à informação e à prática sobre a realização do autoexame, como podemos ver nas imagens a seguir, que mostram como se dá a autoaprendizagem.

Figura 3 - Rede Pontos de Prevenção



Fonte: Acervo do banco de dados da ASPRECAM (2014).

Destacamos que, até 2019, contávamos com quase 650 pontos de prevenção em mais de 243 municípios em Minas Gerais. Com a pandemia da Covid-19, tivemos que interromper as ações desse Programa, por falta de parcerias e de recursos financeiros.

A preocupação com as altas taxas de incidência do câncer de mama no Brasil e no mundo foi, principalmente, o que motivou Dr. Thadeu Provenza a inovar em métodos criativos para a prevenção ao câncer de mama. Para isso, fundou em 2010 a Provenza Tecnologia e Empreendimentos Sociais Ltda. para atender a uma dupla missão: desenvolver tecnologias que viabilizassem a inclusão de mulheres no processo de diagnóstico precoce do câncer de mama e, simultaneamente, atuasse no mercado com a venda de produtos e serviços que pudessem garantir a sustentabilidade da ASPRECAM. A venda dos modelos físicos tem sido a principal fonte de recursos para a ASPRECAM, correspondendo a aproximadamente 70% de sua sustentabilidade atual.

Um marco significativo em sua trajetória ocorreu em março de 2012, quando a empresa foi selecionada para o processo de incubação de startups na incubadora Nascente do CEFET-MG, vinculada à Diretoria de Extensão. O projeto foi realizado por Dr. Thadeu e coordenado por Enderson Neves Cruz, professor do Departamento de Eletrônica e Biomédica, do CEFET/MG – campus Gameleira. Segundo o professor Márcio Silva Basílio, então diretor-geral do CEFET/MG,

> projetos como esse fomentam o trabalho da incubadora Nascente, pois além de realizar o desenvolvimento da tecnologia ainda tem um apelo social importante como nesse caso, em que se percebe que o papel da Diretoria de Extensão estaria sendo plenamente cumprido (Almeida, 2014, p. 27).

Foi nesse período que a Provenza iniciou o desenvolvimento de sua principal inovação: tomando como referência o modelo didático físico Mamamiga, criou o Mamamiga Tech, um sistema multimídia de vanguarda, concebido como um simulador da glândula mamária feminina. Sua proposta é apresentar e simular as principais alterações que podem ser encontradas na mama, funcionando como uma ferramenta didática para o ensino e a conscientização. Sua característica inovadora reside na conectividade pela internet a um ambiente virtual de aprendizado (AVA), o que permite o ensino continuado a distância, ampliando o alcance e a flexibilidade do treinamento constituindo a Rede Mamamiga Tech. As duas primeiras gerações do Mamamiga Tech foram desenvolvidas nessa fase de incubação.

Segundo Dr. Thadeu Provenza, em uma entrevista, “(...) o objetivo é chegar ao público primário, que poderá utilizar o equipamento multimídia e entender melhor como fazer o

autoexame” (Nunes, 2014, p. 25). O médico acrescenta que a iniciativa amplia o conceito do produto, integrando-o a um Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA), formando uma Rede de Ensino Permanente a Distância; gerando, assim, cursos e serviços para a área de saúde e para a população leiga. O mastologista defende que são necessárias diversas ações para diminuir a mortalidade e aumentar o número de diagnósticos prematuros:

> Não existe um produto só. A mamografia sozinha não vai garantir todos os diagnósticos precoces. Você precisa de outras ações junto, além da oferta de mamografia, até para tirar as pessoas de dentro de casa para ela ir fazer o exame. (Nunes, 2014, p. 2).

A imagem, a seguir, pode ilustrar um pouco como o protótipo foi projetado.

Figura 4 - Sistema multimídia do Mamamiga Tech



Fonte: acervo do banco de dados da ASPRECAM (2014).

O sistema multimídia do Mamamiga Tech foi criado visando a um grande diferencial na TS, que é, além de potencializar com novos recursos tecnológicos a sensiblidade tátil, que já era realizada por intermédio do modelo didático Mamamiga manual, também poder contar com as sensibilidades visual e auditiva, por meio das quais, respectivamente, podem-se visualizar as alterações palpadas e também se obter a informação auditiva por meio de uma tutora virtual, que também informa, em tempo real, a alteração palpada.

Posteriormente, em 2018, com a captação de recursos da iniciativa privada, a empresa investiu no aprimoramento do sistema, culminando no desenvolvimento do MamamigaTech no SENAI-MG. Nessa fase, houve mudança no conceito, pois deixou de ser um produto, para se tornar uma Rede de Serviço a Distância, por meio de um (AVA) conectado ao sistema multimídia Mamamiga Tech, descrito anteriormente. O serviço permite realizar treinamentos continuado e permanente a distância para os profissionais do SUS, profissionais do sistema

complementar de saúde e para a população leiga. As imagens abaixo mostram o protótipo já definido para a fase pré-industrial.

Figura 5 - Multimídia Mamamiga Tech



Fonte: Acervo do banco de dados da ASPRECAM (2022).

Assim, o novo sistema multimídia Mamamiga Tech deixa passa a apresentar conteúdo para iniciar treinamento do exame clínico da mama, mamografia e autocuidado já embarcado no aplicativo. Por meio da plataforma, vários cursos estarão disponíveis para esta população alvo, utilizando metodologias síncrona e assíncrona. É uma TS de alto impacto, devido a sua reprodutibilidade e capilaridade. Essa rede ampliará os três pilares de sustentação da ASPRECAM citados.

Como meta, as duas instituições Provenza e ASPRECAM projetam que, nos próximos quatro anos, aumentarão em 40% o índice de diagnóstico e de tratamento precoce do câncer de mama na área de abrangência da população-alvo beneficiada.

Diante de todo esse contexto, acreditamos que a pesquisa sobre os imaginários sociodiscursivos e as imagens que as mulheres têm de si trará valiosas contribuições como TS para nossas ações na ASPRECAM, principalmente no Programa DedicAção, por orientar mulheres com câncer.

Além disso, defendemos que ampliar a aplicabilidade de TS na área da saúde em países em desenvolvimento, pode oportunizar mudanças positivas na atual realidade de uma sociedade adoecida, como apontam pensadores de várias áreas do conhecimento. O cenário do século XXI nos tem colocado em face de uma nova ordem social: revolução tecnológica, revolução técnico-científica, “modernidade líquida”, “sociedade do cansaço”, depressão; expressões que denunciam o acirramento de questões complexas no modo de viver do homem pós-moderno, nesse novo limiar de século. Elas vêm se tornando a tônica de escritores e pesquisadores em diversos campos do conhecimento — como apontaremos no capítulo

seguinte —, numa tentativa de se construir esse traçado imbricado e de se encontrarem os melhores caminhos que possam nortear o pensar e o agir em momentos tão difíceis por que vem passando o planeta.

1.3 Definição do problema de pesquisa

Ainda não há, no Brasil, um trabalho efetivo de difusão da informação sobre o câncer de mama com a população, e de pesquisas acadêmicas sobre fenômenos ligados a fatores comportamentais das mulheres com câncer de mama, dos imaginários sociodiscursivos sobre a doença e outros, que possam ser importantes aliadas às pesquisas já consolidadas sobre o câncer de mama na área da medicina. Tal realidade não favorece intervenções mais significativas no problema, numa perspectiva multidisciplinar, de se cuidar da saúde tanto física quanto mental da paciente nas atenções primária (UBS), secundária (especializada) e terciária (unidade hospitalar).

Na vivência diária, falar sobre câncer é um tabu que ainda não conseguimos vencer, é uma doença que traz um estigma historicamente marcado pela ideia de condenação à morte, o que depõe contra todas as evidências de tratamento e de cura na medicina moderna, de tratamentos cada vez mais conservadores, mais estéticos e acessíveis à população. O tabu sobre o assunto tem dificultado de forma negativa não só para convencermos as pessoas sobre a importância da mobilização social, fazer com que elas participem das ações que desenvolvemos, por exemplo, na ASPRECAM, mas também para ajudarmos as Assistidas da ASPRECAM a vencer a depressão e a baixa autoestima.

O câncer de mama é uma das doenças que se destaca entre os outros tipos de câncer, pois é o segundo mais comum nas mulheres, porém, quando diagnosticado precocemente, a chance de cura pode chegar acima de 90%, segundo a oncologista Patrícia Schorn, integrante titular da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e coordenadora do Centro de Oncologia do Hospital Santa Lúcia (ONCOGUIA, 2021). Receber este diagnóstico é um grande desafio que envolve medo, dúvidas e insegurança e, muitas vezes, são fatores que dificultam o processo de cura. Sabemos que a ênfase na qualidade de vida para pessoas com câncer de mama está relacionada com a detecção precoce do câncer, com o tratamento imediato, mas também com o fortalecimento de fatores psicossociais.

Todavia, nossa atuação nas capacitações e no acompanhamento a mulheres com câncer na ASPRECAM vêm se baseando muito mais em informações sobre a doença em si, presentes em diversas pesquisas do campo da medicina, que em aspectos do comportamento das

mulheres envolvendo as representações sociais que elas trazem em suas histórias de vida. Soma-se a isso o fato de que as representações sociais com as quais convivemos na literatura trazem predominante um olhar e uma vivência eurocêntrica. Os estudos voltados aos grupos minorizados vêm se firmando somente nos últimos anos.

Quando abordamos alguns desses aspectos na organização, nós o fazemos de forma insegura sobre qual seria a melhor conduta. Temos tentado, por exemplo, não estimular a visão negativa sobre a doença, evitando palavras negativas, como orienta a linha das teorias da Neurolinguística, realizando encontros de "escuta" com as Assistidas, por meio do *Google Meet*, mas isso é muito pouco, diante da dimensão da problemática. Temos consciência de que precisamos obter mais conhecimento sobre a forma pela qual a população alvo da ASPRECAM — mulheres de realidades socioeconômica e cultural menos favorecida — representa a doença e os fatores de impacto dela em suas vidas comparativamente às representações e os impactos na vida de mulheres pertencentes a uma condição socioeconômica e cultural mais favorecida. Acreditamos que isso fará com que otimizemos nossas ações nos três eixos principais nos quais atuamos, conforme exposto: sistema de informação, capacitação e mobilização social.

Embora o autoexame não seja nossa abordagem direta nesta pesquisa, não podemos deixar de destacar que temos um posicionamento diferente de alguns discursos de especialistas na área sobre a prática do autoexame, como o que se encontra no portal do Oncoguia (2021), proferido pela oncologista Patrícia Schorn, que afirma:

> (...) o autoexame veio para a mídia e foi o período em que tivemos muito mais diagnósticos de câncer de mama avançado. Por quê? Porque uma mulher que faz o autoexame está preocupada em achar uma lesão, mas ela não está capacitada para isso. E ela, na maioria das vezes e até por um estímulo da imprensa, acabou substituindo uma coisa pela outra. Passou-se a fazer o autoexame porque é uma rotina muito simples e barata, deixando de ir ao médico e de fazer a mamografia. Onde está a questão disso? A mamografia é um exame que permite a identificação de lesões não palpáveis, milimétricas. Por isso, ela é tão efetiva para a prevenção. Conseguimos ter uma redução da mortalidade para o câncer de mama quando fazemos a mamografia. O autoexame, não (ONCOGUIA, 2021, s.p.).

Concordamos que o autoexame sozinho não é o certo de se fazer; mas, sim, a tríade: o autoexame, o exame clínico e a mamografia. Entretanto, como se trata de um portal informativo, colocar a não eficiência do autoexame é muito ruim, pois sabemos que, em países pobres ou em desenvolvimento, ele pode ser o melhor instrumento para a educação sobre o autoconhecimento do corpo de forma responsável. É necessário que esse procedimento seja feito com regularidade, pois, muitas vezes, ele tem sido o que assinala à

mulher que ela deve ir ao médico. Tomar como referência de orientação sobre o autoexame campanhas midiáticas, como, por exemplo, a primeira campanha realizada pelo Ministério da Saúde, protagonizada pela atriz Cassia Kis, no dia 5 de julho de 1989, não nos parece um bom argumento. Se as mulheres brasileiras não sabem fazer o autoexame de forma correta é porque não existe, em verdade, uma política afirmativa para isso.

Ademais, inúmeras pesquisas no campo da medicina vêm mostrando o contrário: apontam altos índices de mulheres que souberam fazer o autoexame e, após verificarem a irregularidade na mama, procuraram o médico. No capítulo I, apresentamos como exemplo a mostragem de dois estudos realizados com mulheres sobre o câncer de mama pelo mastologista Dr. Clécio Ênio Murta de Lucena (ex-voluntário na ASPRECAM), que tem como propósito elucidar a importância do autoexame e fortalecer nossos argumentos de que a prevenção é uma ação necessária e potencializadora para se evitarem os tratamentos de maior impacto na saúde da paciente.

Um dos estudos foi realizado durante o mestrado, em 2001, e o outro no doutorado, em 2006. É importante destacarmos que nenhum deles tinha como objetivo abordar o autoexame, mas a análise dos dados do questionário que esse mastologista aplicou mostra um percentual significativo de mulheres que afirmam ter descoberto o nódulo por meio do autoexame. Na dissertação do mestrado, o autor fez um *estudo de avaliação do número de amostras teciduais necessárias, obtidas pela biópsia de fragmentos guiada por ultrassom, no diagnóstico histológico dos nódulos mamários*; na tese, analisou *Índice de Avaliação Ecográfica no estudo dos nódulos sólidos mamários: uma nova proposta de classificação*.

Os resultados desse tipo de pesquisa, os quais trazem a comprovação de que muitas mulheres conseguem detectar o nódulo na fase inicial, ratificam a importância do autoexame na tríade que citamos. Além disso, sabemos que as mulheres que fazem a mamografia com a regularidade prevista se sentem confiantes com o resultado negativo da mamografia, mas o autoexame pode ajudá-las a identificar o *tumor de intervalo,* uma denominação dada pela literatura médica ao câncer de mama que surge no intervalo do exame mamográfico e que ocorre com mais frequência do que pensamos.

Diante dessa exposição, a presente pesquisa destaca a relevância de conhecermos melhor o imaginário e as imagens de si das mulheres pesquisadas antes e durante o tratamento. Nossa expectativa é que os dados obtidos possam nos ajudar de forma mais imediata no trabalho social que realizamos com o público que atendemos na ASPRECAM e, assim, possamos avançar em busca de ações afirmativas potencializadas para intervir nas diversas problemáticas que o câncer de mama envolve.

Para atender aos objetivos propostos, analisamos quais são os imaginários sociodiscursivos mobilizados e quais *ethé*[4] são projetados nas narrativas de vida das mulheres com câncer de mama, a partir de suas vivências no que tange às seguintes experiências: (i) os possíveis medos que elas sentem a partir do diagnóstico e durante o tratamento; (ii) as maneiras pelas quais elas significam ou ressignificam o próprio corpo e a sexualidade antes e durante o tratamento; (iii) as relações familiares, laborais e sociais entretecidas durante e após o tratamento; (iv) o gerenciamento de informações sobre a doença (a não) acessibilidade a tais informações); (v) as desigualdades sociais sofridas e suas implicações antes e durante o tratamento e (vi) as possíveis contribuições e legados oriundos das experiências vivenciadas em decorrência da doença. Para a análise desses tópicos, estabelecemos alguns instrumentais metodológicos que serão detalhados no capítulo III da metodologia.

Diante do exposto, nossa hipótese de pesquisa se sustenta na ideia de que as imagens de si construídas por mulheres com câncer de mama sofrem influências dos imaginários sociodiscursivos, que constituem o eixo desta pesquisa. Acreditamos que esses imaginários podem impactar direta e indiretamente na forma de elas encararem a doença e no restabelecimento da saúde.

1.4 Objetivos

Apresentamos, a seguir, os objetivos geral e específicos que norteiam a pesquisa.

1.4.1 Objetivo geral

Analisar as narrativas de vida de mulheres que passaram e/ou estão passando pela vivência do câncer de mama, os imaginários sociodiscursivos que apresentam sobre o câncer, para compreendermos o sujeito enunciativo em face da doença, na relação triádica: Eu – o Outro – o Mundo.

---

[4] O termo *ethé* é o plural da palavra grega *ethos* e está sendo usada para remeter a mais de uma imagem que pode ser associada a um determinado ator social ou a variados traços de caráter que podem favorecer a construção de um determinado *ethos* (imagem de si).

1.4.2 Objetivos específicos

- Analisar como as enunciadoras entrevistadas discursivizam as emoções de medo e de ansiedade.
- Analisar como os dois grupos de mulheres, as biografadas e as entrevistadas, projetam representações de si, índices de patemização e *ethé* em suas narrativas.
- Analisar como as mulheres significam ou ressignificam o próprio corpo quanto à sexualidade.
- Analisar como as mulheres gerenciam as informações a que têm acesso sobre a doença.

1.5 Estruturação da tese

O desenvolvimento da tese está estruturado em nove capítulos, a contar com esta introdução. No capítulo seguinte, o segundo, abordamos os posicionamentos de dois renomados pensadores, o filósofo e escritor sul-coreano Byung-Chul Han e o sociólogo Zygmunt Bauman. Cada um deles, à sua maneira — para colocarem em destaque o grande adoecimento da sociedade contemporânea — estabelece um paralelo crítico e reflexivo entre o atual comportamento humano e o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas,

Tais posicionamentos nos ajudaram a compreender melhor esse fenômeno em nível mundial. Em seguida, abordamos a incidência e a mortalidade sobre o câncer de mama feminino numa amplitude mundial e, em sequência, em quatro países da América Latina: Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. Na construção deste capítulo, apresentamos a justificativa sobre a escolha desses quatro países.

Também fizemos um levantamento do número de mamografias realizadas pelo SUS, de 2016 a 2021, em todos os estados das cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A mostragem desses dados também nos ajudaram a compreender melhor a dimensão do problema em âmbito socioeconômico e a fazer uma reflexão sobre o papel do Estado na efetividade de uma política pública de detecção precoce do câncer de mama em mulheres nas diversas regiões brasileiras.

E, por último, apresentamos dois estudos em níveis de mestrado e de doutorado, do mesmo autor, que mostram um número bem significativo de mulheres que detectaram o câncer de mama na fase inicial, por meio do autoexame. Consideramos importante que tais

dados viessem a público e mostrassem que essa prática é comum entre várias mulheres e pode ser ampliada e melhor orientada, se houver bons métodos sobre como fazê-la adequadamente.

No capítulo terceiro, organizamos a teoria da Análise do Discurso (AD) a partir de dois momentos históricos. A fase inicial dos estudos da Análise do Discurso na França, nas décadas de 1950 e de 1960, denominada de primeira geração, e a fase contemporânea, denominada de segunda geração. Sabemos que as primeiras teorias em um campo de estudo norteiam as outras que rompem com elas ou que as ressignificam.

Sendo assim, embora as teorias que sustentam nossas análises estejam filiadas à AD da segunda geração, consideramos que era importante apresentarmos uma contextualização de concepções fundadoras, como as de Althusser (1974) sobre *ideologia*, as de Foucault (2008) sobre discurso e sujeito, *as formações discursivas*, e as de Pêcheux (1995; 2015) sobre *as formações ideológicas*, visto que esses conceitos servem de base para as novas teorias da AD contemporânea que nos interessam abordar. Além disso, a Teoria Semiolinguística, de Patrick Charaudeau, que usamos para nortear as análises dos *corpora*, apresenta diferenças ou contraposições significativas em relação a esses conceitos fundadores, aspectos importantes que procuramos explicitar para melhor se compreenderem os conceitos da Semiolinguística de forma aplicada.

Esta pesquisa se sustenta nas concepções do eixo teórico-metodológico de autores contemporâneos da França e da América Latina, tais como: concepções sobre *ethos*; sobre os imaginários social e sociodiscursivo, o campo de teor biográfico e os gêneros textuais denominados autobiografia, diário e entrevista, vistos sob a perspectiva da AD, os modos de organização dos discursos enunciativo, narrativo e descritivo, segundo as concepções da teoria Semiolinguística. Em destaque as contribuições teóricas de Charaudeau (1996, 2001, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2011, 2017), Amossy (2008a, 2008b), Arnoux (2006, 2019, 2021), Maingueneau (2008a, 2008b, 2015, 2020), Arfuch (2010, 2013), Bertaux (2005), Lessa (2013, 2019), Machado (1996, 2006, 2016, 2020) e Meccia (2020).

No capítulo quarto, apresentamos os procedimentos metodológicos que empregamos em todas as etapas da investigação. Caracterizamos o método de pesquisa e o método de coleta, considerando a escolha dos *corpora* e o cuidado ético com as pessoas envolvidas, na condução dos questionários e das entrevistas aplicados. Apresentamos nosso objeto e a natureza da pesquisa; os instrumentais teórico-metodológicos orientadores para as análises do percurso de leitura e análise dos textos de teor autobiográfico escritos e gravados.

No quinto capítulo, expusemos e analisamos os dados do questionário socioeconômico e cultural a que as mulheres dos dois grupos responderam.

No capítulo sexto, analisamos os textos das três escritoras, quais sejam: as duas biografias e os dois diários. Usamos como referência para as análises as categorias do campo da linguística do discurso que escolhemos.

No sétimo capítulo, analisamos as entrevistas das três mulheres Assistidas da ASPRECAM. Usamos como referência para as análises as categorias do campo da linguística do discurso que escolhemos.

No oitavo capítulo, fizemos a análise comparativa dos dados obtidos sobre os dois grupos de mulheres pesquisadas.

Por fim, no nono capítulo, traçamos as considerações finais, sobre os objetivos alcançados, a relevância da pesquisa e suas contribuições para a construção de uma prática voltada para a prevenção e o autocuidado, principalmente entre as mulheres.

2 O CÂNCER DE MAMA FEMININO E O DESAFIO EM NÍVEL MUNDIAL

Conforme exposto na estruturação da tese, neste capítulo, fizemos um panorama sobre o adoecimento da sociedade contemporânea e sobre o câncer de mama feminino. Visando à melhor exposição didática, dividimos os conteúdos em quatro partes. Na primeira, fizemos a exposição das posições dos pensadores dos campos da filosofia e da sociologia sobre o comportamento social contemporâneo, que, para eles, seria um dos responsáveis pelo adoecimento da sociedade de modo geral.

Na segunda, pesquisas sobre o câncer de mama feminino, considerando incidência e mortalidade, inicialmente numa amplitude mundial e, em seguida, em quatro países da América Latina: Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. Na terceira, apresentamos a estatística sobre o número de mamografias realizadas nas cinco regiões brasileiras, compreendendo os anos de 2016 a 2021, conforme citamos.

Por último, fizemos a exposição de duas pesquisas que mostram a relevância do autoexame como aliado na prevenção, para elucidar nossa defesa da incorporação de sua prática, juntamente com a avaliação clínica e a mamografia.

2.1 O adoecimento da sociedade contemporânea

Neste tópico, apresentamos as posições de Byung-Chul Han e de Zygmunt Bauman que apontam que o estilo de vida e o atual comportamento das pessoas têm contribuído para uma sociedade adoecida. Tais posicionamentos podem nos ajudar a refletir sobre os determinantes externos que favorecem o crescimento alarmante de várias doenças, como a incidência do câncer de mama feminino no mundo.

Ancorando-se em outros pensadores, como Michel Foucault, Giorgio Agamben, Nietzsche, Hannah Arendt, Alain Ehrenberg e Walter Benjamim, Byung-Chul Han traça um panorama avaliativo sobre o homem contemporâneo e suas doenças na sociedade atual, em seu livro *Sociedade do Cansaço* (2015), publicado originalmente na Alemanha em 2010. Uma das questões apontadas por ele como consequência desse adoecimento é o que denominou de *sociedade do desempenho*.

Para Han (2015), a nova configuração, promovida pelos aparatos tecnológicos, tem permitido que as pessoas não mais se submetam a instituições disciplinares; mas, sim, tornem-se, cada vez mais, “empresárias de si mesmas”, como “sujeitos de desempenho” e

produção. Diante dessa perspectiva, elas teriam a liberdade de gerenciar o próprio desempenho; todavia essa liberdade se volta contra elas mesmas e o que vemos é a entrega a um trabalho exaustivo.

Ressignificando alguns conceitos defendidos por Michel Foucault sobre a *sociedade disciplinar*, Han (2015) propõe em seu lugar a "sociedade do desempenho". Para este autor, a *sociedade disciplinar* seria determinada pela negatividade da proibição, pelo "o não ter direito"; na "sociedade do desempenho", no entanto ocorreria exatamente o contrário, pois o verbo modal em "*Yes, we can*" constitui a tônica de que, "(...) no lugar do mandamento ou lei, entram projeto, iniciativa e motivação" (Han, 2015, p. 14). Assim, "o sujeito do desempenho" está livre da instância externa de domínio que o obriga a trabalhar ou que poderia explorá-lo. "É senhor soberano de si mesmo" (Han, 2015, p. 14).

Han (2015) também contrapõe as ideias de Alain Ehrenberg sobre depressão, uma doença que tem sido considerada, até mesmo pelo senso comum, como "o mal do século XXI" (Han, 2015, p. 15). O autor acredita que o que tornaria o homem pós-moderno depressivo não seria o imperativo de obedecer apenas a ele mesmo e o fracasso em ser ele mesmo, proposto por Alain Ehrenberg; mas, sim, que a depressão tem sido gerada pela pressão do desempenho.

A relevância dos estudos desse autor consiste, principalmente, no seu papel de nos mostrar as prementes causas e consequências do que denominou de "a sociedade do cansaço"; alertar-nos sobre fenômenos, tais como a produtividade sem limites, a digitalização da vida, a servidão consentida, o crescimento vertiginoso de doenças neuronais, e nos propor resistência a essa realidade que está provocando um quadro grave de adoecimento das pessoas.

De forma mais pessimista, alguns estudos do autor Zygmunt Bauman, publicados no início dos anos 2000, também se centram nas causas e nas consequências nefastas da revolução tecnológica e seus impactos sobre a sociedade contemporânea, tais como: a incomunicabilidade do ser, o enfraquecimento das relações amorosas e "a sociedade do medo".

Os sentidos metafóricos presentes em alguns títulos e em abordagens de suas obras, como *Modernidade Líquida* (2001); *Amor líquido* (2004); *Tempos Líquidos* (2007a); *Vida Líquida* (2007b); *Medo Líquido* (2008) deixam entrever a ideia de que tudo nos escapa pelas mãos, apontam para os conflitos perpetrados nas relações pessoais, já que estas tendem a ser menos frequentes, menos duradouras, menos verdadeiras.

Segundo Bauman (2004), as relações amorosas, principalmente, têm deixado de ter aspecto de união e vêm se tornando mero acúmulo de experiências. O sociólogo acrescenta

que a insegurança e o medo, que permanentemente pairam sobre nossas cabeças, vêm se tornando parte estrutural da constituição do sujeito pós-moderno.

Em sua obra *Medo Líquido*, Bauman (2008) destaca que há dois tipos de medo, o *primário* e o *derivado*. O medo *primário* apresenta-se às pessoas sob três formas i) o medo de não se conseguir garantir o futuro, de não se conseguir trabalhar ou de ter qualquer tipo de sustento; ii) o medo de não conseguir se fixar na estrutura social, de perder a posição social que se ocupa, de cair para posições vulneráveis e iii) o medo em torno da integridade física. Diferentemente, o medo *secundário* é um processo que se efetiva por intermédio da formação social dos sujeitos.

Nesse contexto, é natural que haja alta incidência de doenças e passe a exigir a participação cada mais intensificada da sociedade na intervenção dos problemas de saúde pública, acentuados pelo contexto do medo e da insegurança. Frente a essa questão, consideramos significativo o papel do intelectual e das instâncias produtoras do saber ao criarem instrumentais teórico-metodológicos que possam ser transformados em ações potencializadoras das mudanças necessárias.

2.2 O câncer de mama em nível mundial: incidência e mortalidade

Para que pudéssemos traçar um quadro sobre a realidade do câncer de mama, fizemos um panorama sobre esse tipo de câncer entre os demais e seu vertiginoso crescimento em todo o mundo. Em seguida, as pesquisas foram pautadas em quatro países: Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai.

Para os estudos em nível mundial, tomamos como referência as estimativas do GLOBOCAN[5] 2020 de incidência e mortalidade por câncer, produzidas pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, que se encontram analisadas no artigo intitulado *Estatísticas globais de câncer 2020: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 tipos de câncer em 185 países* (*Global Cancer Statistics* 2020: GLOBOCAN *Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*)[6], publicado em 2021.

---

[5] GLOBOCAN é um projeto do IARC (*International Agency for Research on Cancer*) que avalia estimativas de incidência e mortalidade por câncer, por intermédio de dados de cada país/região, utilizando métodos estatísticos variados e gerando dados de alta qualidade. O GLOBOCAN é atualizado a cada cinco anos e sua última atualização ocorreu em 2020.

[6] Estatísticas globais de câncer 2020: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 tipos de câncer em 185 países (*Global Cancer Statistics* 2020: GLOBOCAN *Estimates of Incidence*

Neste estudo, os autores descrevem as fontes e a metodologia utilizada pelo GLOBOCAN para 2020, as quais nos permitem compreender melhor os resultados disponibilizados. Ressaltamos que os estudos do artigo citado apresentam dados e descrições de forma detalhada sobre os diversos tipos de câncer, mas apontamos somente aqueles que consideramos relevantes para atender a nosso objetivo de pesquisa relativo ao câncer de mama em mulheres.

Segundo Sung *et al.* (2021), o GLOBOCAN é um *site* que inclui recursos para tabulação e visualização gráfica do banco de dados para 185 países e 36 tipos de câncer (bem como todos os tipos de câncer combinados), por idade e por sexo. Os dados sobre o câncer são registrados globalmente e por continentes. Afirmam os autores que o *site* tem total credibilidade, pois utiliza as melhores fontes disponíveis de dados de incidência e de mortalidade por câncer em um determinado país.

Os métodos usados para compilar as estimativas de 2020 foram baseados nos mesmos métodos desenvolvidos para compilação em anos anteriores, com ênfase no uso de previsões de curto prazo e no uso de taxas de mortalidade por incidência. As estimativas estão disponíveis no Observatório Global do Câncer – GCO (*Global Cancer Observatory*)[7] para 36 tipos de câncer, com base nos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID-10). As estimativas aplicadas nesse estudo levam em consideração a "(...) divisão por sexo e por 18 faixas etárias: idades de 0-4, 5-9, …, 80-84 e ≥ 85 anos" (Sung *et al.*, 2021, p. 210, tradução nossa).[8]

Para avaliar ainda mais a carga de câncer, Sung *et al.* (2021) também usam o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)[9], considerando-o a partir de quatro níveis, subdivididos em IDH baixo e médio *versus* IDH alto e muito alto. Além disso, fornecem uma previsão da carga futura de câncer em 2040 com base em projeções demográficas.

Segundo Sung *et al.* (2021), os dados da GLOBOCAN apontam que, em todo o mundo, constatou-se, em 2020, cerca de 19,3 milhões de novos casos de câncer (18,1 milhões,

---

and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries). Disponível em: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492. Acesso em: 28 out. 2022.

[7] Global Cancer Observatory Global Cancer Observatory. Disponível em: gco.iarc.fr/today. Acesso em: 24 abr. 2023.

[8] "(...) worldwide by sex and by 18 age groups (ages 0-4, 5-9…, 80-84, and ≥85 years worldwide by sex and by 18 age groups (ages 0-4, 5-9…, 80-84, and ≥85 years)".

[9] Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador que mensura o grau de desenvolvimento humano dos países a partir de aspectos como educação, renda e saúde. Trata-se de uma ferramenta utilizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para avaliar todas as nações que são membros da Organização das Nações Unidas (ONU). EDUCA+BRASIL, Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em: https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/geografia/indice-de-desenvolvimento-humano-idh. Acesso em: 28 maio, 2023.

excluindo o câncer de pele não melanoma) e quase 10,0 milhões de mortes por câncer (9,9 milhões excluindo o câncer de pele não melanoma). Sung *et al.* (2021) ainda apontam que, em 2020, o câncer de mama feminino ultrapassou o câncer de pulmão como o mais comumente diagnosticado, com um número estimado de 2,3 milhões de novos casos (11,7%), seguido por câncer de pulmão (11,4%), colorretal (10,0%), próstata (7,3%) e estômago (5,6%).

Os autores constatam que o câncer de pulmão continua sendo a principal causa de morte por câncer, com uma estimativa de 1,8 milhões de mortes (18%). Em seguida, o câncer colorretal (9,4%), o de fígado (8,3%), o de estômago (7,7%) e, por fim, o câncer de mama feminino (6,9%). No entanto, salientam que, embora não seja o mais letal, o câncer de mama feminino prevalece como o que apresenta maior número de novos casos registrados no mundo, com aproximadamente 2.261.49 (11,7%), segundo o estudo de 2020 da GLOBOCAN.

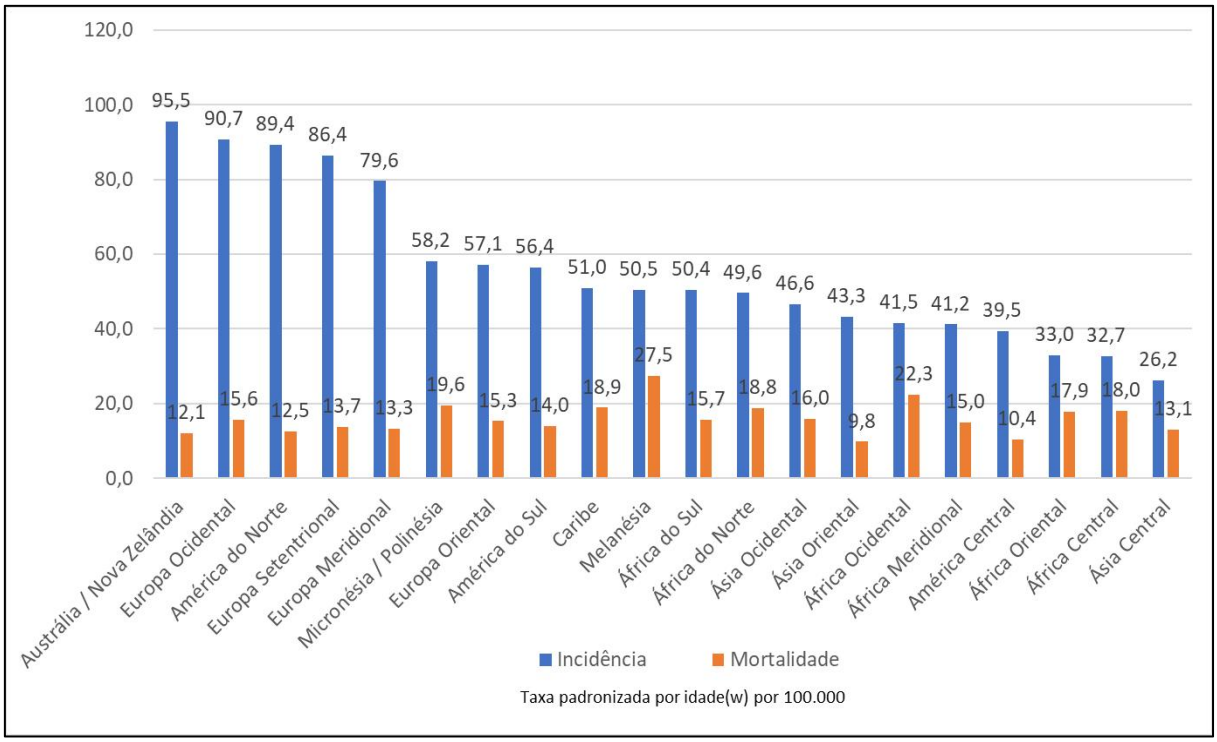
Sung *et al*. (2021) apontam que o câncer de mama feminino é a quinta causa de mortalidade por câncer no mundo, com 685.000 mortes e representa 1 em cada 4 casos de câncer e 1 em cada 6 mortes por câncer, ocupando o primeiro lugar em incidência na grande maioria dos países (159 de 185 países) e em mortalidade em 110 países. Estima-se que a carga global de câncer seja de 28,4 milhões de casos em 2040, um aumento de 47% em relação a 2020. Sung *et al*. (2021) supõem que as principais causas desse aumento são advindas das mudanças demográficas, do aumento dos fatores de risco associados à globalização e a uma economia em crescimento.

De acordo com Sung *et al*. (2021), as taxas de incidência são 88% mais altas em países com IDH alto ou muito alto que em países com IDH médio ou baixo, respectivamente 55,9 e 29,7 por 100.000 habitantes. A incidência é maior em países com IDH alto ou muito alto, com taxas de > 80 por 100.000 habitantes na Austrália/Nova Zelândia, Europa Ocidental (a Bélgica tem a maior incidência do mundo), América do Norte e Europa do Norte. As taxas mais baixas < 40 por 100.000 habitantes ocorrem na América Central, África Oriental e Central e Sul da Ásia Central.

Quanto à mortalidade, mulheres que vivem em países com IDH médio ou baixo têm taxas 17% mais altas em comparação com mulheres que vivem em países com IDH alto ou muito alto, respectivamente 15,0% e 12,8% por 100.000. As regiões que contribuem para o aumento das taxas de mortalidade estão localizadas na Melanésia, África Ocidental, Micronésia/Polinésia e Caribe (Barbados tem a mortalidade mais alta do mundo). O gráfico 1 possibilita-nos uma visão mais clara sobre as avaliações dos autores, referentes aos dados do câncer de mama feminino em diversos países. Nele, são apresentadas as taxas padronizadas por idade de incidência e mortalidade específicas da região para o câncer de mama feminino

em 2020. Elas são apresentadas por ordem decrescente da taxa de incidência mundial (W) padronizada por idade, e as taxas nacionais padronizadas por idade mais elevadas para a incidência e mortalidade são sobrepostas (GLOBOCAN 2020, tradução nossa)[10].

Gráfico 1 - Câncer de mama em mulheres: panorama mundial de incidência e de mortalidade



Fonte: GLOBOCAN 2020, com adaptação.

Sung *et al*. (2021) consideram que as maiores taxas de incidência em países com IDH alto ou muito alto se devem à prevalência mais elevada de longa data de fatores de risco reprodutivos e hormonais (idade precoce da menarca, idade avançada da menopausa, idade avançada do primeiro parto, menor número de filhos, menos amamentação, terapia hormonal na menopausa, contraceptivos orais) e fatores de risco relacionados ao estilo de vida (ingestão de álcool, excesso de peso corporal, sedentarismo).

Os autores ressaltam que os dados comparativos presentes no estudo mostram que as taxas de incidência de câncer de mama estão aumentando rapidamente em países com IDH médio ou baixo, como na América do Sul, África e Ásia, bem como em países asiáticos de alta renda (Japão e República da Coreia), nos quais as taxas são historicamente baixas. Alguns fatores são apontados como determinantes para esse aumento, como, por exemplo, as

[10] Region-Specific Incidence and Mortality Age-Standardized Rates for Female Breast Cancer in 2020. Rates are shown in descending order of the world (W) age-standardized incidence rate, and the highest national age-standardized rates for incidence and mortality are superimposed.

mudanças drásticas nos estilos de vida socioculturais e ambientais, provocadas por economias em crescimento, bem como a prevalência e o aumento na proporção de mulheres na força de trabalho industrial — e suas consequências mais imediatas, como o adiamento da gravidez e ter menos filhos —, excesso de peso corporal e inatividade física, que "(...) resultaram em uma convergência para o perfil de fator de risco dos países ocidentais e estreitando as lacunas internacionais na morbidade do câncer de mama" (Sung *et al*., 2021, p. 222). [11]

Alguns dos aumentos de incidência e de mortalidade mais rápidos estão ocorrendo na África Subsaariana, cujas taxas de mortalidade estão agora entre as mais altas do mundo, devido à baixa infraestrutura de saúde, com resultados de sobrevivência ruins. As baixas taxas de sobrevivência na África Subsaariana são, em grande parte, atribuíveis à detecção do câncer de mama em estágio avançado.

Em um relatório que apresenta 83 estudos em 17 países da África Subsaariana, 77% de todos os casos estadiados eram estágio III ou IV no momento do diagnóstico. Outro estudo mais recente realizado em cinco países dessa região estimou que "(...) 28% a 37% das mortes por câncer de mama nesses países poderiam ser evitadas por meio do diagnóstico precoce da doença sintomática e tratamento adequado" (Sung *et al*. (2021, p. 222-223, tradução nossa)[12].

Segundo Sung *et al*. (2021), os programas de rastreamento do câncer de mama em toda a população visam reduzir a mortalidade por câncer de mama por meio da detecção precoce e do tratamento eficaz. O estudo aponta que a OMS recomenda rastreamento mamográfico organizado e baseado na população a cada 2 anos para mulheres com risco médio de câncer de mama com idade entre 50 e 69 anos em locais com bons recursos.

Assim como temos defendido nesta pesquisa de doutorado, inferimos que os autores desse estudo acreditam que o estabelecimento de programas de prevenção primária para o câncer de mama continua sendo um desafio, por isso é necessária uma política mais imediata, voltada para duas realidades: uma comportamental e outra socioeconômica. A comportamental, para incentivar, por exemplo, a redução do excesso de peso corporal e do consumo de álcool, a realização de atividade física e da amamentação. A socioeconômica deve envolver investimentos em políticas públicas de saúde mais efetivas, como o aumento de mamografias, maior qualificação dos profissionais e maior sistematização nas orientações voltadas à prevenção.

---

[11] "(...) have resulted in a convergence toward the risk factor profile of western countries and narrowing international gaps in breast cancer morbidity".

[12] "(...) 28% to 37% of breast cancer deaths in these countries could be prevented through earlier diagnosis of symptomatic disease and adequate treatment".

2.3 O câncer de mama no Brasil, na Argentina, no Paraguai e no Uruguai

Após esse breve panorama sobre a situação do câncer de mama em mulheres sob uma perspectiva mais global, fizemos um levantamento de base estatística em quatro países da América Latina, quais sejam: Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, considerando as taxas de incidência e de mortalidade. Utilizamos a pesquisa realizada pela GLOBOCAN com dados de 2020, com recorte somente para os referidos países e relativos ao câncer de mama em mulheres.

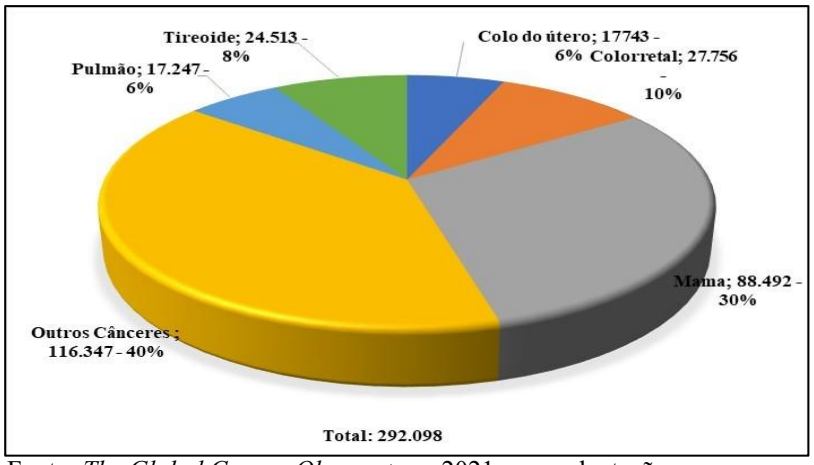
O critério de escolha desses quatro países se deveu a três fatores. O primeiro é o fato de eles formarem o Mercado Comum do Sul, conhecido como Mercosul, criado em 1991. Inicialmente, essa união visava aumentar a oferta de emprego e de renda, melhorar a produtividade e intensificar as relações econômicas, mas, aos poucos, vem se fortalecendo a integração entre os países-membros, com livre circulação de pessoas, de serviços e de interesses comuns nos diversos campos de conhecimento e em pesquisas acadêmicas.

O segundo é o fato de esses quatro países se destacarem na recém-criada Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC), da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), com representantes dos ministérios da Saúde, dos programas de controle de câncer e dos institutos de câncer de oito países da América Latina, quais sejam: Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile, Colômbia, México e Panamá. E, por último, é o fato de o câncer de mama na mulher ocupar o primeiro lugar em incidência nesses quatro países, conforme exposto, a seguir, no descritivo dos dados de cada país, juntamente com os gráficos correspondentes a eles.

No Brasil, com população geral de 212.559.410 de pessoas, segundo dados do *The Global Cancer Observatory*, de 2021, houve 292.098 de vários tipos de câncer em mulheres. Entre eles, 88.492 foram de câncer de mama. Com 30,3%, o câncer de mama ultrapassou de forma alarmante os outros tipos de câncer em mulheres, como: colorretal 27.756 pessoas (9,5%); tireoide 24.513 pessoas (8,4%); colo do útero 17.743 pessoas (6,1%) e pulmão 17.247 pessoas (5,9%).

A pesquisa reuniu outros tipos de câncer, com menor incidência, em um único dado estatístico, representando 116.347 pessoas (39,8%). Embora não esteja registrado no gráfico, o *The Global Cancer Observatory* (2021) aponta que, de 30,3% de câncer de mama, a mortalidade registrada foi de 20.725 pessoas com percentual de 23,9%. O Gráfico 2, a seguir, contribui para ilustrar melhor os dados de incidência de câncer, apontados acima.

Gráfico 2 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres no Brasil

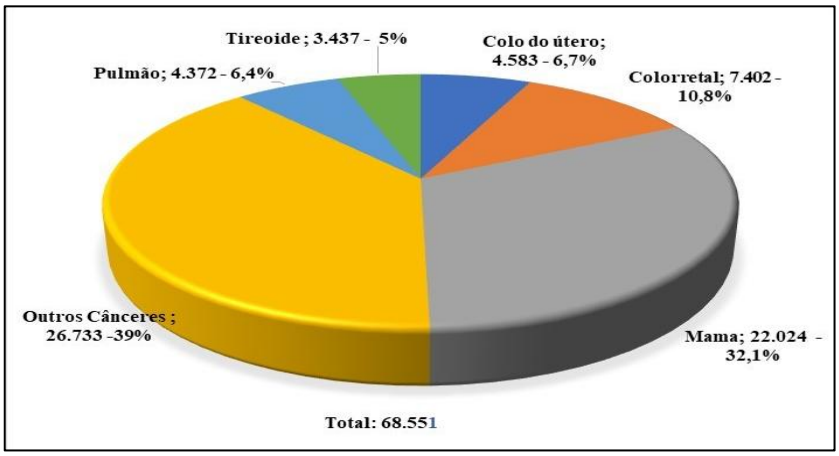


Fonte: *The Global Cancer Observatory*, 2021, com adaptação.

Na população geral da Argentina, com 45.195.777 pessoas, houve 68.551 de vários tipos de câncer em mulheres. Entre eles, 22.024 foram de câncer de mama. Com 32,1%, assim como no Brasil, o câncer de mama ultrapassou — de forma alarmante — os outros tipos de câncer em mulheres, como: colorretal 7.402 pessoas (10,8%); colo do útero 4.583 pessoas (6,7%); pulmão 4.372 pessoas (6,4%) e tireoide 3.437 pessoas (5%).

A pesquisa reuniu outros tipos de câncer, com menor incidência, em um único dado estatístico, representando 26.733 pessoas (39%). Embora não esteja registrado no gráfico, o *The Global Cancer Observatory* (2021) aponta que, de 32,1% de câncer de mama, a mortalidade registrada foi de 6.821 pessoas com percentual de (25,7). O Gráfico 3, a seguir, contribui para ilustrar melhor os dados de incidência de câncer, apontados acima.

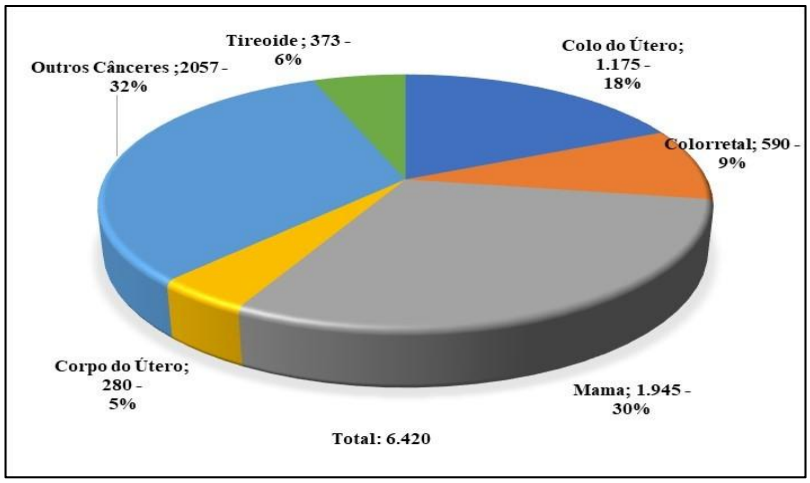
Gráfico 3 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres na Argentina



Fonte: *The Global Cancer Observatory*, 2021, com adaptação.

Na população geral do Paraguai com 7.132.530 pessoas, houve 6.420 de vários tipos de câncer em mulheres. Entre eles, 1.945 foram de câncer de mama. Com 30,3%, o câncer de mama também ultrapassou os outros tipos de câncer em mulheres, como: colo do útero 1.175 pessoas (18,3%); colorretal 590 pessoas (9,2%); tireoide 373 pessoas (5,8%) e colo do útero 280 pessoas (4,4%). A pesquisa reuniu outros tipos de câncer, com menor incidência, em um único dado estatístico, representando 2.057 pessoas (32). Conquanto não esteja registrado no gráfico, o *The Global Cancer Observatory* (2021) aponta que de 30,3% de câncer de mama, a mortalidade registrada foi de 590 pessoas com percentual de 30,1%. O Gráfico 4, a seguir, contribui para ilustrar melhor os dados de incidência de câncer, apontados acima.

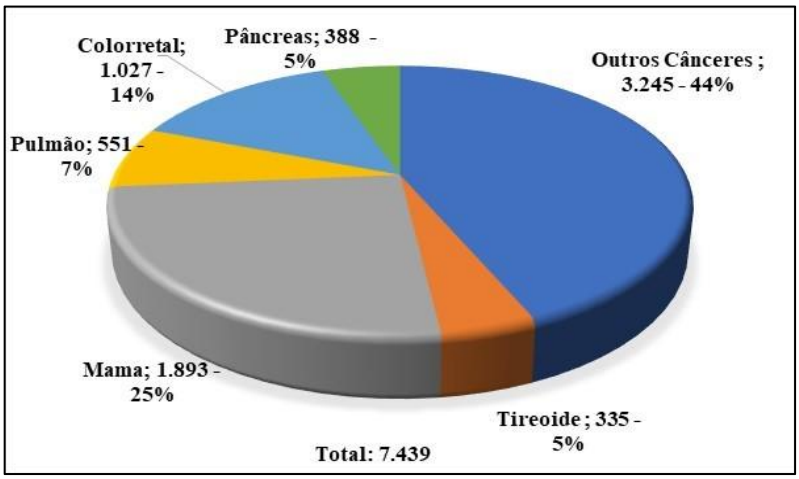
Gráfico 4 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres no Paraguai



Fonte: *The Global Cancer Observatory*, 2021, com adaptação.

Na população geral do Uruguai com 3.473.727 pessoas, houve 7.439 de vários tipos de câncer em mulheres. Entre eles, 1.893 foram de câncer de mama. Com 25,4%, o câncer de mama também ultrapassou os outros tipos de câncer em mulheres, como: colorretal 1.027 pessoas (13,8%); pulmão 551 pessoas (7,4%); pâncreas 388 pessoas (5,2%) e tireoide 335 pessoas (4,5). A pesquisa reuniu outros tipos de câncer, com menor incidência, em um único dado estatístico, representando 3.245 pessoas (43,6%). Mesmo que não esteja registrado no gráfico, o *The Global Cancer Observatory* (2021) aponta que, de 25,4% de câncer de mama, a mortalidade registrada foi de 720 pessoas com percentual de 38%. O Gráfico 5, a seguir, contribui para ilustrar melhor os dados de incidência de câncer, apontados acima.

Gráfico 5 - Registros da incidência dos principais tipos de câncer acometidos em mulheres no Uruguai



Fonte: *The Global Cancer Observatory*, 2021, com adaptação.

A observação dos dados tanto de incidência quanto de morte nos quatros países aponta para uma situação alarmante sobre o câncer de mama em mulheres. Isso nos leva a confirmar a ideia de que são necessárias políticas públicas mais eficazes na intervenção desse quadro na saúde pública.

2.4 Estatística de mamografias nas cinco regiões brasileiras, de 2016 a 2021

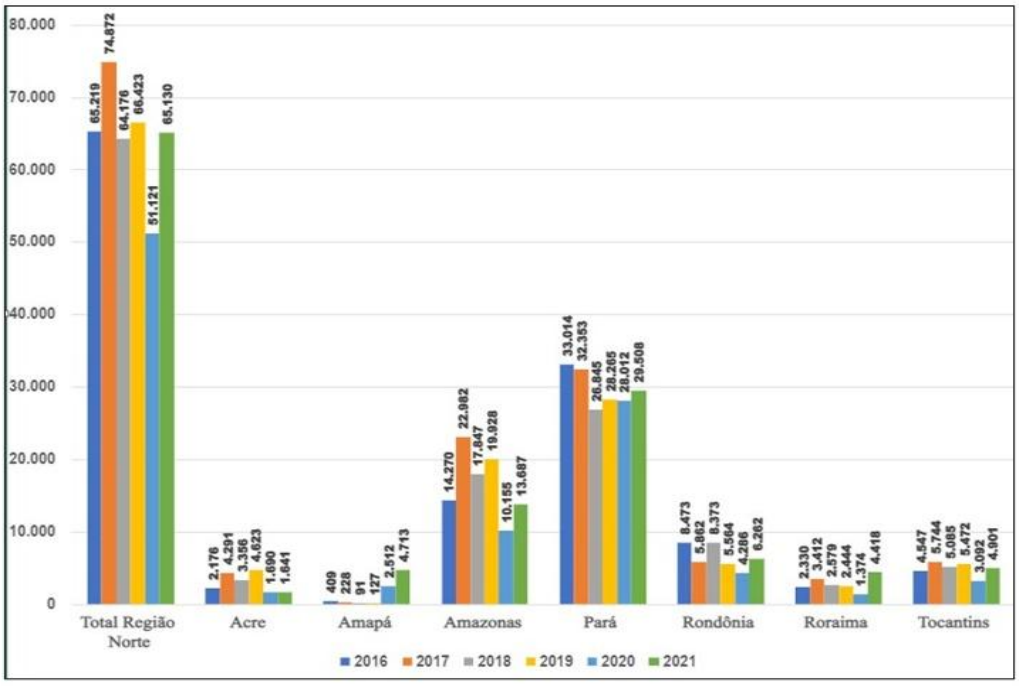
A lei da mamografia (Lei nº 11.664 de 29/04/2008)[13] assegura às mulheres o exame gratuito pelo SUS, a partir dos 40 anos. O relatório do INCA (2022) apresenta uma lista dos

[13] Lei nº 11.664 de 29/04/2008. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=30/04/2008. Acesso: 29 nov. 2024.

dados de exames de mamografia por estado em cada região do Brasil. Assim, para melhor compreensão desses dados, elaboramos gráficos com o descritivo dos dados das mamografias comparados por estados e o total de exames em cada região, obedecendo à seguinte sequência das regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

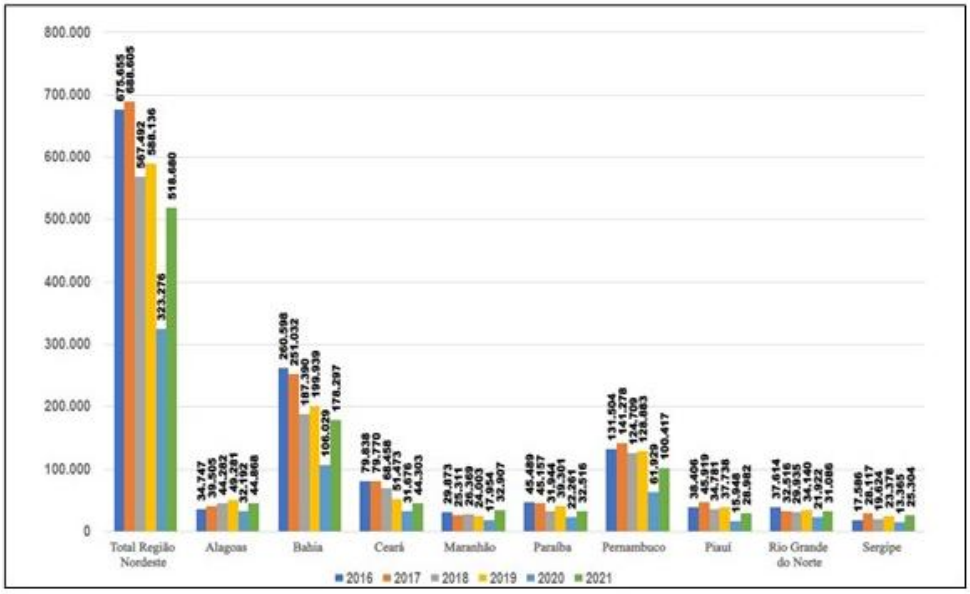
Ao final, apresentamos um gráfico que fizemos com o registro sobre o total de mamografias no Brasil, de 2016 a 2021, visando a melhor estabelecimento de análise comparativa por parte dos leitores. Por último, apresentamos a análise geral dos dados.

Gráfico 6 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Norte



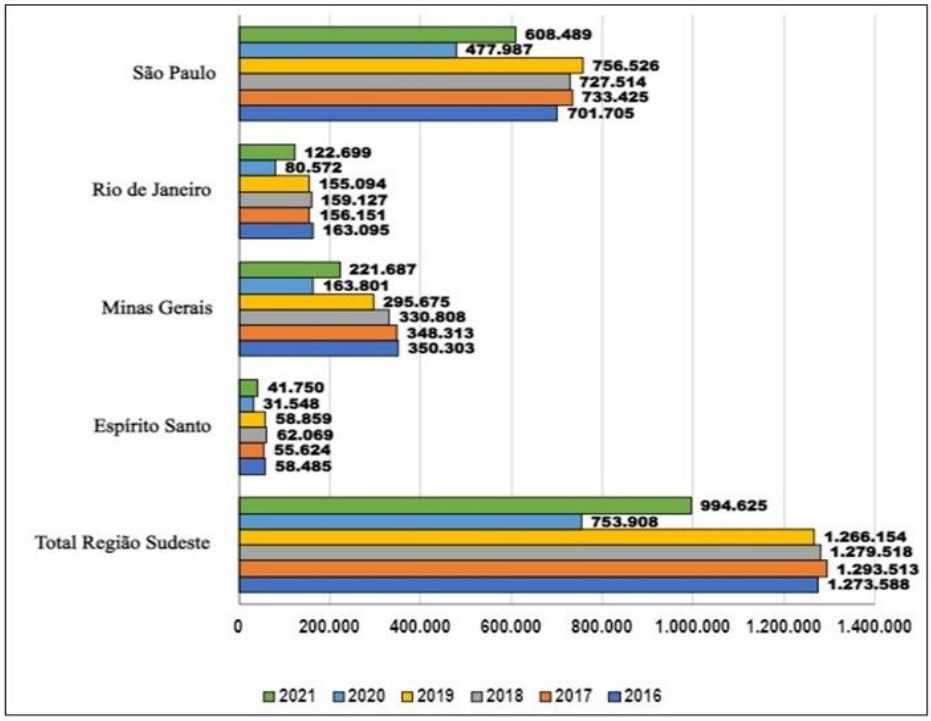
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 7 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Nordeste



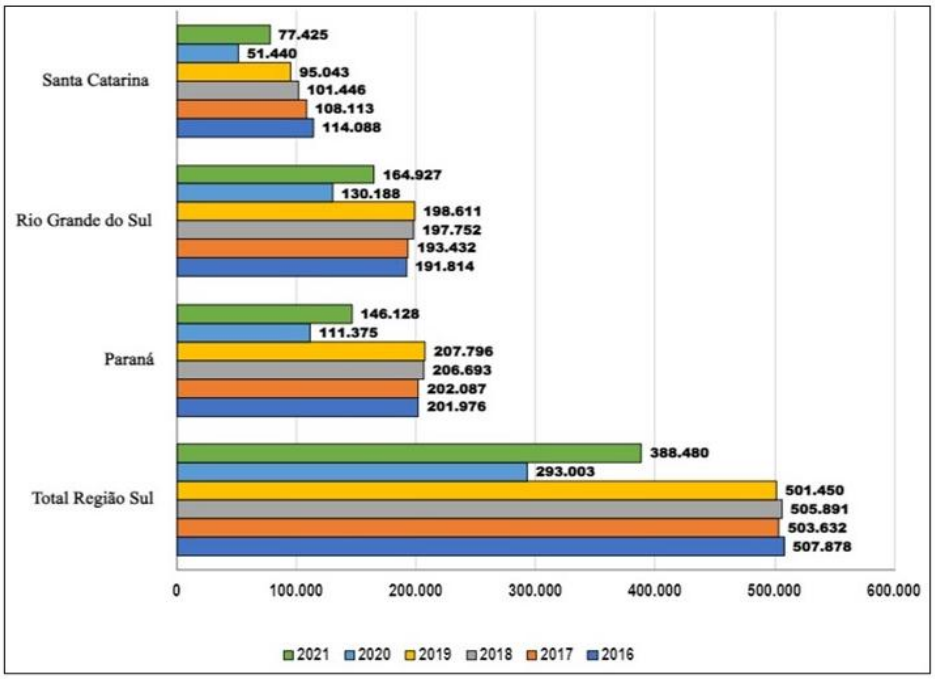
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 8 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Sudeste



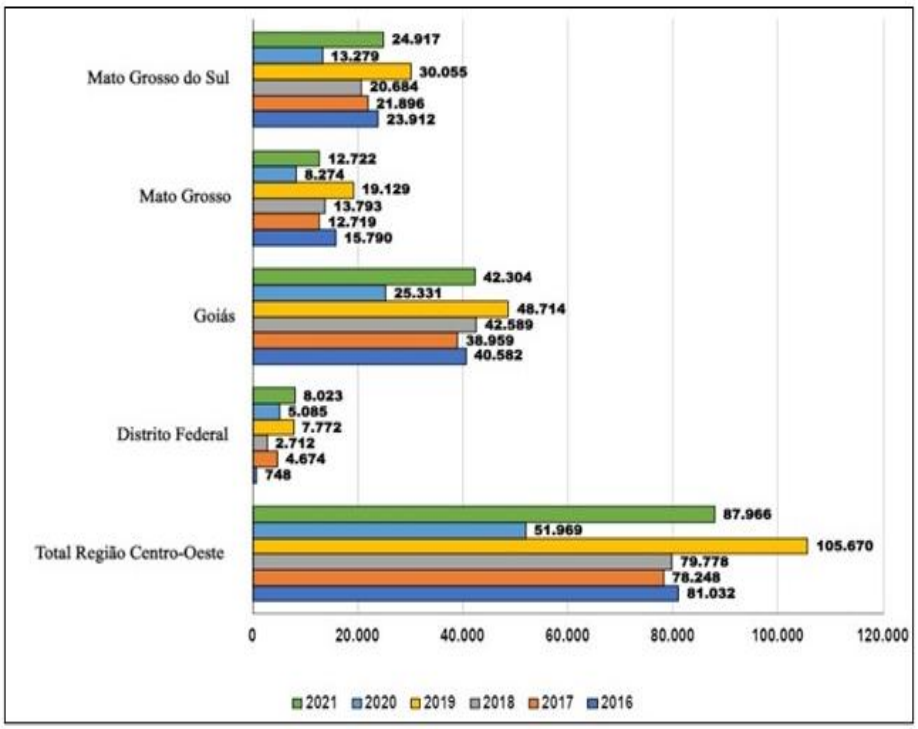
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 9 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Região Sul



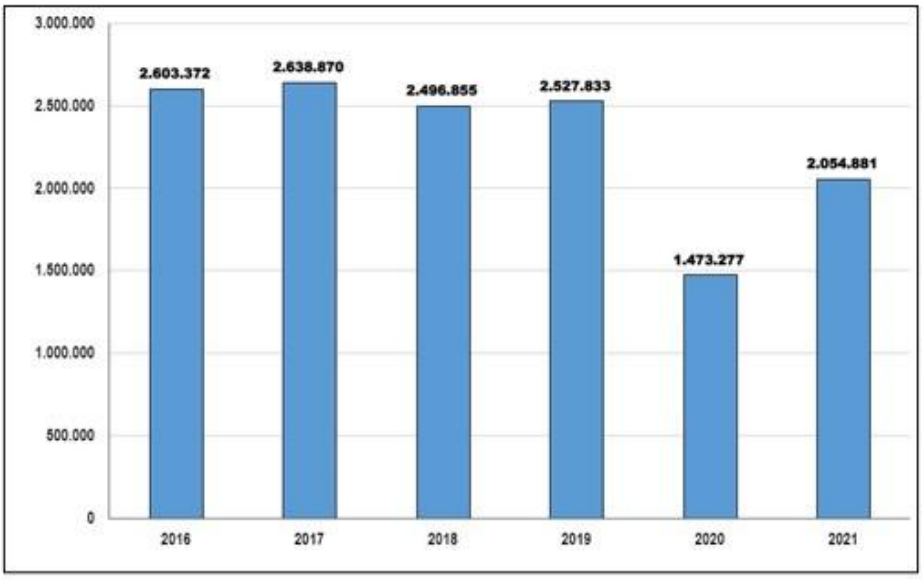
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 10 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS/Centro-Oeste



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 11 - Número de mamografias em mulheres de 59 a 69 anos realizadas pelo SUS - no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A partir dos dados de cada região, observamos que a região Norte apresenta uma das menores taxas de mamografias realizadas pelo SUS. A região Nordeste apresenta um número maior que a região Norte, especialmente em estados mais populosos, porém, ainda existem desigualdades dentro da própria região, com estados, como a Bahia e o Ceará se destacando em volume de exames, diferentemente das áreas mais rurais e menos urbanizadas que, provavelmente, enfrentam dificuldades semelhantes à região Norte.

É pressuposto que vários fatores podem ser responsáveis por esses dados mais baixos que em outras regiões, mas é seguro que incluem a dispersão populacional e a menor densidade de equipamentos e de profissionais de saúde disponíveis nas áreas remotas e isoladas, como na Amazônia, por exemplo. Além disso, desafios logísticos, como o transporte e o acesso a serviços médicos, podem dificultar o atendimento. Esse cenário reforça a importância de estratégias de programas de saúde que levem exames a comunidades distantes para melhorar o acesso e a cobertura.

A região Sudeste lidera em número absoluto de mamografias realizadas, o que reflete a maior infraestrutura de saúde e densidade populacional. Estados como São Paulo e Minas Gerais, que possuem uma vasta rede de hospitais e clínicas, apresentam números mais consistentes na realização de exames. A região Sul mostra também um bom número de mamografias realizadas, mantendo-se próxima dos padrões observados no Sudeste. A região

Centro-Oeste apresenta um número intermediário de mamografias realizadas. A menor população e a concentração em áreas urbanas, como em Brasília e em Goiânia, facilitam o acesso aos exames, mas as áreas rurais ainda enfrentam desafios.

Em nível nacional, o gráfico mostra uma estabilidade na realização de mamografias, com um ponto de queda acentuado em 2020, devido à pandemia da Covid-19, que afetou todos os estados. A partir de 2021, o número de exames realizados permanece abaixo dos níveis pré-pandêmicos, destacando a necessidade de reforço nos programas de rastreamento e campanhas de conscientização, para que as mulheres retornem ao acompanhamento preventivo. Esse quadro geral reforça a importância de políticas públicas que não apenas promovam a oferta de mamografias, mas também considerem os fatores culturais e os socioeconômicos que possam impactar o comparecimento das mulheres aos espaços de atendimento à saúde.

Embora nosso objetivo de pesquisa não tivesse como proposição, de forma direta, analisar dados estatísticos de mamografias realizadas pelo SUS no Brasil, tais dados serviram para mostrar o forte contraste entre as regiões brasileiras, entre áreas urbanas e áreas rurais. Isso ratifica nossa posição e a de Sung *et al.* (2021) sobre o importante papel dos programas de rastreamento do câncer de mama para reduzir a mortalidade com a detecção precoce, principalmente nas áreas rurais.

Além disso, tais dados servem para corroborar nossa hipótese de que existem outros fatores de ordem pessoal que podem contribuir para a ausência da mulher nesse espaço legitimado pelo Estado para ela ser atendida. Trata-se realmente de uma questão multifatorial bastante complexa, por isso acreditamos que conhecer um pouco mais sobre os imaginários sociodiscursivos em relação ao câncer de mama nas mulheres pode agregar valor para se alterarem de forma positiva esses dados.

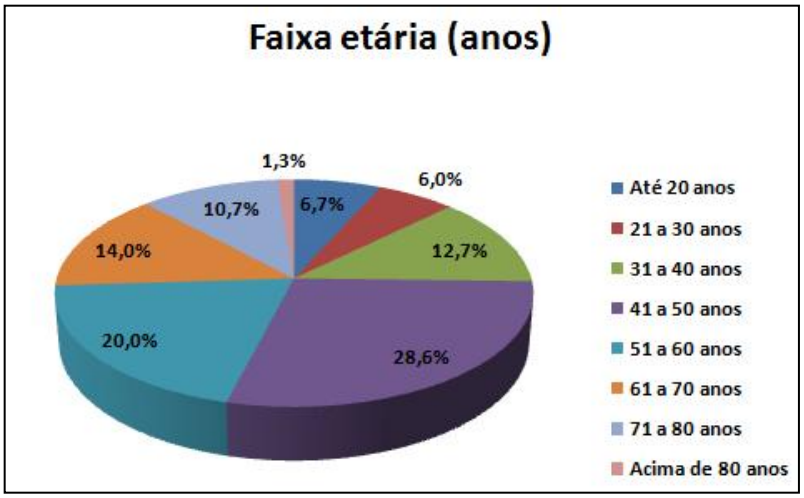
2.5 O autoexame: importante aliado na prevenção

A mostragem de dois estudos realizados com mulheres sobre o câncer de mama pelo mastologista Dr. Clécio Ênio Murta de Lucena, ex-voluntário na ASPRECAM, tiveram como propósito corroborar a posição que defendemos na ASPRECAM sobre a importância do autoexame como aliado na prevenção, juntamente com o exame clínico e a mamografia. Além disso, esses estudos trazem dados importantes sobre o aumento gradativo de incidência do câncer em mulheres mais jovens, como também temos observado na ASPRECAM. Podemos ver nos dados apurados, a seguir, que a baixa mostragem inicialmente de 6% entre 21 e 30

anos, modifica-se para 24,8%, aproximando-se, assim, das faixas de maior incidência de 28,6% entre 41 e 50 anos e 20% entre 51 e 60 anos.

O primeiro estudo foi realizado com 144 pacientes do sexo feminino, em caráter de mestrado, na Santa Casa de Belo Horizonte/MG, em 2001, o qual mostrou que o câncer de mama apresentou maior incidência sobre mulheres com faixas etárias entre 40 a 60 anos, conforme apontam os dados no Gráfico 12, exposto a seguir.

Gráfico 12 - Incidência de câncer de mama em mulheres por faixa etária



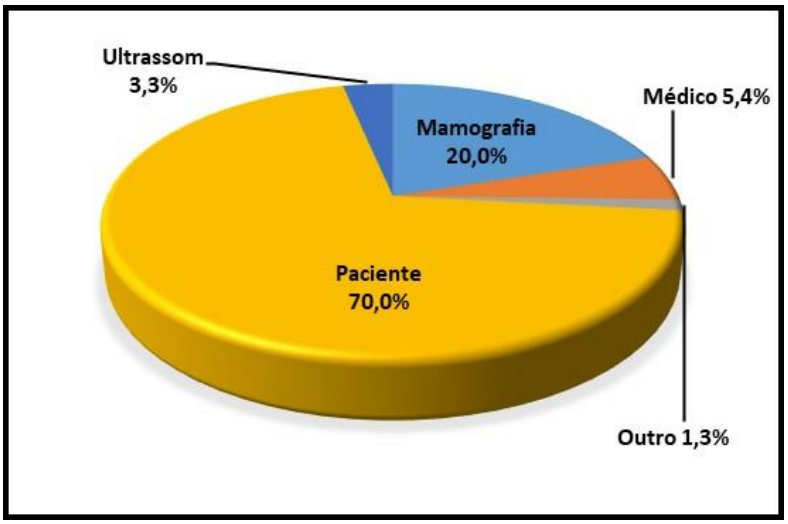
Fonte: Lucena (2001).

Nesse mesmo estudo, Lucena (2001) mostrou que a maioria das mulheres pesquisadas (77,3%) não tinha histórico familiar para câncer de mama; (8,7%) declararam que tinham história familiar de 1º grau; (11,3%) de 2º grau e (2,7%) desconheciam a existência de outros casos na família.

Ressalta-se, ainda, que em 70% dos casos, a própria paciente é que havia percebido o nódulo mamário; em 20% foi percebido por meio da mamografia; em 5,4% pelo médico; em 3,3% pelo ultrassom e em 1,3% foi identificado por outras situações, conforme ilustra o Gráfico 13, a seguir.

A pesquisa mostra claramente que há um número muito alto de descoberta do câncer em estágio inicial por meio do autoexame, o que ratifica a importância da atitude proativa das mulheres quanto a essa prática de autocuidado. Por isso, não respaldamos a defesa de que o autoexame não deva ser incentivado. É necessário orientar às mulheres como fazê-lo adequadamente, bem como instruí-las a sempre se aterem à tríade: autoexame, consulta e mamografia, se esta for indicada.

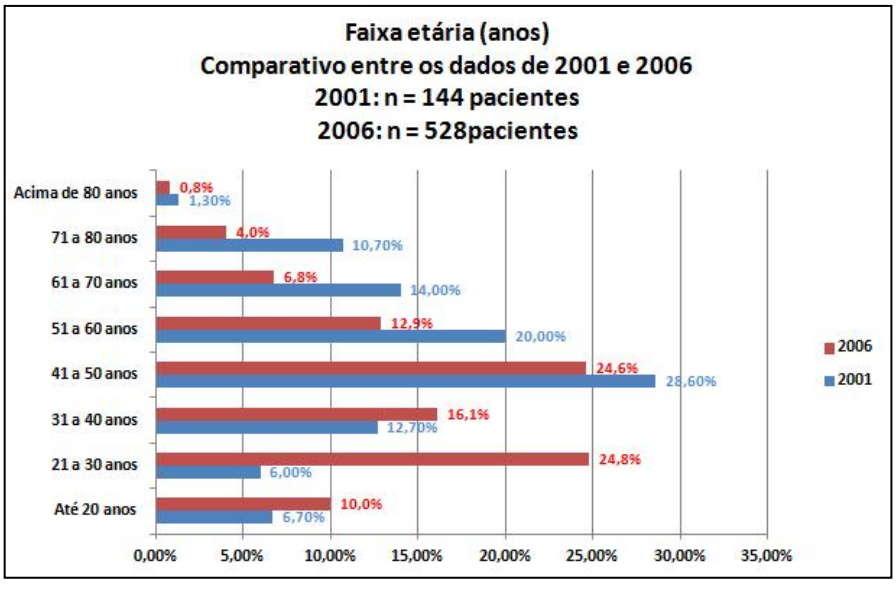
Gráfico 13 - Caracterização das mulheres quanto ao método de identificação do nódulo mamário. Nota: n = 150 nódulos



Fonte: Lucena (2001).

Mais tarde, dando continuidade aos estudos sobre o câncer de mama, em caráter de doutorado, Lucena pesquisou 528 pacientes com idades de 15 a 89 anos com uma média de 40,4 anos. O que nos chama à atenção é o fato de que houve uma mudança significativa em relação à faixa etária de maior incidência, pois a baixa mostragem, inicialmente de 6% entre 21 e 30 anos, modifica-se para 24,8%, aproximando-se, assim, das faixas de maior incidência de 28,6% entre 41 e 50 anos e 20% entre 51 e 60 anos, conforme ilustra o Gráfico 14.

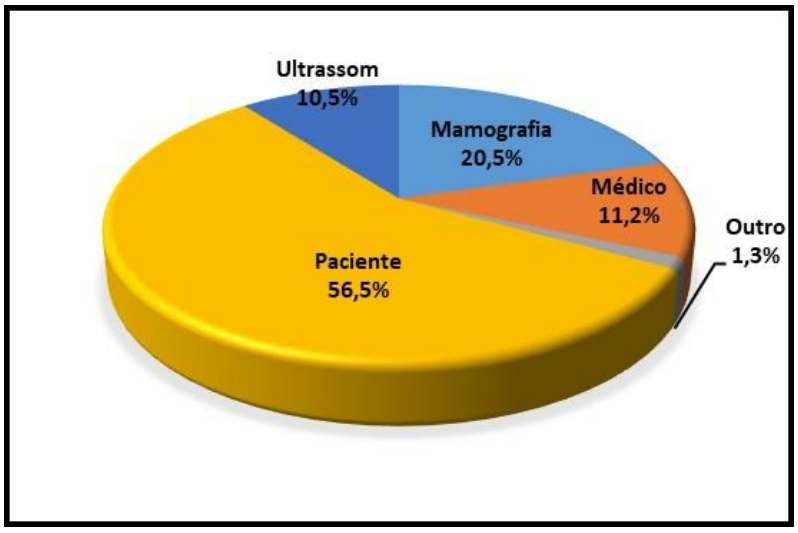
Gráfico 14 - Incidência de câncer de mama em mulheres por faixa etária



Fonte: Lucena (2006).

Quanto ao método primário de identificação das lesões nodulares, observou-se também alta incidência de os nódulos terem sido detectados pelas próprias mulheres, conforme ilustram os dados no Gráfico 15.

Gráfico 15 - Caracterização dos nódulos mamários quanto ao método primário de identificação



Nota: n = 555 nódulos.
Fonte: Lucena (2006).

Resumidamente, a análise dos dados das pesquisas mostrou que: (i) houve maior incidência da doença sobre a faixa etária entre os 40 a 69 anos; (ii) houve um percentual muito alto de mulheres (77,3%) que não revelou histórico familiar para câncer de mama e ainda que (iii) 70% (na pesquisa de mestrado) e 56,5% (na pesquisa de doutorado) das mulheres pesquisadas afirmaram que os nódulos foram detectados por elas mesmas, por meio do autoexame.

Dados como esses têm levado o campo da medicina a abordar o câncer de mama num contexto que não está diretamente ligado a fatores familiares, pois soma-se a isso o comportamento social moderno em que as mulheres estão inseridas, como a prática da reposição hormonal, o tipo de alimentação e a redução da amamentação. Também não podemos deixar de considerar, no conjunto dos fatores, de ser uma doença reflexa das pressões por que têm passado as mulheres, principalmente nessas faixas etárias, sobre as quais vem se acirrando o peso das responsabilidades nas relações pessoal, familiar e profissional.

Com isso, elas têm se cobrado, cada vez mais, alta capacidade de desempenho, como afirma Han (2015, p. 14), cuja palavra de ordem tem sido: "*Yes, we can*", o que acaba fazendo com que deixem de cuidar de si mesmas, no afã de atuarem bem em todos os contextos de

suas vidas. Essa realidade pode ilustrar bem a preconizada “sociedade do desempenho”, defendida por Han (2015) e a “sociedade do medo”, defendida por Bauman (2008), bem como o impacto nefasto delas na qualidade de vida e na integridade física das pessoas. Destacamos, ainda, o fato de que o autoconhecimento e o autocuidado podem amenizar esse impacto negativo resultado da vida contemporânea, já que em ambas as pesquisas de Lucena (2001-2006) há alta mostragem de que os nódulos foram percebidos pelas próprias pacientes, embora em seus estudos o autoexame não tenha sido o mote.

Essas reflexões nos levam a reiterar a necessidade de uma política eficaz de orientação sobre a importância do autocuidado às mulheres. Em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, a política do autoexame, por exemplo, pode ser uma grande aliada para reduzir a morbidade, pois, se as mulheres descobrirem o câncer na fase inicial, não passarão por um tratamento mais agressivo e, de forma indireta, isso pode ajudar também na redução da mortalidade.

Na primeira pesquisa, na dissertação, 70% das pacientes e, na tese, 56,5% das mulheres detectaram o câncer pelo toque das mamas, na fase inicial. Ainda que seja pequena mostragem, esses resultados são significativos para a defesa da valorização da prática do autoexame, considerando o quadro dos altos níveis de morbidade e de mortalidade que ocorrem no mundo. A informação científica é grande aliada para a promoção das intervenções necessárias, portanto todas as reflexões e os dados apresentados nesse capítulo contribuíram para as análises, para melhor compreensão das subjetividades das mulheres nos relatos analisados, considerando o contexto de vida delas e a realidade político-social em que se encontram inseridas.

3 A ANÁLISE DO DISCURSO NOS ESTUDOS DA LINGUAGEM

Neste capítulo, apresentamos as teorias fundadoras dos estudos iniciais da Análise do Discurso (AD) que se destacaram na França, nas décadas de 1950-1960, e de outras contemporâneas construídas ou ressignificadas a partir dos conceitos fundadores, segundo a visão de teóricos da França e da América Latina.

3.1 A Análise do Discurso nos Estudos da Linguagem

Para pensarmos o discurso e seu papel como objeto de investigação científica em Análise do Discurso, primeiramente é importante nos atermos a dois aspectos relacionados a seu caráter constitutivo, que é o fato de sua ocorrência ser exterior à língua, visto que se concretiza no social, mas de ser materializado por meio da língua/linguagem.

Desse modo, o papel do analista do discurso é buscar o sentido das palavras não circunscrito ao dicionário; mas, sim, o que comumente denominamos de efeito de sentido em AD, que é seu uso entre os sujeitos envolvidos na interlocução. Esse efeito de sentido envolve, portanto, não só a forma como o discurso é expresso — imagético ou linguisticamente —, mas também as ideologias, os valores sócio-históricos dos quais esse discurso se reveste.

Na perspectiva de Fernandes (2008), a AD utiliza-se de vários conceitos, mas há alguns bem elementares, quais sejam: *o efeito de sentido*, já mencionado, *a enunciação*, *a ideologia*, *as condições de produção* e *o sujeito discursivo*. De forma genérica, o autor caracteriza cada um desses conceitos. Assim, podemos dizer que o efeito de sentido é construído a partir de sujeitos em situação de enunciação. A enunciação, que não se restringe ao ato de falar, permite-nos perceber os posicionamentos ideológicos dos sujeitos. A ideologia pode ser definida como uma concepção de mundo que o sujeito possui, construída a partir de sua vivência e de valores e conceitos que vigoram em sua comunidade. As condições de produção envolvem aspectos histórico, social e ideológico que norteiam a produção do discurso. Por fim, o sujeito discursivo é uma denominação que serve para mostrar que o enunciador traz intrínseco em seu dizer outras vozes sociais, tendo em vista que os discursos são constitutivamente heterogêneos.

É difícil traçarmos um perfil preciso da sistematização da AD com o estatuto de ciência, todavia podemos apontar algumas teorias que se destacaram inicialmente nos anos de 1950 nos Estados Unidos e na Europa, e outras que ampliam o espaço de pesquisa para nível

mundial nos anos de 1980. Nosso propósito nessa abordagem é fazer um percurso histórico da AD, atendo-nos a alguns conceitos que consideramos importantes em nossa pesquisa.

A década de 1950 pode ser considerada um marco importante para a AD na condição de disciplina, segundo Brandão (2004). Nos Estados Unidos, a autora aponta o trabalho pioneiro do linguista distribucionalista Zellig S. Harris com a teoria da análise transfrástica, cuja proposição era analisar as relações sintático-semânticas ocorrentes entre enunciados ou sequências de enunciados.

Não podemos negar a importância das teorias de Harris para o campo da linguística, por tomar como objeto de investigação não mais a palavra ou a frase isoladamente. Todavia, por se manter em um nível bastante estruturalista da língua, suas teorias não conseguiram avançar efetivamente no campo da análise do discurso, tal como a concebemos, pois, nesta, a língua é vista juntamente com seu papel social.

Além disso, como afirma Maingueneau (2015, p. 15), o termo análise do discurso, usado no artigo de Harris, intitulado *Discourse Analysis*, de 1952, "(...) designava uma unidade linguística constituída de frases; de um texto, portanto. Como Harris trabalhava numa perspectiva estruturalista, empregava o termo 'análise' em seu sentido etimológico, o de uma decomposição". Assim, podemos perceber que seu trabalho se aproxima mais da Linguística Textual da primeira fase, que adotava uma concepção de texto mais como produto e não como processo.

Na Europa, Brandão (2004) destaca o trabalho de Émile Benveniste como representante de uma linha de pensamento que não mais se centra na estrutura do texto como objeto de análise. Benveniste (2006, p. 83) procura esboçar, "(...) no interior da língua, os caracteres formais da enunciação a partir da manifestação individual que ela atualiza". Em sua teoria sobre a enunciação, o teórico procurou considerar o próprio ato, as situações em que ele se realiza e os instrumentos de sua realização.

Assim, Brandão (2004, p. 14) considera que, ao levantar "(...) a questão da relação que se estabelece entre o locutor, seu enunciado e o mundo", a teoria de Benveniste traz um aspecto relevante para a AD, que é enfoque à posição sócio-histórica dos enunciadores. A autora também mostra como Benveniste, apesar de considerar a subjetividade e a intersubjetividade no estudo da língua, não tinha como objetivo analisar sua dimensão socioideológica.

Maingueneau (2015) acredita que, em 1969, a França tenha sido um dos lugares que mais favorecera o desenvolvimento da AD, porque foi lá que se estabeleceram um campo teórico e uma metodologia específica; permitindo, assim, a definição clara do papel da AD. O

autor cita alguns fatos que ocorreram naquela época, os quais elucidam sua visão. Um deles foi que a renomada revista de linguística *Languages* — sob a responsabilidade do linguista Jean Dubois — dedicou "(...) um número especial (o número 13) a um campo novo, (...) 'a análise do discurso'" (Maingueneau, 2015, p. 18). Outro foi a publicação de duas obras fundadoras das teorias da AD, que são *Análise automática do discurso,* de Michel Pêcheux, e a *Arqueologia do Saber*, de Michel Foucault, sendo que esta coloca em evidência a noção de discurso.

É bem pertinente a afirmação de Maingueneau (2015) sobre terem ocorrido simultaneamente diferentes concepções sobre a AD, mesmo no espaço restrito da França, visto que Dubois, Pêcheux e Foucault, os três teóricos de maior evidência naquele momento, estabeleceram posicionamentos bem diferenciados sobre língua, discurso e sociedade. Segundo Maingueneau (2015), para Dubois, a AD é vista como uma disciplina em que se estudam textos pertencentes a vários gêneros, com o auxílio de instrumentais do campo da linguística, para se compreenderem as relações entre os textos e as condições sócio-históricas.

Em Pêcheux, a AD esteia-se no marxismo do filósofo Louis Althusser, na psicanálise de Jacques Lacan e na linguística estrutural. Assim, "(...) seu procedimento é o de uma espécie de psicanalista do discurso animado por um projeto marxista, cujo alcance é simultaneamente político e epistemológico" (Maingueneau, 2015, p. 19).

Diferentemente de Dubois e de Pêcheux, que se apoiavam na linguística, Foucault a recusava e "(...) o que ele chamava 'discurso' não tinha relação direta com a língua" (Maingueneau, 2015, p. 19). O autor salienta que a AD francesa Contemporânea tem aliado a essas contribuições iniciais as teorias advindas de campos diversos, como os das correntes pragmáticas, das teorias da enunciação e da linguística textual, para abordar diversificados *corpora.*

Para complementar um pouco essa caracterização do panorama da AD francesa de Maingueneau (2015), abordamos três importantes conceitos das teorias fundadoras, que se tornaram nucleares na AD na França: os de Althusser (1974) sobre *ideologia*, os de Foucault (2008) sobre o *discurso* e seus desdobramentos, *as formações discursivas*, e de Pêcheux (1995-2015) sobre *as formações ideológicas*, como nos propusemos.

O maior desdobramento desses dois conceitos: *ideologia* e *formações discursivas* se deu inicialmente nas teorias de Pêcheux. Consoante Brandão (2004), de Althusser, "(...) a influência mais direta apresenta-se nos trabalhos de Pêcheux sobre os aparelhos ideológicos de Estado, na conceituação do termo 'formação ideológica'. E será da *Arqueologia do saber* que Pêcheux extrairá a expressão 'formação discursiva'" (Brandão, 2004, p. 18).

3.2 Ideologia, segundo Louis Althusser

A visão de Althusser (1974) sobre ideologia está ancorada nas concepções marxistas. Segundo estas concepções, a estrutura de qualquer sociedade seria constituída por dois níveis. Um deles seria a infraestrutura ou base econômica, diretamente ligada às forças produtivas e às relações de produção, e o outro seria a superestrutura, que, por sua vez, comportaria em si mesma outros dois níveis, que seriam o jurídico-político (o direito e o Estado) e a ideologia (as diferentes ideologias, religiosas, moral, jurídica, política etc.).

O Estado, nessa mesma visão marxista, foi explicitamente concebido como aparelho repressivo, que permitia às classes dominantes no século XIX, a burguesa e a dos proprietários de terras, assegurarem sua dominação sobre a classe operária "(...) para a submeter ao processo de extorsão da mais-valia (quer dizer, à exploração capitalista)" (Althusser, 1974, p. 31).

Althusser (1974) acrescenta que o Estado passa a ser denominado pelos clássicos do marxismo de Aparelho de Estado (AE), um termo que abrange o aparelho especializado, cuja existência e necessidade podem ser reconhecidas a partir das exigências da prática jurídica, tais como: a polícia, os tribunais, as prisões, o exército, o chefe do Estado, o governo e a administração.

O Estado e a sua existência no seu aparelho só têm sentido em função do poder de Estado, tendo em vista que toda a luta de classes política gira em torno do Estado, da tomada e da conservação do poder de Estado, por uma certa classe, ou por frações de classes. Isso leva, portanto, o autor "(...) a distinguir o poder de Estado (conservação do poder de Estado ou tomada do poder de Estado), objectivo da luta de classes política por um lado, e o Aparelho de Estado por outro lado" (Althusser, 1974, p. 37). Além disso, passa a conceber em sua teoria o termo Aparelho de Estado (AE) como Aparelho Repressivo de Estado (ARE). Para o autor, o termo "(...) repressivo indica que o Aparelho de Estado em questão «funciona pela violência», — pelo menos no limite (porque a repressão, por exemplo, administrativa, pode revestir formas não físicas)" (Althusser, 1974, p. 43).

Além da distinção entre poder de Estado e Aparelho de Estado, o autor também estabelece diferenças entre o Aparelho de Estado e o que denomina os Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE). Estes se situam manifestamente do lado desse Aparelho de Estado, entretanto exercem diferentes papeis na sociedade.

Sendo assim, AIE não se confundem com o ARE, pois este pertence inteiramente ao domínio público, diferentemente dos AIE, cuja maioria pertence ao domínio privado e

existem sob a forma de instituições distintas e especializadas. Há uma pluralidade delas destacadas pelo autor, como: o AIE religioso, com suas diferentes religiões; o AIE escolar; o AIE familiar, o AIE jurídico; o AIE político; o AIE da informação, envolvendo imprensa, rádio e televisão, por exemplo, e o AIE cultural.

Outra diferença fundamental entre esses aparelhos é que AIE funcionam prevalentemente pela ideologia e o ARE pelas repressões física ou psicológica. O autor também ressalta que, embora haja diversidade dos AIE, "(...) a ideologia pela qual funcionam é sempre unificada apesar das suas contradições e da sua diversidade, *na ideologia dominante*, que é a da 'classe dominante'" (Althusser, 1974, p. 48).

Diante dessas diferenças de atuação entre AIE e ARE quanto à prevalência ou não da ideologia, ou ainda das violências física e psicológica, é necessário conhecermos a concepção de Althusser (1974) sobre o termo ideologia. Contrapondo as posições marxistas sobre ideologia, o autor estabelece três eixos para constituir seu conceito. O primeiro deles funda-se na defesa de que a ideologia tem história, radicalmente diferente da concepção positivista-historicista da *Ideologia Alemã*, que defendia a visão de que a ideologia não teria história. O segundo eixo esteia-se na ideia de que a ideologia é uma representação da relação imaginaria dos indivíduos com as suas condições de existência. Em conexão direta com o segundo eixo, o terceiro eixo consolida a visão de que a ideologia interpela os indivíduos como sujeitos.

Na *Ideologia Alemã*, a defesa de que a ideologia não teria história era vista sob um ponto de vista negativo e se baseava na ideia de que ela seria uma construção imaginária, um puro sonho, vazio e vão. Mas, para Althusser (1974, p. 74), as ideologias não só "*têm uma história própria* (embora esta história seja determinada em última instância pela luta de classes)", mas também "*não ter história*" tem um sentido positivo, e não negativo, como se acreditava na *Ideologia Alemã.* Assim sendo, para abordar a tese central sobre a estrutura e o funcionamento da ideologia, o autor a subdivide em duas teses: a primeira refere-se ao objeto da representação sob a forma imaginária da ideologia; a segunda, à materialidade da ideologia.

Para a primeira tese, relativa à defesa de que a ideologia representa a relação imaginária dos indivíduos com as suas condições reais de existência, o autor defende que "(...) não são as condições de existência reais, o seu mundo real, que «os homens» «se representam» na ideologia, mas é a relação dos homens com estas condições de existência que lhes é representada na ideologia" (Althusser, 1974, p. 81).

Nessa perspectiva, o que se representa na ideologia não é o sistema das relações reais que governam a existência dos indivíduos; mas, sim, a relação imaginária desses indivíduos em relação às condições reais nas quais se inserem. Para a segunda, o autor ancora-se na

proposição de que a ideologia tem uma existência material, porque está presente nas ações cotidianas dos indivíduos. Elas são reguladas por rituais em conformidade com os AIE em que se inscrevem, conforme alude o excerto a seguir.

> Diremos portanto, considerando apenas um sujeito (tal indivíduo), que a existência das ideias da sua crença é material, porque suas ideias são actos materiais inseridos em práticas materiais, reguladas por rituais materiais que são também definidos pelo aparelho ideológico material de que relevam as ideias desse sujeito (Althusser, 1974, p. 88-89).

A partir dessas concepções, Althusser (1974, p. 91) destaca dois posicionamentos: "só existe prática através e sob uma ideologia" e "só existe ideologia através do sujeito e para sujeitos". E, no terceiro eixo — a ideologia interpela os indivíduos como sujeitos —, o autor consolida sua posição inicial sobre a dupla constituição do funcionamento de toda a ideologia, em que um sempre pressupõe a presença do outro. Resumidamente, na perspectiva desse teórico, a ideologia só é possível para sujeitos concretos e efetiva-se por meio dos rituais mais elementares e práticos da vida cotidiana.

3.3 Formações Discursivas, segundo Michel Foucault

Em sua obra *A Arqueologia do Saber*, Foucault (2008) apresenta-nos a concepção de formações discursivas como parte de sua análise crítica do poder e do conhecimento. Para o autor, o discurso não é apenas uma forma de expressão ou de comunicação, mas também uma prática social que molda e governa o modo como pensamos, agimos e nos relacionamos com o mundo.

Segundo essa perspectiva, relacionada ao poder, uma formação discursiva é um conjunto específico de regras, normas e práticas que determinam quais discursos são considerados legítimos, verdadeiros ou válidos, em um determinado contexto sócio-histórico e cultural.

Quanto à produção do conhecimento, as formações discursivas não atuam de forma neutra e objetiva, pois certos discursos são privilegiados em detrimento de outros, certas formas de conhecimento são marginalizadas ou silenciadas, e as dinâmicas de poder e de controle operam em diferentes domínios da sociedade, construídas dentro de formações discursivas específicas que estabelecem o que pode ser conhecido, como deve ser conhecido e quem tem autoridade para produzir conhecimento.

Entretanto, Foucault (2008) ressalta que não as concebe como uma construção estática, elas podem mudar ao longo do tempo, principalmente, se considerarmos que há a possibilidade de resistência e de transformação dentro dessas formações, por meio da criação de contradiscursos e práticas de resistência.

Para conceituar efetivamente o que denomina formações discursivas, Foucault (2008) traça um panorama sobre o conceito de *enunciado*, *acontecimento* e *discurso*, considerando as relações que se estabelecem entre eles. Para o autor, os enunciados estão presentes nos diversos campos do conhecimento, como na economia política, na biologia e na medicina, mas o problema para o teórico é definir até que ponto um enunciado pertence a uma mesma ordem do discurso.

Assim, o eixo direcionador na discussão inicial de Foucault (2008) centra-se no papel dos enunciados presentes na língua/linguagem, os quais permitem a construção de uma formação discursiva. Utilizando-se de algumas perguntas retóricas para refletir sobre o comportamento dos enunciados em uma situação enunciativa, Foucault (2008) propõe quatro hipóteses. A primeira é que "(...) os enunciados, diferentes em sua forma, dispersos no tempo, formam um conjunto quando se referem a um único e mesmo objeto" (Foucault, 2008, p. 36) . O autor também acredita que um enunciado pode se referir a um determinado objeto, dentro de um campo de conhecimento, com diferentes significados, a partir das experiências individual ou social.

Foucault (2008) utiliza como exemplo a doença mental, para mostrar que o conjunto de todos os enunciados que a nomeiam não se relacionam com um único objeto, se considerarmos que o objeto que é colocado como seu correlato pelos médicos dos séculos XVII ou XVIII, por exemplo, "(...) não é idêntico ao objeto que se delineia através das sentenças jurídicas ou das medidas policiais" (Foucault, 2008, p. 36).

O que devemos compreender sobre esses diferentes significados é que cada campo discursivo constitui um determinado objeto dentro de suas perspectivas; promovendo, por sua vez, transformações que os distinguem comparativamente a outro uso desse mesmo objeto em diferentes campos. Desse modo, para Foucault (2008), não seria possível definir um conjunto de enunciados considerando aquilo que ele tem de individual; mas, sim, a partir de seu uso em cada contexto.

A segunda hipótese é construída a partir da observação inicial de que a ciência médica, a partir do século XIX, estava deixando de se ocupar com um conjunto de tradições, e criando um estilo padronizado e constante de enunciar, ancorado num *corpus* de conhecimento e de

vocabulário que garantiam a mesma visão sobre um dado objeto e se organizava como uma série de enunciados descritivos.

Todavia, Foucault (2008) abandona essa hipótese inicial e reconhece a pertinência, em um discurso clínico, da conjunção das condutas adotadas antes e depois do século XIX, as quais envolvem não só hipóteses relativas à vida e à morte; decisões sobre as condutas médicas, aplicação das regulamentações institucionais, os modelos de ensino, mas também um conjunto de descrições. Consequentemente, o autor reconhece "(...) que este não podia, de forma alguma, ser abstraído daqueles, e que a enunciação descritiva não passava de uma das formulações presentes no discurso médico" (Foucault, 2008, p. 38).

A terceira hipótese está relacionada ao caráter dinâmico dos conceitos, que estão sujeitos a alterações de significados, seja por meio de ressignificações, seja por meio de rupturas com o conceito anterior. Um exemplo bem elucidativo, amplamente discutido pelo autor, são os conceitos que envolvem a língua/linguagem sobre os fatos gramaticais vistos sob a perspectiva da gramática de Port-Royal[14], que sofreram mudanças significativas comparativamente aos estudos realizados pelas gramáticas mais contemporâneas. Sendo assim, não podemos esperar que os conceitos apresentem um caráter geral e estável, visto que tal expectativa contraria a própria dinâmica das constantes mudanças por que passa não só a língua/linguagem, mas todo o universo.

A quarta hipótese versa sobre a não identidade e a não persistência dos temas. Em campos da ciência, por exemplo, que apresentam aproximação quanto à abordagem de certos assuntos, o mesmo tema pode ser abordado sob perspectivas conceitual ou prática muito diferentes. Diante disso, Foucault propõe que não procuremos na existência desses temas "(...) os princípios de individualização de um discurso" (Foucault, 2008, p. 41).

O autor acrescenta que "(...) é mais indicado buscá-los na dispersão dos pontos de escolha que ele deixa livres", porque são essas diferenças que permitem um amplo campo de possibilidades estratégicas de abordagens: "reanimar temas já existentes, suscitar estratégias opostas, dar lugar a interesses inconciliáveis, permitir, com um jogo de conceitos determinados, desempenhar papéis diferentes" (Foucault, 2008, p. 41).

---

[14] A Gramática de Port-Royal (*Grammaire générale et raisonée*), publicada em 1660, foi escrita por Antoine Arnauld e Claude Lancelot. Trata-se de uma gramática geral, que expõe os fundamentos da arte de falar, sob a perspectiva da filosofia da linguagem. Sua proposição maior é a de que a gramática é um conjunto de processos mentais, acionado pelo falante de uma língua. Assim, defendem a gramática como um sistema linguístico de caráter universal. Para Arnauld e Lancelot (1992), a gramática deveria ser vista como a arte de falar, porque a fala é a expressão natural do pensamento por meio de signos que os homens inventaram para essa finalidade.

Para o autor, o princípio organizador das formações discursivas não se ancora na ideologia; mas, sim, nas regularidades, pois elas constituem o nexo direcionador até mesmo para se analisarem as dispersões de saberes presentes nas formações. Desse modo, em ambas as situações, tanto naquela em que houver, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão quanto naquela em que, entre os objetos em análise, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, houver uma regularidade, Foucault afirma "(...) que se trata de uma formação discursiva" (Foucault, 2008, p. 43).

3.4 Ideologia/Formações Ideológicas, segundo Michel Pêcheux

Para abordarmos os conceitos de discurso e de ideologia, tomamos como referência a obra *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*, em que Pêcheux (1995) estabelece as relações entre língua *versus* discurso, ideologia, interdiscurso e formação discursiva. No estabelecimento de seus conceitos sobre língua e discurso, Pêcheux (1995) afirma que o sistema da língua é o mesmo tanto para as pessoas que dispõem de um conhecimento dado quanto para aquelas que não dispõem desse conhecimento, mas os discursos serão sempre diferentes. Assim, o papel da língua é ser a base comum de diferentes processos discursivos.

Todo sistema linguístico é dotado de uma autonomia relativa que o submete a leis internas, que constituem o objeto da Linguística, e, para Pêcheux (1995, p. 91), sob a base dessas leis internas "(...) se desenvolvem os processos discursivos, e não enquanto expressão de um puro pensamento, de uma pura atividade cognitiva, etc., que utilizaria 'acidentalmente' os sistemas linguísticos", mas como relações ideológicas de poder das classes dominantes.

Nesse sentido, a discursividade não pode ser compreendida como a fala, pois esta seria uma maneira individual e concreta de uso da língua, contrariamente ao processo discursivo, que "(...) visa explicitamente a recolocar em seu lugar (idealista) a noção de fala (parole) juntamente com o antropologismo psicologista que ela veicula" (Pêcheux, 1995, p. 91). Esse autor toma como referência a posição de Balibar (1966), ao afirmar que o fato de

> (...) a língua ser 'indiferente' à divisão de classes e a sua luta, não quer dizer que as classes sejam 'indiferentes' à língua. Ao contrário, elas a utilizam, de modo determinado, no campo de seu antagonismo, especialmente de sua luta política (Balibar, 1966, p. 21-22, *apud* Pêcheux, 1995, p. 92).

Pêcheux (1995) explicita que a indiferença da língua em relação à luta de classes caracteriza a autonomia relativa do sistema linguístico e, ao contrário, o fato de que as classes não sejam indiferentes à língua é porque "(...) todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes" (Pêcheux, 1995, p. 92).

Para conceituar ideologia, Pêcheux (1995) retoma o conceito de Aparelho Ideológico de Estado (AIE) sob a perspectiva de Althusser (1974), já explicitado neste capítulo, para destacar que as ideologias não são feitas de ideias, mas de práticas. Assim, o autor chama à atenção para alguns aspectos relevantes em relação à ideologia, quais sejam: ela não se manifesta de forma igual e homogênea à sociedade; é impossível atribuir a cada classe social sua ideologia; os AIE não reportam a expressão da ideologia da classe dominante, porque eles se constituem como o lugar e o meio de sua realização, é por meio deles, inclusive, que a ideologia da classe dominante impera.

O autor ressalta, no entanto, que os AIE "(...) não são, apesar disso, puros instrumentos da classe dominante, máquinas ideológicas que reproduzem pura e simplesmente as relações de produção existentes", visto que "(...) constituem, simultânea e contraditoriamente, o lugar e as condições ideológicas da transformação das relações de produção (isto é, da revolução, no sentido marxista-leninista)" (Pêcheux, 1995, p. 145).

Desse modo, podemos depreender que esse significado de ideologia não é concebido como um conjunto de ideias ou crenças individuais, mas um sistema de significação que permeia as estruturas sociais e molda a forma como as pessoas pensam e se relacionam com o mundo. Para esse teórico, a ideologia é uma forma de dominação simbólica que opera de maneiras invisível e sutil, influenciando os pensamentos e as ações dos sujeitos.

Essa dominação simbólica pode ser percebida, na linguagem, segundo Pêcheux (1995), na medida em que esta não é apenas um meio de comunicação neutro, mas um campo de luta política, por intermédio da qual diferentes posições ideológicas disputam o poder de impor seus significados e visões de mundo, permitindo, assim, a reprodução e a perpetuação das relações de dominação social.

Outra contribuição de Pêcheux (1995) são as noções de formação discursiva e de interdiscurso. O autor ressignificou a noção de formação discursiva de Foucault, inserindo-a em uma problemática da ideologia. A formação corresponde a um domínio de saber constituído de enunciados discursivos que representam um modo de se relacionar com a ideologia vigente, estabelecendo o que pode e o que deve ser dito.

Segundo Indursky (2005, p. 4), a formação discursiva para Pêcheux é concebida de forma entrelaçada com a noção de ideologia, portanto, para a autora,

> (...) é lícito afirmar, que, no quadro teórico da Análise do Discurso, ao contrário do que do que ocorre na Arqueologia de Foucault, não só é licito falar em ideologia, como é ela, juntamente com o sujeito, que é tomada como princípio organizador da formação discursiva (Indursky, 2005, p. 4).

Ainda de acordo com Pêcheux (1995), o discurso não é apenas uma sequência de palavras isoladas, mas um fenômeno social e também histórico, que é moldado pelas práticas discursivas anteriores. O caráter material do sentido depende do que ele denomina de *o todo complexo das formações ideológicas.* O significado de uma palavra, de uma expressão ou proposição não existe em si mesma; mas, sim, é determinado pelas posições ideológicas do contexto sócio-histórico em que se encontram, para atender aos objetivos daqueles que o empregam.

Assim, Pêcheux (1995, p. 160) denomina formação discursiva "(...) aquilo que numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada numa conjuntura dada, determinada pelo estado da luta de classes, determina o que pode e deve ser dito", manifestado por meio de gêneros discursivos diversos.

A formação discursiva dada como o lugar da constituição do sentido, resulta para Pêcheux (1995) em outra proposição consequente dessa concepção de formação discursiva, que é a ideia de que todo discurso é atravessado por outros discursos, pré-existentes de outras formações discursivas, que podem deixar marcas e determinar certos limites na interpretação e produção de sentido. A esse fenômeno denominou *interdiscurso,* conforme expõe no excerto a seguir.

> (...) o funcionamento da Ideologia em geral como interpelação dos indivíduos em sujeitos (e, especificamente, em sujeitos de seu discurso) se realiza através do complexo formações ideológicas (e, especificamente, através do interdiscurso intrincado nesse complexo) e fornece 'a cada sujeito' sua 'realidade', enquanto sistema de evidências e de significações percebidas — aceitas —experimentadas (Pêcheux, 1995, p. 162).

Sem a pretensão de aprofundar, apontamos também a relação que Pêcheux (1995, p. 215) estabelece entre os interdiscursos e a constituição da forma-sujeito. Contrapondo-se ao sujeito que é dado como "assujeitado" a um sistema de significação que permeia as estruturas sociais, ele aponta a existência de dois outros tipos de sujeito: um sujeito de *contraidentificação* e outro de *desidentificação*.

O sujeito "assujeitado" corresponde à superposição entre o sujeito da enunciação e o sujeito universal, de modo que a "tomada de posição" do sujeito realiza seu assujeitamento sob a forma do "livremente consentido", ou seja, "(...) o interdiscurso determina a formação

discursiva com a qual o sujeito, em seu discurso, se identifica, sendo que o sujeito sofre cegamente essa determinação, isto é, ele realiza seus efeitos ‘em plena liberdade’" (Pêcheux, 1995, p. 215).

Diferentemente, a forma-sujeito que corresponde ao movimento de *contraidentificação* é o sujeito da enunciação que se coloca contrário ao sujeito universal, com uma tomada de posição de separação, de contestamento “(...) com respeito ao que o ‘sujeito universal’ lhe ‘dá a pensar’: contraidentifica com a formação discursiva que lhe é imposta pelo ‘interdiscurso’ como determinação exterior de sua interioridade subjetiva” (Pêcheux, 1995, p. 215-216).

Na *contraidentificação*, o sujeito se opõe diretamente aos valores e normas de uma formação discursiva específica, adotando uma postura que se define pela negação ou pela resistência às ideologias dominantes. No entanto, ao se opor diretamente, o sujeito ainda permanece preso à lógica dessa formação discursiva, pois sua identidade é construída a partir dessa negação.

Quanto à forma-sujeito de *desidentificação*, a qual integra o efeito das ciências e da prática política do proletariado, segundo Pêcheux (1995, p. 217), pode ser compreendida como uma tomada de posição não subjetiva. Como há a apropriação dos conceitos científicos e estes não possuem "um sentido" apreensível no funcionamento de uma formação discursiva, na condição de conceitos, não há, portanto, nenhuma ‘representação’ que lhes corresponda. A *desidentificação* refere-se à maneira como os sujeitos se afastam de identidades fixas e estáveis em contextos discursivos.

Nesse sentido, a linguagem e o discurso não apenas refletem, mas também constroem identidades, possibilitando que o sujeito se desloque de um papel ou posição social pré-determinada. Trata-se de um processo dinâmico em que o sujeito pode se distanciar de determinadas definições e significados que lhe são atribuídos. Essa forma de *desidentificação* permite que os indivíduos se apresentem de maneiras diferentes conforme o contexto, revelando a multiplicidade e a instabilidade das identidades, visto que a construção do sujeito está ligada às condições sócio-históricas em que o discurso se insere.

Assim, a *desidentificação* não é apenas uma estratégia individual, mas também um fenômeno coletivo, que reflete e desafia as normas sociais estabelecidas. Nesse processo, o sujeito escapa dos limites impostos pela formação discursiva e suas determinações ideológicas, criando possibilidades para a emergência de novos sentidos que rompem com a ordem discursiva preestabelecida.

Em suma, podemos constatar que os três autores têm em comum o estudo do sujeito em relação a seu comportamento diante de um poder instituído no âmbito tanto político como social. Althusser (1974) ressalta a grande influência que os AIE exercem sobre o sujeito. Foucault (2008), por sua vez, concebe também que o sujeito é um produto das relações de poder, dos discursos sociais e das práticas tanto disciplinares quanto institucionais, é moldado, controlado e formado por essas forças, mas também possui a capacidade de se engajar em práticas de autotransformação.

Pêcheux (1995) concebe inicialmente o sujeito como um ser *assujeitado* a essas forças de poder, mas também reconhece a possibilidade de outros dois tipos de sujeito, um que pode contraidentificar-se e outro que pode *desidentificar-se* com as relações de poder. Os estudos de Foucault e de Pêcheux causaram forte impacto em sua geração e continuam bastante evidenciados nos trabalhos acadêmicos de analistas do discurso na Europa e na América Latina. Nossa perspectiva inicial da retomada sucinta desses conceitos da primeira geração foi contribuir para a compreensão das proposições da AD da segunda geração, a qual apresenta tanto ressignificações quanto rupturas em relação às teorias predecessoras, como ocorre na Teoria Semiolinguística, de Patrick Charaudeau, que estamos aplicando em nossas análises.

Todavia, constatamos que elas ofereceram um suporte teórico significativo para a análise dos dois grupos de narrativas que compõem esta pesquisa: os relatos autobiográficos de mulheres escritoras e os depoimentos das Assistidas pela ASPRECAM. Ainda que essas narrativas se inscrevam em contratos comunicacionais distintos — no primeiro grupo, organizados segundo as convenções do gênero autobiográfico; no segundo, mediados pela interação da entrevista —, ambas são atravessadas por formações discursivas marcadas por ideologias socialmente situadas.

Nos relatos do Grupo 1, observa-se a mobilização de discursos legitimados por posições de autoridade simbólica, como o discurso médico, religioso, espiritual ou ativista, os quais permitem às autoras projetarem-se como sujeitos capazes de elaborar e partilhar suas experiências. Nas entrevistas do Grupo 2, as falas emergem em contextos de maior vulnerabilidade social, revelando efeitos de assujeitamento, mas também de resistência simbólica e de ressignificação do vivido. Em ambos os casos, os discursos analisados evidenciam a ação dos Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE), como a família, a religião, a escola, a mídia e o próprio sistema de saúde, que interpelam os sujeitos e produzem efeitos de sentido sobre o adoecimento, o corpo, o feminino e a dor.

Os relatos nas entrevistas revelam, com nitidez, a tensão entre os discursos hegemônicos e as experiências das mulheres, especialmente quando as pacientes se veem

compelidas a justificar, resistir ou reinterpretar condutas médicas, normas religiosas ou expectativas sociais. Diferentemente, nos relatos autobiográficos, há maior elaboração dos discursos, marcada por processos de *contraidentificação* ou mesmo de *desidentificação*, conforme formulado por Pêcheux.

As autoras, por meio da escrita, reposicionam-se discursivamente diante de formações ideológicas que antes lhes eram impostas, reconstruindo-se como sujeitos ativos e enunciadores de seus próprios percursos. Assim, tanto os relatos das Assistidas quanto os das escritoras permitem observar o funcionamento das formações discursivas na constituição das subjetividades e na disputa pelos sentidos que perpassam a experiência do câncer de mama.

Com isso, reafirmamos que a perspectiva teórica adotada neste capítulo não apenas ilumina as condições de produção dos discursos analisados, como também fundamenta a leitura das regularidades e dos deslocamentos que emergem nas enunciações das mulheres ouvidas e lidas.

A década de 1980 marca uma nova trajetória para a AD, que tem ganhado mais visibilidade e legitimidade como um campo de estudo autônomo, principalmente na América Latina, a qual não tem deixado de abordar as teorias da década de 1960, mas vem estabelecendo, de forma cada vez mais autônoma, seus próprios marcos teóricos. Assim, nesse referido período, a AD passou a ser influenciada por diversas correntes teóricas; ampliando, com isso, os tipos de abordagens, mostrando novas posturas tanto críticas quanto políticas em relação ao discurso e ao poder, comparativamente a seus predecessores da década de 1960.

Nessa perspectiva, a AD tem procurado compreender como o discurso produz sentidos e contribui para a construção de identidades, relações de poder e formas de subjetivação. A ênfase recai sobre as condições de produção e a recepção dos discursos, considerando os contextos social, histórico e ideológico em que estão inseridos. Machado (2006, p. 14), por exemplo, expõe sobre os novos rumos da Análise do Discurso no Brasil, em seu artigo intitulado *Algumas Reflexões sobre a Teoria Semiolinguística*, mostrando-nos muitos pontos positivos da teoria Semiolinguística, recém chegada às academias brasileiras, comparativamente a outras teorias que estavam em evidência à época. Um aspecto ressaltado é o fato de a Teoria Semiolinguística (TS) apresentar um novo olhar sobre a constituição do sujeito no discurso, que redirecionaria os estudos da língua/linguagem, conforme explicita Machado no trecho a seguir.

> Nossas leituras sobre a TS, no dia de hoje, nos levam a crer que Patrick Charaudeau elaborou, de modo consciente ou não, uma junção de conceitos vindos de Benveniste com outros vindos de Bakhtin, chegando então a conceber um dos pontos inovadores da citada teoria: a volta do 'sujeito', conceito que havia sido completamente 'pulverizado' por Barthes, nos anos 60 e depois, de certa forma, por Pêcheux e seus seguidores. Estamos nos referindo aqui, é claro, não ao 'sujeito-assujeitado' de quem fala Foucault, mas, ao sujeito histórico, com suas idiossincrasias e crenças e também com o seu 'estilo' (Machado, 2006, p. 14).

Além disso, a AD procurou redefinir o papel do analista do discurso diante de inúmeras escolhas teóricas e analisar as formas de funcionamento da linguagem, investigando os mecanismos linguísticos que produzem efeitos de sentido específicos, como a heterogeneidade, a ambiguidade, a ironia, os atos de fala, a modalização. Contemporaneamente, com o avanço das tecnologias da informação e a disseminação das mídias sociais, a AD também vem ampliando seus campos de abordagem, procurando investigar os discursos presentes na internet e nas interações digitais.

Arnoux (2006), ao se referir à prática que adotam como analistas do discurso na Universidade de Buenos Aires (UBA), instituição em que trabalha, ressalta o papel da interface entre o discurso e as diversas disciplinas. A autora expõe que os analistas concebem a Análise do Discurso como uma prática interpretativa que lida com todos os discursos e que, dependendo dos problemas que aborda, recorre a uma ou outra disciplina linguística e não linguística, como o Direito, a Psicanálise, as Ciências da Saúde, a Educação, a História, os Media, a Política e outras." A autora ressalta que

> (...) a interdisciplinaridade, considerada em sentido amplo como contato necessário e produtivo entre disciplinas, surge nas reflexões contemporâneas ou como derivado da articulação do discursivo com o social, ou como vínculo, realizado ou possível, entre diferentes disciplinas linguísticas — tanto as que convocam o trabalho exploratório do analista como as que constroem diferentes objetos de conhecimento a partir dos mesmos materiais —, ou como utilização de procedimentos de análise do discurso por parte de outras ciências (Arnoux, 2006, p. 18; tradução nossa)[15].

Quanto às abordagens temáticas, Arnoux (2021) destaca temas que têm se evidenciado nas pesquisas em AD na América Latina. A autora expõe que alguns deles se apresentam como respostas a preocupações de âmbito mais globais, como as questões étnicas; as

[15] "(...) lo interdisciplinario, considerado en sentido amplio como necesario y productivo contacto entre disciplinas, se plantea en las reflexiones contemporáneas o como derivado de la articulación de lo discursivo con lo social, o como vínculo, realizado o posible, entre distintas disciplinas lingüísticas — tanto las que convoca el trabajo exploratorio del analista como las que construyen a partir de los mismos materiales distintos objetos de conocimiento —, o como utilización por parte de otras ciencias de procedimientos del análisis del discurso".

discriminações de gênero; a violência sofrida por setores minoritários; as notícias falsas, largamente difundidas por meio das mídias sociais; discursos em torno da linguagem inclusiva, também conhecida como linguagem gendrada, e das questões ambientais.

Outros temas, segundo Arnoux (2021), apresentam suas particularidades, como os que denunciam a pobreza que afeta as comunidades menos favorecidas, devido a grandes desigualdades sociais, ou expõem as memórias discursivas das vítimas que sofreram variados tipos de violência, e também discursos que mostram hibridações da miscigenação ou da interculturalidade.

Diante da diversidade das correntes teóricas na AD contemporânea, escolhemos para nortear nossas análises as concepções de *ethos* de Dominique Maingueneau, as quais defendem a existência do *ethos* discursivo, que remonta a Aristóteles, e a do *ethos* prévio, que remonta aos romanos Quintiliano e Cícero, como veremos neste capítulo, mais à frente. Também as da Teoria Semiolinguística de Patrick Charaudeau sobre os modos de organização do discurso, *ethos*, ideologia, sujeito — que se desprende dos conceitos da primeira geração —, e sobre imaginários sociais e sociodiscursivos. Esta última denominação: imaginário sociodiscursivo, criada pelo autor, também propõe nova forma de pensarmos como os imaginários sociais agem sob a roupagem da língua/linguagem.

A abordagem inicial de Charaudeau sobre a AD, exposta em seu artigo: *Para uma Nova Análise do Discurso*, publicado em 1996, no Brasil, tornou-se bastante difundida, devido ao trabalho exitoso de aplicabilidade de suas teorias por pesquisadores de variadas partes do país em variados tipos de *corpus*. Acreditamos que o sucesso de sua metodologia de análise do discurso se deva principalmente a essa amplitude de campo de aplicabilidade, "(...) em que se tenta ligar os fatos da linguagem entre si, segundo sua dimensão linguística, psicológica e sociológica, sem por isso deixar de ser estritamente linguística" (Charaudeau, 1996, p. 16).

Interessa-nos também a sua concepção de sujeito como um construtor de significados em interação com o contexto social, com direito à fala, pois é por meio do discurso que os sujeitos constroem e negociam significados, expressam suas identidades e exercem poder. Para o autor, o discurso não é apenas uma ferramenta de comunicação, mas também uma maneira de posicionar-se no mundo e influenciar os outros.

Charaudeau (1996, p. 16) propõe um modelo sociocomunicativo de análise "(...) que seja suscetível de descrever os componentes do mecanismo linguageiro (não como regra ou máximas, mas como princípios gerais que fundamentam o direito à fala)". Essa visão teórica está exposta de forma mais ampliada no item a seguir.

3.5 A Teoria Semiolinguística: novas perspectivas na Análise do Discurso

Para definirmos Semiolinguística, podemos tomar como referência as duas partes que compõem a palavra. Primeiramente, o significado do prefixo-radical *semi*o, que se origina da palavra *semiosis*, para defender a ideia de que a construção do sentido e sua estruturação se realizam por meio de uma relação forma-sentido, aplicável a diferentes sistemas semiológicos, "(...) sob a responsabilidade de um sujeito, com um projeto de influência social, numa determinada ação" (Charaudeau, 2005, p. 11). E o termo linguística, que nomina uma língua natural, a qual permite o procedimento de semiotização do mundo de forma diferente de outras línguas. A Semiolinguística apresenta um arcabouço teórico bastante representativo para os estudos da AD, entretanto expomos somente os conceitos que estão sendo aplicados nesta pesquisa. Interessa-nos a maneira como o autor concebe o signo e as diferenças entre o sentido de língua e o de discurso, o ato de linguagem; as relações entre o uso da língua/linguagem e os sujeitos nas instâncias situacional e discursiva; as relações contratuais e as estratégias discursivas, os modos enunciativo, descritivo e narrativo de organização do discurso; ideologia; imaginários social e sociodiscursivo.

Esclarecemos que não abordamos o modo argumentativo sob perspectiva teórica, entretanto ele é mencionado como um componente que está interligado ao modo enunciativo nos discursos de persuasão.

3.5.1 O signo e os diferentes sentidos entre língua e discurso

Sob a perspectiva da Semiolinguística, a finalidade do ato de linguagem tanto para o sujeito enunciador quanto para o interpretante envolve a configuração verbal e as relações que os sujeitos estabelecem entre o verbal e seu sentido implícito. Diante desse posicionamento, devemos considerar que todo ato de linguagem pressupõe uma dupla dimensão: o explícito e o implícito. Segundo Charaudeau (2009), o explícito relaciona-se à atividade estrutural da linguagem, a simbolização referencial. No processo de simbolização referencial, as estruturas frasais podem apresentar sentido, mesmo que estejam fora de contexto. Elas permitem o estabelecimento de relações de oposição (paradigmas), ou de combinação (sintagmas) originadas a partir da realidade vivenciada pelos interlocutores.

Diferentemente, o implícito leva em consideração as circunstâncias de produção, a intencionalidade do sujeito falante. Trata-se de uma atividade serial da linguagem, portanto as frases não produzem sentido isoladamente. A construção de sentido só é possível na

totalidade discursiva. A esse fenômeno, Charaudeau (2009) denomina de significação. O autor faz a distinção entre o sentido de palavra, que pode ser obtido nos dicionários, sem sua inserção em um contexto e a significação de um texto ou conversa que exige um contexto, pois se trata de um fato do discurso. Por esse motivo, Charaudeau (2009, p. 96) questiona a existência "(...) de uma definição primeira fora do contexto dos signos de linguagem". Isso não seria possível visto que é o ato de linguagem, em sua totalidade, que constrói o signo em cada situação comunicativa. O sentido implícito sobredetermina o sentido explícito na construção da significação de uma totalidade discursiva.

O fenômeno linguageiro apresenta um duplo movimento, o exocêntrico e o endocêntrico. Para Charaudeau (2009, p. 27), o implícito é exocêntrico, "(...) movido por uma força centrífuga que obriga todo ato de linguagem (e, portanto, todo signo) a se significar em uma intertextualidade", ultrapassando, assim, o contexto explícito. O explicito é endocêntrico, "(...) movido por uma força centrípeta que obriga o ato de linguagem (e, logo, os signos que o compõem) a ter significado, ao mesmo tempo, em um ato de designação da referência (no qual o signo se esgota em função de troca) e em um ato de simbolização" (Charaudeau, 2009, p. 27). Neste ato, a atividade serial permite que o signo passe a se configurar dentro de uma rede de relações com outros signos.

3.5.2 Ato de linguagem

O ato de linguagem é visto como o produto de um contexto no qual se inserem um locutor e um interlocutor que têm condições de atribuir à expressão linguística diferentes formas de interpretação. Esses sujeitos do discurso são responsáveis pela produção de sentido e de significado durante o ato de linguagem. Na produção de sentidos, são levadas em consideração as características psicológica, social e linguística dos sujeitos.

Na Semiolinguística, o ato de linguagem é um fenômeno que combina o *dizer* e o *fazer*. O *fazer* é o local da instância situacional e o *dizer* é o da instância discursiva. O ato de linguagem pode ser considerado como a interação entre os sujeitos, mesmo que não seja um ato totalmente consciente. Para Charaudeau (2009, p. 44), todo ato de linguagem, "(...) como evento de produção ou de interpretação, depende 'dos saberes supostos que circulam entre os protagonistas da linguagem'". É constituído de um Explícito (que é manifestado) e de um Implícito (lugar de sentidos diversos, cuja interpretação depende das circunstâncias de comunicação). Assim, há o encontro de dois processos que envolvem quatro protagonistas,

ligados por um duplo circuito (interno e externo), em que os sujeitos se encontram por si mesmos sobredeterminados pelas circunstâncias de fala que os ultrapassam.

Essa forma de conceber o ato de linguagem nos possibilita substituir a Teoria da Comunicação, proposta por Roman Jakobson, que começou a ser aplicada no Brasil na década de 1960 e ainda se faz muito presente tanto nos livros didáticos quanto na prática dos professores nas escolas brasileiras. A teoria das Funções da Linguagem desse linguista também orienta sobre o ato de linguagem, a finalidade com que a língua é utilizada, a sua função na comunicação estabelecida entre o remetente (falante/codificador) e o destinatário (ouvinte/decodificador).

Não podemos negar o mérito dessa visão teórica, que, naquela época, traçou novos rumos para os estudos da comunicação, visto que o ensino e a aprendizagem sobre a língua eram orientados a partir do modelo estruturalista e da gramática normativa. No entanto, ela não atende à visão contemporânea sobre o ato de linguagem, o qual não se deve restringir a uma mensagem que um emissor envia a um receptor, sem considerar o caráter dialógico nesse processo de produção e de interpretação, como propõe a Semiolinguística. Por isso, nesta teoria substituem-se os termos emissor e receptor, respectivamente, por locutor e interlocutor, para deixar clara a ideia de que se trata de "um ato *interenunciativo* entre quatro sujeitos" (Charaudeau, 2009, p. 45).

Em nível situacional, o ato pressupõe três situações. A primeira envolve o *Ato comunicacional*: "o quadro físico da situação interacional", por meio do qual podemos verificar se os parceiros estão presentes, em que local, e o tipo de comunicação que está sendo usada (verbal ou não verbal). A segunda, o *Ato psicossocial*, concebido pelos estatutos reconhecíveis um no outro, como "(...) idade, sexo, categoria socioprofissional, posição hierárquica, relação de parentesco" (Charaudeau, 2001, p. 30). Por último, o *Ato intencional*, que pressupõe o conhecimento supostamente partilhado, "que cada um dos parceiros possui sobre o outro, de forma imaginária" (Charaudeau, 2001, p. 31). O que se verifica nesse ato é o que está sendo colocado em questão e com qual intenção de informação.

3.5.3 Relações contratuais e estratégias discursivas

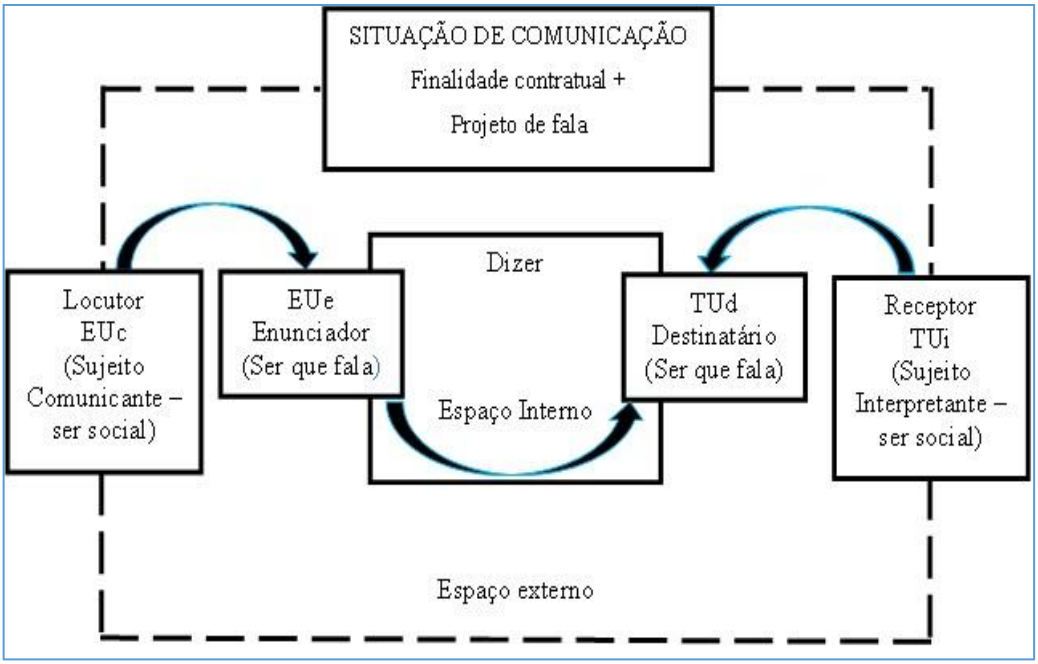
Os sujeitos da fala em nível discursivo assumem diferentes papéis que lhes são atribuídos pelos parceiros do ato de linguagem, os quais são assumidos em função das relações contratuais pressupostas na interação comunicativa dos protagonistas. Os contratos comunicacionais baseiam-se, segundo Charaudeau (2009, p. 56), em uma noção que

pressupõe “(...) indivíduos pertencentes a um mesmo corpo de práticas sociais” e suscetíveis “(...) a um acordo sobre as representações linguareiras dessas práticas” pelos sujeitos. Supõe-se, assim, que o sujeito comunicante possa sempre pensar que “(...) o outro possui uma competência linguareira de reconhecimento análoga à sua” (Charaudeau, 2009, p. 56).

A teoria sobre os sujeitos da linguagem, sob a perspectiva de Charaudeau (2009), é orientada a partir da defesa da existência de dois espaços. O espaço externo, denominado como o circuito do fazer (do projeto de fala), em que se encontram o sujeito EU comunicante (EUc) e o TU interpretante (TUi), e o espaço interno, que é denominado como o circuito do dizer, em que se encontram o sujeito EU enunciador (EUe) e o TU destinatário (TUd).

Sendo assim, Charaudeau (2009) define o contrato de comunicação como “o ritual sociolinguístico do qual depende o “Implícito codificado” e é constituído pelo conjunto das restrições que codificam as práticas sociolinguageiras, lembrando que tais restrições resultam das condições de produção e de interpretação (*Circunstâncias de Discurso*) do ato de linguagem. “O *contrato de comunicação* fornece um estatuto sociolinguageiro aos diferentes sujeitos da linguagem. Assim, as estratégias discursivas (...) devem ser estudadas em função desse Contrato” (Charaudeau, 2009, p. 60). Para melhor compreensão da teoria, utilizaremos, a seguir, a imagem do quadro comunicacional criada pelo próprio autor.

Figura 6 - Representação do dispositivo da encenação da linguagem



Fonte: Charaudeau (2009, p. 77).

O contrato de comunicação, segundo Charaudeau (2009), é regido pelo que denomina de *postulado de intencionalidade,* que se constitui por intermédio de quatro princípios indissociáveis, quais sejam: *o princípio da interação, da pertinência, da influência e da regulação.* O princípio da interação, como alude o próprio nome, define o ato de linguagem como uma situação de interação entre parceiros com compreensão mútua. Cada um deles desempenha sua função de base, um na emissão do discurso e outro na recepção dele. O princípio de pertinência concerne ao reconhecimento dos respectivos papeis entre o sujeito que enuncia (locutor) e o sujeito para quem enuncia (interlocutor).

Assim, esse princípio pressupõe o caráter avaliativo de haver ou não pertinência em uma situação dada. O princípio de influência reporta à capacidade de o sujeito usar estratégias de sedução, de convencimento, em suas enunciações, de modo a atender às expectativas de seu interlocutor. Por fim, o princípio de regulação é o que estabelece a condição para que os parceiros reconheçam seus papéis dentro do contrato de comunicação em que se encontram envolvidos. Esse princípio se relaciona diretamente com a noção de influência, uma vez que toda tentativa de influência pode gerar uma reação contrária. A partir da perspectiva de Charaudeau (2009), trata-se de um mecanismo que integra o saber compartilhado entre os interlocutores sobre o ato de linguagem em que estão envolvidos. Para que o jogo de influências se mantenha regulado, é necessário que os parceiros adotem estratégias que favoreçam, ainda que minimamente, a intercompreensão.

Esse postulado de intencionalidades impõe como condição três tipos de reconhecimento: o do *saber,* que se refere ao conhecimento de mundo necessário à compreensão daquilo que está sendo dito, já que a comunicação se estabelece por meio da interação; o do *poder,* que legitima o que é dito pelo locutor a seu interlocutor, desde que aquele ocupe uma posição ou esteja sob uma situação que possa lhe outorgar o poder de dizer o que está sendo dito. E, por último, o do *saber fazer,* que se refere à competência ou à habilidade do locutor para realizar com pertinência o ato de fala em questão.

3.5.4 Estratégia de discurso “contratos de reconhecimento”

A estratégia de discurso é baseada nas intenções dos sujeitos do ato de comunicação, cujas linguagens pressupõe-se fazer “(...) parte de um conjunto de condutas coerentes internas ao sujeito” (Charaudeau, 2009, p. 56). Assim, essa noção de estratégia, como a define Charaudeau,

> (...) repousa na hipótese de que o sujeito comunicante (EUc) concebe, organiza e encena suas intenções, de forma a produzir determinados efeitos de persuasão ou de sedução — sobre o sujeito interpretante (TUi), para levá-lo a se identificar — de modo consciente ou não — com o sujeito destinatário ideal, (TUd), construído por EUc (Charaudeau, 2009, p. 56).

Nessa perspectiva, podemos constatar que o contrato de comunicação direciona o funcionamento da linguagem, pois o conjunto de sua constituição é que permite o reconhecimento dos parceiros sobre seus papéis e favorece o entendimento das estratégias utilizadas pelo sujeito comunicante na encenação dos protagonistas.

3.5.5 Os modos de organização do discurso

Existem quatro modos de organização do discurso, o *Enunciativo*, o *Narrativo*, o *Descritivo* e o *Argumentativo*. Consoante Charaudeau (2009, p. 68), eles possuem uma função de base e "(...) constituem *os princípios de organização* da matéria linguística, princípios que dependem da finalidade comunicativa do sujeito". As funções de base estão diretamente ligadas à finalidade comunicativa, quais sejam: enunciar, descrever, narrar ou argumentar. Charaudeau (2009) expõe que o princípio de organização é duplo para os modos: descritivo, narrativo e argumentativo, visto que há "(...) *uma organização do 'mundo referencial',* o que resulta em *lógicas de construção* desses mundos (descritiva, narrativa, argumentativa), e *uma organização de sua 'encenação'* (descritiva, narrativa, argumentativa)" (Charaudeau, 2009, p. 74).

O modo enunciativo destaca-se entre os demais por apresentar dois distintos papéis. Um deles é marcar a posição do sujeito em relação a seu interlocutor, a si mesmo e aos outros, na constituição do que Charaudeau (2009) denomina de *aparelho enunciativo.* O outro tem a ver com seu papel de intervir na encenação dos outros modos de organização. Sendo assim, o autor considera que ele comanda os demais.

Nesta pesquisa, aplicamos os modos enunciativo, descritivo e narrativo do discurso e as categorias de análise da língua/linguagem que escolhemos para aplicar aos *corpora* escolhidos. Embora haja um destaque natural a esses modos, devido à constituição dos textos escolhidos, o modo argumentativo faz-se presente, pois sabemos que não há um modo em estado puro, sempre haverá a presença de outros modos, que podem agregar novos arranjos e sentidos.

3.5.5.1 O modo enunciativo

O modo enunciativo organiza as categorias da língua de maneira a orientar a posição que o falante ocupa diante do ato de linguagem. Porém, Charaudeau (2009) ressalta que é muito comum as pessoas não conseguirem identificar com clareza as diferentes funções que desempenham o *modo de organização enunciativo*, a *situação de comunicação* e a *modalização* no ato de linguagem.

Diante disso, é importante explicitarmos as diferenças entre eles. O modo enunciativo centra-se nos seres de fala, que se encontram representados no espaço interno do quadro comunicacional, criado pelo autor. Diferentemente da situação de comunicação, pois esta se centra nos parceiros do ato de linguagem, os seres sociais, que são externos à linguagem. A modalização é uma categoria da língua, realiza-se por meio de procedimentos linguísticos, os quais permitem explicitar o ponto de vista do locutor.

Para os procedimentos linguísticos da construção enunciativa, o autor caracteriza três categorias modais, que utilizamos em nossas análises, denominadas de *atos locutivos*, os quais se dividem em: *alocutivo*, *elocutivo* e *delocutivo*. Conforme Charaudeau (2009), no ato *alocutivo*, o locutor enuncia sua posição em relação ao interlocutor e emprega categorias da língua que mostram as relações de influência que deseja exercer sobre o interlocutor, levá-lo a tomar posição, ou à execução de uma ação.

Soma-se a isso o fato de que o sujeito falante, no momento de sua enunciação, atribui ‘papéis linguageiros’, ora de superioridade, ora de inferioridade, em relação a si e a seu interlocutor. O sujeito falante assume a *posição de superioridade* quando atribui a si “papéis que impõem ao interlocutor a execução de uma ação (‘fazer fazer’) / (‘fazer dizer’)" Essa imposição do locutor sobre o interlocutor estabelece entre eles uma relação de força. Como exemplo, podemos citar as modalidades de injunção e interpelação. E assume a *posição de inferioridade* quando “(...) assume papéis nos quais necessita do ‘saber’ e do ‘poder fazer’ do interlocutor” (Charaudeau, 2009, p. 82). Como exemplo, as modalidades de interrogação e de petição.

Desse modo, há algumas categorias da língua que se evidenciam, como o uso de pronomes pessoais (tu, você, senhor etc.) em frases interrogativas ou imperativas; simulação de diálogo direto entre os sujeitos, interpelação e julgamento. Observar, nesta pesquisa, por exemplo, como as mulheres biografadas reportam seus papéis linguageiros, principalmente nas relações paciente-médicos; paciente-família; paciente-amigos, pôde contribuir para

melhor caracterização de como elas enfrentam o problema, se se sentem numa condição inferiorizada diante dos profissionais da saúde, e como se dão as interferências positivas ou negativas nesses contextos no tratamento delas.

Diferentemente, no ato *elocutivo*, o locutor posiciona seu dito em relação a si mesmo, revela sua posição, sua avaliação e suas emoções. Nesse ato, o interlocutor não é implicado. Há marcas do locutor sob a forma de pronome pessoal: eu, nós, a gente (termo muito usado no Brasil, em lugar de nós). Nesse ato, destaca-se o traço da subjetividade, por isso é justificável sua forte presença nos textos do campo biográfico, pois espera-se que o biografado exponha sua intimidade ao narrar sua vida ou parte dela e também apresente seu ponto de vista sobre o mundo.

As categorias modais mais recorrentes são: constatação, opinião, apreciação, declaração, promessa e algumas dualidades, como: saber *versus* ignorância, aceitação *versus* recusa, concordância *versus* discordância. No ato *delocutivo*, o locutor não assume a responsabilidade do seu dito, ele "(...) *testemunha* a maneira pela qual os discursos do mundo (provenientes de um terceiro) se impõem a ele" (Charaudeau, 2009, p. 83). É como se esses discursos existissem por si só. Há um distanciamento desse sujeito em relação ao seu discurso. Esse ato é marcado pela intenção de impessoalidade. O locutor se posiciona como testemunha de uma realidade que está acima de sua verdade e põe em evidência o efeito de objetividade do texto, uma vez que o dito não pertence àquele que enuncia. É um ponto de vista externo.

É importante observarmos que o modo *delocutivo* se apresenta por meio de asserções ou de discursos relatados. As asserções podem manifestar diversas ideias, como: constatação, evidência, probabilidade, apreciação, obrigação e confirmação. E o discurso relatado pode se apresentar por meio de citações, discursos indiretos e discursos indiretos livres.

A análise dos atos *locutivos* na pesquisa permitiram-nos verificar como as mulheres envolvidas na pesquisa se manifestavam por meio da língua/ linguagem e como elas se relacionavam com as pessoas a sua volta, com seus parceiros na comunicação, consigo mesmas e com os conhecimentos externos que trazem em seus discursos e foram relevantes para a construção dos *ethé* das mulheres biografadas.

3.5.5.2 O modo descritivo

Nas práticas de ensino e de aprendizagem, caracterizar a organização descritiva não é uma tarefa fácil, se a pretensão for ultrapassar os conceitos elementares, os quais tentam distinguir descrição de narração, utilizando como principal critério os verbos que

caracterizariam cada uma das tipologias, quais sejam: descrever e contar. Além disso, a descrição normalmente se apresenta junto com outras tipologias, principalmente com a narração, e isso dificulta aplicarmos algumas categorias da língua na tentativa de identificá-las, como sugerem alguns livros didáticos, pois, na maioria dos casos, elas são aplicáveis às duas tipologias.

Considerando essas dificuldades, Charaudeau (2009) sugere que a melhor estratégia é tomarmos como base três fatores: a situação de comunicação, que determina a finalidade do texto; o modo de organização do discurso, observando as categorias de língua, e o gênero textual envolvido. Além disso, podemos analisar os três componentes do modo de organização dessa tipologia, quanto aos procedimentos discursivos "(...) que são, ao mesmo tempo, autônomos e indissociáveis: nomear, localizar-situar e qualificar" (Charaudeau, 2009, p. 112).

Nomear tem como propósito dar existência a um ser. Mas, dentro desse processo de nominação, devemos nos lembrar de que ocorre também a ressignificação de nomes já instituídos, que podem adquirir recategorizações a partir de novos contextos. Localizar-situar é mostrar o lugar em que o ser ocupa no espaço e no tempo, um procedimento de construção objetiva. Qualificar é atribuir características positivas ou negativas a um ser sob o olhar daquele que avalia, portanto a qualificação pode mobilizar procedimentos objetivos e também subjetivos.

Vários são os procedimentos linguísticos que podemos reconhecer na organização descritiva, no entanto podemos utilizar somente aqueles que favorecem a elucidação do que pretendemos analisar em cada objeto de estudo. Na Semiolinguística, Charaudeau (2009) propõe alguns procedimentos linguísticos para nomear, localizar-situar e qualificar. Vamos citar os que nos interessam nesta pesquisa e antecipar resumidamente o papel que podem exercer dentro da narrativa, sem a intenção de esgotar o assunto, pelo fato de estarem presentes na parte das análises.

Para nomear, a *denominação*, utilizando substantivos comuns ou próprios, confere existência aos seres. Orientamos que o termo "ser" está sendo utilizado aqui no sentido filosófico de tudo aquilo que existe no planeta. Nas narrativas, os substantivos comuns representam uma classe genérica de seres, aos quais são atribuídos um papel. Sabemos que, no campo mítico, como ocorre nas fábulas, como exemplo a fábula clássica da "A cigarra e a

formiga"[16], o uso dos substantivos comuns promove a construção de arquétipos, de personagens que servem de modelos exemplares de vida, por isso não podem ter uma identidade específica.

Em outros tipos de narrativa, como as que estamos analisando, o uso, por exemplo, de termos como: o médico, o psicólog*o*, sem nominá-los, é usado normalmente com a intenção generalizante, em oposição às denominações, em que a pessoa é mencionada pelo nome próprio. Interessa-nos a nominação referentes aos nomes próprios de pessoas, de lugares ou de acontecimentos, para a análise das relações simbólicas que eles instauram nos discursos.

A *atualização (ou concretização)* é também uma forma de nomear por meio do uso de artigos, que podem produzir diversos efeitos de sentido, além da singularidade constitutiva, como de "*familiaridade*, de *evidência* ou de *idealização*". A *dependência,* ao nomear "(...) com o uso dos possessivos, permite produzir, entre outros, efeitos discursivos de apreciação" (Charaudeau, 2009, p. 133).

A *designação,* por sua vez*,* ao nomear por meio do uso "(...) dos *demonstrativos,* permite produzir efeitos discursivos de *tipificação*", é o que afirma Charaudeau (2009, p. 134). E, por último, a *enumeração,* que, "(...) com o uso de *dêiticos*, de *artigos*, ou de nomes no plural não precedidos de artigo (efeito de *indefinição*), permite fazer listas de *seres* (humanos ou não humanos), *qualidades*, *lugares* e *ações* que produzem efeitos discursivos diversos" (Charaudeau, 2009, p. 135).

Os procedimentos linguísticos para *localizar-situar*, que nos interessam nesta análise, são os que têm por efeito enquadrar os relatos dentro de um espaço-temporal que demarque os lugares, as datas, os contextos que possam nos orientar sobre situações que envolvam a mulher antes do diagnóstico de câncer, a partir do diagnóstico, durante o tratamento e após o tratamento.

Os procedimentos linguísticos para *qualificar* permitem o reconhecimento de visadas objetiva ou subjetiva sobre o objeto proposto. Em nossas análises, eles são associados a outros procedimentos, como a utilização de analogias implícita ou explícita, para o estudo das relações subjetivas que estabelecem. Charaudeau (2009) destaca também os componentes e os efeitos da encenação descritiva.

Há possibilidade de diversos efeitos, entre eles, o autor situa o efeito de *saber*, os efeitos de *realidade* e de *ficção,* o efeito de *confidência* e o efeito de *gênero*. O efeito de *saber*

---

[16] Esta fábula é atribuída ao escritor grego Esopo. Ele viveu no século VI a.C., mas ela foi divulgada pelo poeta e fabulista francês Jean de La Fontaine no século XVII. Nela, a cigarra é uma exímia cantora, e passa todo o verão tocando seu violão e cantando, diferentemente da formiga, que trabalha diariamente juntando alimentos.

estará presente sempre que o locutor do texto apresentar características capazes de qualificar ou de identificar os seres, mas estas não são do conhecimento de seu interlocutor. O autor acredita que esse efeito garante ao locutor uma posição de sábio, de perito ou técnico em face de seu interlocutor.

Os *efeitos* de *realidade* e de *ficção* podem ocorrer de forma separada, ou seja, os gêneros textuais que têm como estatuto a ficção tendem a gerar efeitos de realidade e, contrariamente, os gêneros que têm estatuto de realidade tendem a gerar efeitos de ficção. No entanto, segundo Charaudeau (2009, p. 140), "(...) devem ser tratados em conjunto, visto que o fenômeno de alternância entre esses dois modos de visão de mundo é que constitui o principal interesse de muitos relatos". Essa categoria é bastante apropriada para aplicarmos em nossas análises, visto que o discurso de teor testemunhal tende a apresentar recursos, estratégias, que possam convencer o interlocutor sobre a veracidade daquilo que o locutor assevera.

O efeito de *confidência* ocorre quando o locutor, de formas explícita ou implícita, revela apreciações de cunho pessoal ou se dirige ao interlocutor para captar sua atenção, para ter sua anuência sobre acontecimentos ou situações quaisquer narradas. O *efeito de confidência* é uma categoria muito presente em literatura de teor testemunhal. Em nosso objeto de pesquisa, ele ocorre por dois principais motivos.

O primeiro é que fazer confidências é uma peculiaridade muito presente no universo feminino. O segundo é que entre os variados propósitos das escritas autobiográficas de mulheres sobre o câncer de mama, elas tendem a se dirigir a outras mulheres no tom de confidências, para exteriorizar seus sentimentos e compartilhar seus medos.

Por último, o efeito de *gênero*, que resulta do uso repetitivo, enfático, de alguns recursos da língua ou de procedimentos do próprio discurso que possam filiar o texto a um tipo de gênero. Nos textos de teor autobiográfico, por exemplo, quanto à função social, espera-se que o biografado exponha fatos reais sobre sua vida e, quanto a aspectos estruturais, é comum que inicie a narrativa fazendo a exposição sobre si mesmo, expondo qual é seu propósito, sua intenção sociocomunicativa no projeto de escrita em questão, como registramos em nossas análises.

3.5.5.3 O modo narrativo

A concepção sobre o modo narrativo e os instrumentos de análise que fundamentam nossa pesquisa, assim como os outros modos, estão ancorados na Semiolinguística, no entanto

consideramos importante retomar, de forma sucinta, um recorte do percurso histórico sobre narrativa concernente a duas concepções fundadoras, as de Aristóteles e as de Vladimir Propp.

Os primeiros estudos de narrativa que chegam até nós constam na *Poética de Aristóteles*, datados em torno do ano de 335 ou 336 a.C, visto que não há precisão de datas. Em seus escritos, podemos observar que este autor coloca o gênero trágico como o mais nobre comparado à epopeia e mais ainda à comédia. Para Aristóteles (1999), a comédia

> (...) é imitação de gentes inferiores; mas não em relação a todo tipo de vício e sim quanto à parte em que o cômico é grotesco. O grotesco é um defeito, embora ingênuo e sem dor; isso o prova a máscara cômica, horrenda e desconforme, mas sem expressão de dor (Aristóteles, 1999, p. 42).

O filósofo aponta algumas diferenças na estrutura narrativa em relação à poesia épica e à poesia trágica — a tragédia. Embora ambas apresentem imitação de homens superiores, em versos, a epopeia tem metro uniforme, forma narrativa, e sua duração não tem limites. A tragédia apresenta uma preocupação com o limite: "(...) procura caber dentro de uma revolução do sol ou ultrapassá-la um pouco" (Aristóteles, 1999, p. 42).

A relevância da tragédia para Aristóteles deve-se ao fato de que ela é a imitação de uma ação e realizaria "(...) a representação de uma ação elevada, de alguma extensão e completa, em linguagem adornada, distribuídos os adornos por todas as partes, com atores atuando e não narrando; e que, despertando a piedade e temor, tem por resultado a catarse dessas emoções" (Aristóteles, 1999, p. 43).

O autor destaca a encenação como forte característica da narrativa, conforme ilustra o excerto a seguir.

> A imitação, sendo feita por atores, torna necessariamente o aspecto cênico parte primeira da tragédia; em seguida, vêm o canto e as falas, porque são esses os elementos com que os personagens efetuam a imitação. Por falas entendo o conjunto dos versos; por canto, aquilo cujo sentido é claro a todos (Aristóteles, 1999, p. 43).

As personagens diferenciam-se pelo caráter e pelas ideias. De suas ações, originam-se a boa ou má fortuna das pessoas. O autor denomina de fábula a reunião das ações; de caráter, tudo aquilo que nos leva a dizer que as personagens possuem tais ou tais qualidades; de ideias, tudo o que as personagens dizem para manifestar seu pensamento. As personagens não agem para imitar os caracteres; mas, sim, adquirem os caracteres para realizar as ações.

Sob a perspectiva de Aristóteles, "(...) são seis os elementos que constituem, necessariamente, a qualidade da tragédia, a saber: fábula, caracteres, falas, ideias, canto e

encenação" (Aristóteles, 1999, p. 43-44). Além disso, o autor considera que os principais meios pelos quais a tragédia fascinava a plateia faziam parte da fábula, ou seja, as ações, as peripécias das personagens. A fábula seria para ele o princípio, a alma da tragédia, e os caracteres estariam em segundo plano. Desse modo, vemos que, a partir da análise do papel que se estabelece entre a trama narrada, os personagens em cena, a representação e o espectador, Aristóteles estabelece algumas categorias de análise, e muitas delas têm sido abordadas em vários campos do conhecimento dos estudos da Literatura, da Linguagem e do Discurso.

Nas tragédias do dramaturgo inglês Willian Shakespeare e de alguns romances românticos, destacam-se, por exemplo, os estudos sobre a *Mímesis* ("imitação", "representação"), a C*atharsis* ("purgação") do espectador e a *Harmatica* ("erro de cálculo"), entendida no Romantismo como a falha trágica cometida pela personagem que a levará à morte, como era proposto nas tragédias gregas, ou a sofrer uma sanção, aqui entendida como castigo.

Aristóteles, assim como Platão, via na *mímesis* a representação do universo perceptível. Ele compreendia o "drama" como "a imitação de uma ação". Sendo assim, defendeu a ideia de que a tragédia tinha um efeito de catarse para o espectador, porque, ao ter contato com a narrativa, lida ou encenada, esse espectador estabeleceria a conexão entre a representação e a realidade experienciada por ele, permitindo-lhe, assim, a epifania, a purgação das próprias angústias, espelhadas na trama representada.

Essa perspectiva de Aristóteles foi criada para mostrar a importância do teatro em seu papel pedagógico, voltado a educar emocionalmente o indivíduo. Nas narrativas de vida das mulheres que passaram ou têm passado pelo câncer de mama, podemos constatar, como mostraremos nos capítulos V e VI, o alto valor dado pelas mulheres a esse papel catártico da escrita.

Ressignificando a teoria aristotélica, num movimento diferente do proposto pelo filósofo, acreditamos que o fato de serem narrativas traumáticas, estas se voltam primeiramente para a catarse das locutoras/escritoras e depois para o espectador. Elas falam sobre seus problemas na expectativa de que, ao verbalizar sobre este momento de suas vidas, isso possa aliviar os medos e ajudá-las a enfrentar a doença e, ainda, que suas narrativas de vida sirvam como exemplos a outras pessoas, principalmente para outras mulheres.

Não podemos deixar também de render tributo às teorias formalistas de Vladimir Propp, considerado pela crítica contemporânea como o que lançou as bases da atual narratologia. Esse autor fundamenta sua teoria com base em análise de contos de fadas russos,

em seu livro *Morfologia do Conto Maravilhoso*, lançado na Rússia em 1928. Esse teórico conseguiu esboçar um modelo geral de descrição e funcionamento que lhe permitiu classificar os contos não se atendo aos assuntos; mas, sim, às suas estruturas, suas partes constitutivas e as relações que estas estabeleciam entre elas mesmas e com o conjunto organizador de toda a malha textual.

Embora tenha criado um método para se aplicar a conto de magia, Propp (2001) acreditava que tal método apresentava algumas categorias que poderiam ser aplicadas em variados gêneros narrativos, como as das funções das personagens, consoante afirma: "É bem possível que o método de análise das narrativas segundo as funções dos personagens se revele útil também para os gêneros narrativos não só do folclore, mas também da literatura" (Propp, 2001, p. 139).

Sem dúvida, suas proposições teóricas ajudaram a traçar caminhos importantes, precursores do estruturalismo, voltados para o estudo de um gênero textual a partir de uma matriz, que possibilitou não só a compreensão de como funciona a mecânica da estrutura de um gênero, no caso, dos contos maravilhosos, mas também a base para as novas teorias, que passaram a ser aplicadas a diversos gêneros de estrutura predominantemente narrativa.

Atualmente, temos consciência de que as características estruturais dos gêneros podem sofrer alterações ao largo da história e de seu uso, mas sempre apresentam algumas estruturas fixas — principalmente no que concerne ao modo de organização do discurso que predomina no gênero em questão — que nos orientam sobre a constituição basilar de cada gênero.

Como exemplo, para que um texto seja dado estruturalmente como narrativo, as características elementares são a presença de um narrador, que tem como intenção narrar fatos (ou uma história) reais ou fictícios a alguém. Espera-se que essa narrativa apresente pessoas (personagens) que realizarão ações dentro de um contexto situacional determinado pelo narrador, que, por sua vez, pode direcionar a função social da narrativa.

Quanto à forma de organizar os campos linguístico e discursivo, Charaudeau (2009) aponta algumas características que aplicamos em nossas análises. O autor considera que o discurso narrativo apresenta dois níveis: "(...) uma *estrutura lógica* subjacente à manifestação, espécie de espinha dorsal narrativa, e *uma superfície semantizada* que se baseia na estrutura lógica e, ao mesmo tempo, joga com ela, a ponto de transformá-la" (Charaudeau, 2009, p. 158).

Essa assertiva nos leva a compreender que a narrativa apresenta uma estrutura nuclear, a que o autor denomina de espinha dorsal, que pode sofrer reduções ou ampliações, segundo as intenções do narrador. Assim, o modo de organização da narrativa se articula por meio de

dois processos. O primeiro remete à construção de uma sucessão de ações que constituirão a trama da história, a que Charaudeau (2009) denomina de *organização da lógica narrativa*, a qual está voltada para o mundo referencial.

E o segundo, que remete à realização de uma representação narrativa, a qual permite que a história narrada e sua organização acional nos levem a reconhecer um universo narrado. A este processo, Charaudeau (2009, p. 158) denomina de *organização da encenação narrativa*, a qual está sob a responsabilidade do narrador "(...) que se acha ligado por um contrato de comunicação ao destinatário da narrativa" (Charaudeau, 2009, p. 158) .

3.5.5.3.1 Organização da lógica narrativa

A Semiolinguística apresenta-nos os componentes da lógica narrativa em três tipos: (i) os *actantes* linguístico e narrativo, que desempenham papéis relacionados à ação da qual dependem, (ii) os *processos*, que unem os actantes entre si e dão uma orientação funcional à sua ação e (iii) "(...) as *sequências*, que integram processos e actantes numa finalidade narrativa segundo certos princípios de organização" (Charaudeau, 2009, p. 160). Consideramos importante ampliar as noções do termo actante (ou atuante) mencionados nessa teoria, para maior clareza sobre seu papel na narrativa e sobre a forma como o aplicamos nas análises.

Esse termo foi desenvolvido pelo linguista Lucien Tesnière para denotar as principais funções sintáticas que estão interligadas ao verbo, que são o sujeito, os objetos direto e indireto. Muitos teóricos atribuem a Tesnière os fundamentos da Gramática de Dependência. Neste tipo de gramática, descrevem-se as relações de dependência (não recíproca), independência (há a concatenação, sem dependência de qualquer parte) e interdependência (recíproca).

Nessa abordagem de dependência, o verbo apresenta-se na oração como o elemento central, pois é ele que determina quais os outros elementos ou actantes têm que conter na frase. Essa posição é justificada pela distribuição dos papéis temáticos e pela organização da gramaticalidade, que exige a presença do sujeito e do objeto e de outros complementos. Posteriormente, o linguista Algirdas Julius (ou Julien) Greimas retomou o termo actante e o ressignificou nos campos da semiótica e da narratologia. O autor propôs uma semiótica discursiva, que inspirou Patrick Charaudeau a desenvolver sua teorização sobre o modo narrativo.

A hipótese inicial de Greimas (1973) é que o sentido só é apreensível, se for articulado ou narrativizado. Assim, as relações de dependência dos elementos morfossintáticos deixam de ser o propósito de abordagem no texto para se estudar a estrutura — o conjunto de relações — como o que possibilita a explicação dos objetos psicossociais. Para a semiótica, o texto, independentemente de seu formato: visual, sonoro, verbal ou verbo-visual, é constituído por uma estrutura interna, organizada como uma narrativa. Esta, além de apresentar sequência de fatos, procura mostrar mudanças de estado sofridas ou executadas pelos sujeitos (atores).

Sob essa perspectiva, para Greimas (1973), os sujeitos das funções da narrativa são os actantes, aqueles que executam ou sofrem a ação. Esses actantes podem ser pessoas, ou termos usados figurativamente, como animais ou objetos. Quanto às relações que se estabelecem entre o actante-sujeito e o actante-objeto, elas são motivadas pelo desejo e pela procura, e é comum que surjam as dificuldades para a realização desse desejo, e elas criem a tensão geradora dos conflitos.

Além do actante-sujeito (que executa a ação) *versus* o actante-objeto (que sofre a ação), Greimas (1973) propõe outras relações, como a do destinador (aquele que anuncia, proporciona a ação) *versus* o destinatário (aquele a quem a ação será dirigida) e a do adjuvante (o que facilita a ação) *versus* o oponente (o que a dificulta).

Segundo Greimas (1973, p. 227), devemos conceber que o microuniverso semântico da frase "só pode ser definido como universo, isto é, como um todo de significação", porque é possível surgir a qualquer momento diante de nós como um espetáculo, "como uma estrutura atuacional". Nessa linha teórica, para que o actante-sujeito possa realizar seus papéis, precisa apresentar algumas modalidades, conforme explicitamos no excerto a seguir.

> O actante, à medida que vai realizando seu percurso narrativo, pode ir se unindo a certo número de estados narrativos ou papéis actanciais que, por sua vez, irão se definindo em função da posição do actante dentro desse percurso e, em particular, a posição modal adotada pelo próprio actante. Dessa forma, o actante-sujeito, por exemplo, será sucessivamente dotado de modalidades como as de *querer-fazer, saber-fazer* ou *poder-fazer*; nesses casos, o sujeito assumirá os papéis actanciais de sujeito segundo o querer, segundo o saber, ou segundo poder-fazer: papéis actanciais que assinalam outros tantos marcos na aquisição de sua competência modal (antes de sua performance. (...) (Greimas; Courtés, 1990, p. 23, tradução nossa)[17].

[17] "El actante, a medida que va efectuando su recorrido narrativo, puede ir uniéndose a cierto número de estados narrativos o roles actanciales que, a su vez, irán definiéndose en función de la posición del actante dentro del recorrido narrativo y del particular vertimiento modal que adopte el propio actante. De esta manera, el actante-sujeto, por ejemplo, estará sucesivamente dotado de modalidades tales como las del querer-hacer, saber-hacer o poder-hacer; en estos casos, el sujeto asumirá los roles actanciales de sujeto según el querer, según el saber o según el poder hacer: roles actanciales que señalan otros tantos hitos en la adquisición de su competencia modal (previa a su performance)".

Esse modelo de Greimas passa a desempenhar importante papel na narratologia pelo fato de poder ser usado em qualquer narrativa. E é sob esse viés que Charaudeau (2009) orienta e exemplifica essa teoria. O autor destaca que o termo actantes, em nível da língua, são ligados diretamente à ação, portanto não são ligados entre si por alguma hierarquia. Diferentemente dos actantes narrativos de base, que se hierarquizam sob dois pontos de vista.

Primeiramente, o de serem normalmente humanos, ou considerados como tais[18], e isso limita seu número comparativamente aos actantes de língua, pois: "(...) de uma parte há um actante que age, de outra há um actante que sofre a ação, e em torno deles gravitam circunstantes" (Charaudeau, 2009, p. 161). Segundo, o de sua importância na trama narrativa da história, dividindo as cenas entre actantes principais e actantes secundários, quando a trama é construída em torno de polos de ação (heróis), com actantes satélites.

Para direcionar análises sobre as ações dos actantes de base (os arquétipos) que são o actante agente (o sujeito, aquele que age) e o actante paciente (o objeto direto, o que sofre a ação), Charaudeau (2009) elaborou um questionário que prevê a verificação dos papéis: aliado/oponente, e propõe alguns tipos de qualificações mais recorrentes nas narrativas: positivas/negativas. Sem a preocupação de fazermos quadros esquemáticos, procuramos explorar essas relações em nossas análises para verificar os comportamentos das mulheres em relação a si mesmas — considerando que, em vários momentos, há reciprocidade, elas são actantes-sujeito e ao mesmo tempo actantes-objeto —, e também em relação às demais situações em que elas são actantes-sujeito em relação às pessoas que fazem parte de seus universos como actantes-objeto e vice-versa.

Quanto aos processos *narrativos*, estes estão ligados a categorias de organização do discurso. Charaudeau (2009, p. 163) denomina como *processo* "(...) uma unidade de ação que, por sua correlação com outras ações (correlação motivada por uma intencionalidade), se transforma em função narrativa". Um *processo* narrativo pode ser motivado por diferentes tipos de ações. Como exemplo, podemos imaginar uma ação realizada por uma das mulheres envolvidas nesta pesquisa. Ela conta para os familiares que recebeu o diagnóstico de câncer, e dessa ação podem surgir variados processos: indiferença, pânico ou acolhida.

A hierarquização da história é também um tipo de processo narrativo. Considerando a narrativa em sua totalidade, sabemos que ela sempre apresenta duas funções: a principal e a secundária. A função principal é aquela que estabelece as relações sintático-semânticas de

[18] Ao usarmos a expressão "considerados como tais", estamos nos referindo à capacidade das línguas de personificar, de dar características humanas a seres não humanos, como ocorre, por exemplo, em narrativas do campo fabular em que os animais têm comportamentos idênticos aos dos homens.

causa e consequência norteadoras da temática abordada, ou do que costumamos chamar de conflito. Diferentemente, a função secundária exerce o papel de complementar a principal, enriquecendo o enredo e ampliando suas possibilidades de sentido.

Os processos narrativos, por sua vez, podem apresentar diferentes graus de semantização, de acordo com a maneira como essas funções se articulam. Para Charaudeau (2009), ao se analisarem os processos narrativos sob uma perspectiva discursiva, é necessário considerar que a construção da narrativa implica não apenas a organização de eventos em sequência lógica, mas também a mobilização de operações de significação que configuram a relação entre o sujeito e o mundo narrado.

A progressão narrativa, nesse sentido, articula-se à necessidade de dar sentido às ações dos personagens (ou actantes) e às transformações que se produzem ao longo do percurso narrativo. As funções principais e secundárias estabelecem redes de significação que, para além do encadeamento causal, respondem também a uma lógica de verossimilhança discursiva: a narrativa busca construir um universo coerente com os pactos de sentido estabelecidos no contrato comunicativo.

Para uma abordagem pragmática desses processos, Charaudeau (2009) propõe dois questionários com modelos processuais, que funcionam como facilitadores para a localização das funções narrativas. Esses questionários não devem ser vistos como roteiros rígidos, mas como instrumentos heurísticos que orientam a identificação das estruturas narrativas subjacentes aos discursos.

Diante disso, para a análise dos papéis dos actantes e dos processos narrativos na presente pesquisa, tomamos como referência os dois conjuntos de categorias sugeridos por Charaudeau (2009, p. 162-163), que serão expostos a seguir. As categorias que utilizamos não estão apresentadas em forma de itemização, como nos quadros originais, mas foram incorporadas organicamente ao processo da escrita discursiva durante as análises, conforme Quadros 1 e 2, a seguir.

Quadro 1 - Questionário sobre os actantes narrativos

• Verificar se o actante:

1. ***Age***: é o iniciador, o responsável e o executante da ação.
2. ***Sofre a ação***: a ação recai sobre ele. Ele a recebe de maneira mais ou menos passiva, é mais ou menos afetado por ela, é mais ou menos a ela submisso.

1. Se o actante age: ele o faz como:

1.1. ***Agressor***: comete um malefício
1.2. ***Benfeitor***: transmite um benefício
1.3. ***Aliado***: associa-se a um outro actante para auxiliá-lo ou defendê-lo, seja agindo diretamente sobre o adversário de outro actante, seja agindo ao mesmo tempo que este.
1.4. ***Oponente***: contraria os projetos e as ações de um outro actante.
1.5. ***Retribuidor***: dá a um outro actante ou uma recompensa, ou uma punição (castigo).

• Ele o faz de maneira:

1.a. ***Voluntária***: ele é consciente, ele decidiu (ato intencional).
1.b. ***Involuntária***: não é consciente, não decidiu (não intencional).
1.c. ***Direta***: afrontamento direto.
1.d. ***Indireta***: por meio de fingimento ou de intermediário.

2. Se o actante sofre a ação, ele o faz como:

2.1. ***Vítima***: é afetado negativamente pela ação de um outro actante.
2.2. ***Beneficiário***: é afetado positivamente pela ação de um outro actante.

• Se o actante-vítima reage, ele o faz por:

2.1.1. ***Fuga***: ele evita o afrontamento.
2.1.2. ***Resposta***: age contra seu agressor.
2.1.3. ***Negociação***: tenta neutralizar a agressão.

• Se o actante beneficiário reage, ele o faz por:

2.2.1. ***Retribuição***: ele age retribuindo de maneira benéfica o outro actante.
2.2.2. ***Recusa***: ele recusa o benefício.

Q. Os tipos de qualificações:

Q.1. ***Qualificações positivas***: prestígio, virtude, força, inteligência, destreza.
Q.2.***Qualificações negativas***: desconsideração (má reputação), vício (imoralidade, desonestidade), pusilanimidade, imbecilidade (estupidez), inabilidade.

Fonte: Charaudeau - adaptado (2009, p. 162-163)

Quadro 2 - Questionário sobre os processos narrativos

Verificar se a realização de um ato recai principalmente:
(1) ***sobre si*** (o agente é seu próprio beneficiário ou sua própria vítima)
(2) ***Sobre o outro*** (o outro é beneficiário ou vítima)

. Verificar se ato tem por função:
melhorar um ato inicial
conservar um ato inicial
degradar um estado inicial

. Se a realização do ato recai sobre si, ele tem por função:
1.1. O ***Melhoramento*** do estado inicial, por:
-) *eliminação* (de adversário ou uma ameaça)
-) *resolução* de um problema
-) *transgressão* (com adversário ou oponente)
-) *negociação* (com adversário ou oponente)
-) *embuste* (certeza, para sair de uma situação perigosa)
-) *reposta* (a um ato de agressão por um outro ato de agressão)
-) *vingança* (como ato de reparação)

1.2. A ***Conservação*** de seu estado inicial por:
-) *eliminação* (de um adversário ou de uma ameaça)
-) *prevenção* (de um conflito, de um encontro), fuga
-) *neutralização* (de uma ameaça)
-) *negociação*
-) *embuste*

1.3. A ***Degradação*** do estado inicial, por:
-) *submissão* (à denominação do outro)
-) *sacrifício* (auto degradação voluntária)
-) *transgressão* (que desrespeita a lei)

. Se a realização do ato recai sobre o outro, ele tem por função:
2.1. O ***Melhoramento*** do estado inicial do outro, por:
-) *eliminação* (do adversário do outro)
-) *intervenção* (em favor do outro, auxílio)
-) *negociação* (em favor do outro)
-) *retribuição* (positiva – presente)

2.2. A ***Conservação*** do estado inicial por outro, por:
-) *eliminação* (da ameaça sobre outro)
-) *intervenção* (em favor do outro – proteção)
-) *neutrali*zação (de uma ameaça)

2.3. A ***Degradaçã***o do estado inicial do outro por:
-) *agressão* (realização de um malfeito sobre o outro)
-) *eliminação* (do outro como adversário, ameaça)
-) *embuste* (o outro é traído)
-) *vingança* (como punição do outro)
-) *retribuição* (como justiça – castigo)
-) *intervenção* (contra o outro)

. Quais são os tipos de atos de fala que podem ter uma influência sobre os atos potenciais do outro?
-) ***informação / dissimulação*** (como um "poder" dado (revelação) ou oculto ao outro)
-) ***conselho / desaconselhamento*** (como modelo de comportamento seguir / ou não seguir)
-) ***encorajamento / discussão*** (como estímulo à esperança / aos medos – à intimidação)
-) ***proibição / autorização*** (de realizar ato)
-) ***pedido*** (de ajuda ou de informação)

Fonte: Charaudeau - adaptado (2009, p. 165-166).

Essas *funções narrativas* são organizadas por meio de sequências. Charaudeau (2009, p. 164) defende a organização das sequências "segundo determinados princípios (*coerência*, *intencionalidade*, *encadeamento*, *localização*)", conforme expomos a seguir.

Quando lemos um texto narrativo, a primeira expectativa é que haja uma sequência lógica na sucessão dos fatos, partindo da ideia de um início, meio e fim. A estrutura é intemporal, mas os fatos são expostos segundo um princípio de coerência entre eles, como afirma Charaudeau: "a narrativa só tem sentido por estar relacionada a um encadeamento de motivos dirigidos a um fim, o qual se inscreve num projeto humano" (Charaudeau, 2009, p. 166).

O princípio de *coerência* dá-se de forma diferente em cada tipo de organização do discurso, ou seja, em cada tipologia textual. Na narração, a sucessão das ações não é arbitrária, contudo, em um ponto qualquer da sequência, deve-se garantir a identificação do início (a abertura do processo), e do fim (o encerramento do processo), os quais permitem o conhecimento da narrativa como um todo. Esta, normalmente, se inicia com a apresentação da contextualização do fato gerador, desenvolve-se mostrando as condutas dos actantes e finaliza-se com a consecução do processo desencadeado na abertura.

Os resultados podem ser positivos ou negativos. Para Charaudeau (2009, p. 167) "(...) é essa dupla função de abertura e fechamento que obriga a sucessão das ações a se organizar de maneira coerente em sequência". É natural que a expectativa dos leitores seja, por exemplo, que as biografias apresentem uma sequência lógica de início, meio e fim, tomando como referência a própria sequência de vida da pessoa narrada, que são as fases da infância, da vida adulta e da velhice. Isso se deve ao fato de que, até bem pouco tempo, a forma canônica desse gênero privilegiava narrativas de pessoas mortas.

Atualmente, os textos de teor biográfico, que têm predominantemente o objetivo de narrar fases da vida de uma pessoa, principalmente os que registram traumas individual ou coletivo, diluem os traços que demarcam a sequência temporal. Acreditamos que tal fator se deva ao próprio trabalho do rememorar, que é um processo difícil e não obedece a uma lógica concatenada dos fatos, pois estes se subordinam ao fluxo da consciência.

O *princípio de intencionalidade* nada mais é que a motivação do sujeito-actante de atingir o objetivo em seu projeto narrativo e tentar conduzi-lo bem. Segundo a visão de alguns teóricos da semiótica, o *princípio de intencionalidade* esteia-se em três estágios: o estado inicial, o estado de atualização e o estado final. No estado inicial, há uma falta; no estado de atualização, há uma busca; no estado final, há o resultado em relação ao objeto da procura. Charaudeau (2009, p. 168) também é adepto dessa teoria e expõe que a intencionalidade é a

consciência do sujeito "de uma situação de falta na qual se acha, situação que vai desencadear o desejo/projeto de preencher essa falta (a busca). No final da realização dessa busca, o sujeito agente pode ter êxito ou fracasso.

A caracterização dos actantes, que pertence ao modo descritivo, é vista por Charaudeau (2009) ligada ao *princípio de intencionalidade*. Para esse teórico, a caracterização permite "precisar a Falta e a Busca, definindo relações de força entre os actantes em confronto (forte/fraco), tipos de motivação (ato voluntário/ involuntário) e tudo o que cerca a lógica da ação, o que se chama tradicionalmente de sentimentos, atmosfera, clima etc." (Charaudeau, 2009, p. 172). Nesse sentido, por exemplo, para que um actante-sujeito tenha alguma vantagem sobre um actante-objeto, é necessário que o actante-sujeito possua ou adquira alguma competência que o actante-objeto não possui.

O *princípio de encadeamento* concerne aos usos dos procedimentos linguísticos por meio dos quais se estabelecem as relações semântica e pragmática desde entre as partes menores de enunciados a níveis mais complexos de estruturas sintáticas entre parágrafos e sequências maiores do texto. Para alcançar a coerência que atenda a sua intenção comunicativa, o produtor da narrativa produz sequências de diversas dimensões e com diversas formas de concatenação. Charaudeau (2009) destaca quatro grandes tipos de encadeamentos: *sucessão*, *paralelismo*, *simetria* e *encaixe*.

Na *sucessão*, os encadeamentos são feitos de forma linear e consecutiva. Normalmente, apresenta-se uma causa geradora e as consequências resultantes dela. Segundo Rio Verde (2017), há outra forma também muito usual da construção da linearidade, que poderíamos denominar metaforicamente de efeito dominó, em que o primeiro fato-causa gera o primeiro fato-consequência e este se torna outro fato-causa, que gera outro fato-consequência e, assim, sucessivamente. Parece-nos que este tipo de efeito dominó ocorre principalmente quando as sequências de causa e consequência têm uma certa autonomia, ou apresentam mudanças em sua constituição em relação ao fato-causa gerador.

Como exemplo desse tipo de encadeamento, podemos pensar na seguinte situação, considerando esta pesquisa: o câncer de mama (fato-causa) gera a necessidade de quimioterapia (fato-consequência); a quimioterapia (fato-causa) gera a queda de cabelo (fato-consequência); a queda de cabelo (fato-causa) gera baixa autoestima na mulher (fato-consequência). Segundo Charaudeau (2009), no *paralelismo*:

> (...) as sequências, cada uma delas regida por um actante-agente diferente, desenvolvem-se de maneira autônoma, sem que se liguem entre si por um elo de

> causa e efeito (o que lhes permite cruzarem-se num determinado momento, ou convergirem em seu ponto terminal) (Charaudeau, 2009, p. 170).

Nas narrativas de cunho verbal, é comum que o paralelismo ocorra na organização da narrativa dos capítulos.

Nas análises, percebemos que na biografia "Um câncer, uma felicidade", de Soraia Evangelista, por exemplo, o paralelismo ocorre de forma um pouco diferente, pois não se altera o actante agente nas sequências, o actante biografado situa-se como pessoa central nos episódios, e são os títulos dos capítulos que direcionam a sequência. Por exemplo, há capítulos sequenciados com os seguintes títulos: "A avaliação oncológica" (Evangelista, 2017, p. 75), "A quimioterapia vermelha" (Evangelista, 2017, p. 77), "A queda do cabelo" (Evangelista, 2017, p. 81). O conhecimento prévio do interlocutor de que a quimioterapia provoca a queda de cabelo em pacientes em tratamento de câncer, permiti-lhe saber que há uma sequência lógica entre os capítulos, estabelecida por um paralelismo temático.

Na *simetria*, segundo Charaudeau (2009), "(...) duas sequências, cada uma regida por um actante-agente diferente, desenvolvem-se de tal modo que a realização positiva de uma (processo de melhoramento) acarreta simultaneamente a realização negativa da outra (processo de degradação)", por isso, segundo Charaudeau (2009, p. 170), as duas situações ocorrem de maneira simétrica nesse processo.

No *encaixe*, o modo verbal apresenta microssequências narrativas incluídas no interior de uma sequência maior, e tem como propósitos detalhar certos aspectos ou inserir fatos novos. Isso ocorre também em imagens nas narrativas em quadrinhos e o encaixe é feito por meio de imagens menores dentro de outras maiores. Esse recurso é muito comum e é visto na prática escolar frequentemente com outras denominações, como digressão, ou narrativa moldura, em que, dentro de uma história inicial, inserem-se pequenas narrativas com vários tipos de funções, como elucidar ou ampliar fatos.

A cronologia é um procedimento importante no *princípio de encadeamento*. Este pode se apresentar de maneira contínua ou descontínua. Charaudeau (2009) considera que na forma *contínua em progressão*, os fatos são apresentados por meio de sucessão progressiva ou por inversão. Na forma descontínua, há interrupções para se apresentar uma descrição, ou uma série de sequências em alternância. Na forma *contínua em progressão*, as ações e as sequências narrativas são realizadas pelo mesmo actante e o sequenciamento de causa e consequência não sofre interrupções. Na forma *contínua em inversão*, "(...) as ações que correspondem ao estado final (resultado) de uma sequência narrativa são apresentadas no

início de um relato, e a continuação desse relato desenvolve-se retornando-se à cadeia das causas que levaram a esse resultado" (Charaudeau, 2009, p. 179).

O *princípio de localização* também favorece a organização lógica da narrativa, porque fornece pontos de referência à organização da trama. Esses pontos de referência, segundo Charaudeau (2009, p. 172), concernem à "localização da sequência no Espaço" e à "caracterização dos actantes". A localização da sequência no Espaço pode incidir sobre o princípio de coerência e sobre o de encadeamento. Por exemplo, a demarcação do mesmo lugar para a abertura e o fechamento contribui para a coerência. Quanto ao encadeamento, seja por meio de *sucessão* ou de *simetria*, mesmo que apresente mudanças de lugares, ainda são pontos de referência que também favorecem a contextualização das situações abordadas.

A observância da situação no tempo e sua localização no espaço também são procedimentos importantes para observarmos seus efeitos na encenação. Como exemplo, há "(...) efeito de *ficção histórica* quando a ação é situada no passado e efeito de *ficção autobiográfica* ou *de atualidade* (verdadeira ou falsa) quando é situada no presente" (Charaudeau, 2009, p. 182). A localização no espaço pode ser usada para mostrar espaços fechados ou abertos, ou com alternância de abertos e fechados, "(...) que produzem efeitos de *cena*, de *clima*, de *atmosfera*" (Charaudeau, 2009, p. 182). Nas análises, interessa-nos verificar a percepção das mulheres em relação principalmente a estes ambientes: casa *versus* hospital, consultórios, laboratórios, clínicas de exames.

3.5.5.3.2 Configuração da lógica narrativa

A *configuração narrativa* leva em consideração características semânticas bem específicas, prototípicas da trama narrativa, as quais permitem mostrar que se trata de uma história contada, com a singularidade que lhe é própria. Para Charaudeau (2009, p. 175), "(...) a *configuração narrativa* é o resultado de um processo da lógica narrativa. Depende, portanto, do que o autor denomina de *encenação narrativa*", conforme veremos no próximo tópico.

O autor também considera relevante a observância aos procedimentos ligados à *motivação intencional*, os quais incidem sobre os princípios de coerência e de intencionalidade. Eles consistem em atribuir ao actante de uma sequência narrativa uma intenção de agir ou de não querer agir. Pode ocorrer de o actante que, por vontade própria, não quiser agir, ser motivado a fazê-lo por influência, por manipulação de um outro agente, que pode ser humano ou não humano (forças sobrenaturais, como destino, fatalidade), "(...)

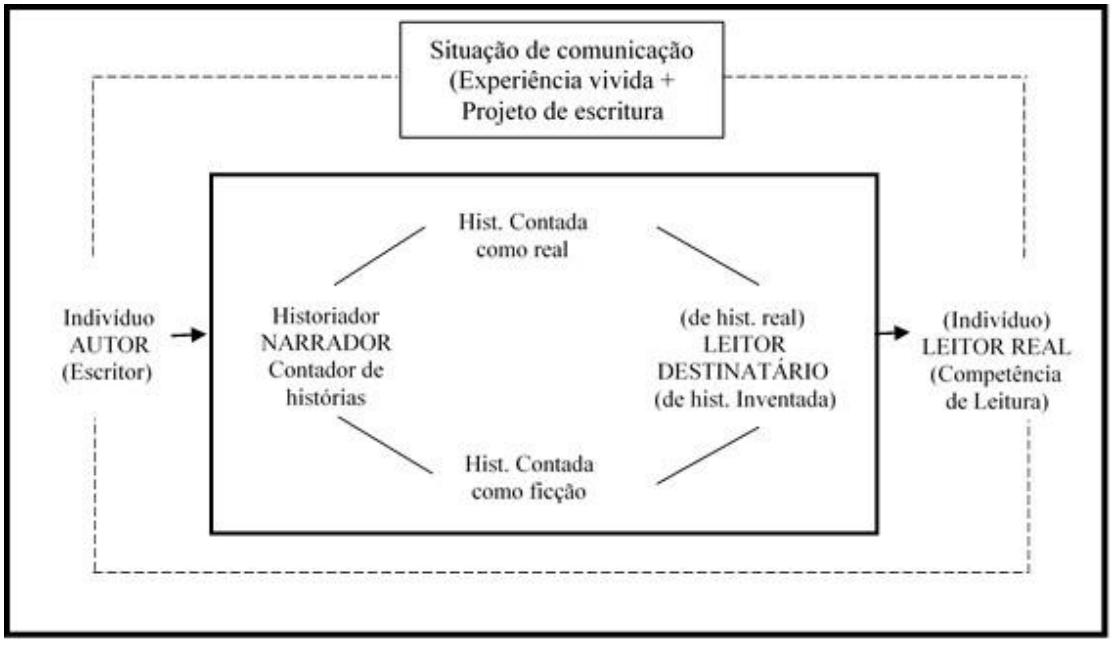
quando este último é dotado de um poder tal que possa influenciar o actante em questão, sem que este o saiba". (Charaudeau, 2009, p. 176).

Quando o actante é agente, responsável por uma ou várias ações na trama, pode ser protagonista, ou o próprio herói na trama. Nas narrativas que analisamos, não podemos dizer que as mulheres são heroínas, todavia mantém-se o foco da atenção sobre elas. Elas se apresentam como protagonistas conscientes do projeto de escrita que têm em mente e o papel dessa escrita no enfrentamento do maior antagonista, que é o câncer de mama.

3.5.5.3.3 A encenação narrativa

Apresentamos, no início deste capítulo, no Quadro 3, o modelo geral de comunicação denominado *Representação do dispositivo da encenação da linguagem*, que norteia a concepção de sujeito na Teoria Semiolinguística. Expomos, a seguir, um quadro similar, também criado por Charaudeau (2009), denominado *Dispositivo da Encenação Narrativa* que usamos na pesquisa voltado à análise da encenação do modo exclusivamente narrativo. Na encenação narrativa das mulheres biografadas, procuramos analisar os contextos do espaço o externo (extratextual) e do interno (intratextual), observamos marca-traços linguísticos que nos permitem caracterizar esses sujeitos enunciativos em seus papéis sociais, como mulheres, mães, donas de casa, profissionais, esposas. Colocamos, a seguir, o Quadro 3 proposto pelo autor, o qual direciona algumas abordagens em nossas análises.

Quadro 3 - Dispositivo da encenação narrativa



Fonte: Charaudeau (2009, p. 184).

Para a identificação dos quatro diferentes sujeitos envolvidos na narrativa, Charaudeau (2009) sugere usarmos os termos: autor-indivíduo e autor-escritor; leitor real e leitor possível. Nessa perspectiva, o locutor apresenta dois tipos de identidade, a primeira, como autor-indivíduo: "(...) *que vive e age na vida social*, tem uma personalidade própria, conhece experiências individuais e coletivas como *participante do mundo das práticas sociais*" (Charaudeau, 2009, p. 185).

No caso das narrativas de teor testemunhal, por exemplo, podemos considerar que o autor-indivíduo — usando nome próprio, a biografia pessoal e suas experiências nas práticas sociais — dá seu testemunho para um leitor real, que é convocado a receber e a verificar a veracidade do que lhe é narrado, com base em suas próprias experiências. E a segunda identidade, de autor- escritor: "(...) *que desempenha um papel social particular*, *o de escritor*" (Charaudeau, 2009, p. 185), exige-lhe conhecimentos no mundo das práticas da escrita literária ou não literária. Esta escrita convoca o leitor-possível a utilizar competências apropriadas de leitura para compreender a narrativa.

Em nossas análises, além do papel dos quatro sujeitos envolvidos, procuramos analisar os procedimentos da encenação narrativa no que concerne à *identidade*, ao *estatuto* e aos *pontos de vista* do narrador textual. Para a identidade, observamos marcas discursivas do autor-indivíduo, que revelam o *eu* do sujeito autobiografado e de seu contexto sócio-histórico e do autor-escritor, procuramos nos ater a marcas discursivas que remetem ao fazer da escrita. Para a observância do estatuto, consideramos que todas as narradoras contam histórias reais das quais são as personagens centrais.

Para a análise dos pontos de vista, consideramos a posição de Charaudeau (2009) que propõe somente dois: o externo, para o qual lhe dá o qualificativo de objetivo e o interno, de subjetivo. Por se tratar de narrativas de teor biográfico, o ponto de vista interno é o que se destaca nesta pesquisa.

3.6 Imaginários social e sociodiscursivo

O conceito de imaginários sociodiscursivos de Patrick Charaudeau é um construto teórico que surge do diálogo com diversas correntes de pensamento, especialmente as de Serge Moscovici e Cornelius Castoriadis. A interação com esses autores permitiu a Charaudeau desenvolver uma visão específica sobre a maneira como os discursos sociais constroem e reproduzem significados compartilhados.

Para a construção do termo imaginário sociodiscursivo, o próprio Charaudeau afirma que se utiliza de alguns conceitos sobre imaginário social, aplicados por Cornelius Castoriadis entre os anos de 1960 e 1970, em seu livro *A instituição imaginária da sociedade*. A noção de imaginação radical de Cornelius Castoriadis postula que a imaginação não é uma mera reinterpretação de algo já dado, mas um processo criativo fundamental para a constituição da realidade social. De acordo com Passos, o imaginário social radical constitui o que "Castoriadis chama significações sociais fundantes ou estruturantes que dariam uma unicidade, um sentido englobante ao mundo" (Passos, 1993, p. 14). E as significações imaginárias sociais "(...) constituem a singular maneira de cada sociedade viver, ver e fazer sua própria existência, sua organização do mundo e suas relações com ele, num dado momento histórico" (Passos, 1993, p. 14).

Segundo Charaudeau (2006, p. 204), num primeiro momento, a teoria de Castoriadis "(...) opõe 'o imaginário' ao 'percebido' e ao 'racional' como constituindo um conjunto de significações específicas formadores". Num segundo momento, Castoriadis passa a fundi-los numa única noção, por reconhecer que esse imaginário não desempenha tão somente a função racional, ele já seria uma forma, postulado como o elemento ou a capacidade humana originária de autocriação de um mundo social e histórico.

A partir da concepção de Castoriadis de que o imaginário social é um universo de significações que constrói a identidade e a coesão de um grupo social, Charaudeau (2006) acrescenta a esse conceito a ideia de que "(...) todo imaginário é um *imaginário de verdade* que essencializa a percepção do mundo em um saber (provisoriamente) absoluto. O imaginário resulta de uma dupla interação: do homem com o mundo, do homem com o homem" (Charaudeau, 2006, p. 204-205).

Serge Moscovici, com sua teoria das representações sociais, no campo da Psicologia Social, também desempenhou um papel fundamental na concepção do pensamento de Charaudeau. A teoria moscoviciana apresenta como centralidade a ideia de que as representações sociais são sistemas de valores, noções e práticas que permitem aos indivíduos interpretar e dar sentido ao mundo que os rodeia. Esses sistemas são construídos e partilhados coletivamente, e desempenham importante função na construção da realidade social. Como afirma Charaudeau (2006), Moscovici dá continuidade ao pensamento iniciado por Piaget, interessa-se pelas modalidades de conhecimento, que "(...) tende a mostrar que o sujeito se constitui nas e pelas representações com fins de adaptação ao seu meio ambiente e de comunicação com o outro" (Charaudeau, 2006, p. 195).

Charaudeau reforça essa ideia de Moscovici ao postular que o discurso não é apenas uma expressão de ideias ou opiniões individuais, mas está imerso num contexto de representações coletivas. O *imaginário sociodiscursivo*, nesse sentido, articula-se com a ideia de que os indivíduos e grupos constroem representações do mundo por meio de discursos, os quais são socialmente compartilhados e constantemente reproduzidos.

Antes de abordarmos a concepção da Teoria Semiolinguística sobre os imaginários, consideramos importante detalhar um pouco o percurso crítico de Charaudeau (2006) relativo aos conceitos sobre os sistemas de representações, particularmente das representações coletivas, que predominaram de 1960 a 1980, não só para asseverar suas proposições, mas também para mostrar a eficácia de sua teoria em termos de aplicabilidade nos *corpora* escolhidos para esta pesquisa. O autor refuta e ressignifica alguns conceitos, por exemplo, sobre ideologia e formações discursivas, que foram expostos neste capítulo.

Suas considerações iniciais centram-se na ideia de que houve uma proliferação de teorias e estudos sobre os sistemas de representação, nomeados de formas diversas, de acordo com o interesse de abordagem nas diferentes disciplinas, tais como: sistemas de conhecimento, sistemas de valores, teorias, doutrinas e ideologias. Assim, ficou "(...) difícil localizar-se nessa massa de denominação, pois as distinções propostas não são claras em todas as ocasiões e as hierarquias que se estabelecem entre essas noções são sempre controversas" (Charaudeau, 2006, p. 191).

Charaudeau (2010a) posiciona-se criticamente em relação à "ideologia dominante" adotada pela filosofia e pela sociologia marxistas por elas terem desconsiderado a voz do sujeito, e conceberem que este era somente o portador das ideias que a sociedade difundia, não tinha voz própria. Segundo este autor, sob essa perspectiva, o mundo organizava-se em classes sociais, divididas, por sua vez, entre dominantes e dominados, sem que houvesse trocas de posições desses lugares.

Somente na pós-modernidade, essa concepção foi ressignificada. Filósofos e sociólogos reconhecem que existem os sistemas ideológicos, mas estes estão presentes em toda a sociedade e em todas as camadas sociais. Assim, qualquer grupo social cria e define seu próprio sistema de pensamentos. A grande importância dessa nova concepção é que "(...) passou-se a estudar não só a ideologia dominante, mas todos os sistemas de valores que se constroem dentro dos grupos sociais" (Charaudeau, 2010a, s.p.).

Essa concepção implica também uma relação direta com a democracia. Para Charaudeau (2010a, n.p.), "a partir do momento em que se concebe que ideologia são sistemas de ideias e valores que surgem em todos os grupos sociais, vemos como a

democracia é uma relação entre sistemas de poder e de contrapoder" Sendo assim, para o autor, a democracia não pode ser compreendida como a dominação de uma maioria; mas, sim, a capacidade de as minorias defenderem e legitimarem seus próprios sistemas ideológicos em qualquer lugar público. Cabe a cada pessoa construir sua autonomia, "(...) o que é bem diferente de uma sociedade em que dominantes são sempre os mesmos, e os dominados também" (Charaudeau, 2010a, s.p.).

Charaudeau (2006) expõe duas posições teóricas sobre ideologias para ilustrar algumas dificuldades ou até mesmo inconsistências para se aplicarem seus conceitos numa situação dada. Na primeira, o autor situa que os indivíduos vivem e agem socialmente, motivados por uma coerência dissimulada, uma construção de vida que, embora real, não corresponde efetivamente ao real, porque tais indivíduos precisam produzir discursos de racionalização para explicar o pertencimento a esse real aparente.

Ao criarem esses discursos, também construiriam outro lugar de coerência significativa que mascararia o primeiro. Nos discursos em que se representam, esses indivíduos se reconheceriam como pertencentes a um determinado grupo social, numa política identitária de identificação e de exclusão. "Desse modo construiriam para si próprios uma 'consciência social' que seria alienada pelos discursos dominantes que provêm de diversos setores da atividade social (...), constituindo uma *ideologia dominante*" (Charaudeau, 2006, p. 192).

Nessa dinâmica social, Charaudeau (2006) considera que a ideologia nos apresenta como um modo de articulação entre significação e poder com quatro funções: *legitimar*, *dissimular*, *fragmentar* e *reificar*. A legitimação é a forma por meio da qual os indivíduos racionalizam a própria legitimidade para justificarem sua posição de dominação. A dissimulação, como consequência da atividade de racionalização, mascara as relações de dominação. A fragmentação, por sua vez, resultante da dissimulação, acarreta a oposição dos grupos entre si. Por último, Charaudeau (2006) acredita que, como a racionalização tende a naturalizar a história como se ela fosse atemporal, ocorre a reificação.

Na segunda posição, Charaudeau (2006) cita uma visão de ideologia "(...) que critica o postulado da divisão social em dois sistemas significantes, o qual propõe que atrás da construção discursiva racionalizante se encontre o real único, pré-construído, que tem sua própria verdade" (Charaudeau, 2006, p. 192).

A posição crítica do autor sobre essa visão teórica recai explicitamente sobre o fato de que ela contraria o próprio papel social legitimado como uma construção simbólica, uma representação.

O autor apresenta-nos outros exemplos, porém acreditamos que os que se encontram citados corroboram a posição inicial por ele colocada sobre a inconsistência, muitas vezes, entre a teoria e a prática, bem como as controversas entre as hierarquias. Tais problemáticas o levam a criar a teoria dos imaginários sociodiscursivos, esteando-se na visão de representação social como fenômeno cognitivo-discursivo geral, em que se pressupõem sistemas de saber distintos, quais sejam: saberes de conhecimento e saberes de crença.

Para mostrar-nos sua visão sobre representações sociais e sistemas de pensamento, Charaudeau (2006) utiliza-se de três princípios que considera constitutivos desse fenômeno social. O primeiro concerne às práticas sociais concretas que comportam uma tripla dimensão: a cognitiva, que permite a organização mental da percepção de mundo; a simbólica, que permite a interpretação real, e a ideológica, que permite a atribuição de valores ao papel das normas em sociedade.

O segundo princípio é a indissociabilidade entre representações e uma teoria de sujeito, tendo em vista que "(...) sujeito individual ou sujeito coletivo, este é sobredeterminado — ao menos em parte — pelas representações do grupo ao qual ele pertence ou deseja pertencer" (Charaudeau, 2006, p. 195). Esse posicionamento crítico do autor é legítimo, de acordo com o que propõe no quadro comunicacional, pois o EU enunciador (EUe) e o EU comunicante (EUc) são regulados por um contrato de comunicação e por um contexto situacional em que se encontram inseridos.

Por último, Charaudeau (2006) reitera o pensamento de Christian Guimelli, estudioso das representações sociais, o qual defende a proposição de que todo pensamento é social, condicionado pela diversidade dos grupos aos quais os sujeitos pertencem. Nessa perspectiva, "as representações têm por função 'interpretar' a realidade que nos cerca, por um lado mantendo com ela relações de simbolização; por outro, atribuindo-lhe significações" (Guimelli, 1999, p. 64 *apud* Charaudeau, 2006, p. 195). Dessa maneira, as representações são constituídas pelo conjunto de crenças, dos conhecimentos e das opiniões partilhados entre os sujeitos sobre um objeto social, numa dada situação sociocomunicativa.

Quanto aos saberes, Charaudeau (2006) não os considera como uma categoria abstrata da mente; mas, sim, como maneiras de dizer, realizadas por meio da linguagem, a qual contribui para se construírem os sistemas de pensamento. Como mencionamos, há dois tipos de saberes, o de conhecimento e o de crença. Os saberes de conhecimento têm como princípio estabelecer verdades sobre o mundo, sustentadas em um conhecimento empírico. Sendo assim, é um conhecimento exterior ao homem, de caráter científico, que pode ser usado pela

coletividade para construir uma representação da realidade, capaz de lhe permitir o conhecimento dos fatos do mundo.

Diferentemente, os saberes de crença são de ordem pessoal, porquanto servem para sustentar um julgamento sobre os fatos do mundo. Estão diretamente ligados aos valores que cada indivíduo atribui a eles e aos julgamentos que faz em relação a eles. A máxima de Charaudeau (2006, p. 198): "Agora é o sujeito que vai ao mundo e não este que se impõe àquele", usada para mostrar a contraposição entre os saberes de crença e os saberes de conhecimento, sintetiza bem as concepções sobre esses dois saberes.

Embora a teoria nos permita colocar esses dois saberes em contraposição, em uma situação prática do ato de linguagem argumentativo, por exemplo, nem sempre esses saberes são aplicados fronteiriços, pois, segundo o autor, os sujeitos podem apresentar um tipo de saber em lugar e posição do outro, como estratégia de persuasão, de captação desse outro para acreditar na verdade que eles propõem. Um determinado ordenamento de saberes em sistemas de conhecimento e de crença resulta o que Charaudeau (2006) denomina de os sistemas de pensamento. Estes habilitam os sujeitos a se compreenderem e a compreender os fatos do mundo. E, para que haja essa compreensão, o autor cita como critério de base três tipos de saberes sobre os quais se fundam os sistemas de pensamento: teorias, doutrinas e ideologias.

As teorias são construídas com saberes advindos do campo da ciência. Trata-se de um saber que propõe uma verdade empírica num dado momento, mas é possível de sofrer mudanças, a partir de novos postulados, visto que os saberes científicos permitem questionamento pela observação ou pela crítica.

Diferentemente, as doutrinas são constituídas pelos dois saberes, de conhecimento e de crença. Elas não têm o mesmo caráter de abertura a mudanças, como ocorre nas teorias. Trata-se de uma forma de discurso fechado. Para Charaudeau (2006, p. 200), é "um saber de opinião que é maquiado como saber de conhecimento e que termina por tomar o lugar deste." O autor acrescenta que "as doutrinas se auto justificam fazendo referência a uma palavra fundadora transmitida pela tradição oral ou consignada nos textos que têm um valor mais ou menos sagrado" (Charaudeau, 2006, p. 200).

As ideologias têm aspectos comuns com as doutrinas; entretanto, nestas, o sistema de valores tem base dogmática; naquelas, o sistema de valores tanto pode ser originado de uma natureza afetiva quanto de uma natureza normativa, "(...) que tende a definir as aspirações humanas ao afirmá-las como princípios e organizá-las em um discurso de racionalização autojustificativa" (Charaudeau, 2006, p. 201). Sob essa égide, o autor afirma que a ideologia não pode ser concebida como um sistema de valores que tenha por função mascarar o real.

Nas ideologias, a diversidade e a viabilidade de discursos levam ao que Charaudeau (2006) denomina de *processo de ideologização*, favorecido por um conjunto de crenças "(...) mais ou menos teorizadas sobre a atividade social e que tem por efeito discriminar as identidades sociais. Esses processos constituem bem o jogo das relações de poder; entretanto, não é possível confundi-los" (Charaudeau, 2006, p. 201).

O poder é resultante de uma conquista, poderíamos dizer que ocupa uma posição de *status quo* que, a qualquer momento, pode ser confrontada com um possível contrapoder. A ideologia é bem diferente, pois, segundo Charaudeau (2006), efetua-se por intermédio de um sistema de pensamento mais ou menos fechado sobre si mesmo, e que é constituído a partir de valores de um grupo social que se impõe. Assim, ideologia e poder podem ocupar lugares de soberania bastante flexíveis, ora podem ser majoritárias em um grupo, ora minoritárias em relação a outro grupo, que pode se impor de modo mais soberano.

O autor procura mostrar que um sistema de pensamento pode ser aplicado ora como teoria, ora como doutrina e ora como ideologia, pois depende do direcionamento a que ele conduz. O marxismo, por exemplo, para o autor, pode ser apresentado como uma teoria, se o objetivo for explicar as sociedades ocidentais sob os pontos de vista social, político e econômico. Mas pode também ser apresentado como uma doutrina, se a abordagem quiser ressaltar os textos marxistas e erigir a figura de seu criador, no caso Marx, como um profeta, dando a seus feitos uma roupagem dogmática. Por fim, ainda pode ser apresentado como uma ideologia se se considerar seu caráter altruísta, ao aspirar a uma sociedade igualitária, sem lutas de classe.

Após esse percurso, podemos efetivamente trazer os conceitos sobre imaginário a que nos propusemos. Primeiramente, apresentaremos o imaginário social e, em seguida, o imaginário sociodiscursivo. De antemão, orientamos que o conceito dicionarizado sobre imaginário social, visto como algo que é inventado, não corresponde ao que se encontra proposto na Teoria Semiolinguística. Charaudeau (2006) concebe o imaginário social como uma imagem que interpreta a realidade. Essa interpretação se torna possível por meio da experiência e da relação que o homem estabelece com outrem ou com seu grupo social, visando alcançar o consenso de significação. "A realidade tem, portanto, necessidade de ser percebida pelo homem para significar, e é essa atividade de percepção significante que produz os imaginários, os quais em contrapartida dão sentido a essa realidade" (Charaudeau, 2006, p. 204).

O autor acrescenta que todo imaginário tem estatuto de verdade e constrói a percepção do mundo em um saber que, em um dado momento, se legitima como absoluto. Ele está

diretamente ligado à relação que o homem estabelece com o mundo e com seus semelhantes e pode se apresentar sob várias facetas. Alguns imaginários podem ser racionalizados pelos discursos que circulam nas instituições, como nas escolas, nas religiões, na justiça, em que esses imaginários atuam como política identitária. Outros se apresentam de forma subliminar nos julgamentos implícitos presentes nos enunciados, pelas maneiras de as pessoas se expressarem; enfim, pelos rituais sociolinguageiros presentes no cotidiano delas.

Há também os imaginários que estão submersos no que se denomina inconsciente coletivo, visto que, segundo Charaudeau (2006, p. 205) "(...) todas essas implicações complexas são tecidas ao longo da história, constituindo uma memória coletiva de longo termo que, na prática, é identificável apenas por uma abordagem histórica e antropológica", como, por exemplo, o imaginário de pureza da raça.

O autor acrescenta que os imaginários sociodiscursivos são os conjuntos de representações sociais que circulam em uma sociedade e influenciam a produção e a interpretação dos discursos. Eles são construídos a partir de elementos simbólicos, como valores, crenças, estereótipos, mitos, ideologias e também de memórias coletivas, que são compartilhadas pelos membros de uma determinada comunidade ou grupo social. Desempenham um papel importante na produção dos discursos, uma vez que moldam, de certa forma, as escolhas linguísticas, os argumentos utilizados e as formas de persuasão. Também influenciam a recepção e a interpretação dos discursos, na medida em que os indivíduos tendem a filtrar as mensagens de acordo com seus conhecimentos e visão de mundo.

Assim, os imaginários sociodiscursivos são uma maneira de entender como as representações sociais influenciam os discursos e como os discursos, por sua vez, ajudam a construir e a manter essas representações. Eles são muito úteis para analisarmos a dinâmica discursiva em diferentes contextos sociopolíticos e compreendermos como as ideias e os valores são transmitidos e negociados por meio da língua/linguagem.

3.7 *Ethos*: a construção de uma imagem de si

O *ethos* como a construção de uma imagem de si remonta à Antiguidade Clássica, inicialmente na Filosofia grega, nos postulados de Aristóteles, como uma das três provas de persuasão na retórica, juntamente com o *pathos* e o *logos*. Recentemente, a categoria *ethos* foi retomada nos estudos da AD, principalmente por aqueles que lidam com a retórica. Como nosso objetivo é abordar o e*thos* sob a perspectiva da AD, faremos só uma sucinta

contextualização dos conceitos fundadores que surgiram na Antiguidade Clássica para expor os atuais, que retomam esses conceitos.

Na visão aristotélica, a verdadeira arte retórica funda-se em provas, entendendo-se por prova uma espécie de demonstração. Assim, propõem-se dois modos de prova: um, não técnico ou artístico, porque não é inventado pelo orador, recorre-se da evidência de testemunhos ou contratos escritos, e outro, técnico ou artístico, que se efetiva como recursos de persuasão criados pelo orador em discursos orais. Este poderia, portanto, convencer o auditório, apelando para o seu caráter moral (*ethos*), para as disposições criadas por ele nos ouvintes (*pathos*) e pela demonstração de um vasto conhecimento da ciência (*logos*).

O *ethos* é a construção da imagem de si, manifestada por meio de um discurso ilibado, que deve ser capaz de constituir a prova sobre a legitimidade do caráter moral exemplar do orador. Ao orientar sobre o modo adequado do estilo, Aristóteles (2005, p. 257) afirma que "(...) a expressão possuirá a forma conveniente se exprimir emoções e caracteres, e se conservar a 'analogia' com os assuntos estabelecidos" O autor acrescenta que "(...) o estilo apropriado torna o assunto convincente, pois, por paralogismo, o espírito do ouvinte é levado a pensar que aquele que está a falar diz a verdade" (Aristóteles, 2005, p. 257-258).

Nesse contexto, cada orador constrói seu *ethos* em conformidade com a situação discursiva, mas, para ilustrar como adaptar o caráter do orador à emoção dos ouvintes, Aristóteles (2005) exemplifica-o demonstrando como podem se constituir seis tipos de caracteres: os relativos ao caráter e a idade: o *ethos* dos jovens, o do idoso e o dos que estão no auge da vida, e os relativos ao caráter e a fortuna: o *ethos* dos nobres, o dos ricos e o dos poderosos.

A difusão dessa doutrina de retórica clássica se estendeu para o mediterrâneo e acresceu uma nova significação para a noção de *ethos*, a partir principalmente das ideias de Cícero, filósofo, orador e reconhecido jurista, seguidas por Quintiliano, também jurista e professor, que coloca a retórica como importante disciplina na formação educativa escolar. Esses pensadores defendem o *ethos prévio*, a valorização do caráter do orador em relação a seus comportamentos tanto na vida pessoal quanto social, que seriam capazes de persuadir o auditório antes mesmo da exposição pública de seu discurso. Assim, diferentemente de Aristóteles, consideravam que a reputação, ou seja, que o que se sabia do orador antes que ele tomasse a palavra, era relevante para se avaliar o processo persuasivo.

Os conceitos de Aristóteles estão muito presentes nos postulados dos analistas do discurso contemporâneos, muitas vezes, com outras formas de expressá-los, acrescidos de novas posições, aplicados em gêneros do discurso diferentes, expresso de forma oral — que

era a tradição clássica —, mas também de forma verbal, visual ou verbo-visual. Soma-se a isso o fato de que as análises não têm se prendido somente ao caráter de uma pessoa (o orador), mas também se aplicado a grupos sociais. Desse modo, inúmeras correntes teóricas têm abordado o *ethos* como instrumental teórico-prático em conformidade com o objeto de estudo e a linha teórica a que se filiam.

Nesta pesquisa, uma vez que nosso interesse é explicitar teoricamente a relação entre *ethos* e imaginário sociodiscursivo, utilizaremos os conceitos de Aristóteles ressignificados por teóricos por AD, sob a abordagem de três teóricos, quais sejam: Patrick Charaudeau, Dominique Maingueneau e Ruth Amossy. A escolha dessas três visões teóricas também se deve ao fato de que uma complementa a outra no que se refere aos aspectos que pretendemos aplicar em nossas análises.

Para caracterizar *ethos* e imaginário social, Charaudeau (2006) inicia seus posicionamentos reiterando a ideia já explicitada de que a identidade do sujeito se constrói a partir das representações sociais, no entanto insere novo conceito criando o termo *imaginários sociodiscursivos*, para afirmar que as representações sociais são configuradas em imaginários sociodiscursivos do grupo a que pertence. Um posicionamento legítimo, pois as representações são manifestas por meio da língua/linguagem. Essa identidade pode ser voltada para o indivíduo ou para um dado grupo.

Segundo Charaudeau (2006, p. 117-118), normalmente, um grupo tende a julgar os outros grupos com base em traços similares da identidade deles, fato que engendra estereótipos "como os que dizem que 'os franceses são chauvinistas, os ingleses, fleumáticos'", por exemplo. Assim, o *ethos* coletivo nada mais é que a opinião de uma coletividade em relação a um dado grupo, "resultado de uma encenação sociolinguageira", envolvendo julgamentos recíprocos, os quais podem gerar estereótipos, que, frequentemente, como já sabemos, tendem a expressar mais valores negativos que positivos.

Diante disso, no artigo intitulado "Os estereótipos muito bem. Os imaginários ainda melhor", Charaudeau (2017) aponta alguns aspectos negativos sobre o uso do termo estereótipos e do termo imaginário, os quais o levam a substituí-los por imaginários sociodiscursivos. O primeiro deve-se ao fato de haver o uso de variados termos para referir-se a um mesmo campo semântico, como "clichês", "chavões", "lugares comuns", que, devido à repetição, terminam por sedimentar conceitos e valores que passam a ter uma caracterização generalizante. Além disso, são questionáveis quanto ao valor de verdade sobre aquilo que é dito. Essa suspeita dificultaria a noção de estereótipo como conceito, porque "(...) assinala que esta noção é dependente do julgamento de um sujeito, e que, sendo este julgamento negativo,

oculta a possibilidade de que o que é dito contenha uma parte de verdade, a despeito de tudo" (Charaudeau, 2017, p. 572).

O segundo deve-se à ambiguidade quanto ao uso que se faz dessa noção de estereótipo, principalmente nos escritos científicos. Por um lado, defende- se que a aprendizagem social se faria com a ajuda de ideias comuns repetitivas como garantias das normas do julgamento social; por outro, rejeita-se o estereótipo, já que ele deformaria ou mascararia a realidade. O termo imaginário é também problemático, pela forma com que é empregado em certas disciplinas, às vezes como algo que só existe na imaginação ou, ainda, para qualificar a atividade artística nos meios artístico e literário. O autor também se queixa da falta de clareza desses conceitos em disciplinas das ciências humanas e das ciências sociais.

Desse modo, Charaudeau (2017) propõe o uso da palavra *imaginário* com função de substantivo, e justifica que o termo recupera uma noção que se inscreve em tradições filosófica e psicológica, para ser finalmente recuperada e reconceitualizada pela antropologia social. Pode ser qualificado de sociodiscursivo porque se cria a hipótese de que o sintoma de um imaginário é a fala e resulta da atividade de representação que constrói os universos de pensamento, lugares de instituição de verdades. Essa construção se faz por meio da sedimentação de discursos narrativo e argumentativo, propondo uma descrição e uma explicação dos fenômenos do mundo e dos comportamentos humanos. Ele se constrói, assim, de sistemas de pensamento coerentes a partir de tipos de saber que são investidos, por vezes, de *pathos* (o saber como afeto), de *ethos* (o saber como imagem de si) ou de *logos* (o saber como argumento racional).

Os imaginários são engendrados pelos discursos que circulam nos grupos sociais, organizando-se em sistemas de pensamento coerentes, criadores de valores, desempenhando o papel de justificação da ação social e se depositando na memória coletiva.

Mas a isso se deve acrescentar que esses discursos criadores de imaginários se produzem, como já dito, dentro de um domínio de determinada prática social que desempenha um papel de filtro axiológico. Isso permite compreender que um mesmo imaginário possa receber um valor positivo ou negativo, dependendo do domínio de prática no qual se insere.

Maingueneau (2020, p. 9) considera que "(...) estudar o *ethos* é se apoiar em um dado simples, intuitivo, coextensivo a todo uso da linguagem: o destinatário constrói uma representação do locutor por meio daquilo que ele diz e de sua maneira de dizê-lo". Este autor apresenta posições sobre o *ethos* que trazem muitos pontos em comum com a teoria de Charaudeau (2006), considerando principalmente o fato de que estão afiliados à mesma concepção sobre *ethos* na Antiguidade Clássica.

Maingueneau (2008a), no entanto, apresenta um traço diferenciado, ao defender que o *ethos* está, sem dúvida, ligado ao ato de enunciação, como crê Aristóteles; contudo acredita, assim como os romanos Cícero e Quintiliano, que os destinatários já constroem uma imagem do enunciador, antes mesmo de ele verbalizar seu discurso. Assim, o autor reconhece a existência de outro *ethos*, o denominado *ethos* prévio e acrescenta a ideia de eles não se desassociam, estão sempre em interação com o outro.

Com esse argumento de que o público constrói representações do *ethos* do enunciador antes que ele fale, Maingueneau (2008a) defende, portanto, a constituição do *ethos* discursivo e do *ethos* pré-discursivo, porque acredita que,

> (...) mesmo que o coenunciador não saiba nada previamente sobre o caráter do enunciador, o simples fato de que um texto pertence a um gênero de discurso ou a um certo posicionamento ideológico induz expectativa em matéria de *ethos* (Maingueneau, 2008a, p.71)

Com essa caracterização, Maingueneau (2008a, p.70) designa o *ethos* a partir de dois registros: o "mostrado" e, eventualmente, o "dito".

Um aspecto da teoria de Maingueneau (2008a), que interessa bastante a nossas análises, é o fato de, para ele, o *ethos* não seria uma categoria reservada à eloquência ou à oralidade, pode ser aplicada a qualquer discurso escrito, pois "(...) possui uma vocalidade específica, que permite relacioná-lo a uma fonte enunciativa, por meio de um 'tom' que indica quem o disse" (Maingueneau, 2008a, p. 72). Essa determinação da vocalidade origina uma instância enunciativa subjetiva que exerce o papel de fiador. A figura desse fiador é identificável pelo leitor por meio de "indícios textuais" de diversas ordens, ainda que o grau de precisão possa variar de acordo com cada tipo de gênero discursivo, ou de texto.

A partir da noção clássica de *ethos* — que recobre a dimensão vocal e o conjunto das determinações tanto físicas quanto psíquicas das representações coletivas que se atribui a um orador —, Maingueneau (2008a) afirma que o caráter do fiador está, por conseguinte, condicionado a seus traços psicológicos. E há uma corporalidade, que envolve não só a compleição do corpo, mas também a forma de vestir-se e de portar-se socialmente. Assim, caráter e corporalidade do fiador esteiam-se em "(...) representações sociais valorizadas ou desvalorizadas, de estereótipos sobre os quais a enunciação se apoia" (Maingueneau, 2008a, p. 72).

Para Maingueneau, a incorporação atua por intermédio de três registros indissociáveis, que são:

> (...) (a) a enunciação do texto confere uma corporalidade ao fiador, ela lhe dá um corpo; (b) o coenunciador incorpora, assimila um conjunto de esquemas que correspondem à maneira específica de relacionar-se com o mundo, habitando seu corpo; (c) essas duas primeiras incorporações permitem a constituição de um corpo, da comunidade imaginária dos que aderem a um mesmo discurso (Maingueneau, 2008a, p. 72-73).

O tom específico que torna possível a vocalidade é condição necessária da identidade de um posicionamento discursivo e os sentidos que o discurso permite são direcionados, segundo Maingueneau (2008a, p. 73), "(...) pelo *ethos*, pela doutrina e pelas ideias". O texto, nessa perspectiva, exige o esforço do coenunciador de se mobilizar para "aderir fisicamente" a um certo universo de sentido. A qualidade do *ethos*, entretanto, é de competência do fiador, pois é por meio de seu discurso, sua maneira peculiar de falar, que conquista para si uma imagem identitária, que deve estar em consonância com o que ele veicula em seu enunciado, por meio do qual se faz digno de fé, torna-se crível.

Uma dificuldade apontada por Maingueneau (2008a), ao trazer o postulado da pertinência de pensarmos o *ethos* em textos escritos e não só orais, dá-se pela diferença bem significativa entre eles. O texto oral permite um nível de compreensão menos complexo, por contar com a presença física do locutor. Diferentemente do texto escrito, que exige uma capacidade maior do leitor para processar sentido a partir de diferentes indícios textuais e ele deve sempre considerar que, em qualquer discurso, haverá uma vocalidade e um fiador, associado à corporalidade e ao caráter, mesmo que, no texto, tente-se eliminar a presença do fiador.

Maingueneau (2008a) concebe o *ethos* numa posição que ultrapassa a retórica tradicional de ele ser um meio de persuasão. Afirma que este é parte constitutiva do que denomina de cena de enunciação e esta tem igual estatuto do vocabulário ou dos modos de difusão dos enunciados. O autor propõe três tipos: '"cena englobante', 'cena genérica' e 'cenografia'" (Maingueneau, 2008a, p. 75). Não temos como proposição problematizar aspectos relacionados a cada tipo de cena, somente fazemos o enquadramento dos tipos de cenas na análise do *ethos* discursivo das mulheres biografadas.

A cena englobante relaciona-se ao tipo de discurso, responsável por seu estatuto pragmático, o qual permite reconhecer se se trata, por exemplo, de um discurso literário, político ou acadêmico. Essa denominação "cena englobante" se assemelha à proposição teórica bakhtiniana sobre os gêneros do discurso. Nesta pesquisa, considerando o termo cena

englobante, ou o termo gênero do discurso, os *corpora* podem ser inseridos no discurso literário, de teor biográfico.

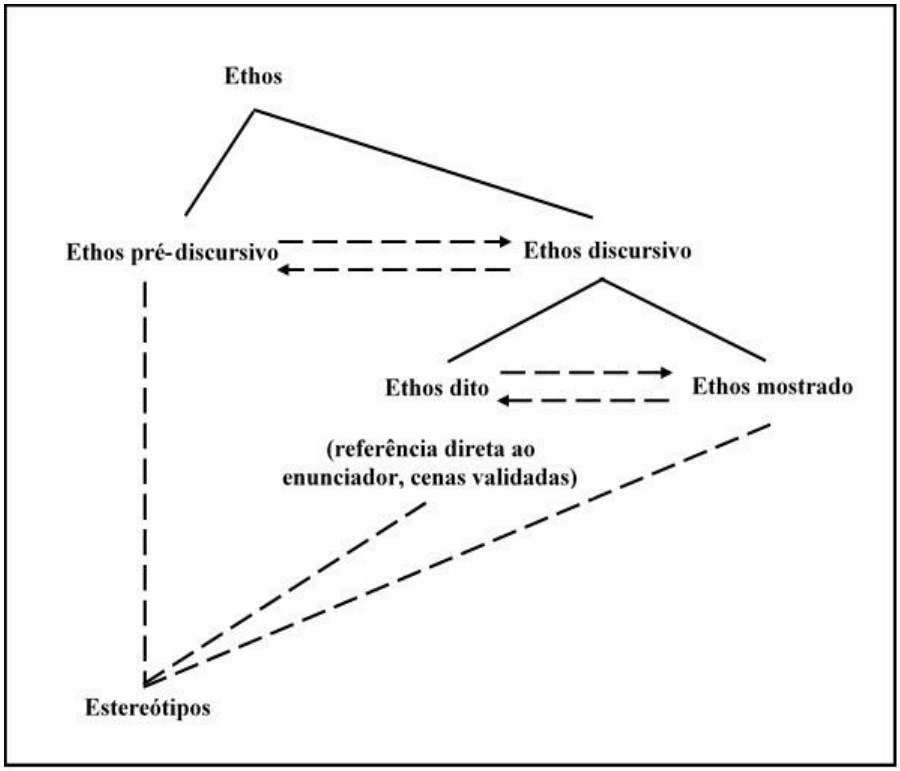
A cena genérica é a do contrato associado a um gênero, como o editorial, o sermão, entre outros. Como podemos ver, o termo *cena genérica* remete ao que denominamos de gênero textual, na Linguística, ou seja, a forma como se materializam os discursos. Nesta pesquisa, os gêneros textuais são denominados de biografia, diário e narrativas de vida, verbalizadas em entrevistas semiestruturadas.

A cenografia não se atém ao gênero, mas ao próprio texto, que desvela toda a trama narrativa, o projeto de escrita, no sentido de intenção comunicativa, conforme também propõe Charaudeau (2009), sob o nome de *contrato de comunicação*. Como ocorre em nossas análises, este projeto de escrita pode ser expresso a partir, por exemplo, da intenção de deixar um legado da vivência do câncer de mama a outras mulheres, ou de orientar sobre a doença sob o viés de uma pessoa que a conhece como profissional, como é o caso da biografia: "De médica a paciente: como o câncer de mama mudou a minha vida", de Fabíola La Torre, que atua em oncologia pediátrica.

Por fim, a cenografia envolve a percepção do interlocutor da presença de vários recursos, entre eles: o conhecimento prévio do que mencionamos como gênero de discurso, dos níveis da língua, dos conteúdos explicitados e dos contextos situacionais de tempo e de lugar da enunciação.

A seguir, apresentamos um quadro de Maingueneau (2008a) com função sintetizadora de sua visão conceitual sobre *ethos*, o qual nos permite construir melhor a imagem sobre como se dão as interações e os desdobramentos, conforme exposto, a seguir.

Quadro 4 - *Ethos* e seus desdobramentos[19]



Fonte: Maingueneau (2008a, p. 83).

Maingueneau (2008a, p. 83) aponta que "(...) a distinção entre *ethos* dito e mostrado se inscreve nos extremos de uma linha contínua, uma vez que é impossível definir uma fronteira nítida entre o 'dito' sugerido e o puramente 'mostrado' pela enunciação" Sendo assim, podemos concluir que o analista de um discurso deve considerar em sua análise, entre outros aspectos, principalmente a interação que se estabelece entre o *ethos* pré-discursivo; o *ethos* discursivo dito (aquilo que o locutor diz a respeito de si mesmo) e o mostrado (expresso na forma de falar); o *ethos* discursivo (que pode não explicitar claramente o que se quer dizer ou mostrar); os elementos textuais ("indícios textuais"); a vocalidade e a cenografia.

Amossy (2008a) traz-nos uma visão de *ethos* que não remete à construção de uma imagem de si necessariamente voltada a garantir o sucesso de um orador à frente de um auditório, como propõe Aristóteles, tampouco a atender às expectativas de uma visada persuasiva dentro de um gênero do discurso oral ou escrito. A autora amplia a noção de *ethos* ao afirmar que "(...) em qualquer tipo de situação do uso da linguagem é pressuposta a construção de uma imagem do enunciador" (Amossy, 2008a, p. 9). Logo, "não é necessário que o locutor faça seu autorretrato, detalhe suas qualidades, nem mesmo fale explicitamente de si". A maneira de ser, de pensar, a expressão sobre seus conhecimentos de mundo, as suas

[19] É importante destacar que o quadro é originalmente do autor citado, mas o título foi adaptado pela autora.

crenças; tudo isso, por si só, é capaz de garantir ao interlocutor uma representação do locutor em uma situação sociocomunicativa. A interação entre o orador (ou locutor) e seu auditório só se realiza por meio da imagem que fazem um do outro.

A autora também deixa clara a ideia de que a apresentação de si não exige uma técnica apreendida, ela ocorre à revelia dos parceiros. Porém, orienta-nos que as escolhas quanto à língua/linguagem trazem consequências que tanto podem favorecer para o sucesso do intento do locutor quanto para o insucesso.

Outro aspecto particularizado na teoria de Amossy (2008b), em relação aos outros teóricos arrolados, é sua defesa de que a noção de estereótipo é de capital importância no estabelecimento do *ethos*. A ideia prévia que se faz do locutor e de sua imagem está condicionada a representações compartilhadas do campo da *doxa*, o que comumente denominamos de senso comum. Ainda segundo a autora, uma comunidade é capaz de avaliar e de conhecer um indivíduo a partir de modelos pré-construídos. Essa estereotipagem permite ao indivíduo significar o real com que se depara.

A estereotipagem é importante também na operacionalização da argumentação, pois "(...) o estereótipo permite designar os modos de raciocínio próprios a um grupo e os conteúdos globais do setor da *doxa* na qual ele se situa" (Amossy, 2008b, p. 126). Assim, para se construir a imagem de um orador (locutor), além do conjunto de suas características, é necessário que se observe a situação em que tais caracteres se apresentam.

3.7.1 A dimensão entre *ethos* e *pathos* e as estratégias de ativação da memória

Sob a perspectiva de Charaudeau (2007), as emoções inscrevem-se em um quadro de racionalidade e estão ligadas aos saberes de crença. Assim, para uma pessoa manifestar emoção em seu discurso, ela precisa deter um saber, ser capaz de avaliá-lo e de se posicionar em relação a ele, para que possa não só vivenciá-lo, mas também exprimi-lo.

Nessa perspectiva, as emoções deveriam ser tratadas sob o olhar de julgamentos que se apoiariam nas crenças que um grupo social partilha, e cujo respeito ou não leva a uma sanção moral (elogio ou repreensão). A esse respeito, as emoções são efetivamente um tipo de estado mental racional.

Para o autor, emoções e crenças estão indissoluvelmente ligadas, visto que, se houver modificação de uma crença, pode haver como consequência a modificação da emoção. Do mesmo modo, se houver modificação da emoção, consequentemente pode haver um deslocamento da crença. Desse modo, Charaudeau (2007) considera importante observarmos

três situações sobre essa relação entre emoção e crenças, conforme exposto no excerto a seguir.

> i) as crenças são constituídas por um saber polarizado em torno de valores socialmente compartilhados; ii) o sujeito mobiliza uma, ou várias, das redes inferenciais propostas pelos universos de crença disponíveis na situação onde ele se encontra, o que é susceptível de desencadear nele um estado emocional; iii) o desencadeamento do estado emocional (ou a sua ausência) o coloca em contato com uma sanção social que culminará em julgamentos diversos de ordem psicológica ou moral (Charaudeau, 2007, p. 3-4).

Para Charaudeau (2007), embora a AD não possa estudar a emoção como realidade manifesta, vivenciada por alguém, é bem pertinente que a análise possa estudar o processo discursivo por meio do qual a emoção pode ser expressa. O autor acrescenta que, ainda que não se possa ter a garantia do efeito produzido, pode-se considerar seu efeito visado. As relações que se estabelecem entre emoção e crenças estão inseridas dentro da problemática da representação, considerando-se que "(...) uma manifestação de emoção pode ser mais ou menos dominada; pode ser controlada para fins táticos numa troca interacional de modo a não ser vista, ou, ao contrário, simulada para impressionar o outro" (Charaudeau, 2007, p. 5). Uma pessoa pode, por exemplo, exprimir uma emoção, ou descrever uma cena, sem que haja uma intenção de comover seu interlocutor, mas este se sentir comovido. Ela pode também exprimir uma emoção, ou descrever uma cena, com a intenção de comover seu interlocutor e não alcançar seu objetivo.

Diante disso, o autor propõe que o analista do discurso centre os estudos da emoção considerando sua manifestação no sujeito que a vivencia ou nos mecanismos que a desencadeiam. O autor também expõe que prefere usar os termos "pathos", "patêmico" e "patemização" em vez de emoção, pois isso lhe permite inserir a análise do discurso das emoções na filiação da retórica, que trata os discursos em uma perspectiva de visada e de efeitos, e demarcar a análise do discurso, caso seja necessário, da psicologia e da sociologia.

Sabemos que há diferentes maneiras de se abordarem as emoções tanto no campo da filosofia quanto da sociologia, mas, nesta pesquisa, a análise da tonalidade patêmica será aplicada na linguagem verbal, observando os atos *locutivos*, palavras ou expressões que expressem essa tonalidade. Segundo Charaudeau (2007), há palavras que já expressam de forma explícita a visada patêmica e outras, aparentemente neutras, que podem apresentar efeito patêmico de acordo com a situação de enunciação. Em nossas análises, utilizaremos os exemplos das quatro tópicas propostas por Charaudeau (2007) e outras que se apresentarem nas narrativas.

As tópicas sugeridas pelo autor são: “(...) a tópica da dor e seu oposto, a alegria; a tópica da angústia e seu oposto, a esperança; a tópica da antipatia e seu oposto, a simpatia; a tópica da atração e seu oposto, a repulsa” (Charaudeau, 2007, p. 11).

As contribuições de *pathos* na argumentação sempre dividiram posicionamentos desde a retórica clássica. Alguns teóricos que primam pela impessoalidade no discurso rejeitam firmemente a presença das emoções, excluindo-as, portanto, do campo da argumentação. Outros, no entanto, defendem que as emoções estão presentes no trato do *ethos* como do *pathos* e o que os diferencia é a forma como se manifestam no discurso.

Plantin (2008), por exemplo, afirma que *ethos* e *pathos* representam duas modalidades de um mesmo trabalho com os afetos que tanto podem expressar valores positivos quanto negativos. Para ilustrar sua proposição, o autor utiliza o posicionamento de Cícero, que defendia a ideia de que, se fossem bem trabalhadas pelo orador, tanto *ethos* quanto *pathos* poderiam promover boa eloquência. Assim, expõe Cicero sobre *ethos* e *pathos* respectivamente.

> Uma, que os gregos chamam de 'ética', é apropriada aos temperamentos, aos costumes e a toda a condução da vida; outra, que eles nomeiam 'patética', serve para perturbar e excitar os corações e é nela que a eloquência triunfa. A primeira é afável, atraente, própria para nos conciliar com a benevolência; a outra é violenta, inflamada, impetuosa, ela extorque o sucesso, e quando flui como uma torrente, não há meio de lhe resistir (Cícero, *do orador*, 45-56, *apud* Plantin, 2008, p.117).

Segundo Plantin, *ethos* e *pathos* caminham juntos: “(...) o *ethos* corresponde a uma forma de afeto ameno, durável, que define o tom de base do discurso; ao afeto tímico, de tipo temperamento, humor, virão se acrescentar as modulações fásicas que são as emoções propriamente ditas" (Plantin, 2008, p. 118).

O que constitui seu objeto maior de defesa é o fato de que a emoção, por si mesma, é argumentativa, por isso pode ser objeto de estudo. Cabe, portanto, aos oradores, ou aos analistas do discurso, saberem discernir a legitimidade ou ilegitimidade das emoções evidenciadas.

Micheli (2012) também defende que as emoções podem ser estudadas como um dos objetos da argumentação e propõe como método de análise das emoções a aplicabilidade de três operações discursivas, quais sejam: a atribuição das emoções, sua avaliação e sua legitimação pelos oradores. Ressalta que o papel dos oradores não seria apelar tanto às emoções; mas, sim "(...) reformular os motivos pelos quais sentem (ou não sentem) uma

determinada emoção e porque é que essa emoção específica deve (ou não deve) ser legitimamente vivida."[20] (Micheli, 2012, p. 41).

O autor aponta quatro critérios que podem ser usados para se avaliarem as emoções nos discursos. No primeiro, pode-se avaliar como a emoção atribuída se enquadra na pessoa que a experimenta, considerando a situação em que ela se manifesta. No segundo, pode-se avaliar se ela se encaixa no objeto em questão e a maneira como ela se encaixa. No terceiro, pode-se avaliar a emoção atribuída de acordo com as tendências de ação com as quais ela possa estar associada. No quarto critério, as emoções podem ser avaliadas de acordo com as demandas normativas associadas ao gênero discursivo, considerando a estrutura utilizada pelo falante. A aplicabilidade desses critérios em nossa pesquisa nos permite avaliar a emoção de forma bem contextualizada com a vivência de cada mulher, considerando as relações que se estabelecem entre a pessoa que a vivencia e o contexto em que essa emoção se manifesta.

Assim como os autores citados, Arnoux (2019) também é partidária da defesa da importância de se aprofundarem os conhecimentos sobre a dimensão emocional dos discursos e dos modos de apresentação das formações discursivas, na medida em que

> estas se caracterizam não só pelos gêneros privilegiados, pelos domínios da memória, pelas fórmulas preferidas, pelas formas de construção dos objetos, pelos dispositivos enunciativos, mas também pelo componente emocional (as formas de semiotizar as emoções, os objetos aos quais são aplicadas, o ethos que legitimam e as paixões que buscam despertar no público) (Arnoux, 2019, p. 14, tradução nossa)[21].

Diante dessas importantes considerações, também nos interessa analisar, nesta pesquisa, as emoções, por meio da ativação da memória por parte das mulheres, em relação a casos de câncer de mama entre familiares e amigos. Conforme afirma Arnoux (2019), as estratégias de ativação da memória são relevantes em contextos de tensão, pois desencadeiam o surgimento de temas imprevistos e exigem a tomada de decisões importantes, as quais têm impacto sobre os eventos e podem, até mesmo numa perspectiva mais ampla, gerar reações em diferentes seguimentos da sociedade.

No caso desta pesquisa, analisar como essa memória se processa na vida das mulheres pesquisadas, quais são as tópicas mais recorrentes, como elas justificam as emoções, pode

---

[20] "(...) reformular los motivos por los que sienten (o no sienten) una emoción particular y por qué esta emoción particular debería (o no debería) ser legítimamente experimentada" (Micheli, 2012, p. 143).

[21] "(...) que estas se caracterizan no sólo por los géneros privilegiados, los dominios de memoria, las fórmulas preferidas, los modos de construcción de los objetos, los dispositivos enunciativos, sino también por el componente emocional (los modos de semiotizar las emociones, los objetos a los que se las aplica, el ethos que legitiman y las pasiones que buscan despertar en el auditorio)" (Arnoux, 2019, p. 14).

contribuir para verificarmos os impactos tanto positivos quanto negativos que esse passado promove na vida delas em relação ao enfrentamento da doença.

3.8 O discurso biográfico: seu papel nas pesquisas etnossociológicas

Apresentamos o referencial teórico relativo ao campo de teor biográfico procurando abranger alguns conceitos fundadores e contemporâneos. Optamos pelo uso do termo gêneros do discurso (ou campo discursivo) com teor biográfico para denominar todos os tipos de gêneros textuais oral ou escrito que apresentam relatos só de momentos da vida, ou da vida inteira de uma pessoa, verbalizados por ela mesma ou por outrem. Os recursos técnicos e os variados suportes criados pelas novas tecnologias de comunicação vêm ampliando o número e o surgimento de variados gêneros textuais do campo biográfico, até então considerado um gênero menor pela crítica literária.

Um aspecto importante desses novos gêneros textuais que vêm conquistando o público é o fato de apresentarem algumas características diferenciadoras dos gêneros canônicos, como a (auto) biografia. Entre elas, a ruptura com o estereótipo de que os textos de teor biográfico teriam que narrar, necessariamente, a trajetória de vida de uma pessoa, desde seu nascimento à morte. E, ainda, que somente pessoas famosas de diversos campos artísticos ou personalidades históricas mereciam ter suas trajetórias de vida imortalizadas. *Minibiografias*, *narrativas de si*, *narrativas de vida*, *histórias de vida* são denominações dadas pelas teorias acadêmicas ou pelo senso comum, as quais trazem, como novo estatuto, registros de alguns momentos da vida de uma pessoa, considerados importantes de vir a público, não mais com a preocupação de registrar uma vida inteira.

Esse fenômeno tem contribuído para chamar à atenção tanto os relatos de pessoas famosas como os das não famosas. Parece-nos, inclusive, que tem havido uma inversão de valores em relação aos gêneros canônicos, pois atualmente as pessoas saem do anonimato para se tornarem famosas, como os influenciadores digitais, que expõem suas vidas por meio de mídias sociais, como *Instagram*, *YouTube* e *TikTok*, alcançando milhões de seguidores. É crescente o número de pessoas que querem expor sua forma de viver ao público, bem como o público que também está ávido por conhecer a vida privada de personalidades ou não. Como afirma Arfuch (2010, p. 16), a expansão do campo biográfico não se deve necessariamente aos novos formatos dos textos, ou a estratégias de mercado, mas ao fato de eles “darem uma tonalidade particular da subjetividade contemporânea"

Para embasar nossas análises, expusemos algumas proposições teóricas sobre gêneros de teor biográfico, apontando características comuns a eles, tomando como base a visão fundadora de Philippe Lejeune sobre o *pacto autobiográfico* e o *espaço autobiográfico*, a de Wander Miranda sobre a posição ocupada pela autobiografia no espaço dos gêneros literários, ambas da década de 1980, e a de Leonor Arfuch sobre a reconfiguração do *espaço biográfico* sob uma visada contemporânea.

3.8.1 Categorias comuns a gêneros de teor biográfico

Abordamos as categorias comuns a gêneros de teor biográfico segundo as concepções de Philippe Lejeune, Wander Miranda e Leonor Arfuch. Lejeune (2008) define a autobiografia como "uma narrativa introspectiva em prosa que uma pessoa real faz da própria existência, quando essa pessoa acentua sua vida individual, em particular a história de sua personalidade" (Lejeune, 2008, p. 14). O autor propõe quatro categorias que são basilares na categorização do gênero, quais sejam: (i) a forma da linguagem, uma narrativa em prosa; (ii) o assunto tratado, versa sobre vida individual, a história de uma personalidade; (iii) situação do autor, identidade que remete a uma pessoa de existência real e do narrador; (iv) posição do narrador, identidade que remete ao narrador e à personagem principal e perspectiva retrospectiva da narrativa.

Os textos de teor biográfico têm em comum o uso de pronomes de primeira (eu), segunda (tu) e terceira (ele) pessoas do singular, no entanto, na autobiografia, é a primeira pessoa que indica a identidade entre personagem principal e narrador, segundo Lejeune (2008). É raro, mas pode haver narração em primeira pessoa, sem que o narrador coincida com a personagem principal e, em sentido inverso, pode haver identidade do narrador e da personagem principal, sem que a primeira pessoa seja empregada. Diante disso, "(...) é preciso então distinguir dois critérios diferentes: o da pessoa gramatical, e o da identidade dos indivíduos aos quais os aspectos da pessoa gramatical enviam" (Lejeune, 2008, p. 16).

Segundo Lejeune (2008), as autobiografias e biografias pertencem ao universo dos textos referenciais, pois se orientam pela intenção de retratar uma realidade exterior à linguagem. Por esse motivo, estão sujeitas a um princípio de verificabilidade. Diferentemente de textos ficcionais, procuram estabelecer uma correspondência com o que é considerado verdadeiro, produzir um *efeito de real*, uma *imagem do real*.

Para compreendermos essa especificidade, Lejeune propõe a noção de pacto referencial, que unifica esse tipo de escrita. No caso da autobiografia, ela é regida tanto pelo

pacto autobiográfico quanto pelo compromisso referencial. Isso implica mais do que a simples assinatura do autor como testemunho de autoria; implica o engajamento em dizer a verdade — ou, ao menos, uma verdade tal como é percebida por quem escreve, mesmo levando-se em consideração falhas inevitáveis da memória, equívocos ou distorções não intencionais.

O autor acrescenta que, na biografia, há a possibilidade de reunir dados diversos e alcançar certo grau de precisão factual no relato. Diferentemente da autobiografia, em que apenas o próprio sujeito é capaz de narrar sua experiência. No entanto, essa precisão absoluta não é um requisito fundamental. Mesmo que o leitor perceba falhas ou inexatidões no relato, isso não anula seu valor referencial, que permanece atrelado à intenção de se reportar a uma realidade.

Esse posicionamento de Lejeune nos leva a inferir que, além da análise dos elementos linguísticos comuns a esse gênero para representar o biografado, é necessário analisá-lo também sob a perspectiva socioantropológica, visto que, ao recontar sua vida, o biografado está sujeito a determinações sociais.

Para o autor, há um aspecto problemático que envolve a autoria de uma biografia, que é a relação de confiança do leitor sobre a veracidade dos fatos narrados, pois o autor de um primeiro livro, por exemplo, é um desconhecido para o leitor. Lejeune (2008) acredita que é somente a partir da escritura do segundo livro que a existência do autor se consolida para o leitor. Na autobiografia, essa produção é indispensável para definir ao que ele se refere como *espaço autobiográfico.*

Outro aspecto que o autor aponta é o uso do nome próprio na autobiografia gerar um contrato social, pois, na escrita, toda enunciação é assumida por alguém que coloca seu nome na capa do livro, em vários pontos do paratexto. É nesse nome que se atesta a presença do "autor": "única marca no texto de um indubitável fora-texto, que envia a uma pessoa real, que exige que se lhe atribua (...) a responsabilidade da enunciação" (Lejeune, 2008, p. 23). Dessa maneira, pode-se afirmar que essa identificação, por si só, reconhece o biografado como uma pessoa real e responsável socialmente, o que legitima também o seu discurso.

Para analisar a posição ocupada pela autobiografia no espaço dos gêneros literários em sua tese de doutorado, Miranda (1987) utiliza como referência de análise os estudos de Elizabeth Bruss (1974) sobre esse gênero. Bastante similar à categorização de Lejeune (2008) sobre o gênero, Bruss (1974, *apud* Miranda, 1987) também defende que,

> (...) para que o ato autobiográfico se efetive, embora caibam transgressões, é necessário o atendimento às seguintes condições: (i) autor, narrador e personagem devem ser idênticos; (ii) a informação e os eventos relativos à autobiografia devem

> ser tidos como verdadeiros, passíveis de verificação pública; (iii) espera-se que o autobiógrafo tenha certeza a respeito das suas informações, que podem ser ou não reformuladas (Bruss, 1974 *apud* Miranda, 1987, p. 29).

A citada autora toma por base o conceito de atos *elocutórios*, mencionados neste capítulo, e estabelece uma analogia entre eles e a noção de gênero, para definir o que ela denomina de *ato autobiográfico*. A autora defende que "(...) os 'atos elocutórios', como atos de linguagem que são, tornam reflexos de situações de linguagem reconhecíveis e institucionalizados numa comunidade linguística" (Bruss, 1974 *apud* Miranda, 1987, p. 29).

Miranda (1987) acrescenta que, à medida que o interlocutor se familiariza com a organização textual do gênero, o autor tem menos necessidade de usar elementos estruturais que façam com que o gênero seja compreendido como o esperado. Nesse sentido, para o autor, a autobiografia "(...) só existe como parte das instituições social e literária que a criam e sustentam, podendo, por conseguinte, ser afetada por mudanças que atingem uma sociedade inteira, ou, particularmente, apenas o sistema literário" (Miranda, 1987, p. 29).

Procurando ampliar os conceitos fundadores sobre gêneros de teor biográfico, principalmente os de Lejeune sobre *espaço autobiográfico,* Arfuch (2010) traça um amplo panorama sobre *o espaço biográfico contemporâneo*, em que, diferentemente de Lejeune, que defendeu a presença dos pactos autobiográfico e referencial, a autora se posiciona a favor da valorização das estratégias de autorrepresentação, do caráter autorreflexivo que provocam, a forma de se construir a narrativa, "(...) os modos de (se) nomear no relato, o vaivém da vivência ou da lembrança, o ponto do olhar, o que se deixa na sombra; em última instância, que história (qual delas) alguém conta de si mesmo ou de outro eu" (Arfuch, 2010, p. 73).

Em nossas análises, procuramos nos ater a essas novas concepções e adotamos duas importantes questões: a forma como foi construída a narrativa, a concepção de sujeito e de identidade. A concepção de sujeito, característica muito presente nos discursos de teor biográfico, faz-se necessária para compreendermos como se constroem as subjetividades. Fazendo nossas as palavras de Arfuch, o que procuramos é a expressão de "(...) um sujeito não essencial, constitutivamente incompleto e, portanto, aberto a identificações múltiplas, em tensão com o outro, o diferente, através de posicionamentos contingentes que é chamado a ter" (Arfuch, 2010, p. 80).

Partimos do pressuposto de que, se por um lado, o eu narrativo não é necessariamente autobiográfico — mesmo que a aparência nos leve a crer nisso —, por outro, o eu autobiográfico também não mantém sua singularidade. Acreditamos que se faz sempre presente em nós, como frisava o pensamento barroco, esse paradoxo humano de ser o mesmo

e o diferente. Arfuch (2013) acredita que essas contradições se efetivam no deslizamento do próprio discurso e na ingovernabilidade do sujeito de sua apropriação na leitura ou na escuta.

Por isso, faz sentido buscarmos nas análises o "Eu" que narra, suas experiências adquiridas por meio dos fatos que narra, suas estratégias de autorrepresentação, a construção de seu *ethos*, sua forma de se identificar positiva ou negativamente com os discursos a que recorre, ao longo de sua narrativa, e as marcas de gênero que podem contribuir para sua construção etótica.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentamos a opção metodológica quanto à abordagem e a sistemática usada para a apresentação e análise dos dados. Conforme já exposto, organizamos a metodologia em duas etapas. Primeiramente, caracterizamos o método de pesquisa, e, em seguida, o método de coleta, considerando a escolha dos *corpora.*

4.1 Metodologia

A metodologia utilizada está ancorada em Estudos de linguagem, na linha da Análise do Discurso e no campo da Etnossociologia.

4.2 Sobre o objeto da pesquisa

Nosso objeto de pesquisa são narrativas de vida de mulheres que receberam diagnóstico de câncer de mama.

4.3 A natureza da pesquisa

Apresentamos esta pesquisa fundamentada em concepções de duas naturezas. Estas pertencem a campos de conhecimentos distintos, mas complementares para as análises: a Análise do Discurso, que envolve as relações entre língua e discurso, e a pesquisa Etnossociológica, recursivamente por meio de relatos de vida. Procuramos descrever de forma mais ampla os diversos tipos possíveis de pesquisa nos dois campos, com o intuito de contribuir com outros pesquisadores e de mostrar, dentro de um universo maior, a pertinência de nossas escolhas, considerando as especificidades desta pesquisa.

4.3.1 Pesquisa em Análise do Discurso

O campo das ciências da linguagem oportuniza análises a partir de arquivos ou de *corpora* organizados com procedimentos sistemáticos tanto de coleta quanto de tratamento do material semiológico reunido. As ciências da linguagem fazem parte das disciplinas de *corpus*, visto que seu objeto de análise se dá por meio da compilação de dados linguísticos “(...) sob a

forma de textos escritos ou orais, de documentos diversos, de observações empíricas selecionadas ou de sondagens provocadas" (Charaudeau, 2011, p. 2).

As análises realizadas nesse campo podem se centrar em dois tipos de estruturação da linguagem: na língua, como sistema, ou no discurso e suas condições de realização. Na língua, como sistema, realizam-se as análises segundo regras de combinações sintagmáticas e paradigmáticas, com abordagens, por exemplo, fonético/fonológicas, morfológicas, semânticas, sintáticas, morfossintáticas, de ordens gramatical ou lexical e "(...) os *corpora* são constituídos por um conjunto de co-ocorrências por semelhanças de forma ou de sentido" (Charaudeau, 2011, p. 2).

Diferentemente, no discurso, realizam-se análises que estudam a estruturação dos usos da língua em função das condições de produção nas quais esses usos se manifestam, "(...) relacionados a comportamentos linguageiros dos sujeitos falantes, e categorizações de sentido relacionadas a sistemas de conhecimento e de crença aos quais aderem os indivíduos ou grupos sociais" (Charaudeau, 2011, p. 2). Um *corpus* de discurso pressupõe a ocorrência de um conjunto de produções linguageiras em situação de uso.

Por conseguinte, segundo Charaudeau (2011, p. 2), dá-se a constituição de duas linguísticas, "(...) uma que se chamará de 'linguística da língua', orientada para a descrição dos sistemas intrínsecos a cada língua, (...), e que pressupõe a existência de um sujeito operador de categorias 'cognitivo- linguísticas', outra que se chamará de 'linguística do discurso'". Esta se ocupa da descrição dos usos e das significações sociais, e conta com um sujeito operador de categorias "sociodiscursivas" e portador de um imaginário social.

A linguística que nos interessa nesta pesquisa é a linguística do discurso. Charaudeau (2010b) defende a ideia de que, para se analisar o discurso, é necessário enfrentar três tipos de problemas:

> (i) o da delimitação do campo de estudo em função dos objetivos de análise, detectáveis por meio dos instrumentais teórico- metodológicos escolhidos; (ii) a relação entre o interior e exterior da linguagem, "entre o ato de linguagem proferido e um 'fora da linguagem', que talvez pertença à linguagem, mas não é verbalizado na própria instância de sua enunciação, não é recuperável nas formas do que foi enunciado, mas é necessário para interpretá-lo"; (iii) o problema do sentido dado aos resultados das análises, que reside na questão de saber qual é o processo que o analista do discurso usa para interpretar os textos e os discursos em sua posição de sujeito analisante. Questões como: qual a prática interpretativa e que teorias podem ser usadas (Charaudeau, 2010b, p. 1).

O autor considera a determinação do campo de estudos uma tarefa bastante complexa, tendo em vista que as abordagens que se apresentam como de análise de discurso têm uma

diversidade muito grande em suas orientações. Elas podem se ocupar, por exemplo, de aspectos mais estruturais da língua, como a análise de marcadores discursivos; dos modos de organização do discurso; da retórica argumentativa; dos sistemas de ideias (ideologias) de que os discursos são portadores.

Diante dessa complexidade, Charaudeau (2010b) sugere reagrupar essas diferentes orientações em torno de grandes problemáticas de estudo. Orienta-nos que uma problemática não pode ser considerada uma teoria, ela serve para se construir um questionamento geral semelhante "(...) a um conjunto de proposições dadas como provisoriamente (ou hipoteticamente) verdadeiras, segundo certos parâmetros. Ela delimita de alguma maneira um posicionamento epistemológico no interior da disciplina" (Charaudeau, 2010b, p. 1). Nesse sentido, cada problemática deve ser definida de acordo com três parâmetros: (i) a natureza do objeto de estudo escolhido, (ii) o modo como é concebido o sujeito do discurso quanto à sua atividade como produtor do ato de linguagem, (iii) e o tipo de *corpus* que é preciso construir para se realizar a análise.

Partindo dessa premissa, Charaudeau (2010b, p. 1-2) estabelece três problemáticas de base em que cada uma delas correspondente a um tipo de abordagem de análise do discurso. A primeira é denominada como uma problemática *cognitiva e categorizante*; a segunda como *comunicacional e descritiva,* e a terceira como *representacional e interpretativa.*

Na problemática *cognitiva e categorizante*, o autor considera como objeto de estudo um conjunto de mecanismos discursivos presentes em textos ou enunciados aleatórios. Em todos esses casos, há categorias instrumentais de análise que servem para delimitar ou produzir configurações discursivas. Essa problemática está afiliada à pragmática linguística, representada principalmente por John Austin.

Segundo Austin (1976), pelos atos de fala nós realizamos uma ação semântica, ou seja, pela enunciação, o falante expressa conscientemente uma determinada significação, já que dizer é transmitir informações, mas é sobretudo uma forma de agir sobre o interlocutor e sobre o mundo circundante. Assim, os atos de fala têm propósitos pragmáticos, pois essa ação semântica é produzida com determinada intenção, como informar, ordenar, advertir, censurar, condenar, absolver, persuadir, ironizar, prometer. Trata-se de atos enunciativos de base, que correspondem a uma tomada de posição particular do locutor em relação ao seu ato de locução.

De maneira simplificada, são denominados: *alocutivos* (o locutor implica o interlocutor no seu ato de enunciação); *elocutivos* (o locutor situa o seu dito em relação a ele mesmo, revelando sua própria posição) e *delocutivos* (tanto o locutor quanto o interlocutor

parecem ausentes do ato de enunciação). Em certos enunciados, Austin (1976) propõe que a força ilocucionária é expressa comumente por meio de verbos denominados por ele *performativos*, como: jurar, prometer, condenar, batizar, apostar. Por meio deles, estabelecem-se relações semânticas e pragmáticas entre texto e contexto.

Segundo Charaudeau (2010b, p. 1), há também "(...) os trabalhos de determinados psicocognitivistas da linguagem que procuram determinar percursos "*down*" ou "*up*" de realização discursiva de esquemas, *scripts* ou cenários para descrever o modo de produção ou de compreensão de textos," e do uso de certas palavras do discurso, como conectores e modalizadores.

O sujeito será denominado cognitivo, segundo Charaudeau (2010b), tendo em vista sua capacidade de

> (...) produzir ou localizar operações de articulações discursivas, tais como: relações anafóricas ou catafóricas, conexões via coordenação ou subordinação, condições de repetição ligadas à coerência, condições de progressão e de não-contradição, regras de argumentação (Charaudeau, 2010b, p. 2).

O *corpus* construído nessa problemática pode ser considerado aleatório e condicionado somente pelos contextos linguísticos em que aparecem os mecanismos objetos de estudo.

Na problemática *comunicacional e descritiva,* o objeto de estudo é empírico, determinado a partir da observação das manifestações dos fenômenos que ocorrem no mundo. Os atos de comunicação podem ser determinados em função de certo número de variáveis, como: a identidade dos parceiros de troca comunicativa, a finalidade do ato em que se encontram os parceiros e as circunstâncias materiais da comunicação.

Segundo Charaudeau, o objeto de estudo pode ser estruturado "(...) em 'tipos ideais' de comunicação que permitem estabelecer diversas tipologias de discursos, de textos, de gêneros ou de situações comunicativas, mas que supõe, todas elas, uma teorização desses tipos ideais de comunicação" (Charaudeau, 2010b, p. 2).

O sujeito está ligado a essas questões empíricas de trocas comunicativas, mas também pode ser construído e teorizado em função da forma com que se constroem e teorizam essas trocas. Charaudeau (2010b, p. 2) considera-o um sujeito de comunicação, o qual se define por suas identidades psicológica e social, "(...) por um comportamento que é finalizado, tanto pelas coerções a que ele se submete se quiser inserir-se numa troca (desse ponto de vista, ele é um 'isso' [ça]), como por suas próprias intenções com relação ao outro (desse ponto de vista, ele é o 'eu')". Entre as diversas possibilidades de definições desse sujeito, podemos

considerar que ele se encontra em uma relação de intersubjetividade com o outro da linguagem, o denominado princípio da alteridade.

O *corpus* para essa abordagem é geralmente constituído de textos que são agrupados em função de seu pertencimento a um tipo de situação comunicativa, como, por exemplo, textos publicitários, jornalísticos, administrativos, textos de manuais escolares, de programas políticos, ou diversos textos conversacionais: entrevistas, colóquios e debates.

Na problemática *representacional* e *interpretativa*, que condiz com nossa pesquisa, o objeto de estudo é definido por meio de hipóteses de representações sociodiscursivas que se supõem dominantes num determinado contexto sócio-histórico e caracterizam os traços de cada grupo social. Tais hipóteses "(...) são interpretativas, posto que é preciso ter, desde o início, uma hipótese sobre o que são os 'posicionamentos sociais' em relação às 'práticas discursivas' e os 'tipos de sujeitos' que a elas se ligam" (Charaudeau, 2010b, p. 2). O autor ressalta que, muitas vezes, pode-se tornar difícil formular as hipóteses, porque existem manifestações discursivas extremamente diversas, nem sempre explícitas, difusas, ou até mesmo imprecisas.

O sujeito também se torna um problema, pois, devido ao fato de ele ser a origem das práticas discursivas que constroem as representações, poder-se-ia considerá-lo, a priori, um sujeito ativo. Entretanto, segundo Charaudeau,

> (...) como essas práticas são partilhadas pelos outros do grupo, e retornam ao sujeito na forma de representações de sistemas de valores que o sobredeterminam, pode-se dizer que se trata de um sujeito passivo, que se dilui na consciência do grupo social (Charaudeau, 2010b, p. 2).

Para o autor, esses dois perfis possíveis de definição de sujeito resultaram duas posições defendidas por diversos analistas do discurso. Uma posição que apresenta uma concepção mais radical, pois nega a existência do sujeito. Essa visão partilha o pensamento de Michel Pêcheux sobre o pré-construído das formações discursivas e a concepção do sujeito como um ser *assujeitado* aos sistemas de poder instituídos. Todavia, lembramos que essa posição sobre o sujeito é retomada pelo autor sob novas perspectivas, conforme vimos no capítulo II.

Outra que, embora reconheça que o sujeito possa ser sobredeterminado, não deixa de considerar sua existência, ele não seria uma mera ilusão. Essa corrente lhe confere algum caráter positivo, ao reconhecer que todo sujeito é detentor de um discurso que o

sobredetermina; mas, ao mesmo tempo, procura se posicionar em relação aos outros. Isso leva Charaudeau a afirmar que:

> (...) de uma certa maneira, esse sujeito é 'responsável' (evidentemente, precisa-se pôr aspas) por suas representações. É uma posição que qualificaríamos como sociológica, defendida na França por certos sociólogos que trabalham com a análise das representações do espaço público nas mídias (L.Quéré), e que têm afinidade com o ponto de vista de uma sociologia construtivista tal como a concebia Bourdieu (Charaudeau, 2010b, p. 2).

O *corpus* é definido em conformidade com a posição que o analista escolhe para aplicar ao objeto de estudo. Charaudeau ressalta que, em ambas as posições, pode haver dificuldade na constituição do *corpus,* visto que "as representações sociais — porque é delas que se trata — constituídas por esses discursos atravessam os suportes, as situações e os gêneros, e, assim, são recuperáveis de maneira transversal" (Charaudeau, 2010b, p. 2-3).

Ainda que haja essa dificuldade, é comum que nos deparemos com um *corpus* que se apresenta constituído por um conjunto de textos, arquivos que foram selecionados devido a seu valor emblemático de discurso dominante, ou por estarem constituídos "(...) por um conjunto de signos-sintomas (verbais ou icônicos) que representam de modo emblemático sistemas de valores ('racismo', a 'imigração', a 'mulher' na publicidade, o emprego de certas fórmulas nas mídias etc.)" (Charaudeau, 2010b, p. 3).

Como podemos ver, o campo do discurso pode ser trabalhado a partir de formas díspares, mas não podemos deixar de considerar que apresentam a mesma finalidade, que é "(...) ver como se estruturam as trocas sociais através da linguagem, e, assim, como se organizam as relações sociais e se instauram os vínculos sociais" (Charaudeau, 2010b, p. 3).

4.3.2 Pesquisa etnossociológica

Diferentemente do raciocínio hipotético-dedutivo, o qual estabelece certas hipóteses de acordo com as teorias existentes, para somente iniciar, a posteriori, o estudo empírico para consolidar as hipóteses, a pesquisa etnossociológica procura indagar sobre um fenômeno da realidade sócio-histórica sobre a qual nada ou pouco se sabe. Segundo Bertaux (2005), o que o pesquisador pode saber de antemão sobre o tema é o fato de este pertencer à ordem dos estereótipos, preconceitos e outras representações coletivas nas quais estão presentes valores éticos que circulam no senso comum.

Sendo assim, o grande valor desse tipo de pesquisa é seu poder de trazer para o espaço público certos elementos dos conhecimentos objetivo e crítico, baseados na observação concreta, pois a abordagem técnica de observação do pesquisador não busca tanto verificar as hipóteses estabelecidas a priori; mas, sim, "(...) compreender o funcionamento interno do objeto de estudo e a modelagem que funciona na forma de um corpo de hipóteses plausíveis" (Bertaux, 2005, p. 21).

Bertaux (2005) ressalta a importância da ênfase na análise dos contextos sociais em que os sujeitos pesquisados estão envolvidos. Assim, "(...) a história de vida pode ser um instrumento precioso para a aquisição de conhecimentos práticos, com a condição de orientá-lo para a descrição das experiências vividas em primeira pessoa e de contextos em que essas experiências se desenvolveram" (Bertaux, 2005, p. 21, tradução nossa)[22].

O espírito comparativo, considerando o momento e a forma em que ele se dá, constitui a centralidade da pesquisa etnossociológica. Por meio da comparação das trajetórias biográficas, podem-se reconhecer as recorrências das mesmas situações, lógicas semelhantes de ação, e descobrirem-se, por meio de seus efeitos, o mesmo mecanismo social ou os mesmos processos. Para Bertaux (2005),

> (...) também por comparação, as hipóteses estabelecidas com base em um número muito pequeno de casos, mesmo de apenas um, são especificadas, são confirmadas e tomam uma forma sociológica às vezes, por distanciamento ou pela "ruptura" com as representações de significado comum (Bertaux, 2005, p. 103, tradução nossa)[23].

Pineau (2006) também defende a pesquisa etnossociológica em histórias de vida no campo das ciências humanas, cuja formação se deu no início dos anos de 1980, e encontra-se hoje não só no campo da pesquisa; mas também no "(...) da formação e da intervenção onde se entrecruzam outras correntes tentando refletir e exprimir o mundo vivido para dele extrair e construir um sentido" (Pineau, 2006, p. 338). Segundo o autor, essas correntes trazem outros nomes, como biografia, autobiografia, relato de vida. Elas podem ser reagrupadas em três subconjuntos de acordo com o que seu título sugere: uma entrada pessoal, temporal ou pela vida, conforme expõe o autor, a seguir.

---

[22] "(...) el relato de vida puede constituir un instrumento precioso de adquisición de conocimientos prácticos, con la condición de orientarlo hacia la descripción de experiencias vividas en primera persona y de contextos en los que esas experiencias se han desarrollado" (Bertaux, 2005, p. 21).

[23] "También mediante la comparación las hipótesis establecidas partiendo de un pequeñísimo número de casos, incluso de uno solo, se van precisando, se van confirmando y van tomando una forma sociológica a veces por el distanciamiento o por la «ruptura» con las representaciones de sentido común" (Bertaux, 2005, p. 103).

> A entrada pelo pessoal constitui o que é chamado de literatura íntima ou aquela "do Eu": confissões, diários íntimos, cartas, correspondências, livros de pensamentos, livros de família, relações... • A entrada temporal é também rica de denominações: genealogia, memórias, lembranças, diários de viagem, efeméride, anais, crônica, história. Enfim, a entrada pela própria vida, com ou sem sua raiz grega, bios. Na língua francesa, as denominações desse último subconjunto são as últimas a aparecer: no século XVII, para as biografias; nos séculos XVIII e XIX, para as auto e hagiografias; na última metade do século XX, para os relatos e as histórias de vida (Pineau, 2006, p. 338).

A grande relevância desse tipo de pesquisa, como defende Pineau, é que os relatos e as histórias de vida possam ser compreendidos como indicadores do surgimento "(...) de um segundo limiar da modernidade biológica, de uma revolução bioética e biopolítica, remetendo aos indivíduos o encargo de construir sentido com suas vidas (...) não apenas do ponto de vista cognitivo, mas também do ponto de vista ético e político". (Pineau, 2006, p. 338-339).

Os apontamentos desses autores trazem contribuições muito enriquecedoras para nossa pesquisa, mas queremos registrar nossa preocupação com a proliferação de termos muito genéricos para designar gêneros de teor biográfico. Perde-se um pouco a referencialidade entre o gênero do discurso, conforme o concebeu inicialmente a teoria bakhtiniana, e gêneros textuais, que materializam esses discursos de variadas formas, e permitem ao pesquisador estabelecer objetivos diversos de pesquisa, considerando exatamente as diferenças de composição e da função social a que visam. O termo, por exemplo, "histórias de vida" pode reportar à historiografia, cuja maior preocupação são os fatos atestados, mas também à análise de um determinado discurso. Acreditamos que o uso do mesmo termo para designar objetos muito diferentes de pesquisa pode gerar problemas de interpretação.

Meccia (2020), além de reiterar as posições de Bertaux e de Pineau sobre a importância da pesquisa etnossociológica, orienta-nos sobre o que considera a melhor conduta em relação aos diversos termos usados para se referir ao campo das narrativas de vida. Para o autor, o pesquisador não deve se ater à nominação, mas à forma de aplicação de um dos quatro métodos que a literatura empírica nos permite fazê-lo, quais sejam: (i) aquele que reconstrói entidades socioestruturais; (ii) aquele que realiza a micro-história; (iii) aquele que reconstrói culturas de grupo; (iv) aquele que revela marcas dos sujeitos.

Acreditamos que a escolha do tipo de estudo que melhor se aplica ao objeto de análise contribui para estabelecer maior clareza para o leitor e melhores resultados nas análises. Procuramos delinear o ponto central de cada método, de forma sucinta, para contextualizar a abordagem teórica, mas nossas análises inserem-se na perspectiva do item iv, o estudo dos marcadores narrativos.

4.3.2.1 Reconstrução de entidades socioestruturais

Esse tipo de estudo tem como objeto de interesse abordagens relacionadas à estrutura social, como mobilidade social, movimentos migratórios de áreas rurais para áreas urbanas, emigrações e imigrações. É esperado que se usem dados quantitativo ou qualitativo, posicionamentos mais objetivo ou mais subjetivo. Conforme afirma Meccia (2020), os testemunhos exercem um papel complementar às estatísticas, eles permitem o acesso ao lado oculto de aspectos que não são evidenciados somente com dados estatísticos.

4.3.2.2 Reconstrução de culturas de grupo

Esse tipo de estudo procura abordar processos de dessocialização e ressocialização tanto relacionais quanto cognitivos. As biografias abordam histórias de pessoas que passaram por processos que lhes causaram mudanças significativas em suas vidas nos comportamentos, na autoestima. Isso afeta os biografados em suas relações sociais no momento da ruptura e pode dificultar o gerenciamento de novas relações, porque os processos podem ser emancipatórios ou dramáticos para os envolvidos.

Há diversas problemáticas que podem ser objeto de estudo, mas podemos ilustrar algumas bem recorrentes: como o uso de drogas, do álcool principalmente; jogos de azar; anorexia nervosa; HIV; prisão por delitos; identidade sexual e/ou de gênero não hegemônica. Em termos sociológicos, segundo Meccia (2020), o objetivo maior com esse tipo de pesquisa é reconstruir as formas características por meio das quais esses grupos sofrem a dessocialização e a ressocialização, considerando que ambas são coletivas e oportunizam aos biografados novos recursos para eles agirem e ressignificarem suas vidas.

4.3.2.3 Criação de uma micro-história

Esse tipo de estudo toma como referencialidade um acontecimento histórico de relevância para a sociedade e o analisa por intermédio do depoimento de atores que o vivenciaram como testemunhas e/ou protagonistas. Meccia (2020, p. 44) orienta-nos que o uso do termo “micro-história”, que está usando, não tem como pretensão entrar nos debates metodológicos da historiografia; mas, sim, associá-la aos indivíduos como a principal fonte de dados, os representantes do nível "micro" da análise social. O que realmente interessa são as histórias não oficiais, as experiências sobre os eventos históricos relatadas nas biografias, as

memórias não hegemônicas, do ponto de vista de atores anônimos. Nessas biografias, os relatos têm envolvido principalmente acontecimentos traumáticos do século XIX, como: a Segunda Guerra Mundial, o genocídio nazista, a Guerra Civil Espanhola e, do século XX, os testemunhos sobre as ações dos governos ditatoriais na América Latina.

4.3.2.4 Marcadores narrativos

Como podemos observar, os métodos anteriores, sugeridos por Meccia (2020), apresentam duas distintas realidades: por um lado, estudos baseados em fatos, que envolvem a sucessão de acontecimentos informados por comportamentos e/ou "histórias de vida"; por outro, o estudo que envolve a narrativa de situações vivenciadas pelas pessoas e como elas (re) elaboram essas vivências.

Diferentemente, o estudo que revela marcadores narrativos se volta para narrativas do eu com construções discursivas que permitem ao analista verificar como os indivíduos vivenciam a identidade social. Poderíamos dizer que a vida é recriada na narrativa com marca-traços linguísticos que explicitam o enunciador. Este é o método que estamos aplicando em nossas análises. Assim como se posiciona Meccia (2020), também consideramos que estudar a história da vida das pessoas é diferente de estudar as maneiras pelas quais essas pessoas contam suas vidas. Sabemos que, desde tempos remotos, os fatos de uma vida chegam a público por meio de narrativas, que nem sempre conseguem reproduzir o vivido tal como ele ocorreu. Mas isso não importa ao analista que busca, como propõe Meccia (2020), as verdades narrativas e não as verdades fatuais.

Analisamos as formas discursivas que as mulheres presentes na pesquisa usam para retratar suas verdades diante do enfrentamento do câncer de mama, os signos-sintoma que nos permitam conhecer suas identidades, seus pertencimentos e suas referências sociais, para que cheguemos, a partir dessa posição mais micro, a representações sociais sobre essa enfermidade, numa posição mais macro. Por isso, consideramos importante a interface entre a sociologia e a análise do discurso.

4.4 Abordagem metodológica e instrumentos para coleta de dados

Esta pesquisa se desdobra em duas etapas: em alguns momentos complementares; em outros, concomitantes: exploração teórica, análise do material de pesquisa, verificação e registro dos resultados.

O primeiro passo da pesquisa foi centrado na escolha do *corpus*. Considerando o desejo de analisar textos de teor testemunhal, orientamo-nos pelas sugestões de Holanda e Meihy (2015) que sugerem a escolha de uma mesma temática em momentos da vida de diferentes pessoas. Elegemos a temática do câncer de mama, envolvendo seis mulheres, por considerar um número bom em relação ao volume de *corpora*.

O segundo passo foi a escolha do(s) gênero(s) textuais, a qual resultou nas três variáveis: biografia, diário e entrevista semiestruturada. A escolha desses gêneros se deveu à proposição de analisar textos de teor autobiográfico, que, mesmo que apresentassem constituições tipológicas diferentes, deveriam ter em comum narrativas de vida de mulheres sobre o câncer de mama.

Desse modo, escolhemos quatro obras literárias (três impressas e uma digital), de domínio público, de três autoras entre as seis mulheres pesquisadas. Destacamos que são quatro obras, porque uma das autoras biografadas fez dois livros (um impresso e outro digital), os quais reportam de forma sequencial dois momentos de sua vida, que nos interessam analisar. Em um deles, ela relata o início e o final do tratamento; no outro, ela resgata todo o processo da doença. Ressaltamos que as entrevistas foram retextualizadas respeitando a oralidade com que as entrevistadas se expressaram na interlocução.

Analisamos o discurso das narrativas tal como se apresenta narrado nas obras, iniciando-se na fase do diagnóstico, em seguida, do tratamento e da restauração da saúde. Nos discursos das entrevistas, procuramos conhecer algumas situações-problema enfrentadas pelas mulheres, iniciando-se no diagnóstico e no tratamento, que se encontrava em processo. As questões das entrevistas têm um direcionamento mais pontual, comparativamente ao discurso narrativo literário, tendo em vista a própria caracterização do gênero.

No campo das obras publicadas, escolhemos os dois diários pessoais de Marina da Silva, formada em Geografia e pós-graduada em Psicologia do Trabalho, com ênfase em Saúde Mental e Trabalho; a autobiografia de Soraia Evangelista, formada em Letras com *Master of Business Administration* (*MBA*) em Gestão de Pessoas; a autobiografia de Fabíola La Torre, formada em medicina, atuante nas áreas de Pediatria, Infectologia e Terapia Intensiva.

É válido destacar também que os títulos das obras, por si só, despertaram-nos o interesse de pesquisa, pois são bastante instigadores, quais sejam: *Câncer de mama: de como quase morri... de medo!* e *Uma década depois...Câncer de mama: não morri... nem de medo!*,

de Marina da Silva[24], obras publicadas em 2005 e 2016, respectivamente; *Um câncer, uma felicidade...*, de Soraia Evangelista[25], obra publicada em 2017; *De médica a paciente: como o câncer de mama mudou a minha vida*, de Fabíola La Torre[26], obra publicada em 2018. Maiores detalhes sobre as autoras e sobre suas obras estão presentes no capítulo V.

Quanto ao critério de escolha das Assistidas na ASPRECAM, deveu-se a duas situações, ao fato de que elas se encontravam em fase inicial do tratamento e à faixa etária, já que esta é importante em se tratando de câncer de mama. Embora saibamos que, historicamente, há maior incidência em mulheres acima de 60 anos, queríamos avaliar o impacto da doença em mulheres mais jovens, pois tem ocorrido um crescimento estatístico em torno das idades menos avançadas.

Escolhemos as seguintes faixas etárias: entre 30 a 40 anos, entre 41 a 50 anos e entre 51 a 70 anos. Por questões de ética, essas mulheres não estão nominalizadas, são denominadas na pesquisa como Assistidas I, II e III. A Assistida I nasceu em 23 de janeiro de 1986, estava, no momento da entrevista, com 35 anos. A Assistida II nasceu em 20 de março de 1974, estava, no momento da entrevista, com 48 anos, e a Assistida III nasceu em 24 de fevereiro de 1955, estava, no momento da entrevista, com 67 anos.

Para maior clareza sobre o procedimento metodológico da pesquisa, reiteramos que são dois grupos de participantes envolvidos, num total de 6 (seis) mulheres. Elas se encontram divididas em dois grupos de pesquisa: o Grupo 1 (G1) e o Grupo 2 (G2).

4.5 As participantes

Apresentamos a seguir as informações sobre os critérios usados com as participantes, segundo orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

---

[24] Marina da Silva, funcionária da Justiça do Trabalho em Belo Horizonte. Formada em Geografia pela Universidade Federal de Minas Gerais, pós-graduação em Psicologia do Trabalho, com ênfase em Saúde Mental e Trabalho, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Diagnosticada com câncer de mama em novembro de 2001.

[25] Soraia Evangelista da Conceição, natural de Resende – RJ. Atualmente reside em Belo Horizonte – MG. Graduada em Letras, *MBA* em Gestão de Pessoas. Diagnosticada com câncer de mama em 30 de maio de 2015.

[26] Fabíola La Torre, natural de Campos dos Goytacazes – RJ. Reside em São Paulo – SP., desde de 1988. Formada em Medicina nas áreas de Pediatria, Infectologia e Terapia Intensiva. Trabalha na UTI pediátrica do Hospital Le Forte e do A. C. Camargo Center há vários anos. Diagnosticada com câncer de mama em junho de 2016.

Quadro 5 - Critérios para participação na pesquisa

Grupo de participantes	Critério de Inclusão	Critério de Exclusão
G1	Ser mulher que já passou pelo câncer de mama e escritora de obras literárias identificadas nesta pesquisa como narrativas de si, cuja temática está relacionada a esse tipo de câncer, e utilizadas em debates e palestras na ASPRECAM.	Não ser escritora de obras literárias utilizadas em debates e palestras na ASPRECAM cuja temática se relacione ao câncer de mama.
G2	Ser mulher que recebeu um diagnóstico de câncer de mama, estar em tratamento no SUS e ser assistida pela ASPRECAM.	Não ser mulher diagnosticada com câncer de mama.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A coleta de dados foi realizada, exclusivamente, por intermédio de ambiente virtual. Para o convite à participação na pesquisa, as possíveis informantes foram acessadas, inicialmente, pela pesquisadora responsável, por meio de ligação telefônica.

Como forma de participação, as mulheres do G1 responderam a questões de um questionário eletrônico de ordens socioeconômica e cultural como instrumento para coleta de dados. Citamos, como tópicos de abordagem: dados sobre identificação, formação escolar, condições socioeconômica e cultural.

Paralelamente, as participantes do G2 responderam ao mesmo questionário socioeconômico e cultural, também na modalidade eletrônica, com os mesmos tópicos de abordagem. Ademais, as mulheres do G2 participaram de uma entrevista semiestruturada. Este tipo de entrevista se caracteriza pelo fato de o pesquisador conduzi-la por intermédio de um roteiro estabelecido, a priori, segundo seus objetivos de estudo, o qual poderia sofrer acréscimos ou exclusões no decorrer da interlocução com a pessoa entrevistada.

Nessa entrevista, citamos, como tópicos de abordagem: o comportamento delas diante do diagnóstico do câncer de mama, o acesso à informação, ao tratamento e o papel da ASPRECAM nesse momento de suas vidas. Para este grupo, portanto, como instrumentos de coleta de dados, contamos com o mesmo questionário eletrônico do G1.

Sobre os materiais utilizados para coletar os dados, empregamos o *Google Forms* para elaboração e disponibilização do questionário eletrônico às participantes dos dois grupos. Em especial para as do G2, utilizamos recurso de videochamada, por meio da plataforma *Google Meet*, um aparelho de gravador de voz, para registrar o áudio da entrevista e o programa *Word*,

para a transcrição das entrevistas, a qual foi feita, inicialmente por meio da *Tecnologia Google Cloud Speech-Recognition* e depois refinada de forma manual. Ressaltamos que não houve registro de imagem.

Sobre o G1, as obras literárias, como objetos de análise, por serem testemunhos de domínio público, foram analisadas pelo ponto de vista da AD, com a explicitude de seus nomes, suas identidades como escritoras de livros já publicados. Todavia, as respostas dessas mulheres ao questionário socioeconômico e cultural, a que foram submetidas, não foram identificadas, com o intuito de preservarmos o direito delas ao anonimato. Portanto, elas estão denominadas no questionário somente como escritora (s).

O questionário contém 16 questões de múltipla escolha sobre dados mais objetivos e pontuais da vida das mulheres, apresentadas por meio de um formulário *Google Forms*, disponibilizado a elas por e-mail. Depois de aplicado, os dados foram compilados em forma de gráficos, para melhor estabelecermos o perfil socioeconômico e cultural das escritoras participantes.

Concernente ao G2, estão inseridas mulheres em tratamento de câncer de mama pelo SUS e Assistidas pela ASPRECAM. Estas responderam também ao questionário, que foi disponibilizado a elas por *e-mail*. Depois de aplicado o questionário, seguimos o mesmo padrão de organização aplicado no G1. Elas responderam também a uma entrevista, contendo 10 questões abertas centradas nos aspectos que queremos analisar sobre os imaginários sociodiscursivos mobilizados e os *ethé* projetados nas narrativas de vida das mulheres com câncer de mama, a partir de suas vivências. Nas instruções da entrevista, orientamos que elas não tinham necessariamente que responder a todas as perguntas.

Em toda pesquisa que envolve seres humanos, há riscos e benefícios. É de competência do pesquisador antecipar-se com relação aos riscos e propor medidas protetivas e preventivas. No caso específico desta pesquisa, listamos, separados em grupos (G1 e G2), os possíveis riscos, distribuídos em quatro níveis: mínimo, baixo, moderado e elevado, conforme estabelecido a seguir.

Para o G1:

(i) mínimo: cansaço ou falta de tempo para responder ao questionário eletrônico — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar questionários breves e com perguntas claras;

(ii) baixo: indisposição ou desconforto para responder às perguntas do questionário eletrônico — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar

perguntas que, embora sejam pessoais, estejam diretamente relacionadas às suas condições sociais, econômicas e culturais.

(iii) moderado: eventual perda do anonimato (sigilo da sua identidade) — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: a pesquisadora assume o compromisso de não revelar a sua identidade; zelando, assim, pelo seu anonimato. Logo, os arquivos relativos ao material de análise foram armazenados com segurança em um computador, com acesso restrito à pesquisadora.

(iv) elevado: constrangimento ao expor algum aspecto social, econômico e cultural de sua vida — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar questões que não envolvam diretamente algum aspecto íntimo e sensível da sua vida, como, por exemplo, a fragilidade emocional sentida ao longo do tratamento do câncer.

Para o G2:

(i) mínimo: cansaço ou falta de tempo para responder ao questionário eletrônico e à entrevista — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar questionários breves e com perguntas claras;

(ii) baixo: indisposição, desconforto ou vergonha para responder às perguntas do questionário eletrônico e da entrevista — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar perguntas que, embora sejam pessoais, estejam diretamente relacionadas a suas experiências como mulher diagnosticada com câncer de mama.

(iii) moderado: constrangimento e estresse ao se expor com relação às experiências vividas ao longo do tratamento — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: ser gentil, amigável e compreensível em relação às respostas recebidas na etapa de coleta de dados, criando, assim, um ambiente de cooperação entre pesquisadora e pesquisada. Além disso, citamos a eventual perda do anonimato (sigilo da sua identidade) — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: a pesquisadora assumiu o compromisso de não revelar a sua identidade; zelando, assim, pelo seu anonimato. Logo, os arquivos relativos ao material de análise foram armazenados com segurança em um computador, com acesso restrito à pesquisadora.

(iv) elevado: possibilidade de ter dificuldades de expor as situações vividas devido à emoção ou a algum trauma — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: interromper a gravação e tentar fazer com que a entrevistada se acalmasse até que se sentisse segura para retomar a entrevista. Foi orientada que, caso ela não conseguisse concluir a entrevista e ainda quisesse continuar como participante, reagendaríamos outra data.

Para ambos os grupos, não houve benefícios diretos, como bonificações ou gratificações materiais. Contudo, como benefícios indiretos, por meio das respostas, a expectativa era que a participante pudesse ajudar a si mesma a refletir sobre situações vividas que ainda não haviam sido consideradas com a importância merecida; além disso, seus depoimentos poderiam contribuir para o debate sobre a criação e o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a saúde e para a qualidade de vida das mulheres brasileiras e de outras localidades.

Para concluir, o critério de encerramento ou suspensão da pesquisa seria uma possível desistência de todas as participantes dos dois grupos ou a negativa em responder ao questionário e à entrevista semiestruturada.

4.6 Cuidados éticos para coleta de dados em ambientes virtuais

Em relação aos cuidados éticos, mantivemos, rigorosamente, todos os compromissos éticos assumidos com o CEP, tais como o direito ao anonimato da participante e a sua retirada da pesquisa em qualquer fase de coleta de dados sem qualquer tipo de retaliação. Devido à pandemia da Covid-19, os instrumentos e materiais para coleta de dados foram exclusivamente eletrônicos/virtuais. O documento que orienta essas ações é o Comunicado CONEP/MS – 0019229966[27].

As mulheres Assistidas participaram da entrevista em suas próprias casas, utilizando celular ou computador. Elas não receberam da pesquisadora responsável valor financeiro para cobrir o custo da internet no momento de sua participação. É importante ressaltar que todas as mulheres envolvidas nesta pesquisa têm a prática de falar sobre o câncer de mama e sobre suas vivências a outras mulheres em diversos meios de comunicação.

Sendo assim, consideramos relevante a participação dessas mulheres nesta pesquisa, porque a construção do *ethos* delas como pessoas que têm enfrentado o problema, apesar de todas as adversidades, pode ampliar os conhecimentos na área oncológica, e ser visto positivamente como um caráter exemplarizante a ser seguido por outras mulheres. Cria-se, com essa estratégia, um grau maior de verdade e também de aproximação, ou seja, de uma política identitária, em que as ações dessas mulheres podem ser tomadas como exemplos por outras pessoas.

---

[27] Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Disponível em: https://www.dppg.cefetmg.br/wp-content/uploads/sites/164/2021/03/SEI_MS-0019229966-Comunicado.pdf. Acesso em: 23 jul. 2022.

Ademais, em relação às garantias éticas, foi assegurado à participante o direito de não responder a qualquer questão, tanto no questionário quanto na entrevista, sem que houvesse necessidade de justificativa. Foi também informado a ela, antes da entrevista, os tópicos abordados, para que tivesse mais informações antes de aceitar participar. No que se refere à transferência e ao armazenamento dos dados, mantivemos o sigilo e a confidencialidade das informações das participantes. Os dados coletados foram armazenados em um dispositivo eletrônico por *download,* não foram salvos em "nuvens" ou outros dispositivos de compartilhamento de arquivos, conforme instruções contidas no documento "Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual"[28].

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado apenas uma vez para cada participante, de forma virtual, por *e-mail*, em um arquivo *Google Forms*; logo, o "aceite" e a anuência se deu, também, de forma eletrônica. Em conformidade com as orientações contidas no documento CONEP/MS – 0019229966, orientamos às mulheres que deveriam guardar em arquivo os documentos usados na pesquisa.

4.7 Apresentação e análise dos dados

Para a estruturação da pesquisa, dividimos o trabalho em três etapas de consecução. Na primeira, foi feito o levantamento bibliográfico que complementaria as referências inicialmente propostas neste projeto — o referencial bibliográfico. Na segunda, a coleta de dados em única fase, envolvendo a aplicação do questionário (para o G1 e o G2) e da entrevista individual. Esta foi realizada somente com as três participantes: as Assistidas pela ASPRECAM. Na terceira etapa, a compilação dos dados dos questionários dos dois grupos. Os resultados obtidos nos questionários foram organizados em forma de gráficos, comparando dados dos dois grupos, com suas respectivas análises. Ainda nesta fase, foi feita a análise da materialidade linguística das quatro obras literárias (G1) e das três entrevistas retextualizadas para a língua escrita (G2), segundo as metodologias propostas. Por fim, fazemos as considerações finais.

Orientamos que, nos capítulos dedicados às análises, as citações dos recortes autobiográficos, dos atos de fala e das sequências narrativas as quais estão sendo usadas como exemplos, estão formatados alinhados à esquerda, espaçamento simples, mas com fonte 12, igual ao restante do corpo do texto. Como não existe uma regulamentação padrão na

[28] Documento disponível em: https://www.dppg.cefetmg.br/wp-content/uploads/sites/164/2021/03/SEI_MS-0019229966-Comunicado.pdf. Acesso em: 23 jul. 2022.

formatação desse tipo de recorte utilizado em trabalhos acadêmicos, mantivemos esse tamanho de fonte, para que haja a diferenciação entre as citações da parte teórica e os recortes dos textos de teor biográfico.

Além disso, nos exemplos retirados dos dois diários e das duas autobiografias citamos os nomes dos capítulos nas referências que compõem as citações, pois estes constituem informações nas análises e podem orientar melhor a compreensão do leitor. Os sumários completos com os respectivos títulos dos capítulos estão disponibilizados nos ANEXOS A, B C e D.

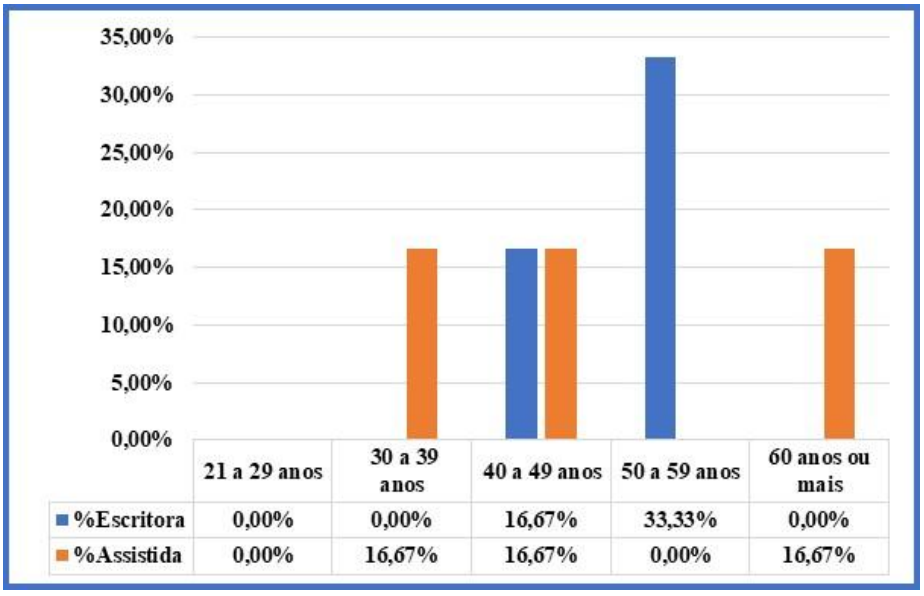
5 ANÁLISE DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CULTURAL

Neste capítulo, traçamos um quadro comparativo analítico sobre os resultados dos dados do questionário, observando as similaridades e as diferenças da realidade socioeconômica e cultural entre as mulheres dos dois grupos pesquisados.

5.1 Resultados dos dados do questionário socioeconômico e cultural

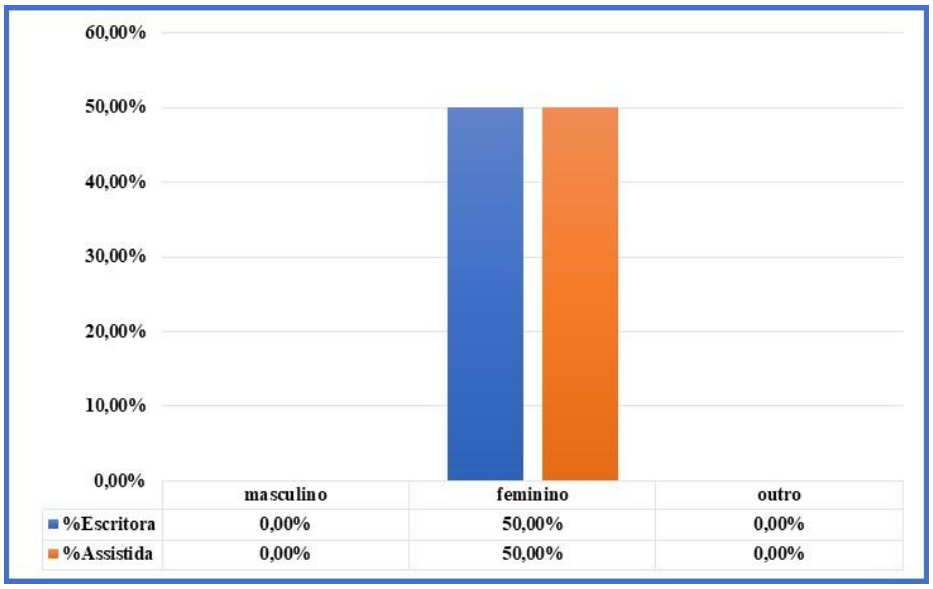
Neste tópico, procuramos fazer os quadros com os resultados de todos os dados dos questionários, mostrando os percentuais comparativos entre os dois grupos e, logo em seguida, fizemos as análises.

Gráfico 16 - Dados referentes à pergunta 01: você se inclui em qual das categorias de faixa etária?



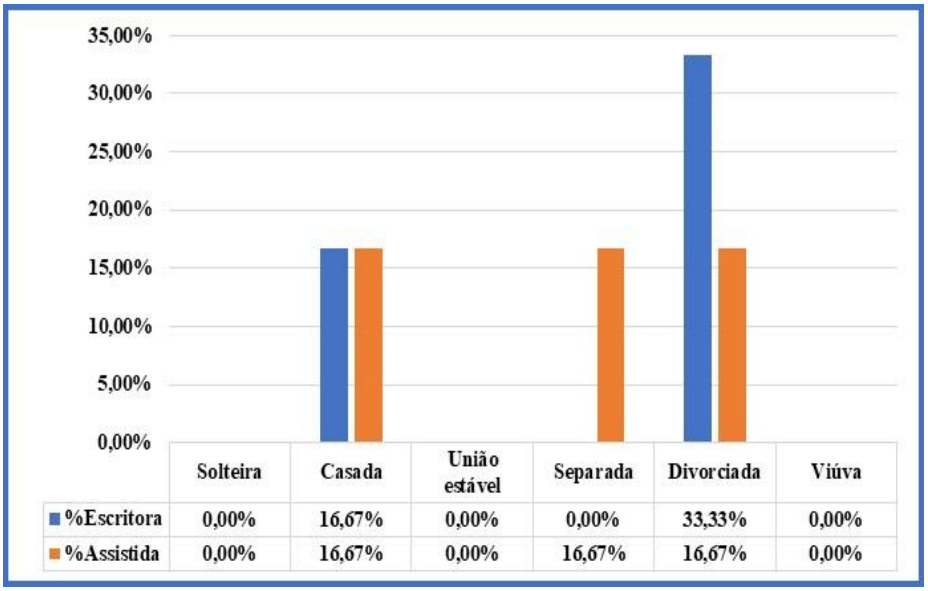
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 17 - Dados referentes à pergunta 02: você se identifica mais com qual gênero?



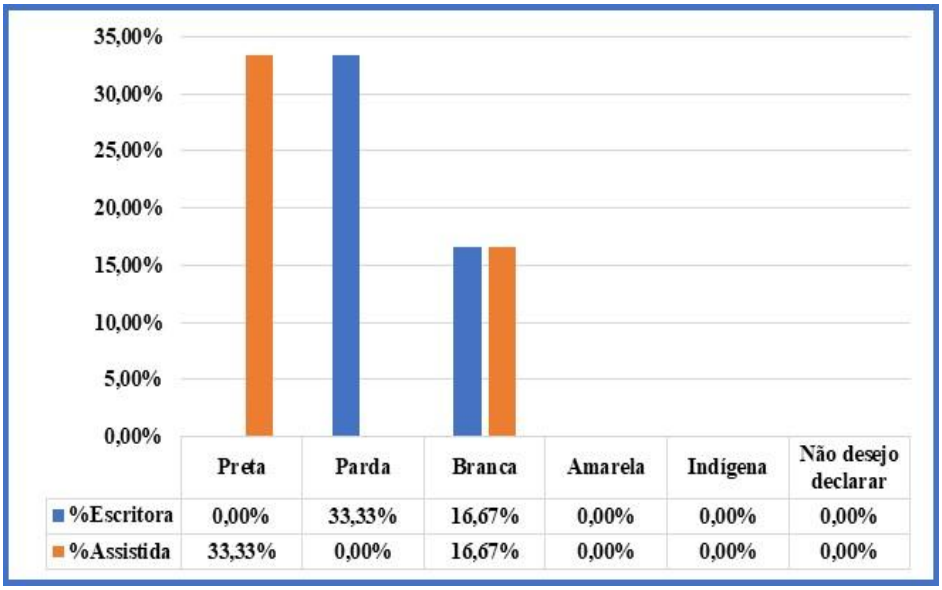
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 18 - Dados referentes à pergunta 03: qual é seu estado civil?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

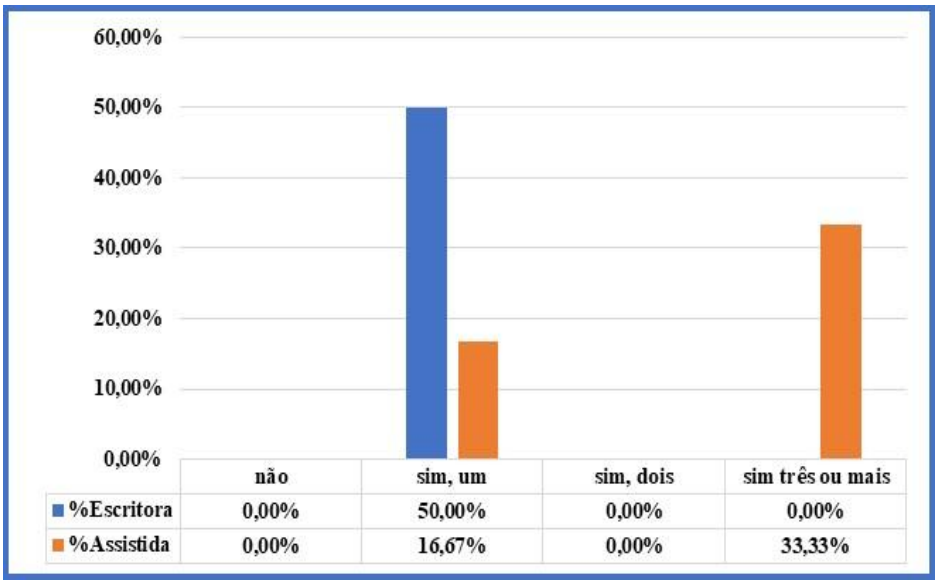
Gráfico 19 - Dados referentes à pergunta 04: você se considera?



	Preta	Parda	Branca	Amarela	Indígena	Não desejo declarar
%Escritora	0,00%	33,33%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%
%Assistida	33,33%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

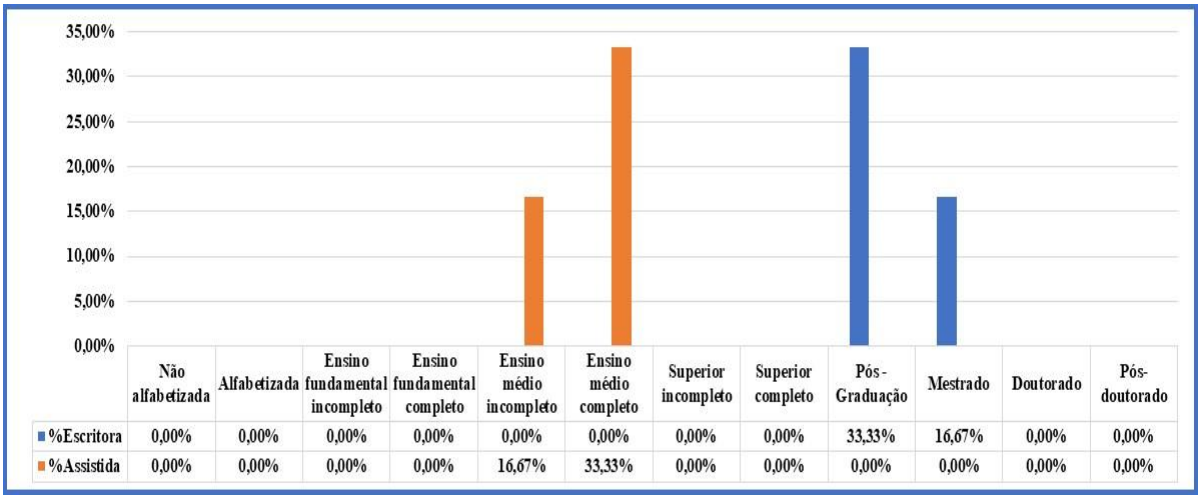
Gráfico 20 - Dados referentes à pergunta 05: você possui filhos?



	não	sim, um	sim, dois	sim três ou mais
%Escritora	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%
%Assistida	0,00%	16,67%	0,00%	33,33%

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

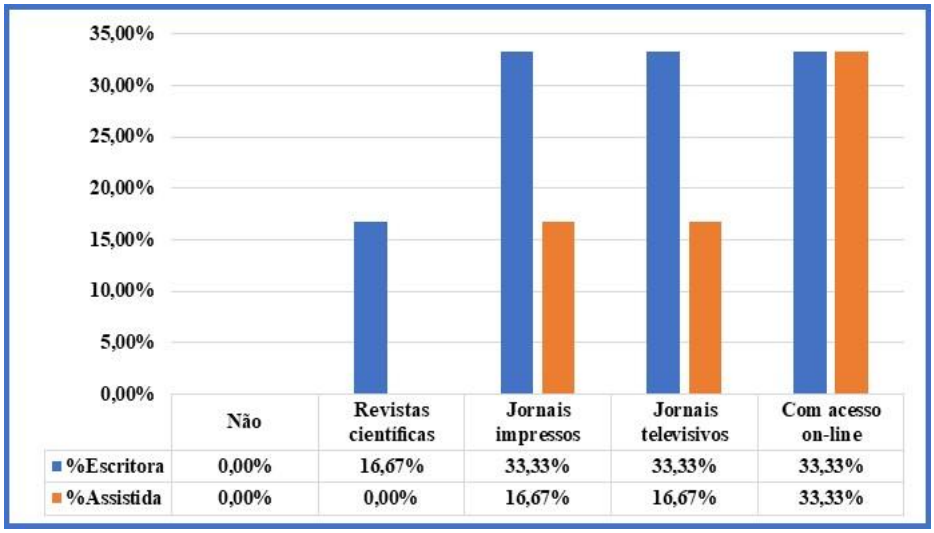
Gráfico 21 - Dados referentes à pergunta 06: você se insere em qual nível de escolaridade?



	Não alfabetizada	Alfabetizada	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino médio incompleto	Ensino médio completo	Superior incompleto	Superior completo	Pós-Graduação	Mestrado	Doutorado	Pós-doutorado
%Escritora	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	16,67%	0,00%	0,00%
%Assistida	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	16,67%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

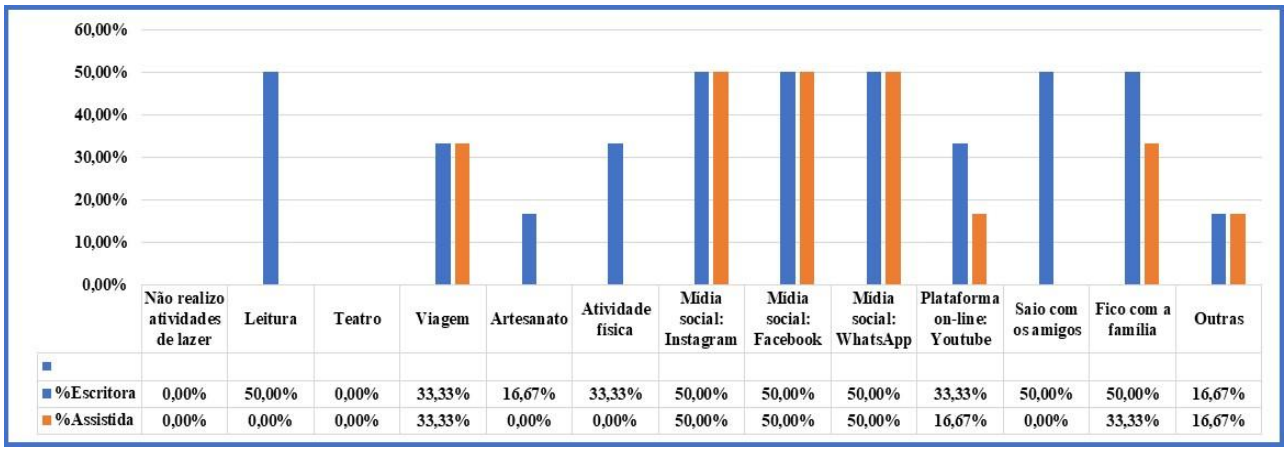
Gráfico 22 - Dados referentes à pergunta 07: você procura ficar informada sobre os assuntos da realidade em que vive? Se “sim”, utiliza quais recursos? (Pode marcar mais de uma resposta)



	Não	Revistas científicas	Jornais impressos	Jornais televisivos	Com acesso on-line
%Escritora	0,00%	16,67%	33,33%	33,33%	33,33%
%Assistida	0,00%	0,00%	16,67%	16,67%	33,33%

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

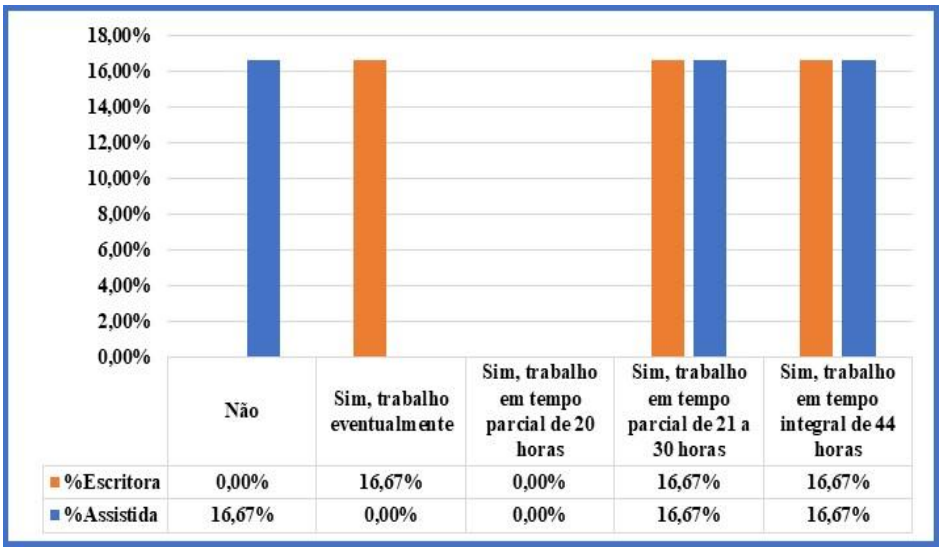
Gráfico 23 - Dados referentes à pergunta 08: você ocupa seu tempo com quais atividades de lazer e de bem-estar? (Pode marcar mais de uma resposta)



	Não realizo atividades de lazer	Leitura	Teatro	Viagem	Artesanato	Atividade física	Mídia social: Instagram	Mídia social: Facebook	Mídia social: WhatsApp	Plataforma on-line: Youtube	Saio com os amigos	Fico com a família	Outras
%Escritora	0,00%	50,00%	0,00%	33,33%	16,67%	33,33%	50,00%	50,00%	50,00%	33,33%	50,00%	50,00%	16,67%
%Assistida	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	50,00%	16,67%	0,00%	33,33%	16,67%

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

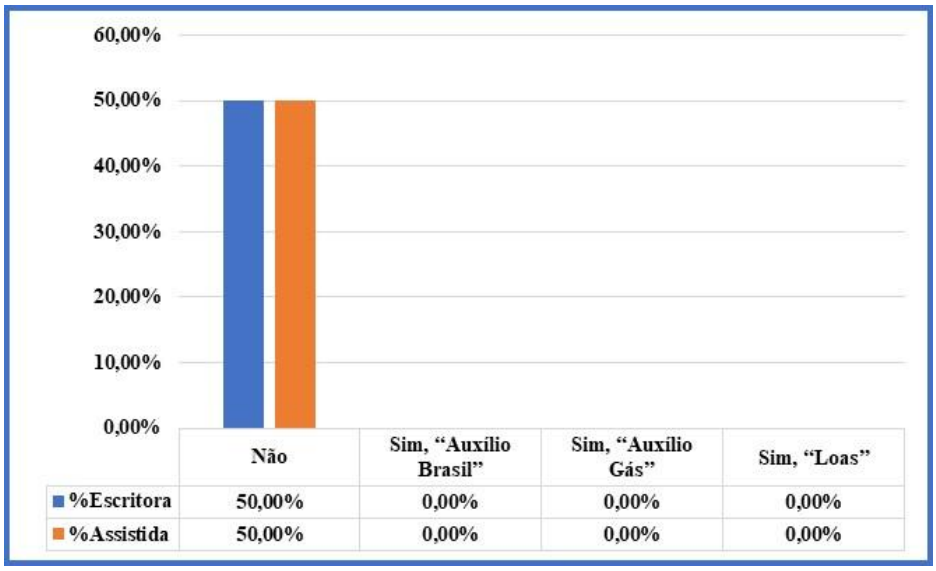
Gráfico 24 - Dados referentes à pergunta 09: você está trabalhando atualmente?



	Não	Sim, trabalho eventualmente	Sim, trabalho em tempo parcial de 20 horas	Sim, trabalho em tempo parcial de 21 a 30 horas	Sim, trabalho em tempo integral de 44 horas
%Escritora	0,00%	16,67%	0,00%	16,67%	16,67%
%Assistida	16,67%	0,00%	0,00%	16,67%	16,67%

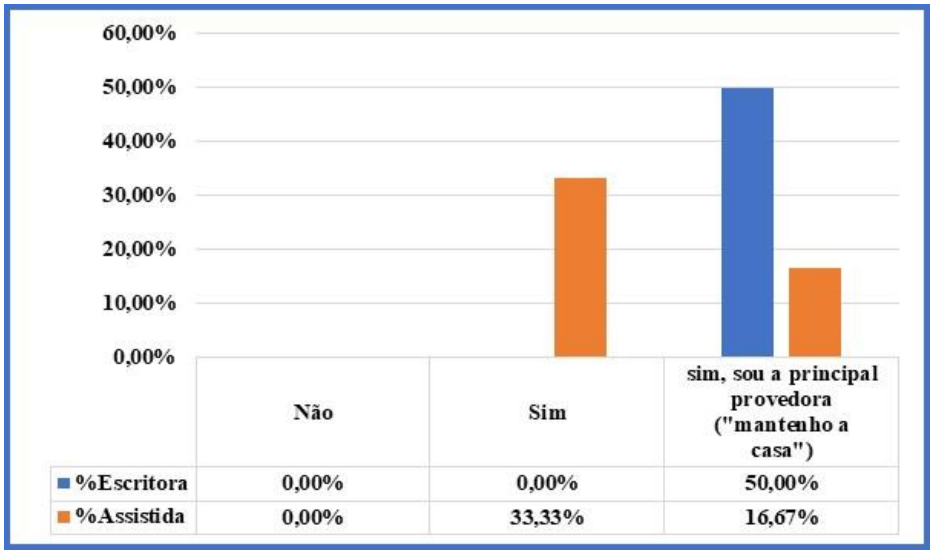
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 25 - Dados referentes à pergunta 10: você é beneficiária de algum Programa Social do Governo: Federal, Estadual ou Municipal?



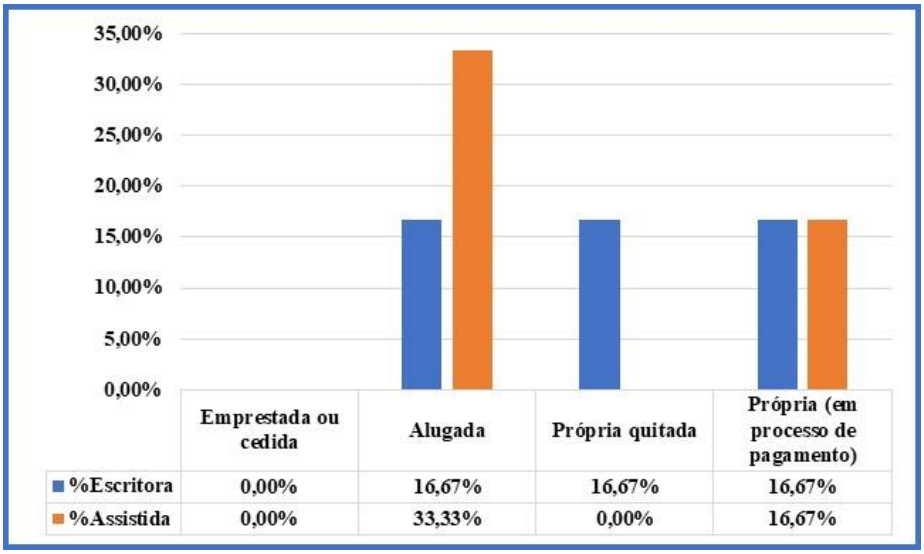
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 26 - Dados referentes à pergunta 11: você contribui com a renda da família?



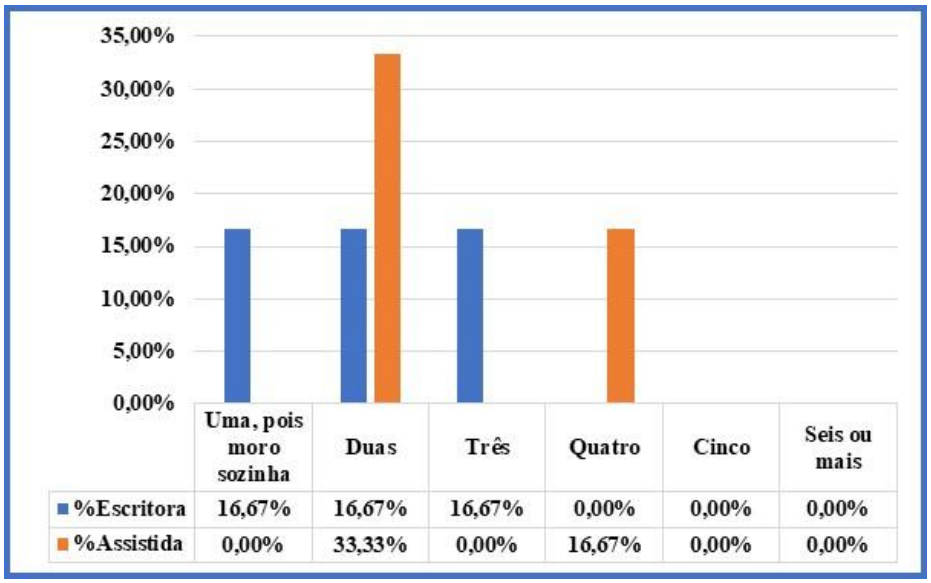
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 27 - Dados referentes à pergunta 12: você reside em casa?



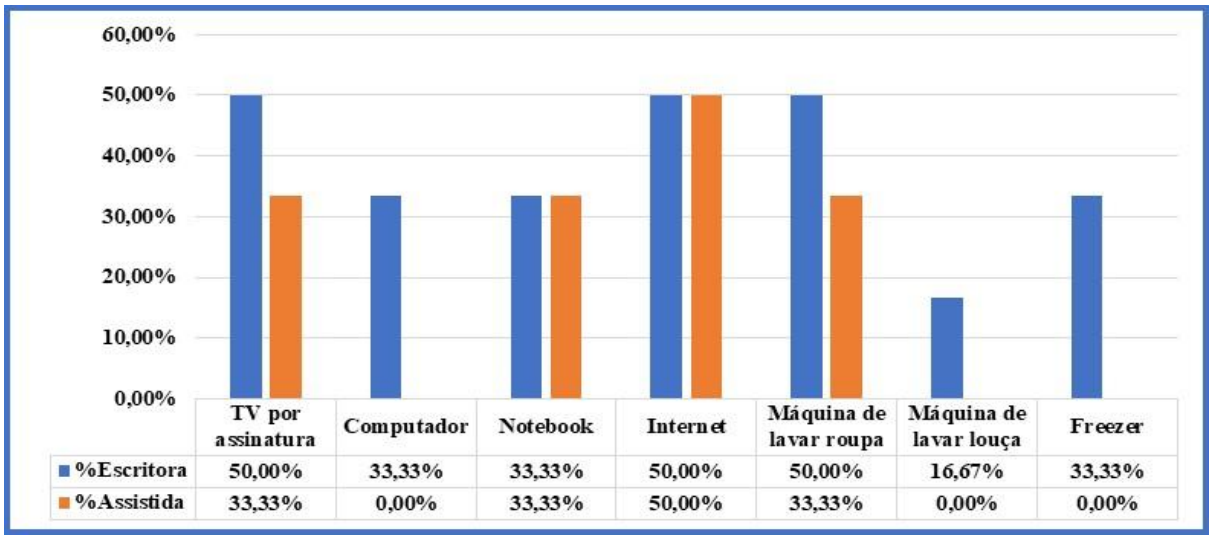
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 28 - Dados referentes à pergunta 13: quantas pessoas vivem atualmente em sua casa (incluindo você)?



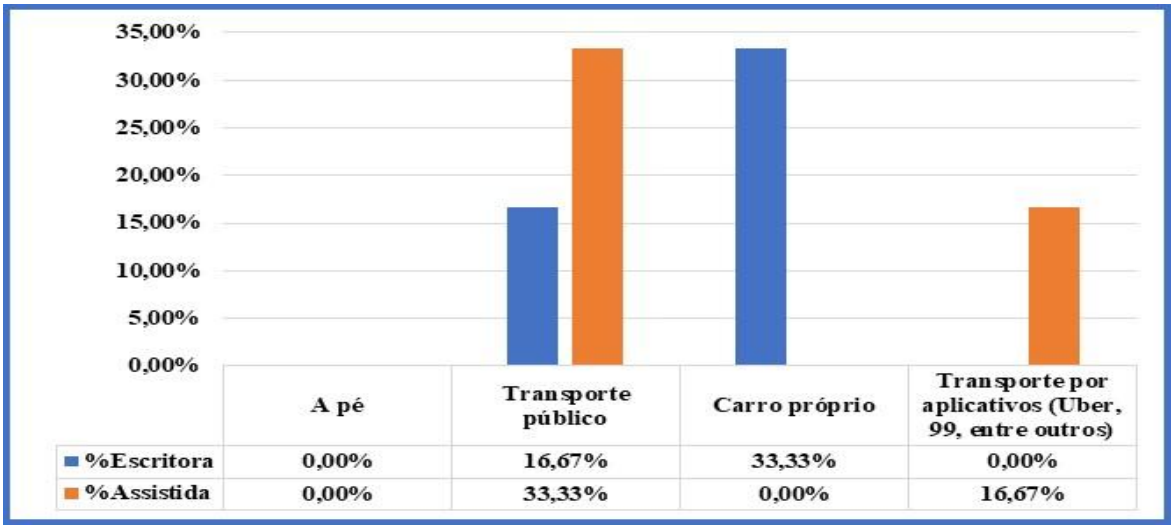
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 29 - Dados referentes à pergunta 14: você deve marcar, a seguir, todos os itens que há em sua casa



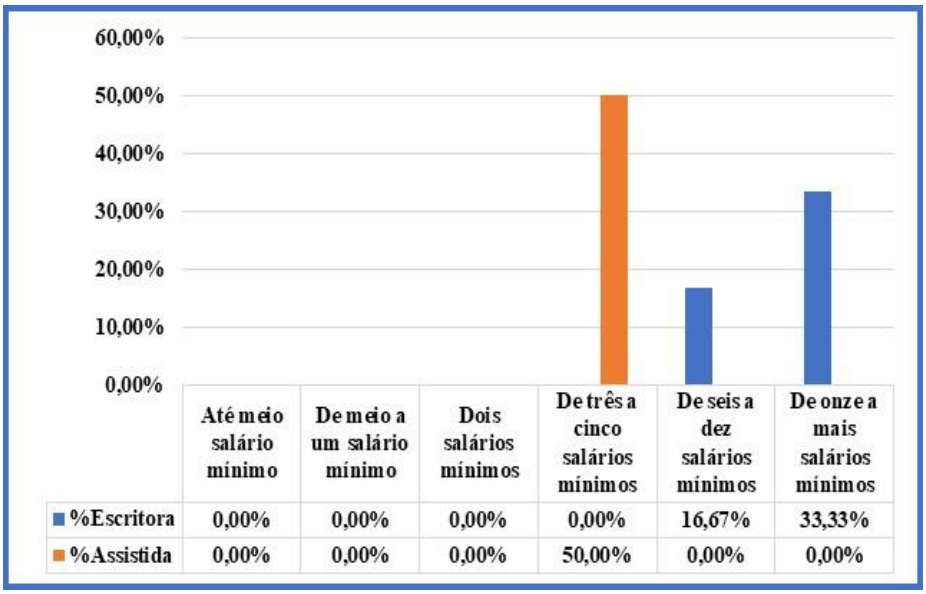
Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 30 - Dados referentes à pergunta 15: você utiliza, com frequência, qual meio de locomoção?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Gráfico 31 - Dados referentes à pergunta 16: qual a renda mensal de toda a sua família? (somando todas as fontes de renda bruta)



	Até meio salário mínimo	De meio a um salário mínimo	Dois salários mínimos	De três a cinco salários mínimos	De seis a dez salários mínimos	De onze a mais salários mínimos
%Escritora	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	16,67%	33,33%
%Assistida	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.2 Análise dos dados do questionário

Antes de fazermos as análises sobre os dados dos questionários, recontextualizamos que alguns deles já eram esperados. A primeira pergunta sobre faixa etária, por exemplo, já sabíamos quais eram as faixas etárias do grupo II, das Assistidas, pois esse foi um dos critérios de escolha delas. Propusemo-nos analisar diferentes faixas etárias, para melhor percepção dos pontos em comum e das variáveis em relação aos imaginários sociodiscursivos das mulheres. A mostragem atendeu bem ao nosso objetivo, porque nos permitiu a análise do discurso de mulheres de 30 a 60 anos. Sabemos que as diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde é a realização da mamografia de rastreamento (quando não há sinais nem sintomas) em mulheres com idade entre 50 a 69 anos. Embora seja crescente a incidência de câncer de mama em mulheres cada vez mais jovens, essas diretrizes ainda não foram atualizadas, para atender às novas demandas contemporâneas. É certo que nossa pesquisa apresenta um número pequeno de mostragem, mas podemos observar que há um total de 3 mulheres de 50 a 60 anos, mas também há 3 mulheres de 30 a 49 anos.

A segunda pergunta sobre gênero também era um dado que já sabíamos de antemão, que seriam 100% mulheres, pois orientamos no capítulo III da metodologia que nossa pesquisa se volta para o câncer de mama feminino. Inserimos esse tipo de item no

questionário para garantir o caráter científico dentro de padrões éticos, ao dar voz às pessoas envolvidas e também para nos lembrar de que não seria uma resposta previsível de 100% do gênero feminino, pois existe o câncer de mama masculino, embora apresente baixa incidência comparativamente ao feminino, e seja uma informação praticamente desconhecida para a maioria das pessoas.

A terceira pergunta sobre o estado civil das mulheres mostra que há grande percentual delas na condição de divorciadas/separadas (66,5%). Constatamos que o comportamento de algumas dessas mulheres que estiveram ou estão lidando com o tratamento, sem a presença dos maridos ou de um companheiro, apresenta variáveis. A primeira delas é que a separação nem sempre ocorreu simultânea ao tratamento, há casos em que ocorreu antes ou depois. Algumas demonstram mais dificuldades para enfrentar sozinhas os desafios impostos desde o diagnóstico ao tratamento, e outras enfrentam melhor as situações sozinhas.

A Assistida III, por exemplo, relatou na entrevista que se sentia aliviada por não ter um parceiro afetivo-sexual, pois isso a isentaria de ter que enfrentar algumas questões que envolve a sexualidade, como ficar desnuda e ter que expor o seio mastectomizado ao parceiro, o que poderia causar impactos negativos para ele, conforme ilustra seu posicionamento: “Mas agora eu estou separada, né? (...) Mas todo mundo fala assim, arruma namorado que você é bonita, mas eu não tenho coragem. Como a gente não tem um seio. Eu acho que isso atrapalha a gente. Fico meio sem graça. Acho que que é um baque para a pessoa” (Entrevista Assistida III).

A quarta pergunta sobre etnia (e categoria étnica para se referir às pessoas pardas) mostra que há um número maior de mulheres pretas e pardas (66,6%). No grupo das escritoras, há maior número de mulheres pardas e no das Assistidas, de mulheres pretas. Esse dado sobre a etnia e a categoria étnica ultrapassa a formalidade de conhecermos a cor da pele autodeclarada por elas, pois pesquisas recentes têm apontado que mulheres pretas são acometidas por câncer de mama mais agressivo, como o triplo negativo (TNBC), com prognóstico mais complexo comparativamente ao de mulheres brancas com o mesmo tipo de câncer.

Um estudo iniciado em 2022, coordenado pela doutora Sheila Coelho Soares Lima, no Instituto Nacional de Câncer (INCA)[29], com a fase piloto já concluída e avaliação

[29] Estudo coordenado pelo INCA investiga por que há mais casos de câncer de mama agressivo na população negra. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/canais-de-atendimento/imprensa/releases/2024/estudo-coordenado-pelo-inca-investiga-por-que-ha-mais-casos-de-cancer-de-mama-agressivo-na-populacao-negra. Acesso em: 11 nov. 2024.

retrospectiva de mil pacientes do Instituto, confirmou a relação do câncer de mama mais agressivo com a cor da pele preta ou parda. Segundo a doutora Sheila, embora não se possa descartar fatores comportamental e ambiental, como o menor acesso aos serviços de saúde, como possíveis causas, a primeira hipótese para explicar a maior ocorrência do subtipo mais agressivo (TNBC) em mulheres pretas é a influência da ancestralidade e de mecanismos moleculares. Também destacamos o fato de o maior número de mulheres pretas estar no grupo II, o das que são atendidas pelo SUS, instituição que atende 76% de mulheres negras. Conforme expõe Sheila: "(...) considerando que 76% da população que usa o Sistema Único de Saúde é negra", ela acredita que os resultados do estudo vão reduzir custos e melhorar o tratamento na rede de saúde do Brasil.

A quinta pergunta sobre o número de filhos mostra baixo número de filhos nos dois grupos. A predominância de 66,7% dos participantes com um filho e 33,3% com dois filhos sugere que a maioria optou por ter uma família menor. No grupo das escritoras, um filho; no grupo das Assistidas II, uma média de dois filhos. Esse padrão pode estar relacionado a diversas razões, como a busca por uma melhor qualidade de vida, a priorização da carreira ou mesmo a escolha consciente de limitar o número de filhos devido a questões financeiras e de tempo.

Essa tendência de ter menos filhos é uma observação comum em muitas sociedades contemporâneas, em que as pessoas buscam equilibrar suas responsabilidades familiares com suas aspirações pessoais e também profissionais. Mas um aspecto importante a ser considerado é que, nos dois grupos, as mulheres são muito ativas e estão no mercado de trabalho, o que favorece a redução da prole, um fator que impacta a incidência do câncer, como apontado em nossa pesquisa no capítulo I.

A sexta pergunta sobre a escolaridade mostra uma clara diferença entre os dois grupos. No grupo das escritoras, duas possuem pós-graduação (33,5%) e uma possui mestrado (16,5%), o que indica uma predominância de formação acadêmica mais avançada. Diferentemente do grupo das Assistidas, em que duas possuem Ensino Médio completo (33,5%) e uma possui Ensino Médio incompleto (16,5%), destacando um perfil educacional de menor escolaridade em comparação com as escritoras.

Essa discrepância reflete diferenças social e educacional significativas entre os grupos e influencia as experiências e perspectivas das participantes. Um exemplo sobre isso é a forma diferente como as mulheres dos dois grupos interpretam os termos técnicos usados pelos médicos, quando recebem o diagnóstico. Comparando o momento em que Marina e a Assistida III receberam o diagnóstico, podemos perceber que Marina identifica claramente

que está com câncer, mesmo que o médico tenha usado o termo técnico “carcinoma invasivo”, como mostra este recorte autobiográfico: “— Marina, você está com um carcinoma invasivo... Não escutei mais nada. Carcinoma é câncer!” (Marina, 2005, p. 5). Além disso, todas as atitudes subsequentes dão mostras de que Marina tinha um bom conhecimento prévio sobre a doença.

No entanto, não é o que ocorre com a Assistida III, pois ela não compreendeu que estava com câncer quando o médico lhe deu a notícia. Relata que, quando o médico lhe dissera que estava com câncer e que teria que fazer uma mastectomia, ela não se preocupou, porque não tinha conhecimento do que se tratava. Ela chega a ponderar que foi muito bom não saber sobre a doença e os procedimentos pelos quais teria que passar, porque estava sozinha quando recebeu o diagnóstico, iria de ônibus para casa e poderia ter se desorientado, se soubesse efetivamente da gravidade da doença, conforme afirma na sequência narrativa a seguir.

> (...) tanto que quando ele falou que eu estava com câncer, que fez os exames, tudo aí foi, falou comigo, nós vamos ter que fazer uma mastectomia, mas aí eu não preocupei muito. Aí quando ele mandou passar no Ipsemg, eu fiz. Ele mandou passar lá, numa sala lá para marcar a radioterapia lá no São Francisco. Aí eu fui, marquei. Aí foi que eu fui entender o que que eu tinha, porque até então, eu não tinha entendido. Para mim estava normal. Aí que ele falou comigo, conversou comigo, explicou tudo, aí caiu a ficha. Tudo mais. Depois fui, fiz a radioterapia fiz tudo. (...) tem hora que eu falo que até foi bom eu não ter sabido na hora que o médico falou, talvez seria até pior para mim na rua porque podia ter ficado desorientada no meio da rua. Entendeu? Então pegar ônibus, para tudo, então eu acho que foi até melhor na hora eu não entender (Entrevista Assistida III).

A sétima pergunta sobre os recursos que usam para se informar mostra que o grupo das escritoras apresenta um padrão de busca por informações mais diversificado, recorrendo a diferentes tipos de mídias, incluindo fontes mais especializadas, como revistas científicas. Isso pode indicar um interesse em informações de maior profundidade e em diferentes formatos. É muito comum que elas já conheçam sobre o assunto, mas, mesmo assim, procuram mais esclarecimentos. A escritora Soraia, por exemplo, recorre a pesquisas na internet para aprofundar aquilo que já havia sido exposto por sua médica, relativo ao tipo de câncer que apresentava, conforme exposto na sequência narrativa a seguir.

> Fiz várias pesquisas na internet e confirmei o que a oncologista já havia explicado: apesar de ter sido diagnosticado como estádio I, o grau do tumor é III e isso faz com que ele possa se espalhar por ser altamente invasivo ou mesmo aparecer outro de espécie diferente. Minha situação é de alto grau, mas não encontrei nada que falasse sobre metástase de tumor estádio I, apesar de já ter conhecimento de um (Evangelista, 2017, p.137).

Diferentemente do grupo das Assistidas que apresenta maior concentração no uso de recursos on-line, como pesquisas no *Google*, provavelmente pela facilidade de acesso e imediatismo oferecido por essa modalidade. A ausência do uso de revistas científicas por esse grupo e a menor diversificação podem indicar um acesso mais prático e cotidiano à informação, mas nem sempre positivo para a paciente. Há informações não confiáveis e uma tendência maior de alardear o problema, apontando dados estatísticos muito altos de incidência e de mortalidade e menos exposição sobre os avanços da medicina nesse campo com relação aos procedimentos e ao alto poder de cura da doença.

Desse modo, as informações, sem maiores esclarecimentos, ou sem esclarecimentos mais assertivos, podem favorecer o aumento da ansiedade, do medo e até desencadear um quadro de depressão. A Assistida I, por exemplo, relata que sentiu muito medo, achou que estava condenada à morte quando procurou informações no *Google* sobre o câncer e soube que "de todas as doenças, o câncer tem a maior porcentagem que mata as mulheres", conforme relata a seguir.

> Porque o câncer mata muito, aí eu, aí você começa a estudar um tanto de coisa na internet, né? E aí, lá na internet, estava escrito assim que o câncer, a doença, o câncer é o que mata mais mulheres. De todas as doenças, o câncer de mama tem a maior porcentagem que mata as mulheres. Pensei comigo, vou morrer, Porque até então não sabia o avanço que estava o câncer (Entrevista Assistida I).

A oitava pergunta sobre como ocupam seu tempo com atividades de lazer e bem-estar revela diferenças significativas em termos de diversidade e intensidade de participação. Ambas as categorias indicaram que todas realizam atividades de lazer, mas os tipos e a frequência variam consideravelmente entre os dois grupos.

As escritoras demonstram maior diversificação em suas escolhas de lazer. Todas utilizam mídias sociais como *Instagram*, *Facebook* e *WhatsApp*. Três delas também destacaram sair com amigos, permanecer com a família e dedicar-se à leitura como atividades preferidas. Além disso, duas participantes mencionaram realizar viagens, utilizar o *YouTube* e

praticar atividades físicas, e uma delas destacou o artesanato como forma de lazer. Essa diversidade sugere que as escritoras buscam formas complementares de bem-estar, abrangendo tanto o desenvolvimento pessoal quanto interações sociais. Esse comportamento favorece para que elas consigam superar melhor os problemas comuns causados pela doença, como afirmam respectivamente a escritora Evangelista (2017, p. 112): "(...) estar entre amigos é um dos meus melhores prazeres", e a escritora Fabíola na sequência narrativa a seguir.

> Constatei que minha família é realmente bastante unida e que tenho um casamento sólido. Estamos todos juntos na alegria e na tristeza, na saúde e na doença. Posso dizer, sem mágoa, quem realmente são meus amigos, que estão ao meu lado para tudo e para todos os momentos, não só os de festa. São pessoas com quem eu não falava desde a infância, pessoas que nem conheço pessoalmente, pessoas que estão do outro lado do oceano, isso sem contar os colegas de trabalho e alguns amigos do dia a dia. No fim de 2016, eu sabia que havia me tornado uma pessoa melhor (La Torre, 2018, p. 196).

Diferentemente, o grupo das Assistidas apresenta um escopo mais limitado de atividades. Embora também usem amplamente mídias sociais (com três participantes que mencionaram essa prática), o número de opções diversificadas é reduzido. Apenas duas participantes relataram viajar e uma utiliza o *YouTube*. A interação presencial, como sair com amigos, não foi mencionada, e a interação familiar é menos frequente, com apenas uma participante indicando que passa o tempo com a família. Atividades culturais, como leitura ou teatro, e *hobbies* manuais, como artesanato, não foram mencionadas por nenhuma das Assistidas, o que pode refletir barreiras de acesso ou de interesse.

Um aspecto relevante é a intensidade com que cada grupo dedica tempo ao lazer. As escritoras utilizam aproximadamente 61,5% de seu tempo em atividades de lazer e bem-estar, muito diferente do grupo das Assistidas, que utilizam apenas 38,5%. Essa diferença pode estar relacionada a fatores socioeconômicos, como maior disponibilidade de tempo, acesso a recursos ou diversidade de interesses, no caso das escritoras, e relacionadas a limitações externas, como falta de recursos, ou escolhas mais práticas e acessíveis, por parte das Assistidas.

Sabemos que o lazer e a interação das mulheres com familiares e amigos são fatores importantes para ajudá-las no enfrentamento da doença, em vez de se isolarem, mas muitas delas apresentam relatos na ASPRECAM que enfrentam grande parte do período do tratamento sozinhas. A Assistida III, por exemplo, mesmo com um quadro de depressão, em vários momentos da escrita mostra que tenta enfrentar os momentos difíceis sozinha,

conforme expõe no recorte autobiográfico a seguir: “Eu não tenho nenhum, nenhum companheiro. Eu vivo muito sozinha. Fazendo o que tem que fazer, eu vou pra consulta sozinha, eu faço exame, entendeu? Bobear, eu faço a cirurgia e no outro dia a família fica sabendo”.

A nona pergunta sobre a situação de trabalho revela diferenças importantes tanto na proporção quanto na intensidade do engajamento laboral. Os dados gerais indicam que aproximadamente 33,5% das participantes trabalham em regime integral, com uma carga horária de 44 horas semanais, enquanto o mesmo percentual (33,5%) atua em regime parcial, com jornadas entre 21 e 30 horas semanais. Além disso, 16,5% trabalham eventualmente, sem uma carga horária fixa, e 16,5% não trabalham.

No grupo das escritoras, todas estão ativamente envolvidas no mercado de trabalho. Entre elas, uma trabalha eventualmente, outra possui uma jornada parcial entre 21 e 30 horas semanais, e uma terceira trabalha em regime integral de 44 horas. Essa participação total no mercado de trabalho reflete uma média de horas trabalhadas mais elevada dentro do grupo, sugerindo um comprometimento significativo com atividades laborais, independentemente do regime de trabalho. Todavia, mesmo com carga horária mais elevada, o trabalho é considerado um lenitivo durante o período do tratamento, como expõe, a seguir, a escritora Marina Silva.

> T*rabalhar é um santo remédio*! Enfim, trabalho é VIDA! (...) Voltei a trabalhar na segunda-feira seguinte! Tinha que recomeçar de algum ponto, pegar meus cacos, juntá-los do jeito que desse e reconstruir minha vida. A verdade é que eu nem mais sabia quem eu era naquela altura do campeonato e voltar a trabalhar me ajudaria a descobrir, afinal trabalhar não é um santo remédio e Deus ajuda quem cedo madruga? (Silva, 2016, s.p., grifo da autora).

No grupo das Assistidas, há menor envolvimento profissional. Uma delas não trabalha, e as outras duas possuem regimes de trabalho fixos: uma atua em jornada parcial de 21 a 30 horas semanais, e a outra trabalha em regime integral de 44 horas. O fato de uma participante estar fora do mercado de trabalho, combinado com a ausência de trabalho eventual no grupo, reduz a média de horas trabalhadas e reflete uma menor intensidade de envolvimento laboral em comparação com as escritoras.

As diferenças observadas podem estar relacionadas a fatores socioeconômicos e culturais que influenciam o acesso ao mercado de trabalho. As escritoras, por exemplo, têm mais acesso ao mercado de trabalho e um fator que pode favorecê-las é a maior qualificação

ou acesso a oportunidades que permitam uma participação mais intensa. As Assistidas, por sua vez, podem enfrentar barreiras como falta de oportunidades, responsabilidades familiares, limitações de formação, ou até mesmo a vergonha de expor às pessoas que está com câncer. A Assistida I, por exemplo, relata que seu chefe a aconselhou trabalhar durante o tratamento, por acreditar que lhe faria bem, mas ela não conseguiu frequentar o ambiente de trabalho, devido à vergonha de expor sua imagem, conforme a sequência narrativa a seguir.

> Eu comecei a usar o lenço, mas eu fiquei com muita vergonha de sair na rua. Muita vergonha mesmo. Aí eu fui pedir ele pra mim trabalhar em casa, então assim, o pessoal do meu serviço até hoje não me viu. Só em foto, mas assim, pessoalmente não me viram ainda. Aí eu comecei a trabalhar em casa. Eu trabalhava em casa, eles trouxeram o computador para cá para casa da minha sogra. Eu comecei a trabalhar, só que o meu emocional começou a ficar muito abalado. Entrei em contato com o INSS, demorou muito, mas aí o médico me afastou 6 meses (Entrevista Assistida I).

A décima pergunta sobre o beneficiamento por meio de algum programa social do governo revelou que 100% das mulheres entrevistadas não são beneficiárias de programas sociais, sejam eles federal, estadual ou municipal. Esse dado é significativo, pois reflete uma ausência completa de acesso ou necessidade percebida desses mecanismos de proteção por meio de programas sociais entre as participantes do estudo.

Os programas sociais do governo são projetados para atender a diferentes demandas da população, como a redução da desigualdade, o combate à pobreza e a promoção de acesso a direitos básicos, como educação, saúde e moradia. No entanto, o fato de nenhuma das mulheres pesquisadas ser beneficiária desses programas pode indicar dois cenários principais. No caso das escritoras, pode-se inferir que as participantes pertencem a um contexto socioeconômico que não as enquadra nos critérios de elegibilidade para esses programas, geralmente direcionados às populações mais vulneráveis. Esse perfil sugere que as escritoras entrevistadas têm condições de sustentar suas necessidades básicas sem depender diretamente de subsídios governamentais, o que pode ser considerado um indicador de autonomia econômica e também social.

No caso das Assistidas, é possível que existam barreiras de acesso, como falta de informação, burocracia ou estigmatização associada ao uso de programas sociais que dificultem ou desestimulem a adesão a esses benefícios. Essa hipótese não pode ser descartada, especialmente em contextos em que a desinformação ou o preconceito limitam a efetividade das políticas públicas voltadas para o apoio social. Esses dados sobre as Assistidas

são importantes para nosso trabalho na ASPRECAM, porque podemos fazer uma cartilha com orientações mais precisas sobre os programas e ajudá-las a acessar corretamente os sistemas tecnológicos de inclusão nos programas, quando for o caso.

É fundamental que os pacientes oncológicos conheçam os benefícios que podem ser solicitados no INSS. Quem faz o tratamento contra algum tipo de câncer pode solicitar, por exemplo, alguns benefícios. Entres eles, podemos citar: o Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedido quando o cidadão comprova os requisitos de baixa renda, de deficiência e de idade, conforme a Lei n° 8.742; a isenção do pagamento de imposto de renda; o Benefício por Incapacidade Temporária (conhecido por auxílio-doença), que pode ser pedido por quem estiver incapaz para o trabalho ou atividade habitual.

É importante ressaltar que, neste caso, é preciso ser contribuinte do INSS, sendo que não é exigido o cumprimento do requisito carência para os enfermos[30]. A Assistida I relata, no exemplo a seguir, que passou por muitas dificuldades financeiras, um problema que agrava o tratamento da paciente.

> A minha situação financeira toda foi abalada, toda. Parei de receber o INSS. Foram muitas frustrações, mas Deus sobrevivi, sim, eu, eu sobrevivi. Muitas pessoas vão sobreviver também, então assim, é desesperador, muito, é medonho, muito. Não era sempre que a gente tinha condição financeira, né? De tá bancando, por mais que a minha mãe tá ajudava, é uma situação sem graça em ter que ficar pedindo (Entrevista Assistida I).

A ausência de beneficiárias também levanta reflexões sobre a abrangência e o alcance dos programas sociais disponíveis. Caso exista uma parcela da população que precise de suporte, mas que não esteja sendo contemplada, isso indica a necessidade de revisar os critérios de elegibilidade e as estratégias de comunicação e de acessibilidade dessas iniciativas.

O dado de que nenhuma das mulheres pesquisadas utiliza ou se beneficia de programas sociais pode refletir tanto uma situação de autonomia econômica quanto possíveis lacunas na abrangência ou na percepção de utilidade dessas políticas públicas. Essa análise destaca a importância de um acompanhamento contínuo da relação entre a população e os programas sociais, visando garantir que eles cumpram efetivamente seus objetivos de inclusão e de suporte.

---

[30] Cartilha mulher. Disponível em: https://w3.defensoria.es.def.br/wpcontent/uploads/2020/02/Cartilha_Mulher_FDV-19-11-revisada-final.pdf. Acesso em: 15 dez. 2024.

A décima primeira pergunta sobre a contribuição das mulheres com a renda familiar revela a importância do papel econômico que elas desempenham em seus lares. Os dados indicam que aproximadamente 67% das participantes são as principais provedoras, responsáveis por sustentar a casa, diferentemente dos outros 33% que contribuem de forma complementar com a renda familiar. Essa distribuição destaca um cenário no qual a responsabilidade financeira está significativamente centrada nas mulheres pesquisadas.

No grupo das escritoras, todas desempenham o papel de principal provedora da renda familiar, sendo responsáveis pelo sustento de suas casas. Essa totalidade reflete a independência econômica dessas mulheres e o destaque de suas trajetórias profissionais. A posição de provedora pode estar associada ao acesso a empregos formais ou atividades que proporcionem maior estabilidade financeira.

No grupo das Assistidas, todas contribuem com a renda familiar, mas apenas uma delas é a principal provedora. As outras duas participantes têm participação complementar no orçamento doméstico, indicando que, nesse grupo, a responsabilidade pelo sustento pode ser compartilhada com outros membros da família. Esse dado sugere diferenças no perfil econômico entre os dois grupos, com as Assistidas apresentando uma menor proporção de mulheres ocupando a posição de principal provedora.

Essas diferenças podem ser explicadas por fatores como condições de trabalho, nível de escolaridade, ou mesmo papéis tradicionais de gênero que influenciam a forma como as mulheres participam na composição da renda familiar. É importante observar que, embora todas as participantes contribuam financeiramente, a intensidade e o peso dessa contribuição variam entre os dois grupos.

Em suma, por um lado, as escritoras destacam-se como principais provedoras em 100% dos casos, evidenciando autonomia econômica e um papel central no sustento familiar. As Assistidas, por outro, mostram uma maior diversificação nos papéis econômicos, com a maioria contribuindo de forma complementar. Esses dados reforçam a relevância da participação feminina na economia doméstica e apontam para diferenças marcantes entre os grupos em termos de responsabilidades financeiras e oportunidades econômicas.

A décima segunda pergunta sobre a situação residencial das participantes revela disparidades marcantes entre os grupos de escritoras e Assistidas em relação à posse e às condições de moradia. De maneira geral, 50% das mulheres pesquisadas residem em casas alugadas, 33,5% possuem casa própria em processo de pagamento, e apenas 16,5% vivem em residências próprias totalmente quitadas.

No grupo das escritoras, a distribuição reflete maior estabilidade residencial. Entre as três participantes, uma reside em casa alugada, outra possui uma casa própria quitada, e a terceira está em processo de pagamento de sua residência. Essa configuração destaca que a maioria das escritoras tem acesso a moradias próprias, sendo que uma delas já alcançou a quitação total. Esse dado sugere uma condição socioeconômica relativamente mais favorável nesse grupo, permitindo maior acesso à propriedade residencial.

Em contraste, as Assistidas enfrentam uma realidade distinta. Duas das três participantes residem em casas alugadas, enquanto apenas uma está em processo de pagamento de sua residência própria. Nenhuma das Assistidas possui casa própria quitada, o que evidencia uma situação de maior dependência financeira em relação à moradia. A predominância de residências alugadas nesse grupo pode estar associada a desafios econômicos ou a um menor acesso a financiamento habitacional.

Essas diferenças na condição de moradia podem ser explicadas por fatores como renda, estabilidade no emprego e acesso a crédito. As escritoras, devido a suas condições econômicas mais favoráveis e à posição de principais provedoras em suas famílias, podem estar em melhores condições de alcançar a propriedade residencial. As Assistidas enfrentam maior dificuldade em progredir nesse aspecto, refletindo desigualdades estruturais entre os dois grupos.

A décima terceira pergunta sobre o número de pessoas que residem nas casas das participantes revela diferenças nas configurações familiares entre os grupos de escritoras e Assistidas. De maneira geral, os dados indicam uma variação significativa na composição das famílias, com as escritoras apresentando uma média de residência mais reduzida em comparação com as Assistidas.

No grupo das escritoras, observa-se uma diversidade moderada no número de pessoas com as quais elas convivem. Uma escritora mora sozinha, outra reside com mais uma pessoa e a terceira compartilha a casa com duas pessoas. Esse dado sugere que as escritoras têm uma média de cerca de duas pessoas por residência, o que pode refletir uma configuração familiar mais compacta ou independente. Essa situação pode estar associada ao fato de as escritoras terem maior autonomia, tanto no aspecto econômico quanto social, permitindo uma estrutura familiar menor ou mais flexível.

No grupo das Assistidas, a situação é um pouco diferente. Nenhuma delas mora sozinha, e a maioria das participantes vive com duas pessoas, com exceção de uma, que reside com quatro. Dessa forma, a média de pessoas por residência entre as Assistidas é de aproximadamente três, indicando famílias um pouco mais numerosas. Esse dado pode refletir

diferentes dinâmicas familiares, como a convivência com filhos ou outros membros da família, sugerindo, talvez, uma maior interdependência entre os membros do núcleo familiar. Essa diferença no número de pessoas nas residências pode estar relacionada a fatores como estrutura familiar, condições econômicas ou culturais.

No grupo das escritoras, as mulheres, com suas condições financeiras mais estáveis, podem ter maior liberdade para formar um núcleo familiar mais reduzido, ao contrário das Assistidas, possivelmente em situações de maior vulnerabilidade, podem viver com mais membros da família, o que pode refletir a necessidade de apoio mútuo.

A décima quarta pergunta sobre a posse de itens de conforto e tecnologia nas residências das escritoras e Assistidas revela disparidades entre os dois grupos, especialmente no que se refere a dispositivos eletrônicos e eletrodomésticos. Esses itens são frequentemente associados ao nível de qualidade de vida, acesso à tecnologia e capacidade de otimizar tarefas domésticas, refletindo diretamente as condições socioeconômicas e as necessidades de cada grupo.

No grupo das escritoras, todos os itens listados estão presentes em suas casas, com exceção de alguns casos isolados. Todas possuem TV por assinatura, o que indica um acesso consolidado ao entretenimento e à informação. Além disso, a maioria delas possui internet (3), máquina de lavar roupa (3) e, em menor número, *notebook* (2), computador (2) e *freezer* (2). O fato de todas as escritoras possuírem TV por assinatura e a maioria delas ter acesso à internet e à máquina de lavar roupa reflete um padrão de vida mais elevado, com maior acesso à tecnologia e conveniência no dia a dia. O fato de algumas delas possuírem *freezer* e máquina de lavar louça também sugere um nível de conforto e praticidade nas tarefas domésticas.

No grupo das Assistidas, a posse de itens é mais restrita. Apenas duas participantes possuem TV por assinatura, e nenhuma delas possui computador, o que pode indicar um acesso limitado à tecnologia. No entanto, todas as Assistidas têm acesso à internet (3), e sugere que, embora o acesso à informação e entretenimento digital seja comum, a falta de computadores pode limitar algumas opções de uso mais avançado ou para tarefas profissionais.

Em relação aos eletrodomésticos, todas as Assistidas possuem máquina de lavar roupa (2), mas nenhuma tem máquina de lavar louça ou *freezer*, itens que proporcionam conforto e praticidade nas tarefas diárias. Essa diferença em relação às escritoras reflete uma condição de maior vulnerabilidade social e também econômica, em que a falta de recursos impede o

acesso a tecnologias e eletrodomésticos que poderiam amenizar a sobrecarga de trabalho doméstico para as mulheres e facilitar a vida cotidiana delas.

Essa análise evidencia a disparidade entre os dois grupos no acesso a itens tecnológicos e eletrodomésticos, apontando para um padrão de consumo mais elevado entre as escritoras, que têm acesso a uma gama mais ampla de bens, diferentemente das Assistidas, que, devido a limitações financeiras, não podem usufruir de itens, considerados por muitas pessoas como não essenciais, mas que agregam praticidade e conforto à vida doméstica.

A décima quinta pergunta sobre os meios de locomoção utilizados pelas escritoras e Assistidas revela muitas diferenças nas opções de transporte disponíveis e utilizadas por cada grupo. Esses dados podem refletir, em grande parte, as condições socioeconômicas, a mobilidade urbana e o acesso a recursos, como veículos próprios ou o uso de transporte público.

No grupo das escritoras, a maioria utiliza transporte próprio para se locomover. Duas das três escritoras possuem carro próprio, e uma utiliza transporte público. Nenhuma delas utiliza transporte por aplicativo ou anda a pé. Isso sugere que, no grupo das escritoras, há maior autonomia e liberdade para se deslocar, devido à possibilidade de contar com veículos próprios. Isso reflete uma condição de maior estabilidade econômica e acesso a bens materiais que facilitam a mobilidade e proporcionam mais comodidade no dia a dia.

No grupo das Assistidas, a maior parte utiliza o transporte público como principal meio de locomoção. Duas das três Assistidas dependem de transporte público, e uma utiliza transporte por aplicativo. Nenhuma delas possui carro próprio, e nenhuma delas anda a pé, o que indica uma maior dependência de meios de transporte coletivo ou alternativo. O uso de transporte público pode ser reflexo de condições econômicas mais restritas, que limitam o acesso a veículos próprios, e de maior integração com as opções de transporte urbano disponíveis nas cidades.

Essa diferença entre os grupos pode ser explicada por fatores econômicos e também sociais. As escritoras, com maior poder aquisitivo, têm mais acesso a veículos próprios, proporcionando uma locomoção mais confortável e independente. Entretanto, as Assistidas, com menos recursos financeiros, dependem mais do transporte público, que é uma opção mais acessível, porém muitas vezes menos eficiente e confortável para uma pessoa que se encontra em tratamento de câncer, como a exposição da imagem, quando estão carecas, ou usando lenços, toucas, motivo de vergonha para muitas delas, como veremos exposto na fala de uma das Assistidas na entrevista, relatada no capítulo VI, e a exposição a doenças virais, comuns a aglomerações, que podem ser prejudiciais para elas durante o tratamento.

Essa disparidade reflete as diferenças econômicas entre os dois grupos e destaca a importância de políticas públicas que melhorem a infraestrutura de transporte público para as mulheres que fazem quimioterapia e radioterapia, garantindo maior acessibilidade e conforto para elas. Destacamos o protagonismo das ações da Comissão Minas Contra, com a participação da ASPRECAM, na recente efetivação da Lei Municipal 11.458/23, em Belo Horizonte, que instituiu o Vale Transporte Saúde para pacientes do SUS com necessidade de deslocamento para consultas e procedimentos médicos, com prioridade para pacientes oncológicos e seus acompanhantes. Esperamos que esse direito se torne uma política para todo o país.

A décima sexta pergunta sobre a renda mensal das famílias das escritoras e das Assistidas revela uma disparidade nas condições econômicas de ambos os grupos. A diferença nos rendimentos mensais é um reflexo direto das desigualdades socioeconômicas entre as duas populações, influenciando o acesso a bens, serviços e até mesmo à qualidade de vida.

No grupo das escritoras, a renda mensal familiar é consideravelmente mais alta. Uma das escritoras declarou uma renda de 6 a 10 salários mínimos, e as outras duas têm rendimentos superiores, variando de 11 a mais salários mínimos. Essa faixa de renda demonstra um nível de estabilidade financeira maior, proporcionando maior acesso a confortos materiais, educação e saúde de qualidade, além de uma maior autonomia para tomar decisões financeiras e de consumo. A renda mais elevada das escritoras, superior a 10 salários mínimos, reflete um contexto de poder aquisitivo mais alto, o que pode estar associado à sua posição como principais provedoras familiares e à realização de suas atividades profissionais, como a escrita e outras fontes de rendimento.

No grupo das Assistidas, a renda familiar é bem mais modesta. Todas as Assistidas recebem uma renda que varia de 3 a 5 salários mínimos, o que coloca essas famílias em uma faixa mais baixa da pirâmide socioeconômica. Embora a renda permita o acesso a necessidades básicas, ela é insuficiente para proporcionar o mesmo nível de conforto e de segurança financeira que as escritoras possuem. A diferença de renda é significativa, com as escritoras recebendo mais de 100% a mais do que as Assistidas, o que evidencia a desigualdade de acesso a recursos e a oportunidades entre os grupos.

Essa disparidade pode ser explicada por vários fatores, incluindo o acesso a oportunidades educacional e profissional, a estabilidade no emprego e a capacidade de acumular riqueza ao longo do tempo. As escritoras, com uma renda significativamente maior, têm mais chances de acumular bens, investir em projetos pessoais e garantir uma qualidade de

vida superior, no entanto as Assistidas, com rendas mais baixas, enfrentam desafios financeiros maiores para suprir as necessidades básicas de suas famílias.

Esse talvez seja um dos fatores que explique a exposição intensamente reiterada na entrevista de uma das Assistidas sobre o medo de ela ficar impossibilitada de trabalhar e não haver os proventos necessários a suas filhas, ainda pequenas, que só podiam contar com ela como provedora da família.

6 *ETHÉ* E ESTRATÉGIAS ENUNCIATIVAS NAS AUTOBIOGRAFIAS

Neste capítulo, apresentamos a análise dos dois diários da escritora Marina Silva, a autobiografia de Soraia Evangelista e a de Fabíola La Torre, propostos como corpora da pesquisa. As análises sustentam-se em instrumentais teórico-metodológicos do campo da Análise do Discurso, da Etnossociologia e da Linguística, escolhidos para atender aos objetivos propostos.

6.1 A palavra em cena: modos de enunciação e representação identitária

Em primeiro plano, apresentamos a análise sobre como se estabelece o contrato de comunicação, o postulado de intencionalidade, as características formais dos gêneros textuais envolvidos: diário e autobiografia, evidenciando alguns pontos importantes sobre o modo enunciativo — que atravessa os relatos e se faz presente nos outros modos —, o modo descritivo e o modo narrativo de organização dos discursos e de categorias da língua que nos permitiram mostrar a importante função social a que visam esses gêneros.

Em segundo plano, a construção dos *ethé* das mulheres escritoras e dos imaginários sociodiscursivos sobre o câncer de mama, o papel da memória e das emoções nas narrativas. E, por último, fizemos a análise sobre como as mulheres enfrentam a situação-problema em questão, tomando como referência os aspectos que propusemos observar, expostos nas perguntas geradoras desta pesquisa e nos objetivos geral e específicos.

Como explicitamos no capítulo II, nosso propósito é apresentar a construção dos *ethé* prévio e discursivo das mulheres biografadas, segundo as teorias escolhidas. Procuramos construir uma representação das mulheres, a partir das características do modo de organização enunciativo, o qual estrutura as alocuções das biografadas em relação às três situações de comunicação, (i) como estabelece a relação de influência entre locutor e interlocutor; (ii) como marca a posição do locutor em relação ao seu dito; (iii) como estabelece também a relação do locutor com o discurso de um terceiro.

Na construção dos *ethé* das três escritoras, apontamos alguns tipos de *ethos* propostos por Charaudeau (2008) e outros que os *corpora* nos revelam. Seguiremos a subdivisão feita por Charaudeau (2008) em *ethé de identificaçã*o e *ethé de credibilidade*. No contexto desta análise, os *ethé* de identificação são os que nos permitiram traçar um perfil das narradoras a partir de como se apresentam na sociedade ou como querem se fazer representar. Eles se revelam principalmente por meio do afeto social, da emoção e do sensorial.

Diferentemente dos *ethé de credibilidade*, que não se prendem à identidade social delas; mas, sim, são resultantes de uma construção discursiva por meio da qual elas fazem suas críticas positivas ou negativas, suas denúncias relativas aos conflitos pessoais e ao sistema sociopolítico em que estão inseridas.

A fim de aprofundarmos a compreensão da construção discursiva das imagens que as mulheres fazem de si, articulamos também as contribuições de Dominique Maingueneau (2008a, 2020), cuja teoria do *ethos* amplia a análise para além do conteúdo dito. Seguindo sua proposição: analisamos o *ethos* construído no modo de dizer, constituído a partir de dois registros: o *dito* e o *mostrado*, bem como a ênfase às dimensões corporal e simbólica da enunciação, às *cenografias*, que organizam os sentidos a partir de um tipo de contrato implícito com o interlocutor.

Assim, nas análises das narrativas de Marina, Soraia e Fabíola, atentamos tanto para os traços identitários inscritos previamente na imagem pública das autoras, como profissionais, mães ou pacientes, quanto para os modos como esses traços são retomados, reforçados ou deslocados no corpo do discurso.

Elegemos também algumas categorias da língua/linguagem as quais nos permitam traçar cada *ethos*. Analisamos, por exemplo, os atos de fala: *alocutivo*, *elocutivo* e *delocutivo* e sua ação modalizadora no discurso; a apresentação das autoras, nas capas ou contracapas dos livros, em que figuram os prefácios e as minibiografias feitas por elas mesmas ou por outras pessoas; os recursos linguísticos; as crenças implícitas e explícitas; as figuras de linguagem de destaque e interdiscursos presentes na tessitura narrativa de suas vidas.

Destacamos que alguns recortes do *corpus,* que foram usados para elucidar nossas análises, podem ter sido citados várias vezes em seções ou subseções diferentes da análise. Isso pode se dever à própria ênfase dada pelas autoras em contextos diferentes, ou, ainda, por querermos mesmo a repetição. Muitas vezes, numa análise do discurso, algumas frases poderiam substituir semanticamente outras, no entanto não manteriam o mesmo tom com que foram enunciadas.

Como explicitamos nos capítulos II e III, procuramos identificar os imaginários sociodiscursivos que elas apresentam sobre o câncer de mama, as relações de aproximação ou de afastamento entre elas e as pessoas com quem convivem, na condição de actantes-sujeito (aquele que age) ou na condição de actantes-objeto (aquele que recebe a ação).

6.1.2 O contrato de comunicação e o postulado de intencionalidade

A pesquisa envolve a análise de dois tipos de contratos de comunicação: um deles envolve as obras de teor autobiográfico, pertinentes ao Grupo 1, o outro envolve a entrevista semiestruturada de teor autobiográfico realizada com as mulheres assistidas pela ASPRECAM, pertinentes ao Grupo 2.

A análise está ancorada na noção de que todo ato de linguagem é regido por condições de produção e de interpretação — as chamadas circunstâncias do discurso —, as quais conferem um estatuto específico aos sujeitos da enunciação. Como vimos no Quadro 1, no capítulo II, na representação do dispositivo da linguagem, devem ser considerados os papéis assumidos por esses sujeitos nos dois espaços propostos por Charaudeau (2009): o espaço externo, ou circuito do fazer, em que se encontram o Eu comunicante (EUc) e o Tu interpretante (TUi); e o espaço interno, ou circuito do dizer, em que atuam o Eu enunciador (EUe) e o Tu destinatário (TUd).

Tanto no Grupo 1 quanto no Grupo 2, as mulheres relatam suas vivências em relação ao câncer de mama. No entanto, estabelecemos critérios na pesquisa que, por si só, já demarcam contratos de comunicação diferentes, como o fato de as mulheres do Grupo I pertencerem a uma realidade socioeconômica e cultural mais favorecida e as mulheres do Grupo 2 pertencerem a uma realidade socioeconômica e cultural menos favorecida, e o registro dos relatos se apresentarem em gêneros textuais diferentes.

No Grupo 1, as produções textuais cumprem uma dupla função: por um lado, possibilitam um exercício catártico e de autorreflexão; por outro, pretendem servir de apoio a outras mulheres que enfrentam a mesma enfermidade. Nesse contexto, a mulher que escreve assume, no circuito do fazer, o papel de Eu comunicante (EUc), ao projetar um ato de linguagem com intencionalidade discursiva definida: dar testemunho, sensibilizar, orientar. O Tu interpretante (TUi) corresponde ao conjunto de representações sociais evocadas por esse discurso, à medida que ele se inscreve em um contrato de comunicação que vise à circulação pública da experiência. No circuito do dizer, a autora encena a si mesma como Eu enunciador (EUe), e constrói um *ethos* marcado por força, fé, vulnerabilidade, resistência ou empatia. O Tu destinatário (TUd), por sua vez, é figurativamente uma leitora idealizada — uma mulher em sofrimento, em busca de acolhimento, de orientação.

Esse contrato comunicacional é sustentado pelo postulado de intencionalidade, que, conforme propõe Charaudeau (2009), se constitui por quatro princípios indissociáveis: o princípio da interação, da pertinência, da influência e da regulação. No caso do Grupo 1, o

princípio da interação se estabelece simbolicamente, por meio de uma interlocução mediada pelo texto; o da pertinência aparece na clara definição dos papéis comunicativos entre a autora (EUe) e o leitor (TUd); o da influência está fortemente presente, uma vez que a escritora projeta efeitos desejados sobre o outro — como provocar reflexão, compaixão, coragem. A regulação, por sua vez, realiza-se por intermédio das normas editoriais, das convenções do gênero autobiográfico e das expectativas socioculturais que moldam o dizer.

No Grupo 2, a pesquisadora posiciona-se como Eu comunicante (EUc), responsável por estruturar o ato de linguagem e definir os termos da interação. A mulher entrevistada é, nesse circuito, o Tu interpretante (TUi), que responde às perguntas interpretando-as a partir de seus próprios saberes e experiências. No circuito do dizer, quando passa a relatar suas vivências, a entrevistada ocupa a posição de Eu enunciador (EUe), que se dirige à pesquisadora, a qual se torna o Tu destinatário (TUd) do discurso proferido.

O gênero discursivo também influencia decisivamente na forma e na materialidade do dizer. No Grupo 1, as narrativas autobiográficas são escritas, revisadas, publicadas e, portanto, mais perenes e planejadas, diferentemente das entrevistas do Grupo 2, pois estas são marcadas pela oralidade, pela espontaneidade e pela interação imediata. Isso impacta diretamente na aplicação dos princípios do postulado de intencionalidade. No Grupo 2, o princípio da interação está mais evidente, pois o discurso é construído em tempo real, com alternância de turnos e escuta ativa. A pertinência é negociada na própria situação comunicativa, com base na legitimidade da escuta da pesquisadora. O princípio da influência aparece de forma mais tênue e, muitas vezes, não é deliberado — as entrevistadas não visavam persuadir a pesquisadora, mas partilhar suas vivências com ela, de acordo com as perguntas que lhes foram feitas. Diferentemente, a regulação ocorre dinamicamente, na própria conversa, modulada por emoções, silêncios, hesitações e o reconhecimento da pesquisadora como figura confiável e empática.

Além disso, os registros do Grupo 1 circulam em esferas públicas — livros, palestras, redes sociais — e constroem um *ethos* de autoridade discursiva, consolidado por capital cultural e simbólico. Os registros do Grupo 2, no entanto, são situacionais e restritos ao espaço da entrevista, o que não os torna menos potentes, mas exige outra abordagem analítica, sensível às condições de produção e às restrições do contrato comunicacional envolvido.

Compreender essas diferentes configurações discursivas permite não apenas delimitar os perfis socioculturais das mulheres pesquisadas, mas também respeitar os modos pelos quais elas se inscrevem na linguagem para narrar a dor, o medo, a esperança e a superação. A

partir disso, nossa expectativa foi que ambos os contratos de comunicação nos permitissem conhecer os imaginários sociodiscursivos sobre o câncer de mama.

6.1.2.1 A escritora Marina da Silva e sua escrita autobiográfica

> *"Acho que a alegria está caindo aos pingos sobre mim, espantando o medo, o meu maior inimigo"*
> (Silva, 2005, p. 44).

Marina é funcionária da Justiça do Trabalho em Belo Horizonte. Formou-se em Geografia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-graduada em Psicologia do Trabalho, com ênfase em Saúde Mental e Trabalho, na UFMG. Adorava lecionar.

Ela descobriu o nódulo no seio direito por meio do autoexame, em novembro de 2001, o que elucida a importância dessa prática. Iniciou os exames em fevereiro de 2002 e, em julho do mesmo ano, passou pela mastectomia, esvaziamento axilar e reconstrução da mama. Todos esses momentos são narrados nos dois diários. No primeiro, publicado em 2005 pela editora Pelicano, em Belo Horizonte, intitulado *CÂNCER DE MAMA: de como quase morri... de medo!* ela realiza uma escrita catártica, como uma forma de aliviar suas angústias em face da doença. Foi apoiada pela família, principalmente por seu marido Gil e sua filha Amanda, com quase 9 anos. O livro está estruturado em 55 capítulos curtos, abrangendo 77 páginas. Os títulos dos capítulos norteiam uma sequência linear de toda a problemática vivida por Marina. Os relatos iniciam-se no diagnóstico e sequencialmente explanam sobre a cirurgia, o desencadeamento de um processo depressivo, os tratamentos físico e psicológico e, por fim, o fechamento do ciclo de terapias. O sumário completo, com os respectivos títulos dos capítulos, está disponibilizado no Anexo A.

No segundo diário, dez anos depois, publicado de forma digital em 2016, disponível no *site* da Amazon, intitulado *CÂNCER DE MAMA: Não morri ...nem de medo!* ela também realiza uma escrita catártica, mas acrescenta-lhe um segundo propósito. Na página de apresentação de seu *e-book*, no *site* da Amazon, afirma que o novo diário teria, então, dois objetivos. O primeiro seria o de ressignificar os momentos e as emoções vividas, conforme relata neste recorte autobiográfico, exposto na apresentação do livro no *site*: "E foi através da escrita de um novo diário que enfrentei estes dez anos de negação, culpa, baixa autoestima e medo do retorno da doença!". (Silva, 2016).

O segundo é o de relatar suas experiências e vivências para os interlocutores, com caráter exemplarizante, conforme expõe também na apresentação do livro no *site* "(...) Que

minha experiência e vivência lhe sirva como mau exemplo de enfrentamento dos perrengues da vida e lhe faça refletir sobre o medo, a negação, o não enfrentamento do viver a vida nos momentos mais difíceis" (Silva, 2016, s.p.).

Nesse diário, Marina também relata um novo momento em sua vida; o retorno ao trabalho, em 2003, a adaptação à nova realidade das ações laborais e o divórcio. De forma lamentosa e bastante irônica, Marina menciona o divórcio usando um trocadilho com o título do próprio diário, por meio de um ato enunciativo elocutivo: "Dez anos depois e **eu não morri...nem de medo nem do divórcio** que foi o capítulo seguinte, uma década depois. É, não foi a morte que nos separou, foi a vida!" (Silva, 2016, s.p., grifo nosso). O livro apresenta 47 capítulos curtos, sem paginação. Diferentemente do primeiro diário, não se percebe uma narrativa presa a uma sequência linear dos fatos, pois o trabalho de rememoração contribui para trazer à tona um discurso marcado pelo fluxo da consciência e do humor, as situações que talvez mais tenham impactado na vida da narradora. O sumário completo, com os respectivos títulos dos capítulos, está disponibilizado no Anexo B.

Nos dois diários: os modos enunciativo e narrativo estão muito entrelaçados. O conteúdo da narrativa está centrado em momentos difíceis na vida da narradora, o que faz com que se apresente carregado de subjetividade e com uma visada de diálogo constante com o interlocutor, com o propósito de compartilhar suas dificuldades para lidar com o câncer e seus ensinamentos. Assim sendo, há forte presença do ato enunciativo *elocutivo*, pois, a todo momento, Marina avalia suas emoções, seus medos, sua raiva, em face de seu maior inimigo: o câncer de mama.

Na maioria das vezes, ela utiliza o pronome na 1ª pessoa do singular (eu), outras vezes utiliza o pronome na 1ª pessoa do plural (nós) e a expressão "a gente". Embora saibamos que a presença recorrente da 1ª pessoa do singular ou de outras situações em que o narrador se inclui na narrativa é uma característica constitutiva dos textos de teor biográfico, a forma como se apresenta em cada contexto pode gerar efeitos de sentido ou intenções comunicativas diferentes.

Na narrativa autobiográfica de Marina, como esperado, predomina a voz de uma testemunha *superstes,* aquela que sobreviveu a um evento ou a uma circunstância específica, por isso faz um relato sobre algo que não apenas testemunhou, mas também sobreviveu. Segundo Benveniste (1995), a etimologia latina do termo *superstes*, que significa "sobrevivente", já nos antecipa a ideia de que esse tipo de testemunha tem uma experiência direta e pessoal dos eventos, pois "*superstes* descreve a 'testemunha' seja como aquele 'que

subsiste além de, testemunha ao mesmo tempo sobrevivente, seja como ‘aquele que se mantém no fato’, que está aí presente” (Benveniste, 1995, p. 278).

No testemunho *superstes,* é frequente a presença de um discurso emocionalmente carregado, atravessado pela subjetividade, devido ao impacto que a sobrevivência ao evento pode ter provocado sobre a pessoa que narra sua vida. Na narrativa de Marina, não poderia ser diferente, ela traz à tona toda a dor, as incertezas diante da doença e o sofrimento tanto físico quanto psicológico que lhe acomete antes, durante e depois do tratamento.

Além disso, percebemos que o uso frequente do pronome “nós” e da expressão “a gente”, consagrada na linguagem cotidiana para incluir o interlocutor no discurso, é uma estratégia da autora não só para se aproximar do público e conquistar sua anuência sobre aquilo que lhe está sendo exposto, mas também para se dirigir a outras pessoas que também passaram, estão passando ou podem passar pela mesma situação que ela está vivenciando.

Assim, ela cria uma interlocução com esse tipo de público, como podemos ver em um ato enunciativo *elocutivo* em que ela se inclui entre outras vítimas do câncer e cria uma estratégia de aproximação com o interlocutor, um efeito de nivelamento: “(...) **Nós**, vítimas da doença, queremos atenção sim e às vezes o tempo todo! (Silva, 2016, s.p., grifo nosso)”. Em outro ato *elocutivo*, exposto a seguir, seu posicionamento é mais forte, é como se quisesse dizer figurativamente: estamos na mesma situação, por isso sei bem como se sente, como eu me sinto, como nós nos sentimos.

> As pernas bambeiam, o coração dispara e **a gente** deixa literalmente de respirar! Exagero? Claro... Que não! É como levar um tijolaço na cabeça ou ser atropelado por um carro-forte! **A gente** sai do consultório sem saber "oncontô, quemcossô, doncovin, proconvô (onde estou, quem eu sou, de onde vou (sic) perguntando a Deus). (Silva, 2016, s.p., grifo nosso).

6.1.3 Entre o dizer e o sentir: efeitos comunicacionais na narrativa

Nos diários autobiográficos de Marina, *CÂNCER DE MAMA: de como quase morri... de medo*! (2005) e *CÂNCER DE MAMA: Não morri ...nem de medo*! (2016), evidencia-se a articulação entre o *dizer* e o *fazer*, integrando tanto aspectos discursivos quanto situações emocionais e sociais. As passagens explícitas e implícitas, associadas aos princípios comunicacionais, tornam o relato autobiográfico uma experiência que não apenas informa, mas também engaja, inspira e pode promover transformação nos interlocutores.

São recorrentes passagens em que, de forma explícita, Marina relata suas experiências recorrendo a um tom que ultrapassa o efeito de meramente informar. De forma intimista, convida seu interlocutor a compartilhar do impacto emocional da situação, desde que descobriu o caroço na mama: “Da descoberta do caroço no peito em novembro de 2001 até o diagnóstico definitivo passaram-se meses! Um teste de paciência e um difícil aprendizado: não é possível acelerar o tempo e é impossível não ter a sensação de que o tempo não passa!” (Silva, 2016, s.p.).

Uma situação que nos chama à atenção é o fato de Marina não querer crer que poderia estar passando por um câncer de mama, pois seus exames clínico e mamográfico estavam regulares, como reflete neste recorte autobiográfico: “Há anos eu fazia os controles preventivos; desde que meus pais morreram vítimas de câncer. A última mamografia não dera nada, e eu ainda estivera muitas vezes com Dr. Marcelo em 2001” (Silva, 2005, p. 4).

Todavia, sua situação enquadra-se no que mencionamos na contextualização da pesquisa, que é denominado na literatura médica de *tumor de intervalo* (o que ocorre nos intervalos do exame mamográfico). Esse é um dos fatores que nos tem levado a defender, com veemência, na Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), a prática regular do autoexame pelas mulheres.

Há também passagens em que o implícito aparece sugerindo significados mais profundos, as quais exigem que o interlocutor interprete as metáforas e relacione o discurso com seus próprios sentimentos ou experiências. Como exemplo, podemos citar a seguir um ato enunciativo *delocutivo* que, embora apresente um conceito fundado na vivência de Marina, traduz na língua/linguagem a ideia de uma concepção de valor universalizante, típico desse ato de fala: “A doença transtorna a todos por perto e deixa o paciente com sentimentos muito confusos e por vezes alterados, radicais. Medo, raiva, dor, desespero, angústia, tristeza, ódio, rancor, depressão. Os nervos ficam a flor da pele, tudo sangra em carne viva!” (Silva, 2016, s.p.). A asserção e as metáforas com forte traço de constatação da realidade, como parte de uma indagação feita na pergunta retórica no título sobre se ter medo é normal, ampliam o impacto no interlocutor.

No âmbito psicossocial, os diários revelam a dinâmica entre Marina e sua família, reforçando sua posição de poupar o sofrimento de seus familiares, como mãe e provedora emocional, como mostra este recorte autobiográfico: “Desde o sábado eu vinha fingindo estar tudo bem para não molestar ninguém. Nem Gil, nem Amanda, nem minhas irmãs” (Silva, 2005, p. 19). Como ato intencional, nota-se a tentativa de educar e sensibilizar o interlocutor, especialmente mulheres, sobre a importância do cuidado com a saúde, como neste exemplo:

“Hoje, quando converso sobre meu caso, aconselho e oriento o autoexame, ensino como fazê-lo, oriento buscar logo ajuda médica” (Silva, 2005, p. 49). Como podemos ver, Marina tornou-se uma defensora do autoexame, porque a vivência lhe mostrou a importância dessa conduta regular em sua vida.

O contrato de comunicação que Marina estabelece com seus interlocutores é orientado pelos princípios de *interação*, *pertinência*, *influência* e *regulação*. O princípio de interação se manifesta no diálogo direto e constante com os interlocutores, por intermédio principalmente do uso do vocativo, como neste ato *alocutivo*: o tom pessoal e inclusivo fortalece a conexão entre a autora e seus interlocutores.

> A ignorância é um santo remédio! Se você não se interessa ou está fazendo medicina, confie nos seus médicos (as)! Tire dúvidas com eles e cuidado com buscas no Google porque tem tudo e mais um pouco, com imagens e textos horripilantes, pavorosos, de causar insônia a Morfeu, o deus do sono! Atenha-se ao basicão! E lembre-se: doutor Google não é médico, é um site de busca, de pesquisa! (Silva, 2016, s.p.).

O princípio de pertinência é evidente no alinhamento do discurso às expectativas e às necessidades do leitor. Marina contextualiza suas experiências de forma que se tornem relevantes e inspiradoras, como exposto neste ato de intenção predominantemente alocutiva.

> Vale tudo para manter a autoestima e autoimagem nas alturas! É preciso parecer saudável, sem cara de doente, para fugir de manifestações de dó e piedade e enganar uma doença que só nos joga no chão! Crie seu estilo, brinque com cores. Não seja como eu, monocrômica e que quase morri...de medo de morrer! Afff. (Silva, 2016, s.p.).

Esse reconhecimento das expectativas do interlocutor é essencial para a manutenção do contrato comunicacional. O princípio de influência manifesta-se em vários momentos da narrativa nos dois diários. É interessante observar que esse princípio tem uma visada de influência sobre o interlocutor e também sobre a própria narradora. É comum ela estabelecer inicialmente um diálogo em 1ª pessoa do plural (nós) e, na mesma sequência sintático-semântica, mudar completamente a pessoa do discurso para o tratamento “você”. Há o feito de se dirigir a outra pessoa e também a si mesma, como se representasse a voz da própria consciência. O ato, ao mesmo tempo *elocutivo* e *alocutivo*, ilustra essa estratégia.

> No início é o medo de morrer que nos faz lutar pela vida e é este mesmo medo também que depois nos leva à depressão, nos paralisa, nos faz fugir das pessoas. É como se, você ficasse falando o tempo todo nas palavras “doença”, “câncer”, “morte”. Você acabasse ficando doente incurável e fosse morrer inexoravelmente (Silva, 2005, p. 47).

Assim, embora esteja explícita a ideia de se dirigir ao interlocutor, a asserção de probabilidade pode também se dirigir a ela mesma, num contínuo movimento entre a autocensura e o apaziguamento.

6.1.4 O papel da escrita

O primeiro e o segundo capítulos do primeiro diário, respectivamente, em: “Como escrever um não livro” e “Um título para um livro que não ia ser escrito” (Silva, 2005, p. 1-2), apresentam metadiscursivamente a função catártica da escrita para Marina. Gabriel, seu mastologista, havia lhe recomendado escrever um diário como uma forma de aliviar a pressão emocional que o câncer provoca nas pessoas. Inicialmente, Marina rejeitou a ideia, por achar que era forte o suficiente para superar o problema, e adotou uma postura de heroína, autodenominando “Mulher Maravilha”. Porém, como forma de lutar contra a melancolia e os pensamentos funestos, acaba cedendo às orientações do médico e escreve o primeiro diário. A escrita promove um efeito catártico, que, por sua vez, permite à autora a transformação dos momentos ruins em bons momentos, conforme podemos ver nas sequências narrativas que ilustram o exposto.

> Lembrei-me de Dr. Gabriel, o mastologista. Estava aceitando o seu conselho: escreva! O problema era como iniciar. Na forma de um diário? Escrever e rasgar? Escrever e guardar? Independentemente da forma do relato, pensei em escrever como se estivesse dialogando com alguém ou comigo mesma. (...) Resolvi não resistir ao conselho de Dr. Gabriel, que achava que através da escrita, principalmente, ou outra forma de arte, eu poderia aceitar e conduzir melhor o tratamento e minha recuperação. (...) Minha reação no dia foi negativa (Silva, 2005, p. 1).

> Comecei a escrever no dia 14 de fevereiro de 2003 e de lá para cá foram várias páginas. Trezentas e trinta e oito páginas para ser exata. No início eram páginas sentidas, magoadas, tristes, irônicas, medrosas. À medida que passava para o papel estes sentimentos ruins, abria-se espaço para os bons (Silva, 2005, p. 2).

> (...) em 2006 resolvi encarar as redes sociais criando um microblog, o Twitter e um blog para compartilhar vivências e luta contra o câncer de mama. (...) Quando comecei a escrever no blog Câncer de mama, há dez anos atrás, sempre aconselhava a qualquer pessoa que passasse lá em busca de informação para o perrengue câncer ESCREVER seus sentimentos, (...) porque ficar guardando coisas ruins dentro da gente, ficar ruminando sozinho(a) uma dor não é brinquedo não! É a treva! (Silva, 2016, s.p.).

Marina revela em seus diários que a escrita desempenhou um papel essencial em seu enfrentamento do câncer. A autora utiliza a narrativa como um canal para organizar pensamentos, dar voz a emoções e criar sentido para as experiências difíceis que enfrentou. Desde o diagnóstico, a escrita tornou-se uma ferramenta para lidar com o medo, a dor, a incerteza e para sensibilizar, orientar as pessoas sobre as problemáticas que a enfermidade envolve.

Por meio de suas palavras, Marina expressa uma relação complexa com a doença. Ela a encara como uma inimiga a ser combatida, usando uma linguagem de guerra para descrever seu enfrentamento, como exposto neste ato *elocutivo*: "Toda a linguagem que usamos é de guerra: armas, luta, batalha, combate, ataque" (Silva, 2016, s.p.). Ao mesmo tempo, a escrita também proporciona espaço para reflexões mais íntimas e profundas. Em momentos de vulnerabilidade, ela admite o impacto devastador do câncer, como relata neste recorte autobiográfico: "Era assim que me sentia após a cirurgia para a retirada da mama. Não queria falar nem ouvir a palavra ‘câncer’" (Silva, 2005, p. 48).

A escrita surge como uma forma de catarse e de reconstrução. Marina explora diferentes estratégias para traduzir suas experiências, incluindo o humor, ao usar palavras, como "choroterapia", e “palavrãoterapia", presentes respectivamente nos capítulos 34 e 35. Ela encontra alívio e uma sensação de controle ao documentar as nuances do tratamento, os desafios psicológicos e suas pequenas vitórias diárias.

Além disso, os diários de Marina assumem um papel pedagógico e de apoio. Ao compartilhar suas experiências, ela busca encorajar outras mulheres na mesma situação. A escrita permite a ela transformar o sofrimento em aprendizado e legado, ilustrando como as palavras podem ser tanto uma arma contra o desespero quanto uma ponte para a esperança.

Por fim, Marina encara a escrita como uma celebração da vida, uma forma de eternizar sua jornada e inspirar outras pessoas. Essa prática não só reforça sua resiliência, mas também contribui para a construção de um *ethos* de coragem e de humanidade diante da adversidade.

6.1.5 O modo descritivo e seus processos: nomear, localizar-situar e qualificar

O modo descritivo, conforme a teoria de Charaudeau (2009), oferece um recurso analítico valioso para compreender as dimensões discursiva e simbólica presentes nos textos autobiográficos. Ao explorar os diários de Marina, *CÂNCER DE MAMA: de como quase morri... de medo! (*2005) *e CÂNCER DE MAMA: Não morri ...nem de medo!* (2016), percebe-se a riqueza das categorias linguísticas de nomear, localizar-situar e qualificar, bem como os efeitos discursivos que emergem dessas práticas.

A nominação nos textos de Marina manifesta-se de maneira significativa por meio do uso de substantivos comuns e próprios. Os substantivos comuns, como “caroço”, “câncer” e “mama”, conferem existência às experiências narradas e são usados para representar classes genéricas de elementos. Diferentemente dos substantivos próprios, quando se refere, por exemplo, aos médicos que a assistem, como “Dr. Marcelo”, “Dr. Gabriel” e a seus familiares, o marido “Gil” e a filha “Amanda”, personagens reais aos quais atribui identidade específica, conectando-os a funções simbólicas no enredo.

No processo de nomeação, a ressignificação também desempenha um papel importante. Por exemplo, o termo “caroço de família” transcende sua denotação literal, carregando um tom familiar e irônico que dialoga com as expectativas e medos da autora, como podemos observar no recorte autobiográfico a seguir.

> Eu não sabia, mas um caroço endurecido, indolor que surgiu do meio do nada e de lugar nenhum na minha mama direita, não era apenas "um caroço de família" e daria uma guinada de 360º na minha vida de esposa, mãe de uma menina de sete aninhos, trabalhadora, dona do lar, estudante com pretensões de um mestrado em Filosofia logo ali em 2002! (Silva, 2016, s.p.).

Além disso, o uso de artigos e possessivos — como “o caroço”, “o CÂNCER”, “minha mama”, “minha doença” — cria efeitos de sentido que reforçam a proximidade emocional e a singularidade das experiências descritas. Até a forma de grafar as palavras, como escreve ”CÂNCER”, por exemplo, em caixa alta, nos títulos e em vários momentos da narrativa contribui para registrar a carga emocional de efeito negativo, como se Marina quisesse expurgar a dor nesse processo catártico da escrita, como neste recorte autobiográfico: “Encare este texto apenas como um desabafo, um relato simples de um evento que ocorreu em minha vida e que é universal: o sofrimento, o desespero e a luta contra uma doença temível até no nome — o CÂNCER” (Silva, 2005, p. 1).

Uma dimensão específica e impactante da nomeação é o modo como Marina se refere ao câncer. A palavra “câncer” é usada inúmeras vezes, uma média de 60 vezes, considerando a incidência nos dois diários, mas é também substituída por expressões qualificativas, de alto teor negativo, como “aquilo-que-não-deve-ser-nomeado”, “a coisa”, “trem duro” e principalmente “o perrengue”, que ela usa em média 30 vezes, considerando a incidência nos dois diários. Este recorte autobiográfico ilustra o uso de algumas expressões: “Jamais poderia crer que aquele negócio, aquela coisa, enfim, que o ‘trem duro’ que achei na mama direita (...) pudesse ser aquela doença, a coisa, aquilo que-não-deve-ser-nomeado, ou seja, câncer!”. (Silva, 2016, s.p.).

Essa estratégia de eufemização do nome da doença reflete a tentativa de minimizar o impacto emocional que ele provoca nas pessoas, tentando criar uma barreira simbólica contra o medo e a angústia associados ao termo, que está presente no imaginário sociodiscursivo da sociedade, desde tempos remotos, como expõe Marina: “O medo do câncer é histórico, assim como a lepra na Antiguidade, a peste negra na Idade Média, a tuberculose e a varíola nos séculos recentes” (Silva, 2005, p. 67).

Em seu imaginário, o câncer não respeita limites geográficos, apresenta-se de diversas formas e em diversas partes do corpo humano, porém o medo que dissemina é um só, o da morte, como afirma neste recorte autobiográfico: “Mas o medo é um só, da morte. Perigo real e iminente! Esse medo paralisou-me, levou-me ao desespero, histeria, pânico, tristeza, apatia, melancolia, angústia” (Silva, 2005, p. 67).

Os adjetivos que Marina usa para exteriorizar seus sentimentos, nesse recorte e em tantos outros momentos da narrativa, retratam de forma gradativa a intensidade com que a cristalização desse imaginário sociodiscursivo, que se estabelece entre enfermidade e finitude, afeta um paciente com câncer.

Os relatos de Marina são intensamente situados no tempo e no espaço, contribuindo para a construção de um enquadramento narrativo detalhado. Expressões temporais como “Novembro de 2001” e “Dez anos depois” permitem acompanhar a progressão dos eventos, destacando marcos cruciais na jornada da autora, conforme consta em seu relato. A narradora expõe que descobriu o nódulo em novembro de 2001, por meio do autoexame. Em seguida, ela iniciou o processo do diagnóstico e do tratamento, paralelos à escrita do primeiro diário. Dez anos depois, com o ciclo do tratamento encerrado, Marina escreve e publica o segundo diário.

A localização espacial também é evidente em menções a locais específicos, como “hospital Mater Dei” e “consultório do mastologista”, como ela registra: “Mastectomia radical

e esvaziamento axilar mais reconstrução da mama direita e abdominoplastia foram os procedimentos realizados no dia 10 de julho de 2002 no hospital Mater Dei" (Silva, 2005, p. 20). Esses espaços não apenas situam fisicamente as cenas, mas também servem como cenários simbólicos, encapsulando as experiências de dor, esperança e superação. Essa dimensão espacial é ampliada pela descrição de espaços internos, como o apartamento da autora, que se transforma em um lugar de angústia e de reflexão, como relata neste recorte autobiográfico: "O quarto me oprimia, os móveis me oprimiam. Levantei, abri janelas e comecei a trabalhar em serviços domésticos para aliviar o abafamento" (Silva, 2016, s.p.).

A qualificação é uma dimensão central nos textos analisados, permitindo a atribuição de características objetivas e também subjetivas aos elementos descritos. Destacam-se adjetivos como "terrível", "incontrolável" e "dilatante", que traduzem a subjetividade da autora, evidenciando as emoções intensas que permeiam sua experiência com o câncer, como afirma: "O medo paralisou-me. Saia de casa só para coisas especiais" (Silva, 2005, p. 34).

Somam-se a isso recursos, como analogias explícitas ou implícitas, que enriquecem a narrativa. Por exemplo, a comparação entre sua condição emocional e as Torres Gêmeas pós-11 de setembro revela o impacto destrutivo do diagnóstico na percepção de si mesma, no recorte autobiográfico a seguir.

> Mas o que senti foi o meu insignificante ser, minha pessoinha (...) ser arrombada, destroçada, estraçalhada tal qual as torres gêmeas e prédios anexos no ataque de 11 de setembro de 2001 (...) Nunca mais fui a mesma e o mesmo aconteceu com os EUA – Estados Unidos da América (Silva, 2016, s.p.).

Esses procedimentos linguísticos e estilísticos criam efeitos de empatia em seu interlocutor, aproximando-o da vivência descrita. Os textos de Marina também se destacam pela produção de efeitos discursivos que reforçam a dimensão autobiográfica. O *efeito de saber* é evidente quando a autora compartilha detalhes sobre o câncer e seu tratamento, posicionando-se como uma narradora perita e confiante, conforme orienta: "É necessário esse tipo de queimadura para os efeitos serem mais seguros e se eliminarem células metásticas remanescentes" (Silva, 2005, p. 55).

O efeito de confidência é igualmente marcante, com o tom de intimidade e revelações pessoais, buscando a empatia do interlocutor, como neste relato: "Eu fiquei no colo da minha filha recebendo carinhos na careca, ela secando minhas lágrimas e lendo meus salmos dos momentos de aflição: O Senhor é meu pastor. Nada me faltará" (Silva, 2016, s.p.).

Acrescenta-se que os efeitos de realidade e de ficção se alternam nos relatos. Apesar do teor factual, o uso de recursos estilísticos e a narrativa altamente emocional criam um híbrido entre o testemunho real e uma dramatização que potencializa a experiência narrada. O modo descritivo e as categorias de nomear, de localizar-situar e qualificar, aliados aos efeitos discursivos, transcendem a simples narração, transformando o discurso autobiográfico de Marina em um poderoso instrumento de reflexão sobre a condição humana, a superação da dor e a ressignificação de si mesma.

Nos relatos de Marina, a palavra "câncer", por exemplo, como mencionamos, é carregada de significados que vão além de sua definição clínica, refletindo os impactos emocional e social que a doença exerce sobre a autora. Ela, frequentemente, utiliza termos e metáforas que demonstram sua dificuldade inicial em lidar com o diagnóstico e o peso cultural associado à palavra.

No primeiro diário *CÂNCER DE MAMA: de como quase morri... de medo!* Marina revela o impacto imediato e devastador ao ouvir do médico a palavra "carcinoma" como diagnóstico, neste recorte: "— Marina, você está com um carcinoma invasivo... Não escutei mais nada, carcinoma é câncer!" (Silva, 2005, p. 5). A palavra expressa a brusca e dolorosa confirmação de sua realidade. Nesse mesmo contexto, ela também descreve as sensações que essa palavra desperta em seu corpo, e usa expressões, como: um "tijolaço na cabeça" ou ser "atropelada por um carro-forte" (Silva, 2016, s.p.). Essas expressões constroem imagens que mostram como a palavra câncer carrega consigo o medo, o estigma e a vulnerabilidade.

Há passagens da obra em que a autora também recorre a eufemismos ou referências indiretas para evitar pronunciar o termo diretamente, como em: "Aquela coisa, aquilo-que-não-deve-ser-nomeado" (Silva, 2016, s.p.). Isso reflete tanto a dificuldade emocional em encarar a doença quanto o estigma que cerca o câncer na sociedade.

Em outras, Marina adota uma linguagem mais combativa ao longo de sua narrativa, referindo-se ao câncer como "um campo de batalhas" ou "desgraça" "o fdp do câncer", em sua *escritaterapia,* como deno*mina* (Silva, 2016, s.p.). A constante mudança de tom, com gradações ascendentes ou descendentes, reflete, em algumas passagens do relato, seu processo ao mesmo tempo de aceitação e de enfrentamento, evidenciando uma tentativa de ressignificar o termo, que é visto como algo opressor para um adversário que pode ser derrotado. Além disso, há momentos em que a autora reflete sobre o peso histórico e também cultural da palavra, para mostrar que o termo transcende o aspecto médico e carrega implicações tanto sociais, quanto psicológicas e espirituais.

Em síntese, Marina denomina o câncer de formas que oscilam entre o eufemismo, a rejeição, o confronto e a ressignificação. Sua narrativa demonstra que, mais do que uma condição médica, o termo consegue açambarcar um conjunto de emoções, medos e ressignificações pessoais que acompanham sua jornada de enfrentamento e de superação.

6.1.5.1 A construção narrativa

Como vimos, a teoria de Charaudeau (2009), inspirada em Greimas, apresenta os componentes fundamentais da narrativa em três dimensões: os actantes linguísticos e os narrativos, os processos que conectam as ações e as sequências que organizam os elementos narrativos em uma lógica estruturada. Nos diários autobiográficos de Marina, *CÂNCER DE MAMA: de como quase morri... de medo!* (2005) e *CÂNCER DE MAMA: Não morri ...nem de medo!* (2016), essa teoria encontra aplicações que enriquecem a narrativa.

Os actantes narrativos desempenham papéis centrais no desenvolvimento das ações e no conflito principal — o enfrentamento do câncer. Marina assume o papel de actante-sujeito ao agir, sofrer e reagir às adversidades. Ao descobrir o caroço na mama, ela demonstra iniciativa e busca por soluções: "Fui eu quem achou o caroço com o autoexame em novembro de 2001. A partir de então marquei uma consulta com Dr. Marcelo" (Silva, 2005, p. 19).

Os médicos, como o Dr. Marcelo e o Dr. Gabriel, atuam como adjuvantes, facilitando o tratamento, como expõe Marina: "Dr. Marcelo explicou com paciência o que era preciso fazer, e confiei plenamente nele" (Silva, 2005, p. 21). Em contrapartida, o câncer é personificado como oponente, descrito como um inimigo que tenta destruí-la: "(...) este maldito, desgraçado câncer" (Silva, 2016, s.p.). Os processos narrativos conectam as ações dos actantes, promovendo a evolução do conflito e das soluções. O diagnóstico de câncer representa o conflito inicial, descrito como uma sentença de morte, que a leva a um estado de choro compulsivo, conforme narra nesta sequência.

> Chorei mansinho, chorei desbragadamente, chorei escancarado, chorei escondido! Ah...como eu chorei! Chorei o diagnóstico, os exames, as cirurgias, chorei a quimio, chorei a rádio, chorei a hormonoterapia; chorei o medo de morrer, o medo da doença voltar, chorei por estar viva, chorei pelos meus cabelos, meus pelos das sobrancelhas (...). (Silva, 2016, s.p.).

Durante o tratamento, a função de melhora é evidente em vários momentos, em que Marina busca transformar vulnerabilidade em resistência: "A cada sessão eu ia a zero, um

trapo rastejante, e me sentia vitoriosa, poderosa, cada vez que me erguia e tentava voltar aos poucos à normalidade" (Silva, 2005, p. 34).

A função de conservação também se destaca na decisão de realizar a mastectomia para conter a doença, um procedimento mais radical. Entretanto, em algumas passagens da obra, momentos de fraqueza são associados à função de degradação, como descrito no recorte autobiográfico a seguir.

> (...) costumava brincar com quem me perguntava como eu ia passando fazendo alusão à dor de Jesus: — Caí pela primeira vez! Caí pela segunda vez! Caí pela terceira vez! Na verdade desabei mesmo! Fazia essa alusão ao sofrimento de Cristo mesmo sabendo quão ínfimo era o meu penar e quão absurda era a comparação (Silva, 2005, p. 33).

Os episódios seguem uma lógica que destaca a transformação da autora. A descoberta do caroço marca o início da jornada, em novembro de 2001. O tratamento e seus efeitos compõem o desenvolvimento: "Caíram todos os pelos do meu corpo, até a sobrancelha e os pelos do dedão do pé" (Silva, 2005, p. 54). Finalmente, a superação e a reflexão sobre a trajetória de Marina encerram a narrativa, que culmina no segundo diário, exemplificadas no recorte autobiográfico do último capítulo a seguir.

> Se até o diagnóstico eu vivia acelerada, cheia de planos e sonhos e trabalhando duro para consegui-los para mim e para a família, depois do tratamento voltei mais acelerada, trabalhando mais ainda, estudando muito, sem planos definidos, mas vivendo os sonhos no dia a dia, vida louca, como se não houvesse dia seguinte! (Silva, 2016, s.p.).

Os dois diários apresentam como função principal narrar sobre a vivência do câncer de mama por Marina, os impactos em sua saúde tanta física quanto mental e o medo paralisante da morte. No primeiro diário, destacam-se como funções secundárias as reflexões positiva ou negativa das relações familiares, entre amigos, entre os profissionais envolvidos na área da saúde e laborais, sobre as quais detalharemos mais à frente.

É importante destacar que, no segundo diário, a autora mantém a função principal com a retomada de vários episódios sobre o câncer presentes no primeiro, no entanto apresentam algumas mudanças na abordagem do tema e na estrutura textual. As reflexões sobre o câncer são mais profundas, entremeiam-se os fatos narrados a poemas autorais, e o medo paralisante nos relatos é de ocorrer a recidiva no seio ou em outra parte do corpo, um medo já esperado

em pacientes que passam pelo câncer. Dez anos depois de todo o trauma, Marina consegue retomar o passado e reavalia ações e emoções em relação a si mesma e a outras pessoas de seu convívio, de maneira mais consciente não só sobre suas limitações, suas necessidades, mas também de suas potencialidades para vencer o medo.

Nesse diário, há algumas mudanças nas funções secundárias, pois os assuntos agora giram em torno do que ela denomina, no décimo sétimo capítulo, de "metástases psicológicas"; do diagnóstico de transtorno bipolar; das mudanças no corpo, na sexualidade, com a perda da libido, devido à enfermidade e aos tratamentos; do término do casamento e da reavaliação sobre o poder catártico da escrita em sua vida, com a produção do segundo diário, com sua militância nas mídias sociais, a partir de 2006, e com a criação de um *blog*.

A estrutura do gênero nos dois diários mantém algumas características canônicas que nos permitem reconhecê-lo como tal, como por exemplo, o narrador em primeira pessoa, o reconhecimento autoral, com o nome da autora na capa do livro e a estrutura em forma de pequenos capítulos, que registram situações do cotidiano da autora e de seu entorno. Todavia, apresenta algumas inovações que, acreditamos, devem-se ao perfil da narrativa em que a subjetividade, os envolvimentos emocional e psíquico da biografada com suas vivências sobrepõem-se ao mundo exterior fatual.

Arfuch (2013) defende a ideia de que, se considerarmos o biográfico, o privado e o íntimo como diferentes níveis de profundidade do eu, é possível enxergar uma transição gradual entre eles: o biográfico pode ser exposto publicamente sem revelar aspectos privados, e o privado pode se tornar público sem necessariamente tocar na intimidade. Percebemos, no entanto, que estes dois diários íntimos rompem essa gradação e se manifestam no espaço público com uma força expressiva que supera até mesmo o impacto visual — a palavra amplia sua constitutiva dimensão imagética para mostrar a intimidade exposta em sua forma mais vulnerável, marcada pelo trauma, pela brutalidade do câncer vivida no corpo e na psique.

Nesse sentido, no primeiro diário, os 55 capítulos não trazem referências a datas que marcam um dia subsequente ao outro; são intitulados com palavras, expressões ou frases impactantes que reportam aos episódios, aos devaneios e às reflexões presentes na narrativa como um todo. Não há a sequência lógica dos fatos, mas as denominações dos capítulos permitem perceber uma certa lógica da sequência relativa aos principais momentos fatuais sobre o câncer, antes do tratamento, durante as diversas intervenções, e a fase final do tratamento físico. Em alguns capítulos aparecem datas dos fatos no corpo do texto, mas estão dispostas de forma aleatória.

A sequência da narrativa nos títulos dos capítulos pode ser assim exemplificada: no terceiro capítulo, a descoberta do nódulo, ao apalpar os seios, após o banho, em: “De onde surgiu este caroço?” (Silva, 2005, p. 3); no quarto capítulo, a confirmação da enfermidade pelo mastologista Gabriel de Almeida, em: “É um carcinoma invasivo...” (Silva, 2005, p. 4); no sétimo capítulo, o início do tratamento em: “Cirurgia adiada” (Silva, 2005, p. 9); no décimo quinto e vigésimo oitavo capítulos, a continuidade do tratamento, primeiro a quimioterapia e depois a radioterapia, respectivamente em: “Primeira sessão” (Silva, 2005, p. 24) e “Uma crise longa demais” (Silva, 2005, p. 37); no trigésimo terceiro e quadragésimo capítulos, respectivamente, a fase final do tratamento físico, em: “Enfim, fim da radioterapia” (Silva, 2005, p. 42) e “Radioterapia” (Silva, 2005, p. 55).

Em alguns capítulos, a sequência narrativa também pode ser percebida pelas relações de causa e consequência — que denominamos metaforicamente de efeito dominó no capítulo II, quando explicamos as sequências narrativas e seus princípios de organização —, por meio das quais Marina relata o desencadeamento dos sintomas explícitos da depressão e da síndrome do pânico. No décimo quinto capítulo, em: “Primeira sessão” (Silva, 2005, p. 24), Marina narra a experiência da primeira sessão de quimioterapia, que a deixou fisicamente esgotada, deprimida e mais chorosa.

A primeira sessão já lhe traz como consequência a queda de cabelo, narrada no décimo sexto e décimo sétimo capítulos, respectivamente, em: “As profecias se cumprem” (Silva, 2005, p. 25), “Cabelo raspadinho, estilo Ronaldinho” (Silva, 2005, p. 26). A queda de cabelo é uma das consequências mais imediatas da depressão, narrada nos décimo oitavo e décimo nono capítulos, respectivamente em: “Segundo *round*” (Silva, 2005, p. 27), “Pane total” (Silva, 2005, p. 24). Assim, a retratação de consequências em que uma sucede a outra é um recurso narrativo importante para orientar a sequência dos fatos.

6.1.5.2 Análise actancial e processos narrativos

A narrativa de Marina sobre sua vivência com o câncer de mama é um campo fértil para a aplicação das categorias actanciais e processos narrativos propostos por Charaudeau (2009). Os diários revelam uma complexa oscilação entre Marina como agente e paciente, refletindo as múltiplas camadas de sua luta contra a doença e os desdobramentos emocional e social que dela advêm. A seguir, analisamos como essas dinâmicas se desdobram nos principais momentos narrados, aprofundando as nuances das categorias actanciais e os impactos dessas transformações na trajetória da protagonista.

6.1.5.3 A descoberta do câncer: marco inicial da narrativa

O episódio do autoexame é o marco inicial da narrativa, em que Marina assume o papel de actante-sujeito iniciador da ação, ao perceber uma alteração em seu corpo, como mostra a sequência narrativa a seguir.

> Novembro de 2001. Estava eu passando hidratante pelo corpo após o banho noturno. Sempre faço uma sessão de cremes e **tocando as mamas senti um troço duro, um carocinho na mama direita**. Fiquei ali alguns momentos pesquisando o intruso e especulando sobre o seu surgimento assim tão repentino (Silva, 2005, p. 3, grifo nosso).

Esse momento representa um ato de percepção que desencadeia uma mudança de estado inicial. Marina age como descobridora involuntária, sendo surpreendida pelo achado, o que a coloca em um estado de alerta imediato. O nódulo, por sua vez, surge como um actante-oponente que inaugura o conflito central da narrativa. No entanto, essa descoberta não mobiliza apenas a dimensão física, mas também instaura um campo simbólico de angústias e de pressentimentos neste relato: "Sentia-me mais oprimida e depressiva e então a coisa toda foi ficando grande demais para um peito repleto de dor, raiva, mágoa, medo e uma cabeça ocupada por pensamentos funestos" (Silva, 2005, p. 2).

A protagonista sofre uma degradação interna, marcada por pensamentos catastróficos. O nódulo não é apenas uma ameaça biológica, mas o disparador de uma metástase emocional, iniciando uma batalha mental contra o medo da morte e da vulnerabilidade.

6.1.5.4 A narrativa do diagnóstico: reconfiguração da identidade

A certeza do diagnóstico expressa pelo médico intensifica o sofrimento e reforça a posição de Marina como actante-vítima. A palavra "câncer" emerge como um agressor simbólico que a subjuga e reconfigura sua identidade: "— Marina, você está com um carcinoma invasivo.... Não escutei mais nada. Carcinoma é câncer. (...) **Não sei quanto tempo fiquei assim, em estado de choque**" (Silva, 2005, p. 5, grifo nosso).

Nesse momento, há uma eliminação brutal do estado inicial de normalidade. Marina é arremessada para um novo ciclo narrativo, em que a luta pela sobrevivência passa a reger sua existência. O diagnóstico age como um ato de fala performativo, que instaura imediatamente a

doença como uma nova dimensão da realidade. Ainda assim, mesmo em choque, a protagonista começa a buscar formas de responder ao impacto.

A consciência de sua nova condição gera uma resolução interna, ainda que dolorosa, de que o tratamento será inevitável: “Chorei depois da cirurgia, chorei no CTI-tour, chorei em todas as sessões de quimioterapia (...) Adotei óculos escuros para sempre!” (Silva, 2016, s.p.). O choro incessante é um ato de purgação, uma resposta ao agressor invisível que é a doença. Ao externalizar a dor, Marina constrói um mecanismo de sobrevivência psíquica, preparando-se para a batalha que virá.

6.1.5.5 A narrativa do tratamento oncológico e seus desafios

No dia 10 de julho de 2002, Marina passou por vários procedimentos na mesma cirurgia: a mastectomia radical, o esvaziamento axilar, a reconstrução da mama e a abdominoplastia. Após uns trinta dias da cirurgia, ela iniciou a fisioterapia e a quimioterapia. Ela relata o efeito devastador da quimioterapia em seu corpo e o início de um quadro de depressão no pós-cirúrgico, o qual foi se agravando durante as sessões de quimioterapia.

O tratamento oncológico é o momento de maior intensidade actancial. Marina torna-se simultaneamente sujeito combatente e vítima passiva do processo terapêutico. A quimioterapia, a mastectomia e a radioterapia configuram-se como actantes-oponentes que destroem o corpo, enquanto ela persiste na busca pela cura, como afirma: “A quimio primeiro, seis sessões das vermelhinhas, tratamento VIP, com tudo o que tive direito: queda de todos os pelos (...) virei um zumbi!” (Silva, 2016, s.p.). Aqui, a sequência narrativa revela o corpo como o palco de uma guerra, e Marina oscila entre atos de sacrifício (submissão ao tratamento) e atos de resistência (insistência em continuar mesmo diante do sofrimento).

A linguagem de efeito bélico utilizada revela essa percepção da luta pela vida como uma batalha literal, reforçando o papel da protagonista como guerreira involuntária. VIP (*Very Important Person*) não é uma palavra bélica, mas, no contexto em que Marina a usa, é uma ironia, sugerindo que o tratamento é “especial” no sentido de ser intenso e exclusivo, mas de maneira dolorosa. Ela usa a palavra para subverter a ideia de privilégio, mostrando que o tratamento “VIP” pode ocorrer por estar recebendo as doses mais fortes de quimioterapia ou por estar sendo administrada exclusivamente de forma endovenosa, uma característica que a torna temida entre as pacientes, diferentemente da quimioterapia branca, que pode ser administrada endovenosa, intramuscular, subcutânea ou intratecal. Também a palavra zumbi não é um termo bélico, mas carrega uma carga simbólica. Os zumbis são figuras de ficção que

representam a morte em vida, a perda da vitalidade — e, nesse sentido, o termo reforça o impacto devastador do tratamento sobre o corpo e a mente.

O tratamento, no entanto, não é apenas uma agressão externa, mas também um catalisador de colapsos emocionais: “Levantei, abri janelas e comecei a trabalhar em serviços domésticos para aliviar o abafamento” (Silva, 2016, s.p.). Esse gesto trivial é, em verdade, um ato de conservação do eu. Ao abrir as janelas e tentar manter uma rotina mínima, Marina busca neutralizar a ameaça psicológica do desespero, encontrando pequenas brechas de controle em meio à tempestade do tratamento.

A experiência do câncer de mama não se limita aos desafios físicos impostos pelo tratamento. O impacto emocional é igualmente avassalador e, em muitos casos, conduz os pacientes a processos depressivos que podem ser tão debilitantes quanto a própria doença. Nos dois diários, Marina Silva expõe a sua luta contra a depressão e o sofrimento psicológico que atravessou ao longo do tratamento. Sua narrativa revela um percurso de exaustão emocional, marcado pelo medo, pela raiva e pelo desamparo, mas também por estratégias peculiares de enfrentamento, que vão da recusa inicial do tratamento psiquiátrico até a construção de um discurso de aceitação e de resistência.

Desde os primeiros momentos após o diagnóstico, Marina percebe o peso da incerteza que, aos poucos, transforma-se em um estado profundo de angústia. O impacto da notícia não a mobiliza apenas para a busca da cura, mas também desencadeia um turbilhão de emoções que a levam à exaustão. Como descreve em seu diário, “Mas ao invés de alívio, sentia-me mais oprimida e depressiva e então a coisa toda foi ficando grande demais para um peito repleto de dor, raiva, mágoa, medo e uma cabeça ocupada por pensamentos funestos” (Silva, 2005, p. 2). Essa opressão não diminui com o tempo; pelo contrário, intensifica-se à medida que o tratamento avança. A quimioterapia, em especial, é um divisor de águas no aprofundamento de sua depressão, tanto pelos efeitos físicos devastadores quanto pelo impacto que causa em sua autoestima e energia vital. A exaustão não se manifesta apenas na forma de tristeza, mas também em episódios de pânico e crises de ansiedade severas. Após a primeira sessão de quimioterapia, ela relata um episódio de medo sufocante, conforme exposto a seguir:

> Aconteceu logo após a primeira sessão de quimioterapia. Dormi mal à noite numa angústia e medo inexplicáveis. (...) Sentia falta de ar, respirava com dificuldade, o coração batia esquisito, super rápido, fechando minha garganta, dando uma fraqueza nas pernas, tonturas. A boca secou, a língua grudava no céu da boca, meu estômago revirava,

> umas ondas estranhas passeavam por minha coluna, causavam-me arrepios e um calor esquisito vinha do pescoço e subia até a cabeça (Silva, 2016, s.p.).

Aos poucos, a depressão instala-se de forma definitiva, tornando-se um fardo que a acompanha em todas as etapas do tratamento. Em um de seus momentos mais sombrios, ela admite todos os sentimentos que apoderam de seu corpo e de sua mente: “Depressão, raiva, humilhação, ódio, ira, rancor, desânimo, apatia, tristeza” (Silva, 2005, p. 10). O abatimento reflete não apenas em seu estado emocional, mas também na forma como passa a enxergar a si mesma. A mastectomia representa uma ruptura dolorosa com sua imagem corporal, e Marina demonstra dificuldade em aceitar o novo corpo. A rejeição à própria aparência traduz-se no medo do espelho, na dificuldade em se despir e na sensação de perda de feminilidade. Ela relata que não gostava de se despir e de se olhar no espelho. Também que se afastou de amigos, evitava sair de casa e, por um período, sentia-se incapaz de lidar com qualquer interação social, como atesta o exemplo: “Não saía mais de casa, não queria ver ninguém, conversava com pouquíssimos amigos” (Silva, 2005, p. 27).

O estado de depressão extrema agrava-se a ponto de levá-la a cogitar a morte como forma de cessar o sofrimento. Em um momento de desespero absoluto, relata um medo intenso de si mesma: “Uma terrível sensação de perigo, que algo eminentemente ruim iria me acontecer me dominou! Um medo, dor, angústia terríveis se apossaram de mim e junto a eles a sensação de que tinha que fazer aquilo parar de qualquer jeito! Fiquei com medo de mim e nesse instante me lembrei do psiquiatra” (Silva, 2016, s.p.). Esse episódio marca um dos pontos mais críticos de sua trajetória, revelando como a depressão pode aniquilar qualquer perspectiva de futuro.

Apesar da gravidade do quadro, Marina reluta em aceitar ajuda psiquiátrica e psicológica. Em tom de autocrítica e de ironia, ela admite que sabotava deliberadamente o tratamento medicamentoso, acreditando que poderia resistir sozinha à depressão. Sua recusa, no entanto, apenas agrava sua situação, resultando em novas crises, como expresso em seu relato a seguir.

> Eu vinha sabotando o tratamento psicológico de vários modos: resistindo aos medicamentos (não seguia o recomendado, tomava quando queria, jogava os remédios no lixo) e batendo e levando do psiquiatra-psicanalista! Descoberta a fraude levei "sabão e sermão" de todo mundo, inclusive do marido. Então achei outro jeitinho de burlar o tratamento: abria as cápsulas, jogava boa parte do pó fora e tomava o mínimo do medicamento! Resultado? Crises! Numa destas

> brincadeiras tive um ataque profundo, uma crise de pânico e choro e não havia ninguém em casa comigo (Silva, 2016, s.p.).

Somente após um episódio severo de desestabilização emocional é que ela decide, finalmente, seguir corretamente as recomendações médicas. A partir desse momento, passa a encarar a depressão como uma condição real, que exige tratamento contínuo e comprometimento.

Um dos recursos que Marina encontra para lidar com a dor emocional é a chamada "choroterapia", um processo de catarse por meio do choro, que ela descreve como uma espécie de exorcismo de seus sentimentos negativos. O choro, que inicialmente parece representar um sinal de fragilidade, torna-se, gradativamente, um mecanismo essencial para descarregar a tensão emocional acumulada ao longo do tratamento.

Com o passar do tempo, Marina encontra formas de ressignificar sua experiência e construir um novo olhar sobre si mesma. A depressão, embora avassaladora, não define sua trajetória por completo. Seu relato mostra que, apesar do sofrimento, ela consegue elaborar um discurso de superação que não apaga as dificuldades vividas, porém as transforma em aprendizado.

Sua escrita, carregada de ironia, de sarcasmo, no segundo diário, é um dos indícios de que, mesmo diante da exaustão emocional, ela encontra no humor ácido um instrumento para seguir em frente. A sua história demonstra que o enfrentamento do câncer não se restringe ao corpo, mas exige uma luta contínua contra as sombras que a doença projeta na mente. Seu testemunho reforça que sobreviver não é apenas vencer a enfermidade, mas também aprender a lidar com as cicatrizes invisíveis que ela deixa.

6.1.6 A epifania e a ressignificação da vida

O término do tratamento é vivido como um momento epifânico, em que Marina finalmente consegue se ver livre do peso do câncer. Ela faz uma viagem a Ouro Preto, a qual simboliza a passagem de um estado de degradação para a reconstrução de sua identidade, como afirma: "A viagem a Ouro Preto funcionou como uma sessão de descarrego, (...) era uma alegria enorme por ter vencido a doença, por estar viva e ali para agradecer a Deus" (Silva, 2005, p. 68-69).

Em Ouro Preto, Marina assume o papel de actante-beneficiária de sua própria luta, retribuindo a si mesma com a celebração da vida. A viagem é um ato de eliminação da

ameaça simbólica, uma tentativa de encerrar o ciclo de sofrimento e iniciar um novo ciclo. Contudo, o final do tratamento não é um retorno ao estado inicial, mas a inauguração de uma nova subjetividade.

Marina não é mais a mesma pessoa que iniciou a jornada, e a narrativa reforça que a doença deixou marcas indeléveis, tanto físicas quanto emocionais, conforme declara: “Parecia anestesiada e impermeável a qualquer alegria. (...) Impossível recomeçar do ponto antes do fatídico dia em que recebi o diagnóstico" (Silva, 2016, s.p.). Esse recorte autobiográfico revela que a narrativa não se encerra com a cura, mas com a busca contínua por um rearranjo existencial. Marina não é apenas sobrevivente; ela é agora guardiã da memória do sofrimento, alguém que carrega a marca da experiência e a transforma em narrativa.

A análise actancial mostra que, nos dois diários, a protagonista transita entre os papéis de agente e paciente, oscilando entre a luta pela vida e a submissão à doença. A narrativa se constrói a partir da tensão entre o sofrimento e a resistência, culminando na ressignificação da existência após o tratamento.

6.1.6.1 Os *ethé* de Marina

Nos dois livros de Marina, uma análise sob uma perspectiva mais ampla dos *ethé* prévio e discursivo revela uma narrativa complexa e emocionalmente rica, que ressoa profundamente em seus interlocutores. Inicialmente, os *ethé* prévios de Marina são formados a partir de sua identidade como mãe, esposa e profissional da área de saúde, combinados à sua experiência pessoal como paciente oncológica e ao histórico familiar de câncer. Esses elementos criam uma base sólida de empatia e de identificação, permitindo que o interlocutor a perceba como uma figura autêntica e resiliente, ainda que vulnerável.

À medida que sua narrativa se desenrola, Marina constrói vários *ethé* discursivos poderosos, que dão forma e impacto à sua história, conforme detalharemos mais à frente. Mas destacamos que um dos aspectos mais marcantes é sua honestidade para expor seus medos e fragilidades sem reservas, como ao descrever suas crises de pânico: “Sentia naquele momento que longe dali acabaria por fazer algo estranho motivada pelo medo e pela angústia. Tive medo de suicídio” (Silva, 2005, p. 31). Acreditamos que sua sinceridade é uma ponte que conecta profundamente o interlocutor à sua experiência. Simultaneamente, ela revela a personalidade de uma pessoa que utiliza estrategicamente o humor para falar de seus problemas.

O tom humorístico emerge como uma estratégia para suavizar a gravidade de sua jornada, com trechos que equilibram ironia e dor, como quando ela escreve: “É essencial saber logo de cara: ter um câncer de mama e passar por um tratamento VIP (retirada total da mama, esvaziamento axilar, quimio, radio, hormonoterapia) ou um tratamento mais Light **não torna a mulher assexuada**!” (Silva, 2016, s.p. grifo da autora).

Mesmo com o uso frequente de jargões do campo da medicina, Marina usa uma linguagem acessível e direta, a qual contribui para reforçar a autenticidade do relato, como quando ela constrói o aforismo com uma analogia implícita de que as metástases psicológicas são as ideias malucas que tomam nossa cabeça: “(...) pois pior que ter a doença é o espalhamento de ideias malucas para a cabeça, o que chamo de metástases psicológicas!” (Silva, 2016, s.p.).

Além disso, sua postura reflexiva e educativa oferece ao leitor a oportunidade de contemplar as lições aprendidas diante da adversidade, como evidencia em sua proposição: “As atividades físicas são grandes aliadas: exercícios respiratórios, caminhadas, danças, alongamentos. Pode ser coincidência, mas se ficar mais de três dias sem exercícios, sinto que os desconfortos aumentam” (Silva, 2005, p. 60).

Para fazermos a análise dos *ethé* discursivos construídos por Marina, seguimos a proposição de Charaudeau (2008) que os divide em duas categorias: os *ethé* de identificação e os *ethé* de credibilidade. Contudo sabemos que, muitas vezes, é difícil fazer esse traçado, porque alguns tipos de *ethos* podem ser constitutivos da personalidade da narradora, mas também podem ser estrategicamente criados por meio dos artifícios da língua/linguagem. Entre os *ethé* ligados à *identificação* apontamos alguns que já estão consagrados na Semiolinguística, como *ethos* de predestinação, *ethos* de humildade, *ethos* de humanidade *e* benevolência, *ethos de* abnegação e devoção, *ethos* de honestidade, *ethos* de redentora*,* e outros que se apresentam no *corpus* em análise, como *ethos* de vulnerabilidade, *ethos* espiritual, *ethos* coletivo e *ethos* de conselheira*.*

Ao se deparar com um nódulo na mama, Marina apresenta o *ethos* de predestinação*,* em sua aceitação resignada de que o câncer pode ser parte de algo maior em sua trajetória. Ela associa inicialmente o nódulo encontrado em sua mama a uma predestinação hereditária, tanto aos caroços benignos quanto aos malignos do histórico familiar.

Não havia casos de câncer de mama na família, suas irmãs tinham fibromas, que são dados como benignos, mas os pais morreram vítimas de outros tipos de câncer. Isso acionou em seu imaginário um estado de alerta com relação a uma possível predisposição hereditária. Um fato que reforça esse alerta é seu comentário de que há anos fazia os controles

preventivos, devido à causa-morte dos pais, conforme exposto no ato *elocutivo* presente na sequência narrativa a seguir.

> Peguei o telefone e disquei para Beth, uma de minhas irmãs que mora em BH, próximo a mim. Beth, apareceu um caroço no meu peito foi a primeira coisa que lhe disse quando ela atendeu. — Não esquenta não! Deve ser só um fibroma igual ao meu e ao da Lindéia. Isto me deixou relaxada. Era só um caroço de família. Beth curtia um há anos... Dava para esperar até a consulta de prevenção com Dr. Marcelo. **Há anos eu fazia os controles preventivos; desde que meus pais morreram vítimas de câncer** (Silva, 2005, p. 4, grifo nosso).

Ao expor sobre a escritura do primeiro diário, Marina revela o *ethos de* humildade. Ela orienta a seu interlocutor que não tem a pretensão de fazer uma obra literária, pois não se considera dotada de tal genialidade. Assim, convida-o a ver em seu texto um desabafo sobre o que lhe ocorrera, sob uma perspectiva que não a engrandeceria, por ser uma abordagem universal. Podemos interpretar tal postura como um nivelamento, como se quisesse dizer que era só mais uma entre tantas outras mulheres que sofrem do mesmo mal, conforme relata no ato *elocutivo* a seguir:

> Independentemente da forma do relato, pensei em escrever como se estivesse dialogando com alguém ou comigo mesma. E então? A quem pode interessar? Pois bem, não pense que aqui encontrará uma obra literária, pois não irá. E isto por motivos óbvios! Não sou escritora e não que não tenha tido vontade. Mas não nasci dotada de genialidade para tal arte. Encare este texto apenas como um desabafo, um relato simples de um evento que ocorreu em minha vida e que é universal: o sofrimento, o desespero e a luta contra uma doença temível até no nome CÂNCER (Silva, 2005, p. 1).

Ao longo de todo o tratamento, Marina apresenta o *ethos* de humanidade e benevolência. Sua empatia é evidente ao refletir sobre a dor dos outros, como, por exemplo, numa parte do relato em que ela chega ao hospital e se depara com duas crianças em tratamento de câncer. Elas brincam, mas é perceptível a tristeza no olhar dos pais, o que lhe desperta um sentimento de comiseração e de identificação, como ilustra a sequência narrativa a seguir.

> Nessa sessão uma cena me abalou muito. Havia naquele dia duas crianças em tratamento. Um menino de seis anos e uma garotinha de uns quatro a cinco anos. Eles, as crianças, mexiam aqui, ali, conversavam alegremente. Os pais, notei-os tristes. Embora

> conversassem alegres, seus olhos não exprimiam nada além de aflição e medo. Identifiquei-me com eles (Silva, 2005, p. 28).

Ao longo de todo o processo, do diagnóstico e do tratamento, Marina revela o *ethos* de abnegação e devoção. Ela minimiza seu sofrimento em prol da família, especialmente para proteger a filha Amanda. Mesmo passando por diversos processos difíceis da doença, ela não pensava em si mesma, pensava sempre em impedir ou aliviar o sofrimento do outro.

Devido ao medo de morrer e deixar Amanda desamparada, sem seus cuidados, viveu um verdadeiro pesadelo, entrou em depressão, mas também foi por ela que manteve a vontade de lutar e de viver, conforme expõe no recorte autobiográfico a seguir:

> Minha filha é minha vida e por ela, por medo de deixá-la só, desprotegida, tive tanto medo de morrer, caí em depressão. Mas também por ela é que me erguia, lutava, buscava forças quando já me achava esgotada (Silva, 2005, p. 41).

Ao narrar abertamente sobre seus medos e vulnerabilidades, ela fortalece a conexão com o leitor por meio do *ethos* de honestidade. Continuamente, assume suas fraquezas, expõe sua fragilidade nos dois diários, como podemos ver nos recortes autobiográficos, respectivamente: "Um medo de morrer terrível tomou conta de mim. Paralisou-me, impedia-me de raciocinar logicamente, com lucidez" (Silva, 2005, p. 27) e "O choro é livre! Então...tome choroterapia! Chorei, chorei, chorei, chorei rios, mares, oceanos inteiros de lágrimas!" (Silva, 2016, s.p.). Poderíamos também denominar esse *ethos* de vulnerabilidade, pois a exposição de seus medos mais profundos torna-a ainda mais vulnerável, mais humana e acessível ao interlocutor, como exemplificado em: "Uma terrível sensação de perigo, que algo eminentemente ruim iria me acontecer me dominou! Um medo, dor, angústia terríveis se apossaram de mim e junto a eles a sensação de que tinha que fazer aquilo parar de qualquer jeito! Fiquei com medo de mim" (Silva, 2016, s.p.).

Em várias passagens dos dois diários, Marina reflete sobre seu processo de crescimento a partir do enfrentamento dos problemas, deixando à mostra o *ethos* de redentora. Ela vê a experiência como uma oportunidade de crescimento pessoal, um meio para a redenção das diversas "MariSna" que foram surgindo no percurso do tratamento do câncer e das "metástases psicológicas", como ilustra o recorte autobiográfico a seguir.

> O que aprendi no fundo do poço é que o caminho de volta a vida é trabalho duro! Tive que juntar meus muitos caquinhos e me reconstruir, refazer, aceitar todas as novas identidades, lidar com *as*

> *milhares de MariSna* que surgiram e surgem no meu caminho a cada dia e o prazer da subida compensa o tombo! E o mais importante: a gente pode chegar ao fundo do poço, mas o importante é que se a gente está lá é porque estamos vivos! (Silva, 2016, s.p., grifo da autora).

Nos dois diários de Marina, destaca-se, de maneira central, o *ethos* espiritual. Esse aspecto é evidenciado por meio da intensa relação da narradora com a fé em Deus, que se apresenta como um pilar essencial em sua jornada. A fé não apenas orienta suas decisões e reflexões, mas também atua como uma âncora emocional nos momentos de maior angústia e de sofrimento. São inúmeras as passagens em que a narradora reafirma sua crença, atribuindo a Deus a sustentação de sua existência.

Um exemplo marcante dessa conexão espiritual pode ser observado no seguinte recorte autobiográfico: “Urrei, urrei, urrei o mais alto que pude, como bicho ferido, maltratado, castigado, abandonado e saí abençoada, dando graças a Deus por estar viva, ali, e gritando como louca!” (Silva, 2016, p. 34). Nesse trecho, a fé entrelaça-se à experiência dos sofrimentos físico e psicológico. A imagem de um "bicho ferido" remete à fragilidade extrema do ser humano diante da dor, mas o desfecho da passagem sublinha a resiliência de Marina, que, apesar da brutalidade da experiência, ainda encontra força para agradecer a Deus.

Mesmo nos momentos de crise e de revolta, em que a narradora desafia suas próprias convicções religiosas, a fé continua a desempenhar um papel fundamental. A relação com Deus não é estática nem imutável; pelo contrário, passa por momentos de conflito intenso, como podemos perceber no recorte autobiográfico a seguir.

> Briguei feio com Deus, chamei-o na chincha, no braço, bati feio com todos os meus princípios de fé, odiei Deus que levara minha mãe, meu pai e muitas pessoas boas que eu conhecia. Fiquei revoltadíssima com tudo; com Deus e o diabo-a-quatro, com o mundo! Mas todo esse horror ocorria dentro de mim, num silêncio profundo, abissal. (...) Mandei Deus às favas e o diabo para o raio que o parta e para os quintos dos infernos! (Silva, 2016, s.p.).

O *ethos* espiritual manifesta-se de forma paradoxal: a raiva e a revolta contra Deus não implicam negação da fé; mas, sim, um embate interior que reafirma sua centralidade na trajetória da narradora. O tom de dor, de exposição profunda da vulnerabilidade, como expusemos, e a linguagem explosiva revelam um conflito existencial profundo, em que a perda, a dor e a necessidade de encontrar sentido na adversidade se confundem. Entretanto, apesar do aparente rompimento, a menção a Deus permanece constante, sinalizando que,

mesmo na negação e no confronto, Ele continua sendo uma presença estruturante na identidade e na narrativa de Marina. Não se trata de uma simples expressão de fé, mas de uma espiritualidade complexa e dinâmica, marcada tanto pela entrega quanto pelo embate.

Nos diários de Marina, também é enfático o *ethos* coletivo, que se constrói a partir da interação entre sua experiência individual e a rede de apoio que se forma ao seu redor. A narrativa não se limita à vivência isolada do câncer de mama, mas expande-se para abarcar familiares, amigos, médicos, colegas de trabalho e outros pacientes, criando um tecido social de resistência e de ressignificação da doença. A narradora revela como a experiência do câncer não é solitária, mas profundamente compartilhada, afetando todos que a cercam e alterando dinâmicas tanto familiares quanto sociais e profissionais.

Desde o diagnóstico até o término do tratamento, Marina enfatiza a presença da família como um suporte fundamental, ainda que nem sempre livre de tensões e conflitos. Gil, seu marido, assume um papel central, como um companheiro solidário e cuidador, mas que, ao mesmo tempo, vivencia a doença de forma distinta. Ele se lança à busca de informações e troca experiências com médicos e pacientes, e Marina se fecha em sua dor e angústia, criando um contraste marcante entre a solidão subjetiva da paciente e a tentativa de racionalização do cônjuge. Essa diferença de enfrentamento do câncer se reflete em um distanciamento emocional, revelando como a experiência da doença pode alterar as relações conjugais.

Amanda, sua filha, também assume um papel essencial nessa jornada, simbolizando tanto a fragilidade da mãe quanto sua força para continuar lutando. O medo de deixá-la desprotegida impulsiona Marina a resistir, tornando sua presença um dos principais motivadores para sua resiliência. Além disso, a relação com as irmãs insere-se nesse *ethos* coletivo, na medida em que elas representam um elo com a memória familiar e o histórico da doença. Marina sente-se responsável por alertá-las sobre os riscos do câncer de mama, incentivando-as a realizarem exames preventivos e compartilhando com elas sua experiência, como forma de conscientização.

Outro aspecto relevante do *ethos* coletivo nos diários de Marina é sua percepção da doença como uma experiência compartilhada entre os pacientes. Marina menciona diversas interações com outras pessoas em tratamento, destacando como cada pessoa enfrenta a enfermidade à sua maneira. A convivência com esses indivíduos reforça sua compreensão de que o câncer não é apenas um problema pessoal, mas um fenômeno social que atravessa idades, classes e histórias de vida.

Em determinados momentos, ela se vê profundamente tocada pela dor dos outros, como quando um garoto hospitalizado lhe diz para ter força e acreditar na cura. Esse *ethos* lhe

permite forte sentimento de empatia para com outras pessoas com situações semelhantes a dela. Essas interações consolidam a ideia de que, mesmo diante da dor e do sofrimento, há um senso de comunidade entre os pacientes, um apoio mútuo que os ajuda a enfrentar os desafios do tratamento. Ao mesmo tempo, Marina reflete sobre o estigma social da doença e como ele afeta não só os doentes, mas também todos ao seu redor. O medo do câncer, segundo ela, não é uma sensação exclusiva de quem recebe o diagnóstico, mas algo que reverbera em familiares, amigos e colegas, criando um ambiente de apreensão coletiva.

A dimensão coletiva da experiência da autora também se manifesta em sua relação com os profissionais de saúde e no impacto da doença em sua vida profissional. Médicos, fisioterapeutas e psicólogos tornam-se figuras-chave em sua trajetória, ainda que, em um primeiro momento, Marina tenha resistência em aceitar ajuda psicológica. Sua recusa inicial ao tratamento psiquiátrico revela a dificuldade de lidar com a vulnerabilidade emocional, algo que, posteriormente, ela reconhece como um erro. A presença desses profissionais não apenas contribui para sua recuperação física, mas também para seu processo de aceitação da doença. Além disso, sua identidade profissional como professora sofre um abalo significativo, pois a impossibilidade de exercer sua função a faz questionar sua própria existência para além do papel de paciente. A doença, nesse sentido, não afeta apenas seu corpo, mas também sua percepção sobre si mesma e sua utilidade na sociedade.

Ao longo da narrativa, Marina não apenas compartilha sua jornada, mas também constrói um discurso coletivo, buscando transformar sua experiência em aprendizado para os outros. Seu relato não se limita a um testemunho pessoal, mas assume um caráter quase pedagógico, oferecendo conselhos e reflexões sobre o enfrentamento do câncer. A autora utiliza uma linguagem carregada de metáforas de guerra para descrever o tratamento, enfatizando que, diante de um diagnóstico como esse, não há outra alternativa senão a luta. Essa escolha discursiva reforça a necessidade de união e de estratégia, ao mesmo tempo em que sublinha a seriedade do enfrentamento da doença.

Dessa forma, o *ethos* coletivo nos diários de Marina manifesta-se por meio de múltiplas interações e relações que moldam sua trajetória. A experiência do câncer não se limita ao sofrimento individual da autora, mas expande-se para abarcar um cenário mais amplo, no qual familiares, amigos, médicos e outros pacientes desempenham papéis fundamentais. A narrativa revela como a doença reconfigura laços afetivos, estruturas sociais e a própria identidade da narradora, transformando sua dor em um testemunho compartilhado. Por meio de um tom que alterna entre o humor, a dramaticidade e a reflexão, Marina constrói

uma visão do câncer que não é apenas uma batalha pessoal, mas um processo coletivo de ressignificação e resistência.

Por último, apontamos o *ethos* de conselheira que emerge tanto na parte final do primeiro diário, quando relata a finalização do tratamento, quanto dez anos depois do tratamento, em seu segundo diário. Assim, Marina constrói sua interlocução dirigida a dois perfis de público: um que estaria adoecido, e outro, que estaria gozando de ótima saúde.

Nos dois exemplos, ela enuncia sua posição em relação ao interlocutor por meio de atos *alocutivos*, e deixa claras as relações de influência que deseja exercer sobre ele, levando-o a tomar posição, ou à execução de uma ação. A narradora utiliza categorias da língua comumente usadas para atender esse objetivo, como os verbos no imperativo, porém com estratégias diferentes de persuasão, ora usa o imperativo afirmativo, ora o imperativo negativo.

No primeiro exemplo, ela procura dar sugestões a mulheres e homens que supostamente estariam com câncer e orienta-os sobre como deveriam agir para lutar contra a doença. De forma incisiva, usa o tom imperativo afirmativo, conforme ilustra o ato *alocutivo* a seguir.

> **NUNCA recuse** ajuda e acompanhamento psicológica se sentir que não está dando conta sozinha (o), que chegou ao seu limite! **Converse** com seu médico ou médica. Se tiver acesso ao tratamento psicológico, **aceite-o**! Se precisar de medicamentos para ajudar a passar por qualquer perrengue, **aceite-os**! Foram três anos de tratamento psicoterápico, sessões semanais de meados de 2002 ao final de 2005, quando resolvi tomar em minhas mãos o leme da minha vida. Detalhe: sem abandonar os medicamentos tarjas-pretas! (Silva, 2016, s.p., grifos nossos).

No segundo, também de forma incisiva, com o tom predominantemente imperativo negativo, a narradora aconselha a pessoas que estariam sem problemas de saúde tanto física quanto mental a não tomarem certas atitudes em relação a pessoas com câncer. Ela procura desconstruir a aplicabilidade de algumas ações ou de atitudes muito comuns na sociedade, motivadas pelo imaginário sociodiscursivo de suposto apoio moral a um paciente com câncer, conforme ilustram os dois atos *alocutivos* a seguir. **:**

> Se você está gozando de ótima saúde física e mental, especialmente, **não fale** sobre outras vítimas da doença, principalmente se elas morreram. **Não empreste** nem dê de presente, livros sobre doenças, mortes, depressão e **jamais dê ou empreste** um livro que você não leu, mas gostou do título ou alguém lhe falou que ajuda muito a uma pessoa doente ou em tratamento. (...) **Não fale** sobre as sessões de

> quimioterapia e radioterapia com a mesma displicência que se comenta sobre dissecar "vasinhos" nas pernas. Evite comentários do tipo: a radiação provoca queimaduras horríveis, pois é mentira! (Silva, 2005, p. 72, grifos nossos).
>
> **Não empreste nem presenteie** vítimas de câncer, Aids etc, com livros mórbidos, cujo tema é doença, morte. Leve-lhe revistas, quadrinhos, orações. **Evite** contar casos sobre doenças de parentes, vizinhos colegas ou ETs, principalmente se o final não é feliz. E por aí afora. (Silva, 2005, p. 74, grifos nossos).

Entre os *ethé* ligados à *credibilidade* apontamos os que estão consagrados na Semiolinguística, como: *ethos* de autodomínio, *ethos* de liderança e *ethos de* competência*,* e outros que se apresentam no *corpus* em análise*, como ethos* de super-heroína, em franco conflito com um *ethos* fendido, *ethos* de autoafirmação *e ethos* de humor ácido.

O *ethos* de autodomínio reflete-se na forma como Marina aprende a controlar suas emoções para seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis, quando recebeu o diagnóstico de câncer, de controle das emoções e do medo, ancorada por uma força de empoderamento feminino ancestral, presente nas mulheres de sua família, conforme ela mesma se caracteriza: "— Sou forte como minha mãe, minhas irmãs e todas as mulheres da minha família" (Silva, 2005, p. 47).

Esse *ethos* é, aos poucos, fortalecido pelo desdobramento do *ethos* de super-heroína*,* inspirado em duas mulheres presentes no imaginário de Marina: a Mulher Maravilha, heroína greco-romana das histórias em quadrinho, de William Moulton Marston, com seus superpoderes de inteligência e de força, e *Miss Marple*, heroína dos filmes de Aghata Christie, com seu conhecimento incomparável da natureza humana, suas fraquezas, seus truques e suas excentricidades.

Ela apresenta alguns motivos para a criação dessa aparente fortaleza. Um deles é a atitude de proteção daqueles que ama, por meio da qual procura evitar o sofrimento alheio; o outro, é a tentativa de autopreservação, de negação da própria doença. Assim, relata sobre como decidiu agir, como corporificou o ideal feminino de força, de coragem, de mulher forte, guerreira, que imaginava ser necessário no momento em que recebeu o diagnóstico, conforme ilustram respectivamente as três sequências narrativas a seguir.

> Na ocasião, Dr. Gabriel sorriu e disse (...): Desta vez vocês deverão refazer uma série de exames. Esta é uma cirurgia de grande porte. Várias providências deverão ser tomadas por vocês. —Vocês, vocês... De repente me lembrei de Gil e olhei para o lado. Ele estava de cabeça

> baixa. Como eu, recebera aquilo como um golpe de Tyson e desabara na mesa também. Levantei-me rapidamente, totalmente controlada, puxei-lhe a cabeça para trás e percebi-lhe o suor excessivo, a extrema palidez. (...) Falei-lhe coisas carinhosas para acalmá-lo. A partir do desmaio de Gil, institivamente adotei uma postura de fortaleza. Mantive militarmente o autocontrole, buscando realizar tudo racionalmente e fazendo-me ultraforte. Mais tarde descobri que esse comportamento é uma forma de autodefesa (Silva, 2005, p. 6-7).

> O desmaio de Gil acionou algo dentro de mim que me fez adotar uma postura granítica, impenetrável frente ao câncer a partir de então**.** Portava-me como *Mulher Maravilha*, decidida a *tirar de letra* o perrengue dando o mínimo de preocupação à família (Silva, 2016, s.p.).

> Incrível minha forma de tratar as coisas como uma questão de estratégia militar. A explicação é simples: casei-me com um militar, adoro leituras policiais, jogos de guerra, espionagem. Quando adolescente lia muito Aghata Christie, Sir Arthur Connan Doyle, George Simenon. Sentia-me a própria Miss Marple, uma das grandes personagens de Aghata Christie, minha favorita. Minha estratégia era complexa: poupar nossa filha inicialmente, mas não esconder a verdade (Silva, 2005, p. 8).

Durante o tratamento, o medo de tudo, principalmente da morte, desconstrói o *ethos de* autodomínio e dá espaço para um *ethos* fendido, em que se cruzam dois perfis de mulheres, em franco conflito: a mulher real, que põe à mostra todas as suas fraquezas, sua incapacidade de resistir bravamente diante das vicissitudes, e os estereótipos de mulher forte, incrível, perfeita, reproduzidos em seu imaginário sociodiscursivo, conforme exposto no ato *elocutivo* a seguir:

> (...) Quanto mais medo tinha, mais me fazia ou fingia de forte. Cheguei a pensar que eu era duas pessoas. Uma, fracota, manhosa, dengosa, pitizenta, e a outra o oposto, uma mulher forte, decidida, firme em suas posturas éticas e profissionais, muitas vezes chata por tanta altivez (Silva, 2005, p. 34).

É importante destacar que a constituição do *ethos* fendido não impacta negativamente na credibilidade do que professa Marina, muito pelo contrário, reforça o quanto o paciente com câncer fica vulnerável. O comportamento dual, as oscilações de estado de ânimo ou de humor são bastante comuns em pacientes com câncer.

O *ethos* de liderança manifesta-se em sua capacidade de incentivar outras mulheres a cuidarem de sua saúde e a enfrentarem seus próprios desafios, conforme enuncia: "(...) conversando com minhas irmãs, somos seis, tentava convencê-las a fazer o autoexame, a mamografia" (Silva, 2005, p. 3).

Apesar de não ser oncologista, Marina demonstra o *ethos* de competência, pois possui bastante conhecimento sobre o câncer, por ter feito o curso de enfermagem e por ter estagiado em hospital oncológico. Além disso, esforça-se para compreender o câncer e os tratamentos, conquanto reconheça que, às vezes, o melhor era não deter muito conhecimento sobre essa enfermidade, conforme expõe neste recorte autobiográfico: "Quisera eu nesse momento jamais ter trabalhado na área de saúde, ter feito curso de enfermagem, conhecer termos médicos: A ignorância às vezes é salutar! Entrei em pânico!" (Silva, 2005, p. 20). Em outro momento, diante da quimioterapia, ela reflete: (...) Aqui também saber demais foi muito ruim para mim, especialmente para minha cabeça. (...) Eu trabalhei como estagiária em um hospital oncológico e conhecia muito bem os percalços da quimioterapia" (Silva, 2005, p. 23).

O *ethos* de autoafirmação, em contraste com o *ethos* de vulnerabilidade, demonstra a determinação de Marina em não ser definida apenas pela condição de paciente, reafirmando sua identidade e autonomia como mulher, como uma pessoa resoluta, como atesta o ato *elocutivo* a seguir.

> Eu já abandonara a terapia, sumi dos consultórios médicos e por último larguei a fisioterapia e a psicanálise. Meu objetivo é me virar com minhas próprias pernas, é trabalhar, é fugir do estigma do deficiente, inválido, é largar de vez os remédios. Não sou inválida! Não sou deficiente (Silva, 2005, p. 63).

É importante observarmos que Marina vocifera contra outros estigmas que estão fortemente presentes no imaginário sociodiscursivo e, neste contexto, estão sendo usados como desdobramentos do câncer: o estigma de "deficiente" e o de "inválido", qualificadores que carregam uma carga semântica de negação social em qualquer situação de uso, denominado de Capacitismo, preconceito dirigido às pessoas com alguma deficiência. Trata-se de um termo relativamente novo no Brasil, mas já se faz presente um esforço da sociedade em substituir esses termos por outros que não sejam tão ofensivos na visão de muitas pessoas. Em 2023, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), em parceria com o Ministério da Saúde, disponibilizou uma cartilha de combate ao

Capacitismo. Ela se encontra disponível em portais do Governo e é extremamente importante sua aplicabilidade para que episódios, como os que ocorreram com Marina não persistam.

Entre a superação e a rememoração, surge um *ethos* que atravessa a narrativa do segundo diário, o *ethos* de humor ácido. Nos diários de Marina *Câncer de mama: de como quase morri... de medo!* (2005) e *Câncer de mama: Não morri... nem de medo!* (2016), percebe-se uma transição significativa na forma como a autora reconstrói sua trajetória. O primeiro diário apresenta uma narrativa mais linear, com títulos que organizam os eventos vividos; diferentemente, o segundo, escrito dez anos após sua recuperação, é marcado por um olhar retrospectivo carregado de ironia, de sarcasmo. Essa mudança no tom evidencia a função do humor ácido na reconfiguração da própria identidade, tornando-se um mecanismo de resistência, reconstrução subjetiva e captação da atenção do leitor.

Desde o primeiro diário, Marina utiliza o humor como uma estratégia discursiva para lidar com a dor e tornar sua experiência mais acessível ao interlocutor. No entanto, na segunda obra, o uso do humor ácido se intensifica, assumindo uma função primordial na estrutura do relato. O título *Não morri... nem de medo!* já sugere um tom desafiador e desdramatizado, ao mesmo tempo em que ironiza o temor social em torno do câncer.

A presença do sarcasmo e da ironia é evidente em passagens, como "'**PQP"...É CÂNCER!**' 'PUTZ!' ** É câncer! E eu que esperei chegar 2002, guardando o nódulo até o carnaval passar, crente que o achado era só um caroço de família, para agendar uma consulta..." (Silva, 2016, s.p., grifo da autora). Seja por meio da linguagem coloquial, ou chula, de baixo calão, ou hiperbólica, Marina transforma o sofrimento em um evento que pode ser narrado com comicidade.

Além disso, ela usa o humor como forte estratégia de captação da proximidade do interlocutor, como podemos ver neste ato ao mesmo tempo *elocutivo* e *alocutivo*: "O câncer é uma doença *disgramada*, desgraçada, que *surge do meio do nada e de lugar nenhum* e vira nossa vida de cabeça pra baixo e de pernas para o ar! Foi assim comigo há mais de dez anos atrás! Pode estar sendo assim com você neste momento!" (Silva, 2016, s.p., grifo da autora).

Além do câncer, outro fato da narrativa que evidencia o *ethos* de humor ácido é a forma como Marina rememora seu divórcio. No segundo diário, a autora expõe essa experiência com uma ironia que se aproxima da autodepreciação, mas que, ao mesmo tempo, revela sua capacidade de superar o fim do casamento. O recorte autobiográfico: "Dez anos depois e eu não morri...nem de medo nem do divórcio que foi o capítulo seguinte, uma década depois. É, não foi a morte que nos separou, foi a vida! Muita vontade de viver a própria vida!"

(Silva, 2016, s.p.), sintetiza essa perspectiva, evidenciando o tom humorístico e reflexivo com o qual a narradora revisita o término da relação.

Se no primeiro diário o marido aparece como um companheiro presente e dedicado durante o tratamento — “Gil assumiu o comando de tudo” (Silva, 2005, p. 9) —, no segundo, o distanciamento gradual e o rompimento do casal surgem como um processo inevitável. Marina sugere que a relação foi afetada não apenas pelos impactos emocional e físico da doença, mas também pelas mudanças que ocorreram em sua identidade, após a experiência do câncer. Em um trecho carregado de humor sarcástico, ela afirma: “Troquei o marido pelos médicos e local de serviço! Pronto, falei” (Silva, 2016, s.p.). Tudo indica que sua dedicação ao tratamento e ao trabalho acabou se tornando sua prioridade, afastando-a da vida conjugal.

A desconstrução do casamento é narrada de forma a demonstrar como a relação, embora marcada pelo companheirismo no início, não resistiu às mudanças impostas pelo tempo. Marina reflete sobre a falta de diálogo e a tentativa frustrada de manter um casamento que já não correspondia às necessidades de ambos. Segundo Marina, o casal optou por deixar o tempo passar, a vida voltar ao normal inicialmente e, dez anos depois, a solução foi o divórcio. Ela reconhece que evitou enfrentar os problemas do relacionamento, optando por uma postura de conformismo. No entanto, a ironia subjacente à sua análise demonstra que ela não se coloca como vítima, mas como alguém que aceitou as consequências de suas escolhas.

A ressignificação do divórcio por meio do humor ácido também aparece quando Marina compara a separação ao câncer, reforçando a ideia de que ambas as experiências foram igualmente difíceis, mas superáveis, no tom irreverente nesta marcante passagem já citada: "Dez anos depois e eu não morri... nem de medo nem do divórcio" (Silva, 2016, s.p.). A forma como ela estrutura a frase sugere que, apesar da dor e das dificuldades enfrentadas, a separação não foi um evento traumático e irreversível; mas, sim, uma fase de transição.

Outra passagem bastante elucidativa da irreverência de Marina diante do divórcio é quando ela narra, de forma cômica, o momento em que o casamento começou a ruir:

> Em 2005 lancei no ar o assunto divórcio. Ele veio com adoção. No meio do caminho apareceram três miominhas (tumores no útero) que foram confundidos com gravidez de trigêmeos e pôs fim no tesão e a relação entrou em rota de colisão a caminho do espaço rumo ao beleléu! (Silva, 2016, s.p.).

Esse trecho não apenas exemplifica o uso da hipérbole como recurso humorístico, mas também mostra como Marina constrói sua narrativa de forma a desdramatizar a separação,

tratando-a como uma consequência natural dos caminhos distintos seguidos por ela e o ex-marido.

Outro aspecto relevante do *ethos* de humor ácido de Marina é o uso do humor para romper tabus, especialmente, no que diz respeito à sexualidade de mulheres que enfrentam o câncer. Em um dos trechos do diário de 2016, ao falar sobre os desafios da intimidade após o tratamento, ela usa uma forma descomplicada e divertida para fazer menção a problemas que as pacientes com câncer enfrentam, como o excessivo ressecamento vaginal.

Assim, de forma metafórica, Marina recorre a uma rede de interdiscursos, como intertextualidades com provérbios, com músicas populares e com aforismos (máximas), para falar de suas dificuldades no relacionamento afetivo-sexual. A forma humorada como expõe o assunto talvez seja estratégica para a quebra de decoro, no sentido de pudor. A seguir, expomos uma sequência em que ela narra sobre sua vivência relativa ao ressecamento vaginal e sua dificuldade para se relacionar sexualmente com seu marido.

> (...) Eu não falei nada a ninguém! Meu mastologista/ginecologista é que viu minha sofrência num reles exame ginecológico aonde eu quase morri de dor com especulo para virgem! Pronto, falei! Neste ponto da grande seca no agreste eu já, há muito tempo, corria do pau, literalmente! (...) Sexo Martinho da Vila: é devagar, é devagar, é devagar, é devagar, devagarinho! (Silva, 2016, s.p.).

A escolha do tom cômico, repleto de referências populares, serve para amenizar um tema delicado, ao mesmo tempo em que convida o leitor à reflexão. Assim, percebe-se que a estratégia discursiva de Marina vai além da simples comicidade: o humor ácido funciona como um recurso de poder, permitindo que a narradora reconstrua sua narrativa de forma irreverente, sem se reduzir a um papel de vítima.

A análise comparativa entre os dois diários permite perceber que o *ethos* de humor ácido de Marina evolui ao longo do tempo. Se, no primeiro diário, sua identidade oscila entre a força da "Mulher Maravilha" e a vulnerabilidade extrema; no segundo, sua persona estabiliza-se em um perfil mais irreverente e desafiador. A ironia e o sarcasmo, portanto, não apenas reforçam sua resiliência, mas também demonstram como o humor pode ser um recurso essencial na superação de traumas. O discurso de Marina, ao se distanciar do tom melodramático e adotar uma postura irônica diante da doença e do divórcio, transforma sua narrativa em um legado inspirador para outras pessoas que enfrentam desafios semelhantes.

A construção desses *ethé* transforma os diários de Marina em obras profundamente significativas, oferecendo uma reflexão sobre os impactos emocional, social e espiritual do

câncer. Sua narrativa vai além do relato pessoal, convidando o leitor a contemplar temas universais de superação, vulnerabilidade e conexão humana, criando um legado literário que inspira, consola e edifica o caráter exemplarizante para outras pessoas.

A representação de si em *CÂNCER DE MAMA: de como quase morri... de medo!* e em *CÂNCER DE MAMA: Não morri ...nem de medo!* reflete a complexidade emocional e psicológica de uma mulher enfrentando o câncer. Marina assume papéis variados ao longo do relato, indo de heroína inabalável a um "trapo rastejante" (Silva, 2005, p. 34). Essa multiplicidade de *ethé* demonstra como o câncer molda a percepção de si mesma e revela facetas ocultas da personalidade.

A postura inicial de "Mulher Maravilha" é um exemplo marcante: "Portava-me como Mulher Maravilha" (Silva, 2005, p. 9). Esse comportamento foi descrito como uma autodefesa frente ao diagnóstico de carcinoma invasivo. Apesar disso, Marina também reconhece os danos desse *ethos* ultraforte: “(...) Agi de modo petulante, superior, soberba. Era a própria Mulher Maravilha, superpoderosa, achando que poderia lidar com tudo sozinha" (Silva, 2005, p. 30). Mesmo entendendo mais tarde que era uma autodefesa, ela reconhece que esse comportamento foi nocivo para sua recuperação, principalmente depois de iniciada a quimioterapia. A desconstrução desse papel revela vulnerabilidades que a autora inicialmente resistia em admitir.

A patemização, ou a externalização das emoções, como vimos na teoria, está muito presente na constituição dos *ethé* de uma pessoa. Nos diários de Marina, ela é um elemento central na construção de seus *ethé*. Para mostrar como a patemização se apresenta na narrativa, recorremos a algumas tópicas sugeridas por Charaudeau (2007) e a outras que os *corpora* nos permitem fazê-lo.

A partir de um diagnóstico de câncer, a vida de Marina torna-se marcada por sentimentos antagônicos. Ela relata que há momentos em que dominam a raiva, a mágoa, o ódio, o choro, como ela mesma afirma neste episódio: "Movida a ódio descarreguei toda a minha ira nos homens que mais me ajudaram e ajudam nesse perrengue: Gil e Dr. Paulo" (Silva, 2005, p. 35). Em outros momentos, ela reconhece que o choro não é um sinal de fraqueza, mas uma catarse necessária, como expõe na reflexão a seguir.

> O psiquiatra me ensinou aceitar limites, a dizer não, tomou minha capa de mulher maravilha que dá conta de tudo sozinha e ainda *tira de letra* qualquer perrengue e o mais importante: ele me ensinou que chorar nem sempre é sinónimo de fraqueza e que a fraqueza entendida e descomplicada pode ser sinal de coragem e até mesmo de força!

(Silva, 2016, s.p.).

Marina também exibe momentos de resiliência e de alegria. Após um período de depressão profunda, ela relata: "Quando voltei ao trabalho fiquei alegre, diria quase feliz" (Silva, 2016, s.p.).

Essa alternância entre otimismo e pessimismo revela a complexidade da experiência humana em face de adversidades extremas. O relato como um todo é marcado por situações opostas, evidenciando tópicas emocionais diversas. Observamos que as emoções oscilam intensamente, revelando as tensões entre dor *versus* alegria, angústia *versus* esperança, antipatia versus simpatia, atração *versus* repulsa, entre outras que emergem naturalmente, enriquecendo a complexidade do discurso.

A tópica da dor *versus* a da alegria é bastante recorrente. A dor aparece marcada principalmente nas fortes imagens construídas por gradações e por metáforas, como nesta cena: “Depois desabei e tive ódio, raiva, revolta, ira, desgosto e senti tudo profundamente, dilacerando minha carne e me sangrando por dentro e me partindo em pedaços!” (Silva, 2016, s.p.). A dor é apresentada como uma experiência avassaladora, que fragmenta a narradora tanto física quanto emocionalmente. A linguagem visceral, repleta de palavras fortes, amplia a sensação de sofrimento.

A alegria surge como um alívio tímido, fugaz, mas poderoso contra a dor, que é sempre intensa. Nesse contexto, não é explosiva, mas aparece como uma pausa no sofrimento, principalmente nos relatos do término do tratamento, como gratitude pela sobrevivência, mesmo que persistisse a exaustão. O ato *elocutivo*, a seguir, ilustra esse comportamento: “Com o fim da quimioterapia, senti-me aliviada, feliz por ter sobrevivido a tudo aquilo. Quase instantaneamente perdi o medo de morrer, o pavor da clínica e das pessoas que encontrava lá” (Silva, 2005, p. 37).

A tópica da angústia *versus* a da esperança está algumas vezes relacionada a situações reais de desamparo e outras vezes ao medo do futuro (de um futuro que talvez possa não existir). A angústia e o medo manifestam-se tanto emocional quanto fisicamente e são retratados frequentemente como sensações concomitantes. Os sintomas descritos por Marina mostram como o corpo reage à carga emocional, intensificando a sensação de desespero, como revela nesta sequência narrativa: “Aconteceu logo após a primeira sessão de quimioterapia. Dormi mal à noite numa angústia e medo inexplicáveis. (...) O coração batia esquisito, super rápido, fechando minha garganta, dando uma fraqueza nas pernas, tonturas” (Silva, 2016, s.p.).

A esperança é um ato de resistência. Ela surge como a decisão de seguir adiante, mesmo quando o contexto é desolador. Marina agarra-se à possibilidade de cura como um motor que a impulsiona e assume com coragem o direcionamento de sua vida, como elucida este ato *elocutivo*: “Mesmo no fundo do poço não desisti da cura, fiz todo o tratamento aos trancos e barrancos e mais uns seis anos de hormonoterapia!” (Silva, 2016, s.p.).

A tópica da antipatia *versus* a da simpatia evidencia o contraste entre o afastamento e a conexão com o outro. Nos relatos de Marina, a antipatia é direcionada ao câncer e ao próprio corpo, como podemos observar na raiva que transparece na forma como qualifica o câncer: “Mas aí veio o fdp do câncer e F* com minha vida! Passei por tudo, tudinho, sem xingar um puta quipariuzinho de nada para este maldito, desgraçado câncer!” (Silva, 2016, s.p.). A simpatia está mais presente nas relações de apoio, quando Marina está no papel de actante-objeto apoiada pela família ou pelos amigos, como mostra este recorte autobiográfico: “De minhas irmãs então encheria páginas! Beth chegou junto; mora perto aqui em B.H. deu-me apoio, segurou minha barra com Amanda em alguns momentos difíceis” (Silva, 2005, p. 57). A simpatia revela-se nos gestos de cuidado. O apoio emocional da família, o carinho e a presença física funcionam como contraponto ao isolamento que a doença pode provocar.

Charaudeau (2007) propõe a tópica da atração *versus* a da repulsa para abordar a dualidade entre o desejo e o afastamento. No caso de Marina, essa dinâmica aparece especialmente na relação com o próprio corpo. Após a mastectomia, Marina sente repulsa pelo corpo transformado. A dificuldade de se enxergar revela a luta interna para aceitar as marcas físicas do tratamento, conforme afirma: “Eu demorei a tirar a roupa e até hoje não gosto de me olhar nua no espelho” (Silva, 2016, s.p.). A atração aparece no desejo de reconstrução da mama, de recuperar a imagem corporal.

A decisão de fazer a cirurgia de reconstrução da mama, indicada pelo médico, é um movimento de reencontro consigo mesma, uma tentativa de recuperar parte do que foi perdido. Podemos perceber em alguns relatos que foi uma decisão bastante incisiva, que ela não considerou inicialmente alguns problemas que poderiam ocorrer ao longo do tratamento, conforme ilustra seu relato: “Eu só queria me ver livre do tumor, do *maldito câncer* e fui para a consulta achando que ele iria me consolar pela ausência da mama e o danado me deu uma opção de peito! TOPEI” (Silva, 2016, s.p.).

O destaque da grafia da palavra “TOPEI”, em caixa alta, sugere o tom de uma decisão inequívoca. Assim, no dia 10 de julho de 2002, no hospital Mater Dei, Marina fez mastectomia radical, esvaziamento axilar, mais reconstrução da mama direita e abdominoplastia ao mesmo tempo, consoante relatamos no início do capítulo.

Pós-cirurgia, segundo seu relato, foi submetida a tratamento com radioterapia e começaram os problemas: "(...) as radiações provocaram endurecimento das cicatrizes da mama, fiquei com fibroses em algumas partes, deu uma repuxada no peitico, tracionou meu braço, alterou todo o tecido da mama novinha, repuxou fibras em alguns lugares" (Silva, 2016, s.p.).

Marina arrepende-se de ter feito a reconstrução da mama, por isso aconselha outras mulheres a não se precipitarem, a esperar o desenrolar do tratamento, consoante relato no recorte autobiográfico a seguir.

> Eu não sabia que teria problemas com minha mama nova e no braço com a radioterapia, se soubesse juro que esperaria para construir a mama depois da rádio. (...) Agora um conselho: Procure saber se o seu tratamento envolverá a etapa radioterapia. Converse e troque opiniões com os médicos mesmo que a cirurgia não seja a mastectomia radical" (Silva, 2016, s.p.).

A tópica do medo *versus* a da coragem mostra-nos que o medo é mais recorrente que a coragem, ele é paralisante, como expõe Marina: "O medo paralisou-me, não conseguia pensar em nada além da morte" (Silva, 2005, p. 34). Mas a coragem impõe-se como um ato de resistência neste relato: "Entrei no centro cirúrgico com o coração batendo forte, mas determinada a lutar" (Silva, 2005, p. 40). A tópica da solidão *versus* a do amparo mostra-nos o quanto a presença do afeto dos familiares é importante para amenizar o sofrimento de Marina. A busca consciente pela solidão em momentos de introspecção apresenta-se como uma forma de ocultar das pessoas que ama o quanto estava sofrendo, como chorar baixinho no banheiro para não preocupar sua família. E o amparo está presente nos laços de afeto, de zelo por parte de seu esposo Gil, que não só a acompanhava, como também organizava a agenda, como ela mesma relata: "Gil tinha agendadas todas as sessões de quimioterapia, sabia quantas seriam as sessões de radioterapia por antecedência e planejava o que faríamos assim que o pesadelo terminasse" (Silva, 2005, p. 37).

A tópica da raiva *versus* a da aceitação mostra-nos que, apesar de Marina se revoltar contra seu estado de adoecimento, o câncer oportuniza-lhe uma postura mais positiva diante da vida. A raiva, a ira, palavras abundantemente mencionadas, manifestam-se como revolta contra a doença, em vários relatos, como neste: "Quando resolvi escrever... peguei um pincel atômico e escrevi com força, raiva, ódio todos os piores palavrões do mundo de que eu tinha conhecimento!" (Silva, 2016, s.p.). Em contrapartida, para Marina, a aceitação surge como um caminho de paz: "Tudo, mas realmente tudo, tudo na vida passa! Enquanto não passa...a

gente vai vivendo do jeito que Deus manda e quer! Eu sou você amanhã, celebrando a vida, levando a vida 'do jeito que ela me levar'" (Silva, 2016, s.p.).

A tópica da fragilidade *versus* a da resistência coloca-nos diante de uma mulher aparentemente frágil, mas que é, em verdade, forte e determinada. A fragilidade é narrada com muita honestidade: "Fiquei magérrima, um fiapo de gente, virei um zumbi!". (Silva, 2016, s.p.,). Mas a resistência emerge como força vital, como podemos observar no contraponto a seguir.

> Esta foi a última crise grave de pânico que tive, porque resolvi naquele instante tomar religiosamente a medicação e parar de dar trabalho para minha família. Se tudo estava tão ruim era minha obrigação não tornar tudo pior para mim e para os outros!" (Silva, 2016, s.p.).

A análise das tópicas emocionais nos diários de Marina revela a complexidade das emoções humanas diante da experiência de um adoecimento. Ao articular as tópicas propostas por Charaudeau e outras que emergem do relato, a narrativa torna-se um testemunho poderoso sobre dor, medo, coragem e superação. Essa abordagem amplia a compreensão do discurso autobiográfico, mostrando como a linguagem não apenas descreve a realidade, mas também a ressignifica. Podemos perceber que os modos enunciativo e descritivo se apresentam como importantes instrumentos para a discursivização das emoções.

A autora reflete sobre a transformação de seu *ethos* ao longo da jornada. Da heroína idealizada à mulher que aceita sua vulnerabilidade, Marina mostra que a representação de si é dinâmica e multifacetada. Essa narrativa não só humaniza sua experiência como também inspira outras mulheres a reconhecerem e abraçarem suas próprias transformações durante a luta contra o câncer.

Mesmo diante de tantas vicissitudes, Marina deixa-nos uma mensagem de esperança: "Quatorze anos de cura e *CÂNCER DE MAMA: Não morri ...nem de medo!* Viva La vita!" (Silva, 2016, s.p.).

6.1.7 O corpo que lembra, a palavra que cura: emoções e memória

Seguindo as proposições de Arnoux (2019) sobre a importância de analisarmos as estratégias de ativação da memória em situações de conflitos ou traumas, observamos que, nos relatos de Marina, as emoções emergem de maneira intensa, revelando que a memória não

apenas reaviva suas experiências passadas, mas molda a maneira como ela lida com o diagnóstico e o tratamento.

Marina descreve como a descoberta do nódulo foi o gatilho para uma avalanche emocional. A situação é tão traumática que Marina torna a narrá-la no segundo diário, de maneira contundente, usando palavras que estão cristalizadas no imaginário sociodiscursivo sobre o câncer, tais como "aquela doença", "a coisa", "aquilo-que-não-deve-ser-nomeado" em: "PUTZ! ** É câncer! E eu que esperei chegar 2002, guardando o nódulo até o carnaval passar, crente que o achado era só um caroço de família, para agendar uma consulta..." (Silva, 2016, s.p.).

Ao tocar a própria mama durante o autoexame, ela inicia um processo involuntário de recordação de situações traumáticas do passado e de projeção de um futuro incerto. Esse instante revela a força do corpo como depositário de memórias, a percepção do tumor desperta lembranças de perdas familiares e um medo paralisante das consequências do câncer que estavam por vir, conforme expõe no relato a seguir.

> (...) perdi minha mãe e meu pai vítimas do câncer. Mãe teve na coluna, mielomas múltiplos, pai na próstata e disseminou por outras partes do corpo. Também tenho parentes que sofreram com cânceres diversos. Alguns morreram, outros não. Uma prima teve câncer de mama, deu edema no braço. Fez o mesmo tratamento que eu, mas não reconstruiu a mama. Uns cinco anos atrás teve de novo câncer na outra mama, também não reconstruiu e está terminando a etapa de hormonioterapia (Silva, 2005, p. 47).

O medo a domina, intensificado pela memória de parentes que haviam sido vítimas do câncer. Essa emoção é amplificada pela espera dos diagnósticos, quando o tempo parece se dilatar e a incerteza gera uma angústia quase insuportável: "Um medo de morrer terrível tomou conta de mim. Paralisou-me, impedia-me de raciocinar logicamente, com lucidez" (Silva, 2005, p. 27). O câncer assume contornos que transcendem a biologia, tornando-se um fantasma que se insinua não só no corpo, mas na psique e nas relações sociais.

Contudo, o medo não é a única emoção a emergir desse processo. Marina também expressa raiva e revolta, emoções que, embora dolorosas, funcionam como válvulas de escape para a pressão emocional acumulada. A raiva é uma resposta à sensação de impotência, uma tentativa de recuperar algum controle sobre a situação, ainda que por meio da catarse emocional.

A tristeza e a depressão também se manifestam com força, especialmente quando a memória resgata a imagem do corpo anterior à doença. A autora descreve a sensação de luto pelo corpo perdido e pelas transformações que a mastectomia e os tratamentos lhe impuseram: “Quando me vi às voltas com a depressão, instintivamente vesti luto! Era tudo o que a doença queria: um uniforme derrotista, de covardia e fracasso!” (Silva, 2016, s.p.). A memória do que foi, aliada à incerteza sobre o futuro, intensifica a dor emocional, revelando como a experiência do câncer afeta muito além do físico.

Entretanto, a ativação da memória não é apenas fonte de sofrimento; ela também se revela como uma ferramenta de resiliência. Ao recordar o apoio da família, a força de outras mulheres que enfrentaram a doença e as pequenas vitórias ao longo do tratamento, Marina encontra motivos para seguir adiante, como aponta: “Meu marido e minha filha me ajudaram de todas as formas possíveis e imagináveis. Foram fortes, leais, solidários, companheiros, amigos” (Silva, 2005, p. 57). Essas memórias positivas mostram o quanto tais laços afetivos ajudaram a enunciadora nos momentos de maior desespero por que passou.

Além disso, Marina encontra formas de ressignificar suas emoções, utilizando práticas como a “choroterapia” para liberar a dor acumulada e afirma que, enquanto chorava, seu ódio, sua raiva, sua ira, sua mágoa e tristeza iam limpando-a por dentro. Essa prática de externalizar as emoções permite que ela processe o trauma de maneira ativa, transformando a dor em um instrumento de cura emocional. Os impactos dessa memória emocional não se restringem à paciente. O câncer estende-se por toda a rede de apoio, afetando familiares e amigos, que também vivenciam o medo, a ansiedade e a esperança de formas variadas. Marina reconhece essa dimensão coletiva do sofrimento ao afirmar: “IMPORTANTE: todos têm medo! Pai, mãe, filhos, parentes próximos e distantes, vizinhos, colegas de trabalho, amigos. O medo não é exclusividade da pessoa que está com o diagnóstico câncer” (Silva, 2016, s.p.). A doença, portanto, tece uma rede de memórias compartilhadas, que tanto intensifica o sofrimento quanto fortalece os laços de solidariedade.

Em suma, a análise das emoções por meio da ativação da memória revela que o câncer de mama é uma experiência que abala não só o corpo, mas a subjetividade e as relações interpessoais. Os relatos de Marina evidenciam que a memória, apesar de reacender dores passadas, é também um recurso poderoso para a resiliência e a reconstrução emocional. Diante disso, acreditamos que a lembrança dos momentos difíceis, das pessoas que estiveram ao lado e das pequenas conquistas ao longo do tratamento é o que permite Marina enfrentar o câncer e encontrar, no meio da tempestade emocional, a força para continuar vivendo e ressignificando sua trajetória.

6.1.7.1 Análise transversal dos relatos autobiográficos

Esta seção apresenta os itens temáticos previamente definidos na construção da pesquisa e que orientam a leitura transversal dos relatos autobiográficos das três mulheres participantes: Marina Silva, Soraia Evangelista, Fabíola La Torre, e as mulheres assistidas pela ASPRECAM. Esses eixos de análise foram elaborados com base nas perguntas orientadoras e nos objetivos da pesquisa, considerando a relevância de aspectos que emergem de forma recorrente na escrita de si em contextos de adoecimento.

São analisadas categorias como os medos diante do diagnóstico, a relação com o corpo e a sexualidade, os vínculos familiar e social, o impacto no trabalho, o gerenciamento de informações sobre a doença, as desigualdades sociais, a relação com o sistema de saúde, a espiritualidade e o legado da experiência. A proposta é aplicar esses mesmos critérios nos diferentes *corpora*, respeitando a singularidade de cada trajetória, mas observando também pontos de convergência e de divergência.

A leitura transversal permite compreender como essas categorias são mobilizadas nas narrativas e de que forma as mulheres constroem sentidos, posicionamentos e estratégias discursivas no enfrentamento da doença. A seguir, iniciamos a aplicação dos itens ao primeiro *corpus* analisado: os diários autobiográficos de Marina Silva.

6.1.7.2 Medos e ansiedades diante do diagnóstico

Desde a descoberta de um caroço na mama direita, Marina nos conduz por uma jornada repleta de incertezas e temores. A autora descreve o impacto inicial do diagnóstico por meio de uma poderosa imagem, já citada neste capítulo. Trata-se da metáfora na qual Marina estabelece a analogia entre os malefícios que o câncer provoca em seu corpo e os malefícios provocados pela destruição das torres gêmeas em Nova Iorque, conforme reiteramos: “Mas o que senti foi o meu insignificante ser, minha pessoinha de 1,57m de altura, 3.8 anos, ser arrombada, destroçada, estraçalhada tal qual as torres gêmeas e prédios anexos no ataque de 11 de setembro de 2001” (Silva, 2016, s.p.) Esse recorte retrata o abalo psicológico profundo que o diagnóstico de câncer pode causar.

A espera pelos resultados dos exames é descrita como "um teste de paciência e um difícil aprendizado" (Silva, 2016, s.p.), destacando a ansiedade que acompanha o processo de diagnóstico. Mas, à medida que o tratamento avança, os medos evoluem e se transformam. Marina relata: "Não sei quanto tempo fiquei assim, em estado de choque" (Silva, 2005, p. 5),

ilustrando o impacto inicial, mas também compartilha momentos em que encontrou forças para continuar, como ilustra o recorte autobiográfico a seguir.

> A negação é uma estratégia de defesa natural inicialmente muito importante porque nos dá força para fazer o que tem que ser feito, seguir adiante e não abandonar o caminho da cura. Funciona como um gás ou uma droga que nos anestesia, dá uma força tremenda e nos transforma em guerreiros nos armando até os dentes para a luta (Silva, 2016, s.p.).

O medo transcende o diagnóstico e permeia cada etapa do tratamento. Desde o receio da quimioterapia, descrita como difícil, dura, debilitante até o temor de recaídas: "Passei um bom tempo esperando o trem voltar" (Silva, 2016, s.p.). Esses recortes autobiográficos mostram que o medo é um elemento constante, mas que pode ser enfrentado com estratégias, como o apoio familiar, terapias diversas e, em muitos casos, o humor, como já exemplificado nos relatos de “choroterapia" e "gritoterapia", como intitulado por Marina.

6.1.7.3 O corpo e a sexualidade

Durante o tratamento, o corpo de Marina passa por transformações radicais, levando-a a ressignificar sua relação com ele. A mastectomia radical é um marco, e, como já comentamos, embora haja cirurgias mais conservadoras, a autora relata que o médico lhe indicou a mastectomia radical como o melhor procedimento. E, junto com a mastectomia, Marina decidiu fazer a reconstrução da mama. Essa decisão mostra a busca por reconstruir não apenas a mama, mas também a autoestima.

A sexualidade é outro aspecto profundamente impactado. A autora reflete sobre a perda da libido e a dificuldade de retomar a intimidade: "Logicamente a libido (...) cai vertiginosamente" (Silva, 2016, s.p.). Marina reconhece a importância de comunicar-se com o parceiro e buscar ajuda profissional, evidenciando a necessidade de apoio emocional durante essa fase. Ela relata que a ausência da mama trouxe questionamentos sobre sua feminilidade e atratividade, como expressa: "Demorei a tirar a roupa e até hoje não gosto de me olhar nua no espelho" (Silva, 2016, s.p.).

Marina também compartilha suas estratégias para superar esses desafios, como o uso de *lingeries* e a criação de novos rituais de intimidade: "Brinque com lingeries, transe de roupa” (Silva, 2016, s.p.). Ela aponta a comunicação com o parceiro como fundamental para reconstruir a confiança, conversar com ele, informá-lo dos seus receios e... ouvir os dele.

6.1.7.4 Relações familiar e social

Marina destaca a importância do apoio familiar no enfrentamento do câncer. O papel de Gil, seu marido, é especialmente relevante, como afirma: "Gil assumiu o comando de tudo (...) meu amor" (Silva, 2005, p. 9). Contudo, o texto também aborda as tensões e os desafios que surgem nessas relações, como quando a autora sente irritação pela ansiedade de Gil em encerrar o tratamento, em que desabafa: "Se você que é só acompanhante não está mais aguentando, imagine eu que sou a paciente!" (Silva, 2005, p. 40).

A relação com Amanda, sua filha, é outro ponto tocante. Marina relata como o medo de deixar a filha desamparada a motivava a lutar: "Minha filha é minha vida e por ela (...) buscava forças" (Silva, 2005, p. 41). Esse vínculo evidencia como o amor pela família pode ser uma poderosa fonte de resiliência.

Após o término do tratamento, Marina também reflete sobre as mudanças em suas relações familiar e social. A experiência com o câncer não apenas fortaleceu alguns laços, mas também trouxe dificuldades em outros. A autora menciona como a expectativa de retornar à "normalidade" afetou a dinâmica familiar, especialmente em seu casamento: "Ambos sonhávamos com a volta à normalidade anterior, mas no fundo eu sabia claramente que tudo tinha mudado irreversivelmente" (Silva, 2016, s.p.). O impacto emocional do tratamento e as cicatrizes físicas levaram a desafios de comunicação e adaptação no relacionamento conjugal.

No âmbito social, Marina descreve momentos de isolamento e a necessidade de reconstruir sua rede de apoio: "Aos poucos fui me desentocando, saindo de casa, conversando com gente, vencendo o medo de ter que contar sempre mais do mesmo fatídico câncer que entrou e detonou a minha vida" (Silva, 2016, s.p.). Essas experiências ressaltam a importância da empatia e da compreensão tanto na família quanto no círculo social mais amplo, para que o paciente possa encontrar forças para seguir em frente.

6.1.7.5 As relações no trabalho

No ambiente de trabalho, Marina experimenta os desafios de equilibrar a doença com suas responsabilidades profissionais. Ela utiliza sua narrativa para expressar, de forma contundente, as dificuldades que enfrentou no ambiente de trabalho durante o tratamento do câncer de mama, evidenciando uma profunda crítica à falta de condições de adaptação para funcionárias em situação de vulnerabilidade. Em seu relato, ela destaca, por exemplo, que

lecionar sempre foi a atividade que mais dominava e pela qual se orgulhava: “A única coisa que faço bem e aqui me falta a modéstia, é lecionar. Adoro! Mas até isto estava fora do meu alcance no momento” (Silva, 2005, p. 1). Essa declaração revela o impacto devastador que a doença teve sobre sua identidade profissional, forçando-a a se afastar de algo que era fonte de realização e de reconhecimento.

Além disso, a autora ressalta sua condição de servidora pública na área da saúde, atuando no setor de odontologia. Essa informação não só destaca sua dedicação ao serviço, mas também expõe as fragilidades dos sistemas institucionais, que, muitas vezes, não contemplam mecanismos de apoio para funcionários que enfrentam tratamentos tão intensos. Ao se ver impossibilitada de manter suas atividades laborais, ela denuncia a falta de políticas e estruturas de suporte que permitam a conciliação entre as demandas profissionais e as necessidades de saúde, como podemos ver neste relato:

> (...) “Ninguém é insubstituível”! Com a sensibilidade aflorada na pele, sentindo tudo profundamente, fiquei extremamente magoada com a "Instituição" onde trabalho, que, apesar de ter uma diretoria de saúde complexa (médicos de várias especialidades, psicólogos, fisioterapeuta, assistência social, etc) não me deu ou ofereceu qualquer atenção ou suporte! Não digo assistência material, psicológica, mas sim, aquela atenção formal, institucional, um cartãozinho de nada solidarizando com meu **perrengue**! (Silva, 2016, s.p.).

Essa tensão entre o desejo de continuar contribuindo e a realidade imposta pela doença acentua uma frustração que vai além do simples afastamento do trabalho. O ambiente laboral, na narrativa de Marina, não se apresenta como um espaço que compreenda ou se adapte às ausências e limitações decorrentes do tratamento. Essa lacuna de sensibilidade institucional contribui para que o processo de exclusão do trabalho seja doloroso, intensificando a sensação de perda da identidade e do propósito profissional.

A crítica de Marina é uma exposição dos efeitos colaterais de um sistema que não se adapta às crises de saúde graves. Sua experiência evidencia que, quando o ambiente de trabalho não consegue oferecer a flexibilidade e o suporte necessários, o afastamento torna-se inevitável, prejudicando não só sua produtividade, mas também o bem-estar emocional e sua autoestima. Suas ponderações convidam o interlocutor a uma revisão das políticas laborais, enfatizando a importância de espaços mais humanizados e solidários que reconheçam a complexidade do ser humano em todas as suas dimensões, nos momentos de fragilidade.

Nesse sentido, suas reflexões evidenciam a necessidade urgente de repensarmos as relações no ambiente de trabalho, a conciliação entre as demandas profissionais e as realidades impostas por uma doença grave, de forma que os trabalhadores possam manter sua identidade e dignidade mesmo diante dos desafios mais intensos da vida.

Marina observa que, embora em certos momentos seus colegas tenham demonstrado compreensão, ela também enfrentou julgamentos e pressões implícitas para retornar às atividades antes de estar emocional e fisicamente preparada. Essa situação a afligia profundamente, pois era difícil não sentir culpa pelas ausências, mas ao mesmo tempo sabia que precisava priorizar sua saúde.

Esse dilema ressalta a complexidade de ela conviver com uma doença grave e tentar manter uma vida profissional ativa e participativa. Também o fato de as pessoas encararem o câncer como uma doença que inviabiliza o paciente se manter trabalhando a irrita, como revela neste depoimento:

> Depois de dois meses explicando o *porque (sic)* do uso da luva no braço, que não era L.E.R Lesão por Esforço Repetitivo e sim do tratamento do câncer, decidi abandonar a luva no trabalho tanto pelo aborrecimento das perguntas e explicações como para destruir imagem de doente, deficiente, inválida! Exagero? Não. Minha cabeça estava fora de órbita; eu lutava contra a depressão e pânico e o rótulo de deficiente (ela não pode fazer isso, não dá conta daquilo, ela não consegue e etc e tal também) só piorava a situação (Silva, 2016, s.p.)

A vivência de Marina aponta para a urgência de haver sensibilidade e de se promover maior suporte nos ambientes de trabalho, de modo a permitir que pessoas em situação de vulnerabilidade possam equilibrar suas necessidades tanto pessoais quanto profissionais, sem comprometer suas integridades emocional e física. É perceptível sua frustração ao voltar ao trabalho e ser mantida no anonimato, como denuncia neste recorte autobiográfico: “Voltei a trabalhar e também até hoje não fui procurada para saber minhas reais condições, as adaptações que estou tendo que fazer, as limitações a algumas atividades dentro do meu setor” (Silva, 2005, p. 68).

6.1.7.6 O gerenciamento de informações sobre a doença

Marina evidencia de forma enfática como a gestão da informação ou a ausência de informações claras e acessíveis sobre o câncer podem influenciar profundamente a

experiência dos pacientes. Em um episódio, relata que o jovem mastologista Dr. Gabriel apresentou a notícia de maneira tão abrupta e técnica que, mesmo com sua formação na área da saúde, ela sentiu a avalanche de dados como um golpe emocional, evidenciando como o excesso de informações pode dificultar o processamento do diagnóstico. Ela relata que, logo no início do processo, a recepção de informações médicas densas e técnicas provocou um "(...) comportamento de disforia, que grosso modo quer dizer negação da doença" (Silva, 2005, p. 7).

Apesar de sua familiaridade com os termos e os procedimentos, Marina admite que o conhecimento técnico não foi suficiente para mitigar a sobrecarga emocional. Ela confessa que, em determinados momentos, mesmo entendendo perfeitamente o que estava acontecendo, sentia-se perdida e exausta diante da complexidade do tratamento. Sentia-se cansada, farta de tudo, com ódio de tudo. Revela um conflito interno, em que o saber científico não se equipara à necessidade de uma comunicação mais empática e humanizada, capaz de acolher os sentimentos que emergem com o diagnóstico.

Mas Marina reconhece o potencial transformador das redes sociais e da tecnologia para a disseminação do saber, das informações e para dar apoio. Ela relata que usou sua própria história para incentivar outras mulheres a cuidarem melhor da saúde delas, conforme expõe neste relato:

> Tomei minha vida como uma missão que me foi dada para fazer algo na luta pelo controle da doença, luta pelo diagnóstico precoce, pelas vidas de milhares de mulheres e meninas que morrem de urna doença que tem cura! Virei ativista e me joguei nas redes sociais nos microblogs, blogs, Facebook, WhatsApp! Compartilhar, trocar vivências, experiências, solidariedade! (Silva, 2016, s.p.).

Esse exemplo demonstra como a troca de experiências e a construção de comunidades virtuais podem oferecer um suporte importante, complementando o fluxo muitas vezes impessoal e técnico do sistema de saúde.

Ainda assim, a autora enfatiza que, quando as informações são excessivamente técnicas ou descontextualizadas, elas podem resultar em sentimentos de desamparo e de desorientação. Mesmo com orientações claras dos médicos, a complexidade dos termos e a avalanche de dados contribuíram para momentos de desespero, ressaltando a necessidade de um gerenciamento de informações que alie clareza técnica à sensibilidade humana. Uma comunicação que seja, ao mesmo tempo, precisa e acolhedora, reflete um aspecto cuidadoso

no enfrentamento do câncer, em que o suporte psicológico e uma linguagem empática podem fazer toda a diferença na vivência do paciente.

Em síntese, a experiência de Marina demonstra que o gerenciamento de informações sobre a doença deve ir além da simples transmissão de dados médicos. É fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias de comunicação que facilitem a compreensão dos procedimentos e dos riscos, sem desconsiderar o impacto emocional que tais informações podem causar. Dessa forma, a humanização do cuidado passa a ser um elemento essencial para que os pacientes possam enfrentar o tratamento com maior segurança e apoio, transformando a sobrecarga informacional em um recurso de acolhimento.

6.1.7.7 As desigualdades sociais e suas implicações durante o tratamento

Marina narra sua trajetória para tirar carteira de motorista e relata as dificuldades enfrentadas por pacientes com câncer, em um sistema marcado por desigualdades sociais. Desde a marcação de exames até a realização de procedimentos burocráticos, a autora demonstra como essas barreiras afetam emocional e fisicamente aqueles já fragilizados pela doença.

Em um dos episódios envolvendo o Departamento de Trânsito de Minas Gerais (Detran-MG), destaca o mau atendimento por parte do funcionário, que ela precisou enfrentar filas e descaso até revelar sua condição médica, conforme expõe: "(...) praticamente joguei na cara do policial que me atendeu rudemente, que eu estava com câncer e fazendo quimioterapia!" (Silva, 2005, p. 12). Depois desse episódio, o funcionário adotou uma atitude mais humanizada, mas não resta dúvida de que se trata de um exemplo do preconceito estrutural que permeia a sociedade. Apenas a exposição da vulnerabilidade garante um atendimento digno, embora marcado pela condescendência.

Outro momento impactante ocorre durante o teste psicotécnico, em que a pergunta "Qual é a sua deficiência?", feita pelo funcionário, a desestabiliza emocionalmente: "Aquela pergunta (...) derrubou-me. Eu já era uma deficiente?" (Silva, 2005, p. 12). A autora reflete sobre o peso das palavras "deficiência" e "câncer", destacando como carregam um imaginário de preconceitos e estigmas que amplificam o sofrimento da paciente.

Essas experiências revelam a falta de preparo de instituições públicas para lidar com as necessidades específicas de pacientes oncológicos, agravada pelo descaso histórico com políticas públicas inclusivas, conforme critica Marina neste recorte autobiográfico: "Há também uma herança que se tornou cultural em países com graves desigualdades sociais e

devido ao descaso com políticas públicas nas áreas da educação, saúde, enfim, falta de informação" (Silva, 2005, p. 47).

Marina também critica o impacto psicológico do tratamento diferenciado para condutores de veículos com diagnóstico de câncer, pessoas com deficiência ou mobilidade comprometida. Com indignação, reflete sobre o propósito da Carteira Nacional de Habilitação para pessoas com deficiência (CNH PcD)[31]. Para ela, esse tipo de carteira especial existe para reforçar o direito legal que indivíduos PcD possuem de dirigir um automóvel. O rótulo de "especial" muitas vezes serviria para reforçar a incapacidade, em vez de promover a inclusão. Seu posicionamento sintetiza a dor de sentir-se subestimada: "— Agora sei porque se chama exame especial, Regis! É um exame para sermos especialmente tratados como incapazes. Para se jogar na cara da gente que não vamos nunca conseguir dirigir, nem com carro especial" (Silva, 2005, p. 16).

Assim, as dificuldades enfrentadas por Marina vão além das limitações impostas pela doença. Elas evidenciam as implicações das desigualdades sociais em um contexto já vulnerável, apontando a necessidade de maior sensibilidade, de acessibilidade e de equidade no tratamento de pacientes com câncer.

6.1.7.8 As relações com o sistema de saúde: atendimentos médico e hospitalar

A relação de Marina com o sistema de saúde durante o tratamento do câncer expõe desafios e desigualdades frequentemente enfrentados por pacientes oncológicos. Por um lado, a autora detalha situações que ilustram as dificuldades no atendimento, especialmente no contexto de perícias e burocracias, bem como no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos planos de saúde. Por outro lado, destaca o papel de médicos e de psicólogos que a incentivaram a enfrentar o tratamento com coragem e a aceitar suas limitações temporárias, como nesta orientação de Dra. Hilda: "(...) dê-se o direito de estar doente. Fraca. Deixe que cuidem de você" (Silva, 2005, p. 34).

Marina relata que sempre teve plano de saúde, mas, no momento em que adoeceu, havia trocado de plano e, devido ao tempo de carência, ficou desassistida. Com isso, arcou

---

[31] CNH especial é a Carteira Nacional de Habilitação concedida às pessoas com deficiência física – com mobilidade reduzida, que estão aptas para direção veicular e na qual estão descritas as restrições e/ou adaptações veiculares necessárias para que aquele(a) condutor(a) possa dirigir o veículo com segurança. O que é CNH especial e quem tem direito a ela? Disponível em: Portal do Trânsito, Mobilidade & Sustentabilidade. O que é CNH especial e quem tem direito a ela? Disponível em: https://www.google.com/search?q=Portal+do+Tr%C3%A2nsito%2C+Mobilidade+%26+Sustentabilidade. Acesso em: 18 mar. 2025.

com os custos da cirurgia em hospital particular, pagou as consultas na oncologia e fez somente uma quimio pelo SUS, conforme expõe neste relato: “Veio o perrengue e apesar de sempre ter planos de saúde fiquei descoberta, nua, pelada, desassistida na hora em que mais precisei por falta de CARÊNCIA! Chegamos a implorar assistência ao "dono" da CASU à época. (...) pagamos a cirurgia, fiz uma quimio pelo SUS, paguei consulta na oncologia” (Silva, 2016, s.p.).

Com relação ao câncer, Marina descobriu que o SUS funciona direitinho, desde que tenha ocorrido a primeira consulta, a mamografia, a "suspeita", o diagnóstico, mas não é o que ocorre com um diagnóstico tardio, um estágio muito avançado da doença, que leva às altas taxas de mortalidade. Mesmo que não tenha dependido do SUS, Marina não deixa de pontuar alguns problemas que os pacientes enfrentam no SUS, como a judicialização de procedimentos e de medicamentos, a demora no atendimento a situações de emergência, descumprimento de legislações brasileiras, sua ineficiência no atendimento ao paciente com câncer, bem como dos planos de saúde, como expõe no longo desabafo a seguir.

> Pior do que ter câncer é o indivíduo, devido à precariedade do SUS, sequer conseguir o diagnóstico, mesmo que tardio! Há ainda a picaretagem dos planos e seguros de saúde que boicotam exames de alta complexidade, tentam regular o número de sessões de quimioterapia, radioterapia, negam medicamentos, tentam burlar e retardar o atendimento obrigando o segurado a se endividar ou apelar para o SUS! Quantas vezes se aciona a Justiça para conseguir atendimento, medicamentos, direito a um parto decente, CTI ou vagas em hospitais no Brasil? No câncer o tempo joga a favor...da doença e no SUS o tempo não passa! (Silva, 2016, s.p.).

Diferentemente, as relações de Marina com os profissionais de saúde são retratadas como fundamentais para o seu enfrentamento do câncer, mesmo com alguns desafios e momentos de aprendizado. Desde médicos e enfermeiras até outros pacientes, cada interação teve um impacto significativo em sua jornada.

Marina descreve a figura do médico Dr. Paulo como uma referência de apoios técnico e emocional: "Movida a ódio descarreguei toda a minha ira nos homens que mais me ajudaram e ajudam nesse perrengue: Gil e Dr. Paulo" (Silva, 2005, p. 35). Esse recorte reflete a ambiguidade da relação, que, mesmo que tenha sido um ponto de suporte, também foi alvo das frustrações da autora em momentos de desespero.

O papel das enfermeiras também é destacado, muitas vezes como as mediadoras de cuidados mais próximos. Durante as sessões de quimioterapia, Marina menciona sua

dificuldade inicial em se abrir: "Na sala de quimioterapia resolvi não olhar para ninguém, não falar com ninguém, sentia-me muito esquisita e com um medo estranho não sei de quê" (Silva, 2005, p. 27). Porém, a convivência frequente nessas sessões permitiu a construção de uma rede de solidariedade silenciosa, essencial para enfrentar os desafios do tratamento.

A interação com outros pacientes no hospital é descrita como uma mistura de conforto e tristeza. Marina relata momentos em que compartilhava histórias e, ao mesmo tempo, sentia o peso das experiências dos outros. Estar na clínica era um lembrete constante de que ela não estava sozinha, mas também de que o câncer é uma luta contínua para todos ali.

Quando terminou a quimioterapia, sentiu-se aliviada e perdera o medo de morrer, o pavor da clínica e das pessoas que encontrava lá. Já é senso comum que a quimioterapia é sempre mais penosa que a radioterapia. Em seus relatos, Marina compara as duas e repete várias vezes a expressão popular “mamão com açúcar” ao se referir à radioterapia, para expressar que é muito tranquila, comparativamente aos efeitos da quimioterapia, porque naquela não há transtornos, como enjoos, vômitos, queda de cabelos ou outros efeitos colaterais graves.

Além disso, o suporte psicológico foi uma parte muito positiva em sua vida. Marina recorda os conselhos da Dra. Hilda, que a incentivava a aceitar suas vulnerabilidades: "Dê-se o direito de ser fraca, de chorar, de se sentir machucada, ferida. Aconselhava-me brandamente Dra. Hilda" (Silva, 2005, p. 34). Esses momentos ajudaram Marina a lidar com suas emoções e a encontrar forças para continuar.

Por fim, a autora reflete sobre a importância dessas relações para sua recuperação. Apesar dos momentos de conflito interno e de resistência inicial, Marina reconhece que os profissionais de saúde, colegas de tratamento e cuidadores foram peças-chave na construção de sua resiliência durante o tratamento.

6.1.7.9 A postura de Marina para lidar com o sofrimento

Ao longo de seus diários, Marina demonstra uma postura marcante de proteger as pessoas ao seu redor, buscando minimizar o impacto emocional de sua doença sobre familiares, amigos e até mesmo profissionais da saúde. Essa atitude reflete sua tentativa de assumir o controle da situação, mesmo em meio a momentos de fragilidade, revelando uma faceta altruísta, mas que também carrega um peso emocional significativo.

Desde o diagnóstico, Marina percebe a necessidade de aliviar a preocupação de sua família. Um dos exemplos mais notáveis é sua postura de “Mulher Maravilha", adotada após o

desmaio de seu marido durante a consulta médica, em que relata: "Portava-me como *Mulher Maravilha*, decidida a tirar de letra o perrengue dando o mínimo de preocupação à família" (Silva, 2016, s.p.). Esse *ethos* heroico, que inicialmente funciona como uma estratégia de autoproteção, torna-se uma maneira de poupar os outros de seu sofrimento, mesmo que à custa de seu bem-estar.

Marina também evita compartilhar completamente suas dores e angústias. Em diversos momentos, ela disfarça seus sentimentos ou os externaliza apenas em espaços privados, como no relato: "Chorei nas ruas, atrás dos óculos escuros, no ônibus" e "Chorei muito nas sessões de psicoterapia, mas fincava o pé para não chorar na frente do psiquiatra-psicanalista" (Silva, 2016, s.p.). Esses relatos mostram seu esforço em esconder a vulnerabilidade, priorizando a preservação emocional de quem a cerca.

Além disso, ela frequentemente internaliza o sofrimento para poupar os profissionais de saúde e outros pacientes. Um episódio ilustrativo ocorre quando, ao ver crianças em tratamento oncológico, Marina reflete sobre sua identificação com o sofrimento dos pais: "Os pais, notei-os tristes (...). Embora conversassem alegres, seus olhos não exprimiam nada além de aflição e medo. Identifiquei-me com eles" (Silva, 2005, p. 28). Ainda assim, Marina reprime suas emoções nesses momentos, optando por demonstrar força e resiliência.

Essa postura também é evidenciada em suas interações com o marido e a filha. Ela menciona que, apesar de depender do apoio deles, busca constantemente protegê-los de sua dor, como quando se recusa a demonstrar desespero: "(...) fingi que nada estava acontecendo e agi com o máximo de naturalidade" (Silva, 2016, s.p., cap. 12. O segundo momento: crise de pânico!). Isso ressalta seu desejo de preservar um ambiente de estabilidade para a família, mesmo em meio ao caos emocional que vivia internamente.

Todavia, essa escolha de evitar o sofrimento alheio também cobra um preço emocional elevado. Marina reconhece que sua postura de autossuficiência e resistência, embora bem-intencionada, a afastou de relações mais genuínas de cuidado e de suporte. Esse dilema entre proteger os outros e permitir-se ser cuidada é uma constante em seus relatos e revela a complexidade de sua jornada emocional durante o enfrentamento do câncer. Ela toca numa questão que é muito comum ocorrer entre as mulheres assistidas pela ASPRECAM.

Assim, a postura de Marina em evitar o sofrimento dos outros reflete um compromisso admirável, mas também expõe as dificuldades e os limites de carregar esse fardo emocional sozinha. Seus relatos convidam-nos a refletir sobre a importância do equilíbrio entre oferecer proteção e buscar apoio, reconhecendo que a vulnerabilidade compartilhada pode ser uma força poderosa nas relações humanas.

Por isso, o trabalho de Tecnologia Social realizado pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), como a Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), é um importante agregado de valor à saúde pública e ao paciente.

6.1.7.10 O papel da religião, das crenças, no enfrentamento da doença

Nos relatos de Marina, a religião e as crenças aparecem como um elemento significativo para enfrentar o câncer e os desafios emocionais que o acompanham. Desde o início, ela demonstra um vínculo profundo com a espiritualidade, utilizando-a como refúgio e como ferramenta de resiliência.

Marina frequentemente menciona orações e reflexões espirituais como formas de lidar com o medo e a incerteza. Para ela: "(...) às vezes o reforço vem da fé" (Silva, 2016, s.p.), e destaca a importância do ato de rezar como alívio emocional. Essa frase sugere que a fé não é apenas um ritual religioso, mas um suporte psicológico que a fortalece.

Um aspecto relevante é que a religiosidade também está presente na maneira como ela interpreta o sofrimento e a recuperação. A autora expressa gratidão divina em momentos de superação, como quando afirma com veemência: "Costumo dizer que Deus me salvou de mim/ Grudei na minha fé, peguei, apropriei a força da família, amigos e até do síndico! He, he, He" (Silva, 2016, s.p.). Essa afirmação evidencia a conexão que ela faz entre sua fé e a capacidade de reconstruir sua força interior, enxergando um propósito maior em sua jornada.

No entanto, Marina não se limita a um otimismo ingênuo. Ela reflete sobre os dilemas da fé em meio ao sofrimento: "Mesmo que se saiba que vários tipos de câncer são tratáveis, a realidade da atenção à saúde do povo brasileiro é de matar!" (Silva, 2016, s.p.). Aqui, ela mistura uma visão crítica sobre o sistema de saúde com uma reflexão que transcende o espiritual, mostrando que sua crença está aliada a uma análise racional da realidade.

Outro aspecto que também merece destaque é o uso da fé como forma de inspirar os outros. Em momentos de dor, Marina encontra conforto, ao compartilhar sua espiritualidade com o interlocutor, usando, por exemplo, formas verbais consagradamente modalizadoras, como "é preciso" neste ato *alocutivo*:

> É preciso ter fé em Deus, seja lá o que for o que você chama de Deus! O amparo da fé nos dá força e foco para acreditar na cura e não abandonar o tratamento. Não importa se você acredita em Deus, Alá, Bhrama, Buda, Orixás, gnomos e até duendes da Xuxa. A FÉ ajuda e muito! (Silva, 2016, s.p.).

Por fim, Marina enxerga a espiritualidade como um processo contínuo de aprendizado. A afirmativa de que “não é possível acelerar o tempo" (Silva, 2016, s.p., cap. 6. Vamu qui vamu!), reflete uma aceitação pacífica dos desafios impostos pela vida, que ela conecta ao crescimento pessoal e também espiritual.

Assim, a religião e as crenças de Marina não apenas fornecem conforto, mas também moldam a maneira como ela enfrenta as adversidades. Esses elementos são centrais em sua narrativa, revelando uma espiritualidade prática, crítica e profundamente humana.

6.1.7.11 Contribuições e legado

A experiência de Marina com o câncer de mama não apenas moldou sua vida, mas também gerou contribuições significativas e legados que extrapolam sua jornada pessoal. Seus relatos demonstram um esforço contínuo para transformar o sofrimento em aprendizado e inspiração para outrem.

No recorte autobiográfico a seguir, Marina destaca a importância de reavaliar prioridades e encontrar um novo sentido para a vida, após enfrentar o câncer.

> Meu caso não foi diferente, tive familiares vítimas do câncer, tive muito medo da doença, do seu nome, do tratamento (...) Aos poucos fui me desentocando, saindo de casa, conversando com gente, vencendo o medo de ter que contar sempre mais do mesmo fatídico câncer que entrou e detonou a minha vida! Descobri mais tarde que tanto eu como as pessoas morríamos de medo: eu delas me importunarem com perguntas indiscretas e comentários inoportunos e sentirem dó de mim; elas, medo da doença, medo de me importunar e dizer coisas que poderiam me ofender e me deixar triste. Afff!!" (Silva, 2016, s.p.).

A autora utiliza sua história para conscientizar e apoiar outras mulheres, promovendo a importância do diagnóstico precoce e do enfrentamento da doença, como afirma: "Usei minha história para incentivar mulheres a tomar cuidado com mamas e útero!" (Silva, 2016, p. 38). Enfatiza para o interlocutor como enfrentou desafios físico e emocional para lidar com suas próprias adversidades: "Mesmo no fundo do poço não desisti da cura, fiz todo o tratamento aos trancos e barrancos e mais uns seis anos de hormonoterapia!" (Silva, 2016, p. 13).

Os livros de Marina tornam-se legados em si mesmos, não apenas como testemunhos de sua trajetória, mas como ferramentas de conscientização e de apoio psicológico a outras

pessoas que enfrentam o câncer. Ela destaca o papel do suporte emocional de pessoas próximas como legado essencial de sua jornada, como já salientado, seu marido e sua filha, que lhe foram o porto seguro e pelos quais lutava para sobreviver e ficar bem.

Essas contribuições e legados reforçam como a experiência de Marina transcendeu a esfera pessoal, impactando não apenas sua própria vida, mas também a vida daqueles ao seu redor. Seu relato demonstra que o enfrentamento de uma doença tão desafiadora pode se tornar uma fonte de aprendizado, transformação e inspiração.

6.2 A escritora Soraia Evangelista e sua escrita autobiográfica

> *"Tem coisas que não precisam ser definidas. Elas têm que ser apenas sentidas ou vividas*"
> (Evangelista 2017, p. 147).

Soraia Evangelista da Conceição, natural de Resende – RJ. Atualmente, reside em Belo Horizonte – MG. Graduada em Letras, *MBA* em Gestão de Pessoas. Mais velha de quatro filhos e mãe de filho único. "Autêntica, alto-astral e extrovertida. Amante das coisas simples: um dedo de prosa, um almoço em família, uma roda de amigos. Uma cidade pequena, uma praia, um centro histórico. Um sorriso" (Evangelista, 2017, s.p.).

A trajetória de Soraia é marcada pela descoberta do câncer de mama em 30 de maio de 2015, um evento que catalisou a escrita do livro autobiográfico *Um câncer, uma felicidade...*, no qual ela narra sua jornada de enfrentamento da doença com profunda sensibilidade.

Publicado pela Editora Autobiografia, no Rio de Janeiro, em 2017, a obra representa um marco na literatura, com rico relato sobre o câncer de mama, exposto em 180 páginas, por meio de 30 capítulos de pequena extensão. Os títulos dos capítulos traçam uma sequência lógica da cronologia dos fatos, que, por sua vez, demarcam três fases da vida de Soraia: o diagnóstico, o início e o final do tratamento. O sumário completo, com os respectivos títulos dos capítulos, está disponibilizado no Anexo C.

A obra *Um câncer, uma felicidade...* insere-se no campo das narrativas autobiográficas que buscam, por meio da linguagem, reorganizar a experiência da dor e afirmar um novo sentido para a vida. A obra insere-se nesse campo expandido da autobiografia, no qual o testemunho pessoal é convocado a desempenhar uma função ético-discursiva: narrar a si mesma como forma de resistência simbólica em face do adoecimento. Sua trajetória de enfrentamento do câncer de mama, registrada por meio de capítulos breves, não é apenas um inventário clínico da doença, mas, sobretudo uma tentativa de afirmar a vida em meio à

finitude. O título do livro já anuncia esse gesto: *Um câncer, uma felicidade...* expressa a paradoxal relação entre dor e aprendizado, perda e reconstrução.

Com uma linguagem acessível e emocionalmente implicada, Soraia constrói um pacto de escuta com o interlocutor, que se vê convidado a acompanhar não só os fatos, mas os afetos que os permeiam. Ao relatar o medo, a culpa, a autoproteção e a esperança, ela se afasta do estereótipo da paciente heroica e dá lugar a uma voz múltipla, que oscila entre força e vulnerabilidade.

A escrita cumpre, assim, dupla função: organiza o caos vivido e cria um espaço de interlocução. O ato de narrar torna-se gesto de resistência e de reconfiguração de si. Ao partilhar sua experiência, Soraia não apenas testemunha o sofrimento, mas o ressignifica — e, ao fazê-lo, abre caminho para que outras vozes também encontrem acolhimento e coragem.

6.2.1 Entre o dizer e o sentir: efeitos comunicacionais na narrativa

Vimos que a Semiolinguística apresenta como proposição que a comunicação se estrutura por princípios, como a pertinência e a influência. Soraia, ao escrever, estabelece um pacto de compreensão e de partilha com seu interlocutor. Ela explicita suas emoções, mas também carrega implícitos que revelam a busca por acolhimento e por validação emocional. Ela confidencia com seu interlocutor, por exemplo, o dilema que estava sentindo sobre para quem contar primeiro e como contar a respeito do diagnóstico de câncer, conforme expomos na sequência narrativa a seguir.

> Não conseguia chorar, mas a verdade é que estava apavorada. E me pegando muito com Deus. E de pensar que ainda tinha Nete. Não sabia se deveria contar para ela primeiro ou se para Pedro Felipe. Cheguei a achar que se ele soubesse primeiro seria mais fácil para contar para ela. Deus me ajude! Concluí que iria contar para pai e mãe da cirurgia na mama apenas no dia anterior, mas que não iria confirmar o diagnóstico (Evangelista, 2017, p. 65).

Esse relato revela o embate entre o dizer e o não dizer, um jogo de superfícies e profundezas emocionais. A enunciação da impossibilidade de chorar manifesta a luta interna de Soraia para manter uma aparência de força, mesmo quando o medo a consome por dentro. O silêncio das lágrimas que não caem é, paradoxalmente, uma forma de comunicação intensa, de expressar sua vulnerabilidade por meio da negação da expressão física do sofrimento.

Considerando o postulado de intencionalidade, merece destaque o *princípio de regulação* nos depoimentos autobiográficos de Soraia, pois ela equilibra frequentemente o desejo de expressar a dor com a necessidade de proteger os outros de seu sofrimento, como expressa neste ato *elocutivo*: "Meu medo ficou enorme e minha angústia ficou abafada diante da preocupação de não deixar que ninguém desconfiasse dos meus sentimentos. Não queria preocupar ninguém mais do que fosse necessário" (Evangelista, 2017, p. 30).

Essa tentativa de ocultar os sentimentos revela a negociação constante entre o EU enunciador (EUe) e o TU destinatário (TUd), por meio da qual a autora busca modular o que é dito para preservar as relações e minimizar o impacto emocional sobre os outros. A linguagem torna-se, portanto, um instrumento de mediação e a narradora precisa balancear o impulso de partilhar sua dor com a necessidade de manter-se forte para amparar os que estão ao seu redor.

Um dos aspectos centrais é o *ato intencional*, que permeia toda a narrativa de Soraia. Desde o início, a autora busca não apenas relatar sua experiência, mas também envolver o interlocutor em um processo de compreensão mútua e reflexão sobre a vida. Esse ato *intencional* se expressa, por exemplo, em trechos como: “Sentia que às vezes era melhor a gente sofrer do que fazer os outros sofrerem sem necessidade por motivos fúteis. (...) E assim comecei a escrever os meus desabafos, falar da minha dor” (Evangelista, 2017, p. 17). Aqui, o *fazer* está representado pela decisão de compartilhar a experiência e o *dizer*, pela forma como os sentimentos são articulados linguisticamente. Essa dupla dimensão do ato de linguagem permite que Soraia construa uma relação empática com o interlocutor, que se torna não apenas um receptor, mas um interlocutor ativo no processo comunicativo.

O contrato de comunicação que estabelece também se torna evidente na maneira como Soraia estrutura sua narrativa para estabelecer um pacto de confiança com o interlocutor. O *princípio de pertinência*, por exemplo, manifesta-se na escolha de temas e de detalhes que ressoam emocionalmente com seu público-alvo. Recortes autobiográficos, como “Obrigada, meu Deus, por ser comigo e não ser com o meu filho” (Evangelista, 2017, p. 145), ilustram a capacidade de a narradora conectar sua experiência pessoal a valores universais, como o amor maternal e a proteção da família.

Outro elemento relevante é o papel do implícito na construção de sentidos. Como destaca a Semiolinguística, o implícito é o lugar de sentidos diversos, cuja interpretação depende das circunstâncias de comunicação. No livro, há momentos em que Soraia não explicita diretamente seus sentimentos, mas permite que eles sejam inferidos pelo interlocutor. Neste relato, por exemplo: “Saía para a quimioterapia e consultas sempre com sorrisos e lenços, como se tivesse indo para uma festa” (Evangelista, 2017, p. 99), o contraste entre a

realidade dolorosa do tratamento e a leveza aparente sugere um esforço consciente da narradora para enfrentar o sofrimento com coragem e inspirar os outros. Esse jogo entre o dito e o não dito enriquece a narrativa, permitindo que diferentes interpretações surjam a partir das experiências do interlocutor.

O *princípio de influência* também desempenha um papel relevante na narrativa. Soraia utiliza estratégias discursivas que buscam persuadir e engajar o interlocutor, como ao enfatizar o papel transformador da fé em sua jornada: “Deus sempre dá força suficiente para suportar **nosso** fardo, ou **nossa** cruz” (Evangelista, 2017, p. 48, grifo nosso). Essa abordagem não apenas reforça a credibilidade de Soraia como uma pessoa resiliente e espiritual, mas também convida o interlocutor a refletir sobre suas próprias crenças e experiências.

Ademais, o ato de linguagem em *Um câncer, uma felicidade...* revela uma interação complexa entre os circuitos interno e externo do contrato de comunicação. No circuito externo, representado pelo *fazer*, a partir da intencionalidade de informar, de inspirar e de conscientizar, o EUc projeta um EUe que discursiviza suas vulnerabilidades, mobiliza estratégias, produzindo efeitos de sentido que visam mostrar convencer/persuadir como é possível um sujeito transformar experiências de dor, traumáticas em aprendizado coletivo.

Esse duplo movimento permite que o texto atenda tanto às expectativas práticas quanto às emocionais de seu público, e cria uma narrativa que é, ao mesmo tempo, informativa, inspiradora e profundamente humana. Essa abordagem não apenas enriquece a compreensão de seu interlocutor sobre o câncer, mas também reforça a importância da linguagem como um meio de construção de sentido e conexão em contextos de sofrimento e de superação.

6.2.2 O papel da escrita

Soraia relata que, quando começou a escrever, havia pensado em fazer um diário, mas acabou se tornando um livro autobiográfico. Sua escrita surge como um instrumento de desabafo e de sobrevivência emocional. Ao transformar suas experiências em palavras, ela busca ressignificar a dor e encontrar um propósito na partilha de sua vivência, como afirma: "(...) fiz da escrita o meu meio de desabafo" (Evangelista, 2017, p. 18).

Aos poucos, essa prática se efetiva em uma contribuição maior, atendendo a um novo objetivo de Soraia, que é construir um livro, como ela mesma expõe: "E a partir da dor de ter um câncer, e da felicidade de ter a chance de viver mais um tempo, resolvi transformar meus desabafos em um livro" (Evangelista, 2017, p. 19). A escrita não apenas a ajuda a processar os

próprios sentimentos, mas também se configura como uma ferramenta de reconstrução identitária e de conexão com a coletividade, permitindo que a autora compartilhe tanto suas angústias quanto suas descobertas ao longo do tratamento.

A escrita funciona, portanto, como uma ferramenta tanto de autoexpressão quanto de conexão com as pessoas. Emerge como um processo catártico e de ressignificação do sofrimento. Segundo Charaudeau (2009), a linguagem organiza-se em torno do *dizer* e do *fazer*, e Soraia realmente utiliza a escrita para dar forma às emoções e enfrentar o trauma do diagnóstico. No período entre a biópsia e seu resultado, Soraia escreveu também várias "cartinhas" (como ela se refere às cartas) para a família, pois queria se despedir.

Essa necessidade de deixar cartas indica a consciência da finitude e a tentativa de controle sobre a própria narrativa de vida, mesmo diante do imprevisível. Isso se alinha à ideia de que, em textos de teor autobiográfico, o sujeito falante busca, por meio da linguagem, organizar o caos emocional e projetar um legado simbólico para os que ficam, conforme ilustra esta sequência narrativa: "No período entre a biópsia e seu resultado, eu escrevia muito. Fiz várias cartinhas para minha família. Queria me despedir. Queria dizer o quanto eu os amava" (Evangelista, 2017, p. 39). Esse relato ilustra a escrita não só como espaço de expressão do medo e da angústia, mas também como ato de amor e de preservação das relações.

Soma-se a isso o papel testemunhal da escrita, conectando-se à dimensão coletiva da experiência do câncer. Em seus relatos, ao verbalizar o sofrimento, a autora rompe com o silenciamento que frequentemente acompanha a doença: "Meu medo ficou enorme e minha angústia ficou abafada diante da preocupação de não deixar que ninguém desconfiasse dos meus sentimentos" (Evangelista, 2017, p. 30).

Nesse contexto, a escrita não é apenas um ato privado, mas também um dispositivo de partilha e de construção de sentido. Essa dimensão partilhada da escrita se conecta à noção de contrato de comunicação, porque o teor autobiográfico funciona como um espaço de diálogo, por meio do qual a autora busca, mesmo que indiretamente, um interlocutor que valide e compreenda sua dor.

6.2.3 O modo descritivo e seus processos: nomear, localizar-situar e qualificar

Diferentemente de Marina, Soraia mantém uma constância na nomeação da doença, utilizando predominantemente a palavra "câncer", que aparece umas 19 vezes ao longo do livro, além de expressões mais genéricas, como "essa doença" (3 vezes). Essa escolha lexical

reflete uma abordagem direta e quase clínica da enfermidade, sem recorrer a eufemismos ou a um vocabulário metafórico variado.

No entanto, essa aparente objetividade é compensada por um processo descritivo que não apenas nomeia a doença, mas também a situa espacialmente no corpo e a qualifica por meio de detalhes tanto técnicos quanto sensoriais, como neste relato: “Após 15 dias, foi confirmado o grau III e estádio[32] I através da biópsia, e, com trinta dias, as outras características através da imuno-histoquímica. Com todos os exames prontos, foram definidos a medicação e o procedimento da quimioterapia" (Evangelista, 2017, p. 76).

Soraia recorre a descrições minuciosas que estabelecem uma relação entre o câncer e o corpo como um território mapeável. A nomeação das estruturas anatômicas e das alterações detectadas pelos exames reforça esse efeito de materialidade, conforme ilustra, a seguir, a sequência narrativa sobre o estado de saúde de Soraia em 2013.

> Dr. Rodrigo viu minha mamografia de dezembro de 2013, que não tinha nada na mama direita e umas microcalcificações na esquerda. Quando ele viu a de maio de 2015 ficou apreensivo e falou que estava muito grande meu nódulo da mama direita. As microcalcificações estavam iguais (Evangelista, 2017, p. 23).

Nesse exemplo, a doença não é referida apenas por sua designação genérica: "câncer", mas especificada em suas manifestações microscópicas: "microcalcificações" e situada em um espaço corporal delimitado ao usar “mama direita”, “mama esquerda”. Esse processo de localização-situação transforma o corpo da narradora em um território que pode ser lido e interpretado pelo olhar clínico. Assim, a linguagem médica confere um caráter de legibilidade ao corpo doente, transformando-o em um texto que carrega camadas de significado e de angústia.

Além disso, essa fragmentação do corpo pelo discurso biomédico sugere uma experiência de objetificação. O corpo deixa de ser um todo integrado e passa a ser analisado em partes, uma característica comum em narrativas sobre doenças graves. A própria menção aos exames médicos e à interpretação dos resultados por especialistas reforça a ideia de que a protagonista, ao mesmo tempo em que se reconhece nesse corpo, também o vê sendo apropriado por um discurso externo, distanciando-se de si mesma.

---

[32] A classificação em graus é a avaliação histológica das células tumorais de acordo com o seu estado de diferenciação. O estadiamento (estádio) do cancro descreve a extensão da doença e é usado para ajudar na comunicação com outros membros da equipe médico-cirúrgica para decisões de tratamento e de prognóstico.

Soraia relata que o médico constatou no exame de toque nas mamas que o nódulo aparentava estar bem maior do que na mamografia. Ela já havia percebido o nódulo, mas procura justificar a demora para a orientação médica com vários argumentos. Primeiramente, que nada havia passado por sua cabeça, ou que não teve consciência disso. Em seguida, que marcou a consulta com a ginecologista, mas a desmarcou para não ter que faltar ao trabalho. E, somente um mês depois, por apresentar um problema ginecológico, ela fez uma consulta de urgência, à noite, para não faltar ao trabalho, e pediu ao médico que lhe prescrevesse a mamografia.

Ela demorou 29 dias para fazê-la e mais 20 dias para conseguir o resultado, que não foi bom. Assim, diante da gravidade do problema, Soraia entra num processo de autopunição por ter adiado a ida ao médico, mesmo sabendo da presença do nódulo, o que permitiu o crescimento significativo dele. O recorte autobiográfico a seguir coloca em cena um grande problema enfrentado por Soraia e por inúmeras mulheres que passam ou já passaram pela mesma situação: a celeridade da doença.

> (...) se eu tivesse vindo em dezembro mesmo, o nódulo estaria menor. Se em aproximados três meses ele cresceu tanto assim, eu poderia ter cuidado dessa situação enquanto ele estava menor. E se agora ele estivesse muito grande, a culpa seria da minha falta de cuidado comigo mesma (Evangelista, 2017, p. 24).

O câncer também é tratado como entidade simbólica. Embora Soraia mantenha uma nomeação mais uniforme do câncer, sua descrição da doença não se limita à terminologia médica. Há momentos em que o câncer é ressignificado e carregado de conotações simbólicas que expressam sua vivência emocional. A doença não é apenas um diagnóstico, mas um elemento que afeta sua identidade, tornando-se uma presença invasiva e desestruturadora, como confessa, com tom de intimidade, a seu interlocutor:

> Foram dias para procedimento prático. Percebi que estava com tempo... Mas para quê? Não era um tempo normal, aquele que a gente pode curtir por estar à toa. E isso doía. E pensava: esse vazio não me pertence, ele vai passar, mas sei que vai voltar. Assim vai ser por um período. Eu tinha consciência disso, mas o medo desse vazio existia. E as pessoas ainda faziam comentários e procuravam atividades para eu fazer com o meu tempo livre. Livre de quê? Elas não tinham consciência do que era esse tempo (Evangelista, 2017, p. 78-79).

O câncer é descrito como um vazio, uma metáfora que evoca a ideia de ausência, perda e despersonalização. Esse vazio não se refere apenas ao impacto físico da doença, mas também ao esvaziamento simbólico da identidade da narradora, que se vê transformada por uma experiência que altera sua percepção sobre si mesma e do próprio corpo. A escolha dessa metáfora reforça a dimensão subjetiva da doença, ampliando seu significado para além do biológico. Essa imagem simbólica atravessa a narrativa de Soraia e será mencionada em vários momentos de nossas análises.

Esse processo de qualificação do câncer — de uma condição médica para uma entidade simbólica — demonstra como a linguagem molda a experiência do adoecimento. Ao nomear a doença de forma recorrente e situá-la no corpo por meio de descrições técnicas, Soraia cria uma experiência concreta e quase palpável do câncer. Mas, ao mesmo tempo, ao associá-lo ao "vazio", ela revela dimensões subjetiva e emocional que ultrapassam a materialidade da enfermidade, transformando-a em um fenômeno existencial.

A narrativa de Soraia constrói-se a partir de um duplo movimento: por um lado, há uma tentativa de apreender a doença por meio de linguagens objetiva e médica, que a nomeia e a localiza no corpo; por outro, há uma ressignificação simbólica do câncer que o transforma em uma presença abstrata e angustiante. Esse equilíbrio entre a materialização do sofrimento e sua subjetivação evidencia como a linguagem não apenas descreve a experiência da doença, mas também a constitui e a organiza. Assim, o câncer, ao mesmo tempo em que é um fato biológico, é também um evento discursivo, cuja construção linguística define as formas de lidar com ele.

6.2.4 A construção narrativa

A narrativa autobiográfica de Evangelista estrutura-se como um processo discursivo que entrelaça a experiência do câncer à necessidade de significar o sofrimento, transformando a dor em discurso. Segundo Charaudeau (2009), o modo narrativo apresenta uma estrutura dual: a organização da lógica narrativa, que define a sucessão de eventos e a função dos actantes, bem como a encenação narrativa, que permite ao interlocutor reconhecer a experiência vivida dentro de um universo narrado.

O relato inicia-se com a quebra da normalidade, configurando a ruptura inicial que inaugura a trajetória da protagonista: "Sai do consultório e chorei" (Evangelista, 2017, p. 47). Esse evento, fundamental dentro da estrutura narrativa, marca o momento de virada (peripécia), redefinindo a própria identidade da autora em face do diagnóstico de câncer. A

sucessão de episódios subsequentes segue um padrão cíclico de queda e de superação, com eventos, como exames, cirurgias e quimioterapia, representando pequenos desafios e vitórias na jornada da narradora. Essa lógica de repetição reforça a estrutura sequencial da narrativa, que se organiza em torno de um eixo de enfrentamento e de resiliência, como podemos observar neste recorte autobiográfico: "Meu medo ficou enorme e minha angústia ficou abafada diante da preocupação de não deixar que ninguém desconfiasse dos meus sentimentos" (Evangelista, 2017, p. 30).

Os actantes da narrativa de Soraia desempenham papéis duplos e também dinâmicos. O sujeito-narrador ora é paciente (actante-paciente), submetido às contingências da doença, ora se torna agente (actante-agente), na medida em que adota estratégias discursivas para reafirmar sua força e a esperança. Esse deslocamento pode ser visto no recorte autobiográfico a seguir.

> E assim comecei a escrever os meus desabafos, falar da minha dor. Tive medo de morrer rápido e não ter tempo de dizer às pessoas como elas eram importantes na minha vida e como eu me preocupava com a dor que causei e iria causar em cada uma delas. Fiquei calada o máximo de tempo que pude. E escrevi (Evangelista, 2017, p. 17).

Vemos que a linguagem revela um mecanismo de autoafirmação e de resistência, em que o sujeito reposiciona sua própria identidade frente à adversidade. O discurso autobiográfico também evidencia uma relação dialógica entre o "eu" e o "outro", e o interlocutor é convocado a partilhar das emoções e das reflexões da narradora. Esse efeito de confidência é um dos mecanismos mais presentes na narrativa, promovendo um contrato discursivo baseado na empatia, na partilha do sofrimento, da indignação, como podemos constatar neste desabafo: "Ah! E quantas vezes eu ouvi: 'você tem que entender que ela (ou ele) está preocupada com você!' Eu era quem devia entender os outros? Não eram eles que tinham que me entender? Que covardia comigo!" (Evangelista, 2017, p. 150).

A narrativa de Soraia não se reduz a um relato linear de um percurso de tratamento. Ela se configura como um espaço de negociação constante entre a vida e a morte, a fragilidade e a resistência, a experiência individual e a comunicação coletiva. Assim, a escrita autobiográfica torna-se um dispositivo de reconstrução identitária, em que a dor é ressignificada em palavras e a narrativa se afirma como um ato de existência e de luta. A todo momento ela avalia e reavalia os processos, seu comportamento, num tom de autocrítica, como podemos observar no ato *elocutivo* a seguir.

> O ficar sem cabelo não me incomodava, mas o motivo disso era um terror. O fato de eu estar equilibrada, de não estar desesperada não significava que não tivesse medo. O fato de eu não estar deprimida não significava que eu não estivesse triste. Parece que só as lágrimas representam tristeza (Evangelista, 2017, p. 83).

A autobiografia de Soraia estrutura-se a partir do desejo de testemunhar sua experiência, compondo uma narrativa que articula o EU enunciador (EUe) e o EU comunicante (EUc) em uma relação de reflexividade. Como defende Lejeune (2008), a autobiografia é marcada pela identidade entre autor, narrador e personagem, o que reforça a dimensão ética do discurso autobiográfico, visto que o sujeito assume publicamente sua própria história.

Essa característica é evidente na narrativa de Soraia, que utiliza a primeira pessoa para relatar sua trajetória, expondo suas vulnerabilidades e ressignificando sua identidade ao longo do texto. Como também vimos, segundo Arfuch (2010), a expansão do campo biográfico não se deve apenas aos novos formatos, mas à necessidade contemporânea de dar visibilidade às subjetividades. A obra de Evangelista insere-se nesse contexto, ao transformar a experiência privada da doença em um discurso público de resistência e de superação, como expresso no recorte autobiográfico a seguir.

> Quanto mais eu me relacionava com as pessoas, mais eu descobria que as histórias raramente são parecidas. São individuais, assim como a evolução da doença e a reação ao tratamento. Mas em comum todas essas pessoas têm a mesma vontade de viver. *Durante todo esse período eu não convivi com a morte. Convivi com a vida*! (Evangelista, 2017, p. 162, grifo da autora).

A tensão entre dor e humor é um recurso que também intensifica a dimensão subjetiva do relato, e evidencia o que Arfuch (2010, p. 73) chama de "vaivém da vivência ou da lembrança". Na sequência narrativa a seguir, ao expor suas fragilidades e contradições, Soraia escapa do estereótipo da paciente guerreira, apresentando-se como um sujeito múltiplo, que oscila entre força e desespero, esperança e exaustão.

> Fiz exame e comprovou que minha imunidade estava um pouco abaixo do mínimo possível e a doutora resolveu não fazer a quimio. Adiou por quatro dias e passou uma medicação para três dias. A sensação de não poder fazer a quimio foi muito ruim. No dia 24, já me sentindo melhor, resolvi tirar umas fotos na lagoa da Pampulha. Nete

> tinha uma ótima máquina e lá fizemos mais de 300 fotos. Foi uma tarde muito gostosa. Parece coisa de doida, né? Fazendo quimioterapia, baixa imunidade, ficando careca e fazendo fotos! (Evangelista, 2017, p. 108-109).

Além disso, a lógica narrativa é atravessada por sequências emocionais que interrompem a linearidade dos eventos clínicos. A narrativa transita entre momentos de introspecção e de explosões emocionais, revelando a complexidade de viver sob a ameaça constante da doença, como nesta passagem: "Era maligno? — Ele balançou a cabeça dizendo sim. Fiquei inerte. Aguardei" (Evangelista, 2017, p. 45).

O câncer é descrito não apenas como um diagnóstico, mas como uma força que invade e transforma o corpo da narradora. Essa personificação intensifica a carga dramática do relato e contribui para a lógica do enfrentamento, em que a protagonista precisa, a cada capítulo, confrontar e resistir ao adversário. Essa construção reforça a análise de Arfuch (2013), que destaca a dimensão de ingovernabilidade do sujeito autobiográfico: ao narrar sua própria história, Soraia não controla completamente a maneira como será lida ou interpretada, pois sua narrativa está permeada pelos imaginários sociodiscursivos sobre a doença e a morte, que já se cristalizaram na cultura.

Um aspecto também relevante da narrativa de teor biográfico contemporânea é a ruptura com a linearidade biográfica tradicional, canônica, conforme discutido por Arfuch (2010). A narrativa de Soraia não busca registrar sua vida inteira, mas se concentra em momentos cruciais que transformaram sua subjetividade. Esse recorte temporal reforça a ideia de que o valor do discurso biográfico reside menos na completude da história e mais na potência dos fragmentos que revelam as múltiplas faces do sujeito.

Além disso, a imagem do câncer comparada ao vazio, a que já fizemos menção, sintetiza a complexidade do discurso autobiográfico: ao nomear o vazio, a autora torna visível uma experiência que, de outro modo, permaneceria inefável. A linguagem, assim, torna-se o espaço por meio do qual Soraia se (re)constrói, transformando o sofrimento em narrativa e a dor em discurso de vida. Essa postura pode nos ajudar a compreender melhor o percurso narrativo de Soraia, começando pelo paradoxal título que ela escolheu: *Um câncer, uma felicidade...*, um título que pré-anuncia o projeto de ruptura do estereótipo negativo sobre a doença a que se propõe Soraia.

6.2.4.1 Análise actancial e processos narrativos

Os processos narrativos que estruturam a obra de Soraia Evangelista transcendem a linearidade dos eventos, criando um universo em que os sujeitos e as forças que os atravessam assumem papéis dinâmicos e, por vezes, ambíguos. A narrativa não apenas relata os acontecimentos do tratamento contra o câncer, mas também constrói uma trama em que cada elemento tem uma função simbólica dentro do percurso de transformação da protagonista.

Soraia assume o papel central da história, tanto como o sujeito que busca preservar sua identidade e encontrar sentido na experiência do adoecimento quanto como destinatária de sua própria luta. O desejo de manter a saúde e a continuidade das relações afetivas impulsiona suas ações, mas sua consciência e sua fé funcionam como elementos motivadores. O câncer, por sua vez, não é apenas um adversário biológico, mas um catalisador de mudanças na percepção que a narradora tem de si mesma e do mundo ao seu redor.

O percurso de Soraia segue a lógica do "caminho do herói", em que cada etapa do tratamento se apresenta como um desafio a ser superado. O enfrentamento da doença exige não apenas força física, mas também resiliência emocional, sustentada pelos adjuvantes da história: os médicos, os amigos, a família e a escrita. Este último elemento desempenha um papel essencial, funcionando como um espaço de elaboração simbólica da dor. Como expressa Soraia: “Depois veio o olhar de medo de morrer sem me redimir com as pessoas ou declarar o meu sentimento por elas. Aí comecei a escrever meu diário” (Evangelista, 2017, p. 146). Essa afirmação ilustra como a narrativa autobiográfica se torna um meio de reconstrução da subjetividade e um mecanismo de resistência em face da imposição da doença.

Considerando o *postulado de intencionalidade* merece destaque também a oscilação entre os papéis de vítima e de agente. Em momentos de extrema fragilidade, Soraia coloca-se como alvo da adversidade, assumindo o peso do sofrimento. No entanto, em outros, seu sorriso torna-se forte aliado contra “o não olhar das pessoas”, que tanto a incomodava, conforme relata: “E o não olhar das pessoas, o não procurar porque não saberiam se comportar... Essa suposta indiferença também doía muito. Quantas pessoas não se manifestaram! Era o não olhar para a dor” (Evangelista, 2017, p. 150).

Nesse processo de desconstrução e reconstrução, o sorriso ostensivo de Soraia traz à memória a figura do palhaço, ou melhor dizendo, do “bufão”, um termo muito usado na Idade Média para se referir a uma figura dramática marginalizada, uma espécie de palhaço caracterizado entre o grotesco e o charme. É a representação de um ser que, por

estar imerso na condição humana, sente alegria, tristeza e dor, mas transforma a sua dor em algo cômico. O recorte narrativo a seguir caracteriza essa figura dramática.

> O sorriso foi o meu aliado. E vinha de dentro do coração. E o meu sorriso muitas vezes era considerado desproporcional à minha doença. Era visto como se eu tivesse fugindo da realidade. Mas também há os que acreditavam que eu estava me despedindo da vida. Meu sorriso era tão espontâneo e muitas vezes admirado e outras vezes contestado (Evangelista, 2017, p.150 -151).

Dessa forma, a análise actancial demonstra que a narrativa de Soraia é muito mais do que um relato de superação. Trata-se de um espaço de negociação constante entre vida e morte, fragilidade e força, identidade e transformação. Ao longo da obra, a protagonista não apenas enfrenta o câncer, mas também ressignifica sua relação com o corpo, com a família e com a própria linguagem, reafirmando-se como sujeito ativo de sua história.

6.2.4.2 A descoberta do câncer: marco inicial da narrativa

A relação de Soraia com o câncer é marcada, desde o início, por um impacto brutal que rompe a normalidade de sua existência. Embora ela já soubesse da existência de um nódulo no seio, a confirmação sobre a doença é constatada após exames e é narrada com uma mistura de choque, incredulidade e paralisia emocional: "**— É maligno? — Ele balançou a cabeça dizendo sim. Fiquei inerte. Aguardei**" (Evangelista, 2017, p. 45, grifo nosso).

Esse momento representa a primeira grande quebra na narrativa de vida da autora. A confirmação da malignidade do tumor instaura uma nova configuração existencial, em que o corpo, antes familiar, torna-se um território invadido e ameaçado. A inércia que a autora descreve simboliza a suspensão do “eu” diante da irrupção da doença, um instante em que a subjetividade é engolida pela força do diagnóstico.

Esse instante inicial se conecta diretamente ao conceito de ruptura narrativa, em que o sujeito, ao ser confrontado com uma experiência traumática, perde, momentaneamente, a capacidade de organizar o mundo ao seu redor. A linguagem vacila, e o corpo torna-se palco de uma batalha que ainda não foi compreendida em sua totalidade.

Além disso, a descoberta do câncer revela o início da configuração actancial da narrativa: o câncer emerge como oponente, o corpo como espaço de conflito, e Soraia como sujeito que, a partir desse momento, precisa decidir se assume ou não o papel de agente de sua própria luta.

6.2.4.3 A narrativa do diagnóstico: reconfiguração da identidade

O diagnóstico de câncer de mama representa um momento de ruptura na vida de Soraia e marca o início de uma jornada permeada pelo medo, pela incerteza e pela necessidade de ressignificar a própria existência. Sua narrativa evidencia as complexas dimensões psicológica e emocional que acompanham a descoberta da doença, bem como os desafios enfrentados para lidar com essa nova realidade.

Desde os primeiros sinais da doença, a autora vivencia um processo de negação e de adiamento do problema, como expressa ao relatar sua relutância em realizar exames preventivos e seu sentimento de surpresa ao receber a confirmação do diagnóstico. A frase: "Tive medo de morrer rápido" (Evangelista, 2017, p. 17) sintetiza o choque inicial e a iminência de um desfecho fatal, refletindo a tensão emocional que a acomete naquele momento.

A comunicação do diagnóstico também se mostra como um momento de angústia, não apenas pelo impacto pessoal, mas pela necessidade de compartilhar a notícia com seus entes queridos. A preocupação com a dor que causaria aos outros se torna tão intensa quanto a própria angústia, levando-a a retardar a revelação da doença. Contar sobre a doença para Pedro Felipe, seu único filho, tornou-se uma tortura, como ela expõe: "(...) minha preocupação era meu filho único" **(**Evangelista, 2017, p. 36).

O medo da morte aparece como um dos sentimentos predominantes nesse período. Soraia expressa a angústia de se ver diante de um futuro incerto, manifestando preocupações com a própria fragilidade e com a possível repercussão do seu sofrimento naqueles que a cercam. Por meio deste relato: "Meu medo ficou enorme e minha angústia ficou abafada diante da preocupação de não deixar que ninguém desconfiasse dos meus sentimentos" (Evangelista, 2017, p. 30), a autora revela a luta interna entre sua necessidade de expressar a dor e o desejo de proteger os outros do impacto emocional de sua condição.

A interação com os médicos também exerce papel importante nesse momento. O primeiro contato com Dr. Lauri, o médico que fez a biópsia, não foi uma experiência muito positiva. Soraia narra que, quando fez o primeiro ultrassom, o resultado confirmou que o nódulo tinha o mesmo tamanho apresentado na mamografia e a característica do nódulo como maligno. A médica que fez o exame se assustou com o aspecto dele e pediu a Dr. Lauri, o dono da clínica, que antecipasse a biópsia. Ao ver a imagem, Soraia diz que “ele se espantou deixando escapar um alto 'Nossa!’” (Evangelista, 2017, p. 29) e, mesmo presente em outra sala, ela ouvira tudo e percebera a gravidade da situação. Soraia ficou horrorizada com a

postura do médico e, naquele momento, ficou abalada e indignada. Essa cena ilustra o momento de confirmação do diagnóstico e como a reação do médico reforça a apreensão dela. Esse episódio mostra algumas contradições que, às vezes, ocorrem no sistema de saúde: a ciência e a medicina, que deveriam oferecer segurança, geram inicialmente ainda mais ansiedade para as pessoas.

Somente no dia da biópsia, momento em que ficou diretamente em contato com Dr. Lauri, Soraia pôde desfazer o impacto negativo da primeira impressão, visto que ele a acolheu com muito carinho e também a orientou sobre a doença e sobre a importância de ela se apegar a Deus para Ele lhe dar forças positivas. Segundo Soraia, ela não assimilou bem as explicações científicas, mas assimilou bem a força das palavras de Dr. Lauri sobre a fé em Deus. Como ela já cria em Deus, imbui-se de uma fé inabalável, que é colocada, a todo momento, como seu facho de luz, guiando-a nos caminhos tão incertos.

Apesar desse peso emocional do diagnóstico, Soraia demonstra uma resiliência admirável. Ao longo da narrativa, sua perspectiva evolui de um estado de medo absoluto para uma aceitação ativa da luta contra a doença, como elucida o recorte autobiográfico a seguir.

> Sai do consultório e chorei. E de lá fui para a igreja chorar mais à vontade... E rezar! E implorar ao Pai que fizesse com que eu tivesse forças para passar por isso sem desespero, sem revoltas e com muita fé e esperança. Era o meu destino e o resultado só Deus sabia. Eu tinha que aceitar e viver de maneira que sofresse menos e que fizesse os outros sofrerem menos. Ali na igreja, decidi que iria passar por tudo da maneira mais leve, ou melhor, menos pesada que pudesse ser. **Era um fato natural** (Evangelista, 2017, p. 47, grifo nosso).

A frase destacada no recorte **"Era um fato natural"** evidencia essa transformação, demonstrando que, com o tempo, o câncer passa a ser encarado como uma realidade a ser enfrentada, e não apenas como uma sentença de sofrimento.

O humor, ainda que sutil, sem o caráter de humor ácido construído por Marina, também emerge como um mecanismo de resistência. Ele pode ser entrevisto, por exemplo, na forma como ela narra o momento em que Dr. Lauri conversa com ela sobre o resultado da biópsia. Ele diz:

> *— Olha, menina, não vou mentir para você não. Tá muito feio essa coisa aí! Não tô gostando disso não. Mas, olha, não estou dizendo que é maligno não. Nem tudo que é feio é ruim. Há muita coisa que a medicina não explica... só Deus é quem define* (Evangelista, 2017, p. 33- 34, grifo da autora).

O humor aqui aparece na tentativa de consolo desajeitada e contraditória, misturando preocupação com uma justificativa inusitada. Esse tipo de discurso revela uma forma de enfrentar a adversidade sem se render ao desespero, encontrando, mesmo na dor, espaços para a leveza.

A escrita assume um papel representativo na elaboração dessa experiência, funcionando como um meio de processar as emoções e de registrar sua luta, como ela mesma afirma: "Nesse período, fiz da escrita o meu meio de desabafo" (Evangelista, 2017, p. 18). Assim, ao transformar sua história em palavra escrita, a autora não apenas compartilha sua jornada, mas também reafirma seu protagonismo sobre a própria trajetória.

O diagnóstico de Soraia não é apenas um ponto de partida para a luta contra o câncer, mas também um momento de profundas reflexões sobre a vida, a morte e a identidade. Se, inicialmente, o medo e a incerteza dominaram sua percepção; com o tempo, ela aprendeu a enfrentar sua condição com coragem, humor e determinação. A experiência, apesar de dolorosa, torna-se um caminho de autoconhecimento e de transformação, no qual a escrita se configura como uma aliada essencial para dar sentido à jornada.

6.2.4.4 A narrativa do tratamento oncológico e seus desafios

A obra revela a dura realidade da quimioterapia, os impactos físico e emocional da doença e a necessidade de adaptação à nova condição de vida. Dessa forma, ao narrar sua trajetória, Soraia não apenas compartilha sua vivência, mas também contribui para a compreensão das dificuldades enfrentadas por pacientes oncológicos.

O primeiro grande desafio do tratamento está na aceitação da necessidade de intervenção médica. Após o impacto do diagnóstico, Soraia passou por cirurgias e deu início ao processo de quimioterapia. Esse momento é permeado por sentimentos de apreensão e angústia, visto que os procedimentos são invasivos e exigem grande resistência tanto física quanto emocional para enfrentar o que poderia vir.

Diante disso, Soraia inicia um processo de reflexão sobre a morte e sobre como a compreende neste exemplo: "Assim como eu, várias pessoas não têm medo da morte (porque poderia ser esse o meu futuro próximo). O medo maior é perder alguém que a gente gosta!" (Evangelista, 2017, p. 57). Essa reflexão demonstra realmente que o medo maior de Soraia não é a própria finitude, mas o sofrimento que sua perda pode causar àqueles que ela tanto ama, principalmente a seu filho.

Além disso, as decisões médicas precisam ser tomadas com rapidez, o que intensifica o desgaste emocional. Nesse sentido, a necessidade de submeter-se à cirurgia de forma imediata é descrita com certa resignação, obedecendo às orientações de Dr. Lauri, que a aconselhou “(...) fazer a cirurgia das duas mamas no mesmo dia devido ao desgaste do corpo” (Evangelista, 2017, p. 56). O início do tratamento marca um período de intensas mudanças, no qual a paciente precisa se adaptar a uma nova realidade imposta pela doença.

A quimioterapia, um dos tratamentos mais temidos, é retratada de forma franca pela narradora, que expõe os efeitos colaterais devastadores do procedimento. As transformações físicas são inevitáveis e afetam diretamente a autoestima e o bem-estar da paciente. Entre os sintomas mais marcantes, destacam-se as náuseas, o cansaço extremo e a queda de cabelo. No entanto, Soraia ressignifica esse processo ao adotar uma postura bem-humorada diante das adversidades. A queda dos fios, por exemplo, é abordada de maneira um pouco irônica neste recorte autobiográfico.

> No dia 4 de setembro, caiu a primeira mechinha do cabelo. Veio uma sensação de felicidade enorme! Doida eu sou, né?! O normal é que as pessoas sofram com a perda do cabelo. Eu não! Eu queria vê-lo cair. Eu achava que se a quimioterapia não fizesse efeito colateral, seria porque não estava funcionando. Se não matasse as células boas, como iria matar as ruins? (Evangelista, 2017, p. 81).

Reiteramos que essa perspectiva demonstra como o humor pode ser um mecanismo de enfrentamento, permitindo que a paciente lide com a doença de forma menos dolorosa. Além disso, percebe-se que o tratamento não afeta apenas a aparência, mas também as percepções sensorial e emocional da paciente. A narradora destaca as dificuldades geradas pela quimioterapia ao afirmar: "O cheiro das frutas me dava náuseas devido ao doce, meu grau de irritabilidade foi imenso!" (Evangelista, 2017, p. 85).

Um aspecto do tratamento oncológico abordado na obra que também nos chama à atenção são os impactos psicológico e social da doença. Muitas vezes, o paciente é pressionado a manter uma postura positiva, o que pode gerar um desgaste emocional adicional. Soraia passa por esse processo e expõe sua frustração e indignação com as respostas automáticas e pouco empáticas das pessoas ao seu redor, neste recorte autobiográfico: "Queriam saber como eu estava, mas tudo que eu dizia encontravam uma maneira de retrucar-me, de colocar um ‘vai passar’, um ‘é para o seu bem!’. Porra! Então para que perguntam como eu estou?" (Evangelista, 2017, p. 89). Essa fala evidencia a explosão de raiva contida,

devido à solidão, à indignação, que podem surgir no processo de tratamento, pois o paciente, além de lidar com a doença, precisa administrar as reações alheias.

Em outra passagem, Soraia faz menção aos comentários das pessoas que queriam visitá-la, antes de ela morrer, e demonstra sua irritação com alguns tipos de expressões: “Por que ela?”; “Chegou a vez dela” (Evangelista, 2017, p. 149-150) e outras, com completa inversão de papéis, em que o doente acaba sendo responsável por confortar aqueles que deveriam apoiá-lo, como neste exemplo: "Ah! E quantas vezes eu ouvi: 'Você tem que entender que ela (ou ele) está preocupada com você! Está sofrendo!' Eu era quem devia entender os outros? Não eram eles que tinham que me entender? Que covardia comigo!" (Evangelista, 2017, p. 150). Tudo isso evidencia que o impacto do tratamento vai além do físico, afetando também as relações interpessoais e a percepção de si mesma.

Soraia também menciona os diferentes olhares que recebia ao longo do tratamento. Para ela, esses olhares carregavam significados diversos: havia os de medo, os de compaixão, os de repulsa e os que expressavam admiração pela sua força. Uma das observações mais impactantes de sua análise é a percepção de que os homens eram mais gentis e solidários, ao contrário de muitas mulheres que evitavam encarar sua situação de frente. Como ela própria reflete: "Depois, comecei a pensar que elas preferiam ignorar, porque talvez fosse mais difícil pensar que também poderiam passar por isso" (Evangelista, 2017, p. 151). Além disso, a indiferença de algumas pessoas — o *não olhar* — doía tanto quanto os olhares de pena. Essa sensibilidade para perceber as reações do outro e ter que lidar com elas revela a complexidade da experiência do paciente oncológico.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a obra não se restringe a um relato de sofrimento. Ao longo do tratamento, Soraia desenvolve um olhar de resiliência e de transformação, buscando extrair aprendizados da experiência. A escrita, por exemplo, surge como um instrumento de alívio emocional e de reflexão, por isso merece ser citada várias vezes. Neste relato, por exemplo, a escrita apresenta-se como esse processo de apaziguamento: "Depois veio o olhar de medo de morrer sem me redimir com as pessoas ou declarar o meu sentimento por ela*s*. Aí comecei a escrever meu diário” (Evangelista, 2017, p. 146).

A resiliência da narradora também se manifesta na forma como ela encara a doença, não como um sinônimo de morte, mas como um processo de reinvenção: "*Durante todo esse período eu não convivi com a morte. Convivi com a vida*!" (Evangelista, 2017, p. 162, grifo da autora).

O relato dessas experiências confirma o que já sabemos: o processo de tratamento oncológico é repleto de desafios, que vão, desde a aceitação do diagnóstico até os impactos

físico e emocional, principalmente da quimioterapia. Soraia expõe sua trajetória, com fortes traços de sinceridade compartilhada; permitindo, assim, que o interlocutor compreenda as múltiplas dimensões do enfrentamento da doença. Ao abordar as dificuldades, sem perder a leveza, a autora mostra que o câncer não é apenas uma luta contra a morte, mas também uma oportunidade de ressignificar a vida. Dessa forma, seu relato não apenas informa, mas também inspira aqueles que, de alguma forma, vivenciam ou acompanham essa realidade.

6.2.4.5 A epifania e a ressignificação da vida

A experiência de uma doença grave como o câncer impõe mudanças profundas na forma como um indivíduo percebe o mundo, suas relações e a si mesmo. Em *Um câncer, uma felicidade...*, a autora transita por essas transformações de maneiras intensa e sincera, demonstrando como sua trajetória passa por um processo de epifania e de ressignificação. Esse percurso não ocorre de maneira linear, mas revela-se por meio de momentos de compreensão súbita, nos quais a autora se vê obrigada a reavaliar suas crenças, sua relação com o tempo, com as pessoas e, sobretudo, com sua própria vulnerabilidade.

Ao longo do tratamento, a autora percebe uma mudança significativa na maneira como encara o tempo. Se antes sua vida seguia um ritmo previsível, com planos que se estendiam ao longo dos anos, a chegada da doença exige-lhe que se concentre no presente. A expectativa de futuro torna-se incerta, e o agora passa a ter um valor diferente. Em vez de se projetar em objetivos distantes, a autora vê-se obrigada a viver cada dia com uma nova intensidade.

Essa transformação não ocorre de maneira repentina, mas gradualmente, como no momento em que ela decide registrar suas experiências em um diário. A escrita torna-se um meio de dar sentido à sua trajetória, uma forma de interromper a sensação de que tudo escapa ao seu controle. Mais do que um relato sobre a doença, sua autobiografia representa também um testemunho de como o tempo se ressignifica diante da possibilidade da finitude.

Essa nova percepção também se estende às relações interpessoais. Durante o tratamento, Soraia passa a enxergar com mais clareza o comportamento das pessoas ao seu redor. Ora encontra apoio inesperado, ora depara-se com a superficialidade de algumas relações. O sofrimento nem sempre é compartilhado de maneira genuína; muitas vezes, a tentativa de consolo se traduz em frases prontas e evasivas, como apontamos no item anterior, o que irrita profundamente Soraia. Aos poucos, Soraia passa a aceitar que nem todos saberão lidar com sua dor e que essa solidão emocional faz parte do processo de enfrentamento.

Além da reavaliação das relações, outro aspecto marcante na narrativa de Soraia é a forma como ela aprende a aceitar sua vulnerabilidade. No início, há uma tentativa de proteger os outros de seu sofrimento, evitando demonstrar medo e angústia. Entretanto, conforme o tempo passa, ela percebe que esconder suas emoções apenas intensifica o peso da doença. Essa transformação se evidencia no momento em que reconhece a necessidade de estabelecer limites: "Quando me diziam que iriam me visitar, eu pedia para que não fossem. Não estava me sentindo bem e não me sentia bem em ver ninguém e não tinha obrigação nenhuma de receber as pessoas" (Evangelista, 2017, p. 86). Ao assumir o direito de se resguardar, Soraia começa a entender que cuidar de si mesma é tão importante quanto tentar preservar as pessoas a seu redor. O que antes era visto como fraqueza, passa a ser encarado como um ato de respeito consigo mesma, marcando um momento de amadurecimento emocional.

Ao final do tratamento, surge um novo desafio: a reconstrução da identidade após a doença. O corpo já não é o mesmo, as emoções foram abaladas, e a mulher que atravessou esse percurso precisa se reencontrar consigo mesma. Mais do que uma simples recuperação física, existe a necessidade de entender quem ela se tornou, após a experiência do câncer. Essa busca por um novo significado se reflete na sua forma de enxergar a vida, como postula numa máxima que ela cria: "Tem coisas que não precisam ser definidas. Elas têm que ser apenas sentidas ou vividas" (Evangelista, 2017, p. 147). Essa concepção sintetiza a transformação pela qual passou. Se antes havia a necessidade de compreender e controlar tudo, agora há uma aceitação maior da imprevisibilidade da vida.

A epifania e a ressignificação da vida em *Um câncer, uma felicidade...* não ocorrem em um único instante, são construídas ao longo de toda a trajetória da autora. A relação com o tempo, com as pessoas e consigo mesma passa por transformações profundas, exigindo-lhe reconstruções emocional e identitária. Mais do que apenas lutar contra a doença, Soraia aprende a enxergar a vida sob uma nova perspectiva, aceitando a incerteza, valorizando o presente e reconhecendo que a vulnerabilidade faz parte da existência. Sua narrativa, portanto, não apenas documenta o enfrentamento do câncer, mas também revela um processo de amadurecimento e de reinvenção, que transforma dor em aprendizado e sofrimento em resiliência.

6.2.5 Os *ethé* de Soraia

Embora Soraia não seja uma figura pública amplamente conhecida, alguns *ethé* prévios podem contribuir para moldar como sua mensagem será recebida por seu interlocutor.

Entre eles, destacamos três situações. A primeira está diretamente relacionada à sua identidade autobiográfica, pois seu livro é anunciado e categorizado como autobiografia pela Editora Autobiografia e pelas livrarias. Trata-se de uma mulher que narra sua experiência com o câncer e estabelece uma conexão inicial com um tipo de interlocutor que já se identifica com histórias de superação, ou que vivencia situações semelhantes. Ela marca esse posicionamento em diversas passagens da obra e também na orelha de abertura do livro, como registramos a seguir:

> Após um diagnóstico de câncer de mama, tive o propósito de registrar com fidelidade os meus sentimentos e demonstrar que, apesar de toda a dor que sofremos pela doença e da que causamos nas pessoas envolvidas com a nossa doença, ainda existem situações piores, sofrimentos maiores. E que, diante de tantos sofrimentos, ainda temos a oportunidade do tratamento, da gratidão e do amor, das mudanças no coração e na alma. Ainda temos a oportunidade da vida. Por quanto tempo? Não importa. Ainda existe vida (Evangelista, 2017, orelha).

A segunda é a fé religiosa que Soraia já pré-anuncia nos agradecimentos, antes da narrativa. Ela agradece a seus familiares e amigos e, ao final do agradecimento, deixa esta mensagem: "Só tenho a dizer-lhes: que Deus os proteja" (Evangelista, 2017, p. 10). A frase demarca sua relação com Deus como uma força motriz em sua vida, o que pode gerar confiança no interlocutor que compartilha de crenças semelhantes.

Por último, sua posição social e também familiar como mãe e filha zelosa reforça um perfil empático e cuidadoso, voltado para o bem-estar de sua família. Esse *ethos* prévio pode ser lido como um ponto de identificação com mulheres que desempenham papéis semelhantes. Seu interlocutor pode vê-la como uma pessoa comum, espiritual e resiliente, que lhe inspira confiança e respeito.

A análise dos *ethé* de Soraia sob uma perspectiva mais genérica revela-nos uma mulher de contrastes intensos, alternando entre momentos de serenidade e de agitação, de esperança e de desespero, de egoísmo e de altruísmo. Em "Eu sempre fui daquelas pessoas que não levam desaforo para casa, sempre devolvendo na mesma moeda" (Evangelista, 2017, p. 17), emerge um *ethos* de firmeza e de impulsividade, reforçado nesta autodefinição: "*Por natureza eu sou assim, impulsiva*" (Evangelista, 2017, p. 88, grifo da autora).

Essa imagem está em tensão com outra faceta: a de quem se preocupa profundamente com o outro, como ilustrado no trocadilho: "Eu sempre achei que vim para cuidar e não para ser cuidada" (Evangelista, 2017, p. 92). Essa dualidade evidencia uma identidade marcada por

contradições, em que a força e a fragilidade se alternam conforme as situações vivenciadas pela autora. Além disso, traz à tona o imaginário sociodiscursivo de que a mulher nasceu para cuidar, um papel a que ela não pode se furtar de cumprir. E, quando ela não exerce a função de cuidar, sente-se inquieta ou desmerecida, sem valimento.

Soraia também incorpora a dimensão da resiliência, expressa no olhar da esperança, da perseverança e da superação das dificuldades. Essa característica se manifesta, por exemplo, na maneira como ela encara a doença: "*Durante todo esse período eu não convivi com a morte. Convivi com a vida*!" (Evangelista, 2017, p. 162, grifo da autora). Ao mesmo tempo, ela se descreve como vulnerável e assustada, como em "Aí, comecei a ficar assustada" (Evangelista, 2017, p. 23), e "Como me controlei para não entrar em pânico!" (Evangelista, 2017, p. 37). Essa vulnerabilidade humana contrasta com a percepção de força atribuída a ela por outras pessoas, exemplificada em: "Fui considerada forte" (Evangelista, 2017, p. 112). No entanto, Soraia reflete sobre essa visão externa e revela seu incômodo com o rótulo de "forte", pois acredita que sua resiliência não anula seus momentos de fraqueza; mas, sim, coexiste com eles.

As emoções de Soraia são intensamente patemizadas, expostas em sua narratividade com um tom forte e direto. A dor é explorada em suas múltiplas dimensões: física, emocional e espiritual, como ela mesma relata: "*Queria tanto ignorar a dor da alma, do coração... Pensar só nas questões físicas... Que 'serão passageiras'. Mas não estou conseguindo*" (Evangelista, 2017, p. 95, grifo da autora). Esse recorte autobiográfico reflete o desejo de racionalizar o sofrimento, e em outros, como neste: "No outro dia, chorei o dia inteiro" (Evangelista, 2017, p. 91), ela expressa a impossibilidade de conter suas emoções. Essas contradições constroem um *ethos* de vulnerabilidade e de honestidade, em que a narradora não esconde sua fragilidade diante do câncer, permitindo que o leitor acompanhe suas angústias sem filtros ou romantizações.

A alegria também se manifesta como um contraste ao sofrimento, em momentos aparentemente paradoxais: "No dia 4 de setembro, caiu a primeira mechinha do cabelo. Veio uma sensação de felicidade enorme! Doida eu sou, né?!" (Evangelista, 2017, p. 81). Aqui, Soraia demonstra uma capacidade de ressignificar experiências dolorosas em instantes de liberdade e de aceitação, reforçando seu *ethos* de positividade e de esperança, apesar das adversidades.

Todos esses sentimentos se mesclam a um tom humorado em várias passagens, como quando ironiza as tentativas alheias de consolá-la: "Queriam saber como eu estava, mas tudo

que eu dizia encontravam uma maneira de retrucar-me, de colocar um ‘vai passar’, um ‘é para o seu bem!’. Porra! Então para que perguntam como eu estou?" (Evangelista, 2017, p. 89).

Para fazermos uma análise mais minuciosa dos *ethé* discursivos construídos por Soraia, seguimos a mesma estrutura que usamos para analisar os *ethé* da escritora Marina. Destacamos os *ethé* de identificação e os *ethé* de credibilidade, segundo a proposição de Charaudeau (2008). Entre os *ethé* ligados à identificação, apontamos alguns que já estão consagrados na Semiolinguística: *ethos* de predestinação, *ethos* de solidariedade e benevolência, *ethos* de abnegação e devoção, *ethos* de honestidade, *ethos* de vulnerabilidade, *ethos* de redentora, e outros que se apresentam nos *corpora* em análise: *ethos* espiritual, *ethos* coletivo, *ethos* de autoafirmação**,** *ethos* reflexivo, *ethos* de gratidão, *ethos* de lucidez crítica e *ethos* carismático**.** Cada um desses aspectos constrói um mosaico identitário que reforça a complexidade da autora e sua relação com a doença e com o outro.

O *ethos* de predestinação**,** por exemplo, aparece quando Soraia descreve sua experiência com o câncer como parte de um plano maior. A fé desempenha um papel essencial, trazendo a ideia de que a doença faz parte de algo predefinido, como ela questiona neste recorte indagativo: “Era porque eu merecia? Eu precisava mudar e Deus escolheu que fosse dessa forma?” (Evangelista, 2017, p. 132). Esse *ethos* é reforçado por sua aceitação da situação como uma oportunidade de transformação e de aprendizado, evidenciando um olhar que transcende o sofrimento individual e se insere em um contexto mais amplo de evolução espiritual.

O *ethos* de solidariedade e benevolência pode ser percebido quando a autora expressa empatia e compaixão ao se colocar no lugar dos outros, especialmente ao refletir sobre a dor alheia: “E imaginava que a dor desses pais era muito maior que a minha dor. Deus estava sendo generoso comigo” (Evangelista, 2017, p. 19). Esse sentimento de empatia é ainda mais intenso quando ela agradece por sua dor não ter recaído sobre seu filho, como expresso neste agradecimento: “Obrigada, meu Deus, por ser comigo e não com meu filho!”. (Evangelista, 2017, p. 145). Podemos observar que Soraia reafirma a sua capacidade de olhar para além de si mesma, revelando um *ethos* que se sustenta na preocupação genuína com o outro.

O *ethos* de abnegação e devoção é construído a partir de atitudes de autocontrole e de sacrifício, em que a narradora busca minimizar o impacto emocional da doença em sua família, e se propõe a fazer tudo sozinha, como ela mesma relata: “Estava decidida a fazer tudo sozinha até quando fosse possível. Assim eu adiaria o sofrimento da minha família” (Evangelista, 2017, p. 45-46). Sua devoção manifesta-se na constante preocupação com o bem-estar dos outros, mesmo em meio à sua própria luta. Esse *ethos* reforça a ideia de que a

maternidade e os laços familiares são pilares que sustentam sua trajetória de enfrentamento da doença.

O *ethos* de honestidade expressa-se na transparência com que Soraia expõe seus medos, inseguranças e limitações, como neste relato: “Sentia que às vezes era melhor a gente sofrer do que fazer os outros sofrerem sem necessidade, por motivos fúteis. (...) E assim comecei a escrever os meus desabafos, falar da minha dor” (Evangelista, 2017, p. 17). Essa sinceridade aproxima o leitor, tornando sua narrativa mais verossímil e humanizada. Em diálogo com esse aspecto, emerge o *ethos* de vulnerabilidade, quando Soraia se permite mostrar suas fragilidades, como no exemplo citado em que compara, subjetivamente, o câncer com o vazio ao afirmar: “(...) mas o medo desse vazio existia” (Evangelista, 2017, p. 79). Essa entrega emocional confere autenticidade ao relato.

A autora não apenas relata sua luta, mas também reconhece momentos de exaustão emocional, como expõe neste relato: “Tinha dia que escrevia muito, com sentimento à flor da pele e dias em que não escrevia” (Evangelista, 2017, p. 17). Essa vulnerabilidade aproxima ainda mais seu interlocutor, humanizando sua jornada e tornando-a mais acessível emocionalmente.

O *ethos* de redentora evidencia-se no momento em que a experiência com o câncer é descrita como uma oportunidade de crescimento e de redenção, como neste relato: “(...) com o passar do tempo, a possibilidade de ele ficar órfão foi se tornando mais realista e eu fui mudando minha postura diante da vida” (Evangelista, 2017, p. 42). Soraia, passa, aos poucos, a enxergar a doença não apenas como um desafio, mas como um processo de renovação espiritual e também pessoal. Esse *ethos* dialoga diretamente com o *ethos* espiritual**,** pois a autora constrói sua identidade por meio de sua fé, que permeia toda a narrativa.

A crença em Deus surge como uma fonte de força e como um eixo interpretativo de sua trajetória, em vários momentos, como mostra esta sequência narrativa: “Chorei tanto, rezei tanto para Deus me abençoar, iluminar e me dar forças para não causar desespero em ninguém mais!” (Evangelista, 2017, p. 30). Esse *ethos* espiritual diferencia-se dos demais, ao centralizar a relação com o divino como um ponto de sustentação emocional e de resiliência.

O *ethos* coletivo enfatiza a importância de Soraia compartilhar sua experiência como um ato de generosidade e de apoio a outras mulheres, como ela mesma evidencia: “Engraçado! Minha maior preocupação, além do meu filho, era com as mulheres” (Evangelista, 2017, p. 52). Essa preocupação vai além da experiência individual e se expande para uma visão mais ampla da luta contra o câncer, a partir de sua descoberta: “Descobri ali que o câncer de mama não atinge apenas mulheres mais velhas ou de meia idade, assim como eu. Atinge várias

mulheres jovens" (Evangelista, 2017, p. 107). Esse *ethos* ressalta seu compromisso com o aprendizado coletivo e com a disseminação de conhecimento e de esperança para outras pessoas que enfrentam desafios semelhantes.

O *ethos* de autoafirmação manifesta-se na maneira como Soraia se recusa a ser reduzida à condição de paciente ou de vítima, como mostra esta assertiva: "Sempre fui daquelas pessoas que não levam desaforo para casa, sempre devolvendo na mesma moeda" (Evangelista, 2017, p. 99). Esse *ethos* demonstra a construção de uma identidade que rejeita a passividade e reafirma a própria autonomia, inspirando outros a enfrentarem os desafios com coragem.

O *ethos* reflexivo é evidente ao longo de toda a narrativa, pois a autora constantemente pondera sobre o significado de sua experiência e as lições que aprendeu, como mostra seu relato: "(...) e eu fui mudando minha postura diante da vida" (Evangelista, 2017, p. 42). Esse *ethos* confere profundidade à narrativa, incentivando o leitor a contemplar as próprias vivências e a refletir sobre sua própria relação com desafios e superações, como um espelhamento.

O *ethos* de gratidão é uma característica marcante na narrativa de Soraia. Mesmo nos momentos de dor, ela encontra razões para agradecer, seja pela fé, seja pelo apoio recebido, seja pelas lições aprendidas, como neste agradecimento: "E todos os momentos eu agradeço a Deus por estar me dando a oportunidade do medo, da tristeza, da insegurança" (Evangelista, 2017, p. 80). Esse *ethos* projeta uma atitude positiva, fortalece o tom motivacional da obra e oferece ao interlocutor uma perspectiva de esperança, mesmo nas adversidades.

O *ethos* de lucidez crítica evidencia-se em passagens em que Soraia analisa a si mesma e suas relações com um olhar desiludido, às vezes doloroso, mas profundamente honesto. A autora desmonta idealizações, confronta expectativas social e afetiva, e questiona sua própria importância na vida dos outros. Em uma de suas reflexões mais incisivas, afirma:

> Por que me preocupei tanto com os outros? Por que não pensei mais em mim? Porque fiquei achando que eu tinha uma importância maior do que a real na vida das pessoas. É isso. Concluí agora. (...) Eu não era tão importante assim! Estava me autovalorizando (Evangelista, 2017, p. 132-133).

Essa percepção de descompasso entre o cuidado que dedica a outras pessoas e o reconhecimento que recebe revela uma narradora consciente de suas ilusões e pronta para desconstruí-las.

Por fim, a resiliência e o otimismo de Soraia revelam-nos o *ethos* carismático, que inspira as pessoas ao seu redor. Sua capacidade de transformar desafios em aprendizado e sua postura leve diante das dificuldades reforçam esse *ethos*, como demonstra este relato sobre sua postura durante o tratamento: “Saía para a quimioterapia e consultas sempre com sorrisos e lenços, como se tivesse indo para uma festa” (Evangelista, 2017, p. 99). Esse *ethos* projeta uma imagem de força e de inspiração, contribuindo para que sua narrativa se torne um testemunho poderoso de superação e de humanidade.

Entre os *ethé* ligados à credibilidade, apontamos os que estão consagrados na Semiolinguística: *ethos* de autodomínio, *ethos* de liderança, *ethos* de competência. O *ethos* de autodomínio manifesta-se no controle emocional que ela exerce ao longo da narrativa, mesmo diante de desafios significativos. Isso pode ser observado quando relata: “Como me controlei para não entrar em pânico!” (Evangelista, 2017, p. 37). Em momentos de extrema angústia, sua prioridade não é apenas lidar com o medo, mas também proteger do sofrimento aqueles a quem ama, como relata: “Daí para frente tentei disfarçar, mas estava apavorada” (Evangelista, 2017, p. 137). Esse autodomínio reforça a percepção de que, mesmo em situações extremas, ela busca manter o equilíbrio emocional e assumir o controle da situação.

Às vezes, a narradora apresenta-se de maneira contraditória, oscilando entre a necessidade de autonomia e a angústia da solidão. Em um momento, declara seu desejo de independência: “Não queria depender de ninguém para dar sequência aos procedimentos" (Evangelista, 2017, p. 45), mas, em seguida, revela um paradoxo emocional: “*Por isso não quero ninguém perto de mim. Mas também não quero ficar sozinha*” (Evangelista, 2017, p. 94, grifo da autora). No entanto, essa postura não invalida o autodomínio, pois essas tensões conferem profundidade ao seu relato, mostrando que a luta contra o câncer não é linear, mas permeada por conflitos internos e oscilações emocionais.

O *ethos* de liderança é evidente na forma como a autora inspira e motiva outras pessoas ao compartilhar sua história e a encontrarem força em meio às dificuldades. Seu relato transcende sua experiência pessoal, tornando-se um testemunho de resistência e de encorajamento, como exemplifica seu relato: “Exibia o meu sorriso por estar viva” (Evangelista, 2017, p. 157). Essa postura ativa no enfrentamento da doença a posiciona como um modelo para outras mulheres que vivem experiências semelhantes.

Embora Soraia não atue profissionalmente no campo da medicina, ela demonstra *ethos* de competência para lidar com sabedoria sobre os termos técnicos, ao buscar informações sobre a doença e ao refletir sobre o impacto do diagnóstico, como aponta neste relato: “Fui para a internet pesquisar sobre nódulos e descobri que o estágio IV era o mais avançado e o

grau III era o mais invasivo. Como me controlei para não entrar em pânico!" (Evangelista, 2017, p. 37). Sua busca por conhecimento não apenas a auxilia no enfrentamento do câncer, mas também confere credibilidade à sua narrativa, pois demonstra uma postura ativa na compreensão e no gerenciamento de sua condição. Ao compartilhar suas descobertas, esse EUe não apenas se apropria da informação, mas também se torna mais forte diante da doença.

Por fim, Soraia constitui-se como um exemplo de humanidade plena**,** uma mulher que se desvela em sua inteireza: carinhosa, irritada, feliz, triste, otimista, assustada e independente. Seu relato patemiza suas experiências e oferece uma representação de si que dialoga diretamente com seu interlocutor, provocando empatia e reflexão.

Essa complexa construção identitária de Soraia apresenta uma dimensão emocional marcante, em que o discurso se organiza de forma a produzir efeitos de sentidos patêmicos. Como propõe Charaudeau (2007), o *pathos* no discurso não se reduz a uma emoção espontânea ou isolada, mas se ancora em crenças e saberes compartilhados socialmente, podendo ser mobilizado de maneira estratégica. No relato de Soraia, identificamos uma forte presença de emoções que não apenas são sentidas, mas também expressas com intencionalidade, revelando uma tentativa de dar sentido à experiência vivida e, muitas vezes, de comover ou convocar o interlocutor à empatia.

Em momentos difíceis, a autora desabafa, expõe sua raiva em um tom que pode até sugerir uma visada crítica e também humorada como mecanismo de enfrentamento, seja para desarmar o desconforto alheio, seja para reafirmar sua própria força.

Nesse contexto, é possível observar a ativação de diversas tópicas emocionais, conforme delineadas por Charaudeau (2007), como a dor, a angústia, a esperança e a alegria, cada uma delas modulando os efeitos de sentido e contribuindo para a constituição do *ethos* da narradora. A *tópica da dor* é especialmente recorrente, articulando-se em registros que exploram os sofrimentos físico, emocional e existencial. A patemização é fortemente expressa quando a narradora se refere à dor que os medicamentos lhe traziam, neste relato: "*O corpo reage cada dia de uma maneira diferente. Sem previsão...Mesmo que sem dor física... É uma dor de destruição*", e admite: "Não tem como diminuir essa dor" (Evangelista, 2017, p. 85 - 133, grifo da autora). Tais expressões, de forte tonalidade afetiva, revelam não só o impacto da doença, mas também o reconhecimento da inevitabilidade do sofrimento — que não pode ser negado, apenas vivenciado.

A *tópica da angústia* percorre as fases do diagnóstico, tratamento e pós-tratamento, e aparece em frases de grande densidade emocional: "Não conseguia chorar, mas a verdade é que estava apavorada" (Evangelista, 2017, p. 65). A angústia diante da incerteza do futuro é

ainda mais evidente quando ela escreve: “Era como se durante a quimioterapia minha esperança fosse maior. Como se eu estivesse protegida. E agora? E se ela não foi eficaz?” (Evangelista, 2017, p. 131). Aqui, a alternância entre proteção e exposição revela a oscilação típica de quem enfrenta uma situação-limite, marcada pelo medo e pela vulnerabilidade.

Em contraste, a *tópica da alegria* irrompe em momentos de leveza e de gratidão que surpreendem pela espontaneidade. Em um dos relatos mais expressivos, Soraia narra com ternura o momento em que fez o exame da medula, acompanhada por sua amiga Ró: “Tivemos um dia muito gostoso. Conversamos muito e não parecia um quarto de hospital. Parecia um hotel” (Evangelista, 2017, p. 127). A escolha lexical: “gostoso”, “conversamos”, “hotel” — suaviza o cenário da dor e cria uma suspensão momentânea da realidade dolorosa. Essa alegria é uma resposta afetiva que reorganiza os sentidos e reafirma a vida.

Por fim, a *tópica da esperança* sustenta o fio condutor da narrativa, permeando até os trechos de maior tensão. Mesmo após ouvir uma possível suspeita de metástase, a narradora reorganiza seus pensamentos para não ceder ao desespero diante dos posicionamentos dos médicos, conforme afirma: “Comecei a pensar: ‘cada macaco no seu galho’ e isso me deixou mais tranquila” (Evangelista, 2017, p. 125). Aqui, o tom coloquial, associado à sabedoria popular, atua como estratégia de autoconvencimento e de resistência simbólica à vulnerabilidade. A esperança, nesses termos, não é ingênua: é construída a partir da convivência com a dor e da possibilidade de ressignificá-la.

Essas emoções são expressas com força e legitimadas por Soraia por meio da ativação da memória, especialmente ao revisitar experiências familiares e sociais em torno da doença. Como destaca Arnoux (2019), essa ativação desempenha um papel relevante em contextos de crise, pois reorganiza os sentidos e fortalece os mecanismos argumentativos. Em diálogo com esse entendimento, Plantin (2008) propõe que *ethos* e *pathos* não são categorias estanques, mas dimensões afetivas interligadas no discurso: pois o *ethos* corresponde a uma tonalidade afetiva duradoura, de base, o *pathos* refere-se às emoções pontuais, intensas, que modulam o tom da enunciação.

O discurso de Soraia, ao exibir tanto uma disposição emocional estável (de fé, positividade, gratidão), quanto momentos intensos de dor, de angústia e de esperança, realiza exatamente esse duplo movimento. Suas emoções não apenas constroem uma imagem de si, mas também funcionam como estratégias de persuasão, de aproximação e de reconhecimento. Ao patemizar sua narrativa, a autora transforma sua experiência individual em partilha simbólica, configurando um *ethos* profundamente humano, permeado por fragilidade, fé, força e compaixão.

Fechando essa análise, vale retomar a reflexão de Maingueneau (2008b, p. 18), como expusemos no corpo teórico, segundo a qual o *ethos* não se reduz a uma imagem racional e argumentativa do locutor, mas constrói-se a partir de uma "vocalidade que pode se manifestar numa multiplicidade de tons", uma corporalidade da linguagem que dá acesso a um "fiador" encarnado na enunciação. Esse *ethos* se inscreve também nos tons, no ritmo da linguagem, na opacidade ou na hesitação da escrita, compondo uma dimensão sensível e experiencial da presença discursiva. Assim, podemos afirmar que em certos gêneros testemunhais, como os analisados nesta tese, o que se projeta com mais força não é tanto um *ethos* de autoridade categorial ou ideológica, mas um *ethos* experiencial, que traduz uma forma de estar no discurso profundamente marcada pela vivência da finitude, do trauma e da tentativa de dizer o indizível, como vimos nos relatos de Soraia.

Trata-se de um gesto de linguagem em que a própria busca da palavra — marcada por desabafos, silêncios, contradições, ironias ou repetições — revela o sujeito em sua condição de quem narra para suportar a dor, reinscrever a memória ou reinventar o sentido. Essa dimensão é especialmente visível nos trechos em que Soraia Evangelista expressa, por exemplo, sua "dor da alma", mas também nas tonalidades emocionais das demais escritoras, cuja linguagem testemunhal carrega traços de um projeto existencial de dizer a si e ao outro.

6.2.5.1 O corpo que lembra, a palavra que cura: emoções e memória

A autobiografia *Um Câncer, uma Felicidade...* não se limita a relatar os eventos ligados ao diagnóstico e ao tratamento da doença. A memória desempenha um papel essencial na forma como a autora ressignifica sua trajetória e encontra sentido em sua experiência com o câncer. A cada etapa da doença, recordações emergem, estabelecendo um diálogo entre o passado e o presente e revela como a identidade da autora é constantemente reconstruída diante da adversidade. A memória constitui um mecanismo de reconstrução por meio da linguagem que permite a narrativização de experiências, produzindo significações, efeitos de sentido sobre a doença vivida e sobre os processos pelos quais passou em sua trajetória de vida.

Desde o início do livro, a autora demonstra que o câncer não é apenas uma experiência isolada no tempo, mas um evento que se conecta a momentos anteriores de sua vida. O diagnóstico não a leva apenas a olhar para o futuro incerto, mas também a revisitar o passado e reavaliar sua trajetória. Em meio ao choque inicial, ela se vê relembrando de suas escolhas e de hábitos de vida, questionando se poderia ter feito algo diferente.

Em uma reflexão sobre seu estilo de vida antes da doença, ela afirma: “Sempre vivi intensamente o presente, porque acreditava na óbvia expressão ‘para morrer basta estar vivo’” (Evangelista, 2017, p. 18). Essa afirmação ganha um novo significado à medida que a autora avança no tratamento. O que antes era uma filosofia de vida passa a ser revisitado com outra perspectiva, pois agora ela precisa lidar com as consequências de um corpo fragilizado e de uma rotina tomada por consultas e procedimentos médicos, o que lhe dificulta viver da forma intensa como vivia. Assim, a memória não apenas remete ao passado, mas modifica sua relação com o presente, influenciando suas emoções e sua maneira de encarar o câncer.

Outro aspecto marcante do papel da memória no relato de Soraia é a forma como recordações de momentos aparentemente triviais ou esquecidos ressurgem de maneira inesperada durante o tratamento. Pequenos detalhes de sua história pessoal voltam à tona diante das dificuldades enfrentadas. Ela revisita episódios anteriores de sua vida para encontrar coragem durante os desafios da quimioterapia. Memórias de situações de sofrimento passadas, inclusive muito distantes no tempo, criam paralelos com a dor atual e servem como ancoragem emocional.

Em um momento particularmente delicado, Soraia relembra uma fala do filho Pedro Felipe aos doze anos de idade, após a morte do pai, na qual ele demonstra maturidade e gratidão diante da perda:

> (...) pensei muito no Alisson e no Iago (primos de 3º grau que perderam o pai e seis meses depois a mãe) e em tantas crianças que nunca conheceram os pais e resolvi aceitar e agradecer a DEUS por todos os anos que pude passar com meu pai! (Evangelista, 2017, p. 42).

Ao recuperar essa lembrança, a autora não apenas se reconecta a sua própria trajetória de superação como também se inspira na força do filho para lidar com o medo da morte. Assim, a memória torna-se uma forma de resistência — uma reafirmação da vida, mesmo diante da possibilidade da finitude.

Quando enfrenta as sessões de quimioterapia, por exemplo, ela se reconecta com as memórias de sua forma de encarar a vida antes do diagnóstico em que ela vivia intensamente o presente, “porque acreditava na óbvia expressão ‘para morrer, basta estar vivo’” (Evangelista, 2017, p. 18). Ela reitera: “(...) sempre comparava situações e me fortalecia naquela ideia de que a qualquer momento pode nos acontecer algo inesperado que nos tira a vida, que nunca temos certeza se estaremos vivos no minuto seguinte” (Evangelista, 2017, p.

18). Essas lembranças ajudam a autora a perceber que sua trajetória sempre foi marcada por superação, reforçando sua capacidade de resistência. O medo da morte, embora presente, não é apenas um sentimento de desespero, mas algo que se presentifica em suas experiências anteriores de perda e de recomeço. Essa passagem revela que a memória não apenas traz à tona eventos passados, mas influencia o modo como a autora lida com o presente.

O câncer também leva Soraia a revisitar suas relações familiares por meio da memória. A doença desperta lembranças de momentos vividos com Pedro Felipe, seu filho, e reforça sua conexão emocional com ele. O impacto do câncer sobre a relação mãe e filho é evidente quando ela se lembra de episódios de carinho e proximidade que agora ganham um significado ainda mais profundo: "Ele ficou pertinho de mim, abraçadinho... Acabou meu choro" (Evangelista, 2017, p. 60).

Essas recordações reforçam a importância dos laços familiares como fonte de força durante o tratamento. A memória do afeto compartilhado com Pedro Felipe não apenas a conforta, mas também se torna uma motivação para continuar lutando. Do mesmo modo, as lembranças da presença e do sofrimento de sua mãe e irmãos diante da doença a fazem refletir sobre a forma como o câncer impacta não apenas sua vida, mas também as daqueles que a cercam.

A escrita, por sua vez, torna-se o meio pelo qual essas memórias são organizadas e ressignificadas. Ao registrar sua experiência, Soraia não apenas relata os fatos, mas também encontra na palavra escrita um espaço para elaborar suas emoções e dar um novo sentido ao que viveu. Ela mesma reconhece esse processo quando afirma: "Nesse período, fiz da escrita o meu meio de desabafo" (Evangelista, 2017, p. 18). A escrita autobiográfica, portanto, não é apenas um relato sobre o câncer, mas um exercício de reconstrução da memória e das emoções. A autora revisita o passado para compreender melhor seu presente, encontrando na lembrança de momentos anteriores um caminho para lidar com o sofrimento e a incerteza do futuro.

Dessa maneira, a memória em *Um Câncer, uma Felicidade...* não se apresenta como um simples resgate de eventos, mas como um mecanismo ativo na construção da experiência da doença. Cada etapa do tratamento desperta recordações que ajudam a autora a compreender e a ressignificar sua trajetória, reforçando sua capacidade de resistência e de adaptação. O passado não é apenas um lugar de nostalgia, mas um elemento vivo na narrativa, que se entrelaça ao presente e influencia a forma como Soraia encara sua jornada. Sua autobiografia, portanto, se torna um testemunho não apenas da luta contra o câncer, mas da complexidade da memória e das emoções na construção da identidade em meio à adversidade.

6.2.6 Análise transversal dos relatos autobiográficos

Conforme expusemos, essa seção apresenta os itens temáticos previamente definidos na construção da pesquisa e que orientam a leitura transversal dos relatos autobiográficos das três mulheres participantes. Apresentamos a análise dos itens de Marina da Silva no início do capítulo e agora trazemos a análise dos itens de Soraia Evangelista.

6.2.6.1 Medos e ansiedades diante do diagnóstico

Seguindo a lógica de análise que traçamos para a leitura transversal dos relatos autobiográficos de Soraia sobre o câncer de mama, podemos identificar reiteradamente três tipos de medo: o de morrer, o de sofrer e o de fazer os outros sofrerem, conforme ilustram estes dois recortes autobiográficos: “Tive medo de morrer rápido" (Evangelista, 2017, p. 17) e "O medo de sofrer e de fazer os outros sofrerem" (Evangelista, 2017, p. 39). Esses sentimentos são amplificados pela reação dos médicos e pelas incertezas em relação à gravidade da doença, como no momento em que o médico viu a imagem do nódulo: "Ao ver a imagem ele se espantou deixando escapar um alto 'Nossa!'" (Evangelista, 2017, p. 29).

6.2.6.2 O corpo e a sexualidade

O câncer de mama provoca mudanças profundas no corpo, alterando não apenas a aparência física, mas também a forma como o paciente se percebe e se relaciona com sua própria identidade. No caso das mulheres, essa transformação se torna ainda mais complexa, pois envolve questões ligadas à feminilidade, autoestima e sexualidade. Em sua história de vida, Soraia reflete sobre essas mudanças com honestidade e profundidade, abordando os desafios impostos pelo tratamento e a necessidade de ressignificar sua relação com o próprio corpo.

Desde o início do diagnóstico, o corpo torna-se um território de conflitos. Se antes era um instrumento de vivência espontânea e natural, com a doença, ele passa a ser marcado por intervenções médicas, fragilidades e alterações visíveis. A cirurgia, a quimioterapia e seus efeitos colaterais impõem uma nova relação com a própria imagem, forçando a autora a enfrentar uma transformação que está além de sua escolha.

O câncer, nesse sentido, não afeta apenas a saúde, mas também a forma como ela se enxerga e como acredita ser percebida pelos outros. Essa mudança pode ser observada em

momentos de vulnerabilidade, como quando ela precisa lidar com a queda de cabelo, um dos primeiros sinais visíveis da doença: "No dia 4 de setembro, caiu a primeira mechinha do cabelo. Veio uma sensação de felicidade enorme! Doida eu sou né?!" (Evangelista, 2017, p. 81).

O tom bem-humorado da autora não esconde a complexidade desse momento. A perda do cabelo, embora irreversível naquele contexto, torna-se um símbolo de transformação. O corpo já não é o mesmo, e a aceitação dessa nova imagem exige um processo de ressignificação da própria identidade.

Outro aspecto fundamental abordado na obra é a relação entre corpo e sexualidade. O câncer de mama afeta uma parte do corpo feminino historicamente associada à sensualidade, ao prazer e à identidade da mulher. A retirada parcial ou total da mama pode provocar um profundo impacto psicológico, levando a questionamentos sobre feminilidade e desejo. Em sua narrativa, Soraia não evita essa discussão, mas a enfrenta com sinceridade, revelando tanto suas inseguranças quanto os momentos de redescoberta do próprio desejo. Um episódio significativo ocorre quando, mesmo em meio ao tratamento, um dia após o início da queda de cabelo, que normalmente provoca um sentimento de tristeza, ela conseguiu vivenciar momentos felizes e de intimidade com Genilson (Nem), seu namorado.

Ela acordou com uma mensagem de Nem dizendo-lhe que estava com vontade de estar ao seu lado e foi tomar o café da manhã junto com ela. Assim ela relata: "E diante de tanta felicidade, fizemos amor. De corpo e alma!" (Evangelista, 2017, p. 82). Essa passagem evidencia que, apesar das mudanças físicas e das dificuldades enfrentadas, a sexualidade continua sendo parte de sua identidade. A doença não apaga o desejo, mas exige novas formas de expressão e de aceitação do próprio corpo. O ato sexual, nesse contexto, transcende a simples experiência física e se torna um gesto de reafirmação da vida e do afeto.

No entanto, a trajetória de Soraia Evangelista também revela as dificuldades emocionais que acompanham essa transformação. Em diversos momentos, ela lida com sentimentos de medo e de insegurança em relação ao próprio corpo. A necessidade de reconstrução da autoimagem após a doença torna-se um desafio constante, pois envolve não apenas a aceitação das cicatrizes físicas, mas também a reconciliação com a feminilidade em um novo contexto. A autora, então, busca ressignificar sua identidade não apenas como mulher, mas como alguém que precisa redescobrir sua relação com o próprio desejo e a intimidade.

Além da percepção individual, a maneira como o corpo doente é visto socialmente também influencia a experiência da sexualidade. A ideia de fragilidade, frequentemente

associada ao câncer, pode levar à percepção de que a mulher perde sua potência e atratividade. Esse fator se reflete na insegurança que muitas pacientes oncológicas sentem ao se relacionar com seus parceiros, temendo que a doença altere o desejo do outro.

A narrativa de Soraia, no entanto, oferece uma perspectiva diferente: em vez de enxergar o corpo doente como uma limitação, ela busca afirmar sua autonomia sobre ele. Esse processo de aceitação e de reinvenção não acontece de forma imediata, mas é construído ao longo do relato, à medida que a autora aprende a olhar para si mesma sob a perspectiva de novos olhares.

Percebemos, ao longo de toda a narrativa, que a trajetória de Soraia vai além de um relato sobre a doença e se torna um testemunho sobre a relação entre corpo e identidade. O câncer não apaga a sexualidade da autora, mas a transforma, exigindo novas formas de aceitação e de vivência do desejo. O corpo, antes visto como um território de prazer e de expressão, passa a carregar marcas de luta e de resistência, e a sexualidade é ressignificada dentro dessa nova realidade.

6.2.6.3 As relações familiar e social

O câncer não afeta apenas o corpo do paciente, mas também suas relações familiar e social, transformando as dinâmicas interpessoais de maneira profunda. A autora expõe como o diagnóstico e o tratamento impactaram seus laços afetivos, ora fortalecendo-os, ora desafiando-os. A doença, além de experiências física e emocional intensas, impõe mudanças na forma como a autora interage com aqueles que a cercam, sejam familiares, sejam amigos, sejam desconhecidos que cruzam seu caminho ao longo do tratamento.

Desde o início, a família surge como um dos principais pilares emocionais da autora. Entre esses vínculos, a relação com Pedro Felipe, seu filho, é retratada de maneira especialmente tocante. Mesmo jovem, ele se mostra compreensivo e presente, oferecendo carinho e apoio nos momentos mais difíceis. A cena em que a mãe se vê confortada pelo filho ilustra essa conexão profunda neste depoimento: "Chorei. Ele ficou pertinho de mim, abraçadinho... Acabou meu choro" (Evangelista, 2017, p. 60). No entanto, esse laço também vem acompanhado de um sentimento de culpa por impor sofrimento àqueles que ama, algo evidente na sequência narrativa a seguir.

> (...) com o passar do tempo, a possibilidade de ele ficar órfão foi se tornando mais realista e eu fui mudando minha postura diante da vida.

> Fui nos preparando para quando isso acontecer ele não se sentir órfão. E mudei todo o meu discurso. Um dia, quando fiz um comentário sobre a minha morte, ele disse que não pode ficar órfão! (Evangelista, 2017, p. 42).

Essa passagem demonstra como o câncer extrapola a dimensão física da doença e afeta profundamente a estrutura emocional da família.

Nem, o companheiro de Soraia, também ocupa um papel central em sua trajetória. Inicialmente, a autora hesita em compartilhar o diagnóstico, receosa sobre como ele lidaria com a notícia. O questionamento: "Bom! Por que ainda não contei para Nem?" (Evangelista, 2017, p. 61) reflete essa inquietação e o desejo de protegê-lo do impacto emocional. No entanto, ao revelar a verdade, ela encontra acolhimento e solidariedade conforme o relato: "Foi um alívio. Ele me abraçou e eu chorei. Não me lembro se nesse dia eu lhe contei os detalhes. Mas isso não importa. Ele me acolheu" (Evangelista, 2017, p. 68). Esse momento representa a importância do apoio emocional no enfrentamento da doença, e mostra-nos que, apesar do medo inicial, compartilhar a dor pode fortalecer os vínculos.

Além do núcleo familiar mais próximo, os pais e irmãos de Soraia também vivenciam intensamente sua jornada. Elma, sua mãe, expressa um sofrimento comum entre aqueles que acompanham um ente querido doente: "Não há dor maior do que uma mãe ver o sofrimento do seu filho! Meu Deus!" (Evangelista, 2017, p. 48). Os irmãos são retratados de maneiras distintas: Anderson, o caçula, é visto como alguém que tem forças para lidar com a situação, como evidenciado na fala da autora: "*Vi em você a pessoa com mais forças para receber essa notícia*" (Evangelista, 2017, p. 58, grifo da autora).

A irmã Nete é percebida como emocionalmente mais frágil, o que gera preocupações em Soraia: "E Nete?! Como ela vai ficar desesperada! Ela sofre tanto com doenças" (Evangelista, 2017, p. 48). Esse contraste ilustra como cada membro da família reage de maneira diferente à doença, exigindo da autora um equilíbrio entre buscar apoio e evitar sobrecarregar as pessoas ao seu redor.

Além dos pais e irmãos, os tios, primos e sobrinhos também desempenham um papel significativo em sua rede de apoio. A relação com Tia Iris, por exemplo, vai além da conexão sanguínea e torna-se um vínculo de dependência emocional mútua: "Nos últimos tempos ela está tão dependente de mim!" (Evangelista, 2017, p. 50). O envolvimento de sobrinhos e cunhadas, como Amanda e Adriania, reforça a ideia de que o câncer não é uma batalha solitária, mas sim um desafio que se estende a toda a família.

No âmbito social, as amizades surgem como outro importante alicerce. Durante sua jornada, Soraia encontra apoio em amigos como Rosely, Lica e Luana, que se fazem presentes em diferentes momentos. Entre essas relações, destaca-se sua interação com Eloíza, que desempenha um duplo papel: "Além do olhar de amiga, tinha nela o de um profissional da psicologia" (Evangelista, 2017, p. 89). Esse suporte demonstra como os amigos podem ir além da simples companhia e se tornarem fontes de equilíbrio emocional e de orientação psicológica.

No entanto, nem todas as interações sociais são fáceis. Durante o tratamento, Soraia enfrenta dificuldades ao lidar com pessoas que não sabem como reagir à sua condição. Ela relata a mudança no comportamento das pessoas ao seu redor: "As pessoas ainda estavam muito assustadas e me tratavam como se eu tivesse condenada à morte" (Evangelista, 2017, p. 76). Essa observação evidencia um aspecto recorrente na vivência de pacientes oncológicos: as mudanças de comportamento, o afastamento de conhecidos que, por medo ou desconhecimento, não sabem como oferecer apoio.

Paralelamente, a autora também encontra acolhimento no contato com outros pacientes que compartilham a mesma experiência. Durante o tratamento, ela presencia momentos de solidariedade entre aqueles que enfrentam a doença, como exposto na sequência narrativa a seguir.

> Vi os olhares de dor das mães com seus filhos doentes. O carinho de vários filhos com suas mães. Vi perucas lindas, sempre em pessoas mais idosas. Vi lenços lindos. Vi jovens cheios de gratidão. Vi revoltas. Mas vi vida e não morte! Porque todos que ali estavam era porque acreditavam que ainda existia esperança! Existiria vida após o tratamento (Evangelista, 2017, p. 152).

Essa convivência fortalece um sentimento de empatia e de pertencimento, mostrando que, mesmo diante da adversidade, há espaço para troca de apoio e de esperança.

A trajetória de Soraia demonstra que o câncer transforma não apenas o corpo, mas também as relações interpessoais. Os laços familiar e social são constantemente desafiados, exigindo readaptação e fortalecimento mútuo. O apoio da família, o carinho dos amigos e a compreensão entre pacientes formam uma rede essencial para que a autora consiga enfrentar a doença com dignidade e esperança. Assim, seu relato evidencia que, apesar dos desafios, o amor e a solidariedade permanecem como forças fundamentais no processo de superação da doença.

6.2.6.4 As relações no trabalho

Ainda que de forma breve, o relato de Evangelista traz algumas menções às suas relações no ambiente de trabalho, revelando aspectos importantes sobre como o adoecimento afetou sua atuação profissional e a forma como escolheu comunicar-se com seus colegas. Durante mais de 20 anos atuou na área de Recursos Humanos da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), mas, durante o tratamento do câncer, estava trabalhando na área administrativa, com atendimento ao público.

Ela relata o cuidado que teve ao compartilhar a suspeita do diagnóstico com sua gerente, evidenciando uma relação de confiança e de acolhimento, na sequência narrativa a seguir:

> Voltei para o trabalho e contei para minha gerente, Gabia, sobre a desconfiança. Precisaria sair muito para fazer exames e meu estado emocional poderia causar alguns problemas, pois eu trabalhava diretamente com o público. Também precisava desabafar e com ela seria muito mais fácil e tinha certeza que ela não iria espalhar entre nossos conhecidos (Evangelista, 2017, p. 30).

A sequência indica o impacto emocional do diagnóstico sobre o exercício da profissão e destaca o cuidado da autora em preservar um espaço de escuta e de discrição dentro do ambiente laboral. O fato de trabalhar diretamente com o público parece ter intensificado sua preocupação com a possibilidade de exposição ou de reações inadequadas ao seu estado emocional.

Em outro relato, Soraia comenta como, em meio aos exames, precisou agendar atendimentos médicos fora do expediente, evitando, ao máximo, ausentar-se do trabalho: “Um mês depois tive um problema ginecológico e precisei fazer uma consulta de urgência. Fui na parte da noite, para não ter que sair do trabalho” (Evangelista, 2017, p. 24).

Essa atitude sugere um forte senso de responsabilidade profissional, mesmo diante de uma situação delicada de saúde e revela uma ética pessoal marcada pela discrição, pelo respeito aos colegas e pela tentativa de manter a rotina laboral com o mínimo de perturbação possível.

6.2.6.5 O gerenciamento de informações sobre a doença

Soraia destaca a importância de buscar informações sobre sua condição, mas também os desafios associados. Ela relata: "Fui para internet pesquisar sobre nódulos e descobri que o estádio IV era o mais avançado e o grau III era o mais invasivo. Como me controlei para não entrar em pânico!" (Evangelista, 2017, p. 37). No entanto, essa busca nem sempre trouxe respostas claras: "Minha situação é de alto grau. Mas não encontrei nada que falasse sobre metástase de tumor de estágio I" (Evangelista, 2017, p. 137-138). Essa dificuldade reflete as barreiras enfrentadas por pacientes, ao tentarem compreender a complexidade de suas condições.

Diante do diagnóstico de uma doença grave como o câncer, a busca por informações torna-se uma necessidade para o paciente. O conhecimento sobre a condição em que se encontra pode oferecer um senso de controle, auxiliar na tomada de decisões e reduzir a ansiedade diante do desconhecido. No entanto, esse processo também envolve desafios, uma vez que as informações disponíveis nem sempre são claras, acessíveis ou reconfortantes. Soraia reflete sobre essa questão, demonstrando como a busca por dados sobre sua doença a ajudou a compreender melhor seu quadro, mas também gerou angústia e insegurança diante das incertezas do tratamento.

Desde os primeiros momentos após a descoberta do nódulo, Soraia sente a necessidade de buscar explicações sobre sua condição. O desconhecimento inicial desperta um misto de medo e de curiosidade, levando-a a procurar informações na *internet* e em fontes médicas. Essa busca, no entanto, apresenta contradições: ao mesmo tempo em que permite um maior entendimento sobre os termos médicos e os possíveis estágios da doença, também a confronta com dados alarmantes, que aumentam sua angústia. A autora descreve esse momento de maneira objetiva, como já vimos: "Fui para internet pesquisar sobre nódulos e descobri que o estágio IV era o mais avançado e o grau III era o mais invasivo" (Evangelista, 2017, p. 37).

A necessidade de compreender o câncer a leva a buscar respostas por conta própria, um comportamento comum entre pacientes que desejam se preparar para os desafios que virão. No entanto, essa busca nem sempre traz alívio. Muitas informações são técnicas demais, gerando mais dúvidas do que esclarecimentos, e outras que estão carregadas de prognósticos negativos, intensificando o medo e a ansiedade.

Essa lacuna informacional reflete um problema recorrente na experiência de pacientes oncológicos. Embora a medicina tenha avançado significativamente no estudo do câncer, nem todas as situações são amplamente documentadas, e as informações disponíveis nem sempre

são aplicáveis a cada caso, sob essa perspectiva tão singular. O tratamento do câncer envolve múltiplos fatores, incluindo variações genéticas, respostas individuais às terapias e a complexidade dos diagnósticos, o que torna difícil encontrar respostas definitivas em fontes generalistas.

Outro aspecto relevante do gerenciamento de informações sobre a doença diz respeito ao impacto emocional dessa busca. Ao deparar-se com estatísticas, relatos de outros pacientes e descrições detalhadas sobre os tratamentos, Soraia oscila entre a esperança e o desespero. A leitura de prognósticos pessimistas pode gerar angústia e medo, diferentemente de relatos de superação, que podem trazer conforto e motivação. Esse equilíbrio delicado entre informação e bem-estar emocional demonstra que o acesso ao conhecimento médico não é apenas uma questão racional, mas também psicológica.

Além disso, a busca por informações estende-se para além da internet e dos materiais médicos. O contato com médicos e outros profissionais de saúde também faz parte desse processo, mas nem sempre ocorre de maneira satisfatória. A linguagem técnica utilizada por muitos especialistas pode dificultar a compreensão plena do diagnóstico e do tratamento, fazendo com que o paciente se sinta confuso ou desamparado.

Em diversos momentos, Soraia percebe que as explicações recebidas não são suficientes para eliminar suas dúvidas, o que a leva a continuar sua pesquisa por conta própria. Esse fenômeno evidencia um problema comum no ambiente médico: a necessidade de melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, garantindo que a informação seja transmitida de maneira clara, acessível e humanizada.

Outro fator que influencia o gerenciamento das informações sobre a doença é a forma como familiares e amigos interpretam e compartilham esses dados. Muitas vezes, pessoas próximas tentam filtrar as informações para proteger o paciente, evitando expô-lo a conteúdos que possam ser perturbadores. Em outros casos, há o compartilhamento excessivo de relatos e de teorias, algumas das quais sem embasamento científico, o que pode gerar confusão e aumentar a ansiedade. Essa dinâmica contribui para o desafio de discernir quais informações são realmente relevantes e confiáveis.

Diante dessas dificuldades, Soraia demonstra que a busca por conhecimento é essencial, mas deve ser feita com cautela. Informar-se sobre a doença pode ajudar no enfrentamento do tratamento e na tomada de decisões, mas também pode trazer angústia, se não for conduzida de maneira equilibrada. Encontrar fontes confiáveis, estabelecer uma comunicação clara com os médicos e evitar o excesso de exposição a dados alarmantes são

estratégias que podem auxiliar os pacientes a gerenciar melhor as informações sobre sua condição.

O testemunho da biografada reforça a importância de uma abordagem equilibrada, por meio da qual o paciente possa compreender sua condição, sem ser consumido pelo medo gerado por estatísticas e prognósticos. Os questionamentos de Soraia não apenas compartilha uma vivência pessoal, mas também levanta reflexões sobre a complexa relação entre informação, saúde e bem-estar emocional.

6.2.6.6 As desigualdades sociais e suas implicações durante o tratamento

Embora Soraia não aborde diretamente categorias como “classe social” ou “desigualdade estrutural”, sua narrativa mostra, de formas sutil e concreta, os efeitos das desigualdades no acesso ao tratamento oncológico e nos modos de enfrentamento da doença. A autora relata, por exemplo, a dificuldade para conseguir exames essenciais: “Com muita dificuldade, consegui a ultrassonografia para dia 9 e a biópsia só para dia 23 de junho, período muito longo para quem estava assustada” (Evangelista, 2017, p. 25).

Essa espera angustiante revela como, mesmo no sistema de saúde suplementar, o acesso aos serviços pode ser precário — o que levanta a hipótese de uma realidade ainda mais dura para quem depende exclusivamente do SUS, devido à alta demanda. A burocracia do plano de saúde, as limitações impostas pelo sistema hospitalar e os impactos da doença na vida cotidiana revelam como o tratamento pode ser ainda mais desafiador para aqueles que não dispõem de recursos financeiros e de acesso facilitado a serviços de qualidade.

Mesmo com um plano de saúde, Soraia depara-se com restrições inesperadas que comprometem a realização do procedimento completo, como mostra este relato: "O plano só havia autorizado a retirada do nódulo da mama direita e não autorizado a retirada das microcalcificações da mama esquerda porque tinha um código errado no preenchimento dos formulários" (Evangelista, 2017, p. 71). Essa situação reflete um problema recorrente no sistema de saúde suplementar: as dificuldades impostas pelas operadoras para a liberação de procedimentos necessários. Para pacientes oncológicos, essa burocracia pode significar atrasos no tratamento e, consequentemente, uma piora no prognóstico da doença. A demora na autorização de exames e de cirurgias, assim como a restrição de procedimentos cobertos, são obstáculos que geram insegurança e ansiedade, afetando não apenas o paciente, mas também seus familiares.

Além da burocracia enfrentada no setor privado, há também o contraste entre aqueles que possuem plano de saúde e aqueles que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o SUS seja um direito constitucional e um sistema que garante tratamento gratuito, a alta demanda faz com que a realidade dos pacientes oncológicos na rede pública seja marcada por longas filas para consultas, exames e cirurgias, o que pode comprometer a eficácia do tratamento. Embora Soraia não mencione diretamente essa questão, sua dificuldade com o plano de saúde sugere que, mesmo dentro do setor privado, o acesso ao tratamento não é totalmente garantido, o que levanta reflexões sobre as barreiras ainda maiores enfrentadas por pacientes sem cobertura médica.

Outro fator que se relaciona às desigualdades sociais no tratamento oncológico diz respeito à locomoção para os centros de atendimento**,** especialmente em regiões onde os serviços de saúde estão concentrados em áreas urbanas. Ainda que a autora não tenha relatado dificuldades estruturais de deslocamento, sua narrativa deixa claro que contava com uma rede sólida de apoio familiar para acompanhá-la nos trajetos e nos atendimentos. A presença de pessoas disponíveis para acompanhá-la e conduzi-la às consultas e às sessões de quimioterapia sugere um privilégio que contrasta com a realidade de muitas pacientes que enfrentam longas distâncias ou dependem de transporte público precário.

Em diversos momentos, ela menciona, com naturalidade, o suporte da família, como constatamos neste recorte narrativo: “No meio da semana, tia Glória veio passar um dia comigo. (...) pedi a ela para me acompanhar no dia primeiro de outubro na minha terceira sessão de quimioterapia. Pedro Felipe nos levou" (Evangelista, 2017, p. 101). Também é comum a presença de irmãos e do filho neste outro recorte: “Dia 20 de agosto foi minha primeira sessão de quimioterapia. (...) Nete e Pedro Felipe foram comigo. Uma grande tensão pelo desconhecido” (Evangelista, 2017, p. 77).

A naturalização desse apoio mostra a importância de uma rede de apoio que a livra dos desgastes físico e emocional, que seriam provocados por obstáculos logísticos. A mobilidade e a presença de suporte familiar são recursos sociais que influenciam diretamente a experiência do tratamento, mesmo quando não enunciados como tal.

Além das dificuldades estruturais de acesso ao sistema de saúde, as desigualdades sociais também se manifestam na maneira como cada paciente lida com os impactos financeiros e produtivos do tratamento. O câncer afeta não apenas a saúde física, mas também a estabilidade profissional e a emocional da pessoa doente. No caso de Soraia, embora sua situação material não seja explicitamente precária, há momentos em que ela revela o peso simbólico e prático do afastamento do trabalho, como no recorte autobiográfico a seguir.

> Comecei a ter pavor de pensar em trabalhar. (...) E sofri por pensar que poderia ter pouco tempo de vida e ainda ter que desperdiçá-lo sentada atrás de uma mesa, o dia inteiro, sem poder fazer o que queria. E para ir ao médico ou fazer exames ainda teria que pagar as horas que usei para sair do trabalho. E aguentar o olhar crítico de alguns (Evangelista, 2017, p. 165-166).

O relato expressa com nitidez a tensão entre o direito ao cuidado e as exigências do mundo do trabalho — realidade vivida de maneira ainda mais dura por pessoas em ocupações precarizadas, informais ou sem direitos trabalhistas assegurados. A autora menciona também que chegou a desmarcar uma consulta para não faltar ao trabalho — decisão que ilustra o tipo de escolha forçada que muitos pacientes enfrentam. Embora não fale diretamente em perda de renda, o depoimento revela o sofrimento subjetivo de lidar com a iminência da morte e de se ver pressionada a manter a produtividade e a rotina laboral. Essa sobreposição entre adoecimento e cobranças profissionais explicita a dimensão econômica do sofrimento oncológico, especialmente em contextos marcados por desigualdade social.

A desigualdade também se reflete no acesso à informação. Alguns pacientes com maior nível de escolaridade ou com maior familiaridade com o sistema de saúde tendem a ter mais facilidade para questionar médicos, buscar segundas opiniões e entender os detalhes burocráticos do tratamento. Outros com menor grau de instrução podem encontrar mais dificuldades para interpretar laudos médicos, compreender os direitos garantidos por lei e exigir atendimentos adequados, como veremos nos relatos das Assistidas no capítulo seguinte. A dificuldade para obter informações claras sobre diagnóstico e tratamento podem gerar frustrações e inseguranças, por exemplo, mesmo a uma pessoa esclarecida como Soraia, como vimos em seu relato: "Minha situação é de alto grau. Mas não encontrei nada que falasse sobre metástase de tumor de estádio I" (Evangelista, 2017, p. 137- 138).

Essa incerteza reflete não apenas uma questão médica, mas também uma limitação do próprio sistema de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Estes, muitas vezes, precisam buscar informações por conta própria. Isso reforça a importância de um sistema de saúde mais acessível, transparente e eficiente, que garanta a todos os pacientes, independentemente de sua condição socioeconômica, o direito ao tratamento orientado e humanizado.

6.2.6.7 As relações com o sistema de saúde: atendimentos médico e hospitalar

Apresentamos novamente uma reflexão sobre os sistemas de saúde, mas com exemplos mais pontuais de novas intercorrências na vida de Soraia. Ao longo de sua trajetória como paciente oncológica, ela se depara com dificuldades estruturais, como a demora para realização de exames e a burocracia para autorizações, como mencionamos.

A dificuldade de acesso a exames e diagnósticos precoces é um dos primeiros obstáculos enfrentados por Soraia. A espera para a realização de procedimentos fundamentais prolonga sua ansiedade e expõe falhas no sistema, como ela expõe: "Com muita dificuldade, consegui a ultrassonografia para dia 9 e a biópsia para 23 de junho, período muito longo para quem estava assustada" (Evangelista, 2017, p. 25). Esse atraso não apenas impacta o prognóstico da doença, mas também intensifica o sofrimento emocional da paciente, que fica presa à incerteza e ao medo do desconhecido.

A rigidez dos protocolos, muitas vezes, coloca-a em situações de vulnerabilidade. No dia 15 de julho estava tudo programado para retirada do nódulo da mama direita e algumas microcalcificações da mama esquerda. Mas pouco antes da cirurgia das duas mamas, o hospital comunicou a Soraia que o plano só havia autorizado a retirada do nódulo da mama direita e não autorizado a retirada das microcalcificações da mama esquerda, porque havia um código errado no preenchimento dos formulários.

Assim, ela teve que passar por todo o processo pela segunda vez. Consternada, ela avalia a atitude do plano de saúde: "Foi uma falta de responsabilidade do plano de saúde em me proporcionar esse tormento e um grande transtorno emocional exatamente no dia da cirurgia" (Evangelista, 2017, p. 72). Esse tipo de situação exemplifica as contradições enfrentadas por pacientes que dependem de sistemas de regulação que nem sempre priorizam a urgência dos casos. Com isso, após 15 meses da cirurgia da mama direita, Soraia passou pelo mesmo processo na mama esquerda. Ela critica a "(...) falta de humanidade de profissionais do plano de saúde" (Evangelista, 2017, p. 168).

Além disso, ao tentar acessar o tratamento pelo sistema público, depara-se com a morosidade na oferta de vagas: "Tentei uma vaga para fazer a radio pelo SUS. A consulta foi rápida, mas a vaga seria muito demorada" (Evangelista, 2017, p. 139).

Além da morosidade do sistema, a falta de sensibilidade de alguns profissionais também é destacada em sua narrativa. Ela relata que o comportamento de uma enfermeira de uma clínica a incomodou bastante, a forma nem um pouco ética como essa profissional interpretou o tratamento médico, como expõe neste relato: "E outra questão me invadiu: na

despedida da clínica, uma das enfermeiras concluiu que a partir daqui eu fosse uma pessoa melhor. Ela e muitas pessoas pensam assim. Como se a doença tivesse sido um castigo" (Evangelista, 2017, p. 131-132). Esse tipo de abordagem evidencia a carência de um acolhimento mais humanizado, que deveria fazer parte do atendimento de pacientes em situações tão delicadas.

Parece-nos que, ao apontar esse episódio com a enfermeira, principalmente neste trecho: "Como se a doença tivesse sido um castigo", o incômodo de Soraia vai um pouco além do desconforto diante da fala de terceiros, pois a frase hipotética expressa uma tensão latente entre o julgamento externo e o julgamento que ela mesma internaliza. Vimos em relatos anteriores que a autora confessa sentir culpa por ter adiado a ida ao médico, o que, em sua percepção, teria contribuído para o agravamento do quadro. A autocensura é marcada pela dor de imaginar que, se tivesse agido antes, o tumor poderia ter sido detectado em estágio inicial. Essa culpabilização, em nível subliminar, revela a complexidade emocional da paciente, que não apenas sofre os impactos da doença, mas também carrega um sentimento de responsabilidade por seu desdobramento.

Tal sentimento se entrelaça com sua vivência religiosa, que permeia diversos momentos da obra, e com o temor de estar, de alguma forma, trazendo sofrimento para os que ama. A dor, por conseguinte, não se limita ao corpo, mas atinge esferas simbólicas mais amplas: a espiritualidade, a função materna, o autocuidado e o lugar social da mulher que cuida dos outros, mas que falhou ao cuidar de si. A fala da enfermeira, ao sugerir que a doença a tornaria uma pessoa melhor, ativa esse imaginário do castigo redentor, despertando em Soraia uma indignação profunda. Sua narrativa reage a esse discurso com firmeza, denunciando o quão desumanizante ele pode ser, ao atribuir sentidos morais a um processo tão doloroso, como o adoecimento.

Apesar de criticar a falta de sensibilidade de alguns profissionais, a autora não deixa de contrastar experiências positivas, demonstrando como a postura dos profissionais de saúde pode impactar a jornada do paciente. O oncologista Dr. Rodrigo, por exemplo, é descrito como alguém que transmitiu confiança e segurança desde o início do tratamento, como ela afirma:

> Dr. Rodrigo passou lá para avaliar e dar alta. Sua leveza e sua serenidade fizeram com que tudo parecesse bem mais fácil. (...) E dessa vez eu acertei: Dr. Rodrigo apareceu para ser o anjo que cuidaria do meu corpo. Foi um grande profissional e se tornou ao longo do tratamento um bom proseador (Evangelista, 2017, p. 73-74).

Essa abordagem diferenciada contribui significativamente para a forma como Soraia encara o processo de cura, reforçando a importância do suporte emocional no tratamento oncológico.

Por fim, Soraia também reflete sobre a disparidade no acesso à saúde no Brasil, reconhecendo que, apesar das dificuldades enfrentadas, sua situação ainda era privilegiada em comparação a muitas outras pessoas. "Se eu, com um plano de saúde, enfrento esses desafios, imagino o que passam aqueles que dependem exclusivamente do SUS" (Evangelista, 2017, p. 160). Sua percepção evidencia a necessidade de melhorias nos atendimentos público e privado, garantindo que todos os pacientes tenham acesso a um tratamento digno e eficiente. Além disso, sua experiência reforça a importância de se repensar o papel da empatia no cuidado médico, pois, para o paciente, cada palavra e cada gesto podem ter um impacto imensurável.

6.2.6.8 A postura de Soraia para lidar com o sofrimento

Para falarmos sobre como Soraia lida com o sofrimento não deixa de ser uma retomada de vários aspectos já abordados sobre sua forma de lidar com o adoecimento. Longe de se render à dor e ao medo, a autora constrói uma narrativa em que a resiliência, a reflexão e a capacidade de ressignificação se tornam centrais. Sua postura diante do câncer não é de negação, mas de uma aceitação ativa, na qual ela busca extrair significado de sua experiência e transformar seu sofrimento em aprendizado.

Desde o momento do diagnóstico, Soraia não se permite ser consumida pelo desespero. Em vez disso, adota uma postura de enfrentamento, equilibrando suas emoções e buscando compreender sua nova realidade. Essa atitude é perceptível em várias situações, como ilustra o recorte em que ela anuncia sua proposição de vida: "Mas eu estava viva! Eu tinha certeza de que já estava sendo contemplada por Deus, pois ainda havia tempo para aproveitar um pouco mais a presença das pessoas em minha vida" (Evangelista, 2017, p. 18). É admirável sua capacidade de encontrar sentido na experiência dolorosa e de valorizar cada momento com seus entes queridos.

Vimos que é marcante sua postura de um humor leve, meio divertido, como estratégia para lidar com o sofrimento e de sua espiritualidade para enfrentar as dificuldades. Sua fé não se limita a uma crença passiva; pelo contrário, ela encontra na religião uma fonte de força ativa.

A escrita autobiográfica também se torna uma ferramenta fundamental na forma como Soraia processa o sofrimento. Ao registrar suas emoções, medos e conquistas, ela transforma a dor em palavras e constrói um espaço de ressignificação. Ela precisava escrever, precisava registrar o que estava sentindo. A escrita não é apenas um relato da doença, mas um instrumento para dar sentido ao que ela vivencia.

A maneira como ela se relaciona com as pessoas ao seu redor demonstra um esforço consciente para poupar seus familiares e amigos do sofrimento. Mesmo quando enfrenta momentos de profunda angústia, sua prioridade é minimizar o impacto emocional sobre os outros. Por fim, Soraia adota uma postura de aprendizado contínuo diante do sofrimento. À medida que a narrativa avança, percebe-se que sua relação com a doença não se limita a um enfrentamento passivo. Ela reflete sobre suas escolhas, revisita sua trajetória e encontra na experiência do câncer uma oportunidade para ressignificar sua vida.

O sofrimento não é apenas dor, mas também um processo de transformação, no qual cada desafio se torna um aprendizado e cada perda, um convite à reconstrução. Dessa maneira, a postura de Soraia diante do sofrimento se revela multifária: ela equilibra o enfrentamento racional com o acolhimento emocional, encontra na espiritualidade formas de resiliência e usa a escrita como um meio de reorganizar sua dor. O sofrimento não a define; mas, sim, a maneira como ela escolhe vivê-lo, ressignificá-lo e transformá-lo em força para prosseguir sua vida.

6.2.6.9 O papel da religião, das crenças, no enfrentamento da doença

A religião e as crenças desempenham um papel essencial na forma como a autora encara e ressignifica sua experiência com o câncer. Em sua narrativa, a fé não se apresenta apenas como um refúgio emocional, mas como um eixo estruturante que orienta sua compreensão da doença, suas decisões e sua resiliência diante dos desafios impostos pelo tratamento.

Desde os primeiros momentos após o diagnóstico, a relação de Soraia com a espiritualidade manifesta-se de maneira intensa e profunda. Longe de se limitar a um discurso de aceitação passiva, sua fé é ativa, um diálogo constante entre dúvida e esperança, entre fragilidade e fortalecimento, como expõe: "Meu maior aliado foi o medo e a fé em Deus. Tive certeza de que qualquer coisa que me acontecesse seria o meu destino" (Evangelista, 2017, p. 18). Ela não ignora os medos e as angústias que acompanham a doença, mas encontra na

crença um propósito divino, um amparo, para suportar o sofrimento e um meio para transformar a adversidade em crescimento.

A forma como Soraia lida com o medo da morte é um dos aspectos mais evidentes da influência da religião em sua jornada. Ao longo do relato, percebe-se que sua fé não a imuniza contra o temor da finitude, mas oferece-lhe uma perspectiva que suaviza a angústia do desconhecido.

> Tantas mortes são imediatas e coisas tão importantes ficam sem serem ditas ou feitas! Eu não. Estava tendo a oportunidade de me preparar para ela. E, com essa consciência, eu passei a me relacionar com a situação: aquilo não era um fato tão ruim. Existiam situações piores (Evangelista, 2017, p. 19).

A ideia da continuidade da vida para além da existência terrena, a confiança em um desígnio maior e a entrega a Deus emergem como formas de enfrentamento da incerteza. Mais do que apenas um consolo, essa crença lhe permite manter um olhar de gratidão pela vida que ainda tem e pelo tempo que lhe é concedido para reorganizar suas prioridades e fortalecer suas relações.

Outro aspecto fundamental da religiosidade na narrativa de Soraia é a maneira como ela influencia sua percepção da própria doença. Para não encarar o câncer como um castigo ou uma tragédia, em vários momentos, a autora busca um sentido mais amplo para sua experiência. "E todos os momentos eu agradeço a Deus por estar me dando a oportunidade do medo, da tristeza, da insegurança. Porque muitos morrem de repente e não têm a chance de viverem mais um pouquinho" (Evangelista, 2017, p. 80). Assim, sua fé a leva a interpretar a doença como uma oportunidade de transformação, um chamado para revisitar sua trajetória e ressignificar sua relação consigo mesma e com os outros. Essa visão não significa que ela minimize o sofrimento, mas que encontra nele uma dimensão espiritual que lhe permite enfrentar as dificuldades com mais serenidade e aceitação.

Além disso, a crença em Deus, que a acompanha e a sustenta durante o tratamento, proporciona-lhe uma força emocional indispensável. Em diversos momentos do livro, a oração aparece como um recurso central para lidar com a dor, a incerteza e a exaustão. O ato de rezar não é apenas um pedido por cura, mas um meio de fortalecer seu espírito, de encontrar paz em meio ao caos e de reafirmar sua confiança em que, independentemente do desfecho, há um propósito maior conduzindo sua trajetória.

A relação entre fé e suporte social também se manifesta em sua narrativa. A presença de familiares e amigos que compartilham sua crença e que a envolvem em um círculo de apoio fortalece sua capacidade de enfrentar os desafios do tratamento. O pertencimento a uma comunidade de fé reforça sua resiliência, pois lhe permite sentir-se amparada, compreendida e conectada a algo maior do que sua própria dor. A espiritualidade, nesse sentido, não é apenas um aspecto individual, mas um vínculo que une e fortalece aqueles que caminham ao seu lado.

Contudo, a autora também demonstra que a fé não é isenta de questionamentos e momentos de crise. Em certos trechos da narrativa, percebe-se sua luta interna para conciliar a crença em um Deus benevolente com a realidade do sofrimento. “Pedia a Deus para que esse fato só me fizesse crescer como ser humano e eu aceitasse tudo como parte da vida, fosse qualquer o resultado que fosse o meu tempo” (Evangelista, 2017, p. 30-31).

Esse embate entre fé e dor não a leva ao abandono de suas convicções, mas ao aprofundamento de sua espiritualidade. A doença, assim, se torna não apenas um desafio físico, mas um percurso de amadurecimento espiritual, no qual a fé é constantemente reafirmada, ressignificada e fortalecida.

Nesse contexto, podemos afirmar que a religião e as crenças não atuam apenas como um suporte emocional, mas como uma estrutura de significado que permite à autora transformar sua experiência com o câncer. A fé não apaga a dor, mas confere-lhe um sentido que torna o sofrimento mais suportável. O diálogo com Deus, a confiança na continuidade da vida e a percepção da doença como um caminho de crescimento interior revelam como a espiritualidade pode ser um dos pilares mais importantes no enfrentamento da adversidade. Mais do que um simples amparo, a fé torna-se um fio condutor que permite à autora atravessar a doença com coragem, esperança e, acima de tudo, com um profundo senso de gratidão pela vida.

6.2.6.10 Contribuições e legado

A narrativa transcende a experiência individual da autora e estabelece-se como um testemunho poderoso sobre a ressignificação da dor, o enfrentamento do câncer e a importância da resiliência. Seu relato não apenas compartilha vivências, mas também gera reflexões profundas, que podem impactar as pessoas em diversas situações de vida, tornando-se uma fonte de inspiração e de ensinamento.

Uma das principais contribuições de Soraia, como vimos na constituição de seus *ethé*, é sua capacidade de transformar o sofrimento em aprendizado coletivo. Ao registrar sua

trajetória, ela cria uma narrativa que acolhe aqueles que passam por processos semelhantes, oferecendo-lhes palavras de conforto e de identificação neste legado. Além disso, sua postura diante da doença incentiva a desconstrução de imaginários sociodiscursivos negativos relacionados a essa doença. Ao falar abertamente sobre o impacto do diagnóstico, os desafios do tratamento e de suas próprias emoções, ela contribui para que a sociedade enxergue a doença com mais naturalidade e menos estigmatização. Ela está sempre tentando mudar os imaginários das pessoas que estigmatizam a doença, como podemos ver na sequência narrativa a seguir.

> E quando saia, todos os momentos que encontrava com um vizinho eu sorria para ele entender que poderia se aproximar de mim. E o cumprimentava para ele saber que eu estava disposta a conversar e se ele parasse um instante para me ouvir eu logo ia lhe dizendo: graças a Deus agora eu estou bem! E se quisesse me ouvir mais um pouco eu ia lhe contando a minha história de vitórias e gratidão (Evangelista, 2017, p. 157).

Outro legado significativo deixado por sua autobiografia é a valorização das relações humanas diante da possibilidade de finitude. A forma como Soraia descreve suas interações com familiares, amigos e profissionais da saúde evidencia como o apoio emocional é essencial para enfrentar momentos difíceis.

A sua escrita também se destaca como uma contribuição literária e terapêutica. Ao transformar sua experiência em um livro, ela não apenas compartilha sua história, mas também demonstra o poder da palavra como ferramenta de cura. Por fim, o legado de Soraia reside na sua perspectiva de gratidão e na forma como ela ressignificou sua trajetória. Em vez de encarar a doença apenas como um fardo, ela conseguiu extrair aprendizados e construir uma nova relação com a vida.

Dessa forma, a obra consolida-se como um testemunho inspirador, que ultrapassa a experiência individual da autora e se torna uma referência para todos que buscam coragem, esperança e um novo olhar sobre a existência, para enfrentar problemas complexos, como o adoecimento.

6.3 A escritora Fabíola La Torre e sua escrita autobiográfica

> *“Descobri, na prática, que tudo na vida é uma questão de escolha. E eu escolhi viver"*
> (La Torre, 2018, p. 197).

Fabíola apresenta-se na orelha do livro como mãe de Arthur Ferreira La Torre, “mais conhecido como Tuti” (La Torre, 2018, orelha do livro) e relata que nasceu em Campos dos Goytacazes, no Rio de Janeiro, mas mora em São Paulo desde 1998, quando cursou residência médica em Pediatria, Infectologia e Terapia Intensiva. Trabalha na UTI pediátrica do Hospital LeForte e do A. C. Camargo Cancer Center há vários anos.

Fabíola descobriu a doença durante o banho, quando fez o autoexame e percebeu um carocinho no seio direito, conforme expõe na sequência narrativa: “Foi fácil detectar porque ele era externo e, juro, um dia antes não havia nada. Eu tinha feito uma mamografia 6 meses antes, a qual estava completamente normal. De repente estava lá, um nódulo” (La Torre, 2018, p. 33). A trajetória de Fabíola é marcada pela descoberta do câncer de mama no início de junho de 2016, quando recebeu o diagnóstico, “(...) eu tinha câncer: carcinoma ductal invasivo grau 3. Fiz a biópsia no dia seguinte e o resultado foi tumor triplo positivo, HER2-positivo”, relata La Torre (2018, p. 33).

A obra *De médica a paciente — Como o câncer de mama mudou minha vida* foi publicada pela Manole Conteúdo, em São Paulo, em 2018. Ela representa um marco na literatura, com rico relato sobre o câncer de mama, exposto em 414 páginas, por meio de 73 capítulos, entre média e pequena extensão. Os títulos dos capítulos traçam uma sequência lógica da cronologia dos fatos, que, por sua vez, demarcam três fases da vida de Fabíola: o diagnóstico, o início e o final do tratamento.

A importância da obra reside não apenas na partilha da experiência pessoal, mas também no seu papel socioinformativo. Como médica e paciente, Fabíola transita entre dois lugares discursivos privilegiados: o saber técnico e a vivência sensível. Essa dupla posição legitima sua voz tanto no campo biomédico quanto no espaço afetivo de acolhimento a outras mulheres que enfrentam a mesma doença. Seu relato contribui para desmistificar o câncer de mama, incentivar o diagnóstico precoce, desafiar estigmas associados à feminilidade e à vaidade, e promover uma abordagem humanizada do cuidado. O sumário completo, com os respectivos títulos dos capítulos, está disponibilizado no Anexo D.

De Médica a Paciente — Como o câncer de mama mudou minha vida (2018) insere-se no campo da autobiografia contemporânea, que conjuga o testemunho da dor com o gesto de resistência simbólica. A obra transita entre os saberes da medicina e a vivência sensível da doença, articulando o percurso de uma mulher que, ao se ver repentinamente na condição de paciente, transforma sua experiência de médica oncologista em instrumento de partilha, orientação e cuidado coletivo.

Sua escrita esteia-se na exposição de si, mas também na escuta do outro: Fabíola projeta, desde o início, uma interlocutora ideal — uma mulher em tratamento, alguém que necessite de acolhimento, força ou informação — e constrói com ela um pacto de solidariedade. Ao mesmo tempo em que relata, orienta. Ao mesmo tempo em que se mostra vulnerável, transmite força. O título já antecipa essa complexidade: ser médica e ser paciente ao mesmo tempo é experimentar o corpo e o conhecimento em conflito, e encontrar na linguagem um meio de reintegração.

A narrativa de Fabíola não é apenas descritiva, mas performativa. Ela escreve para se organizar emocionalmente, para dar sentido à experiência e para transformar o sofrimento em gesto ético. O livro assume, assim, uma dupla função: é testemunho e guia; é memória pessoal e prática discursiva voltada ao coletivo. Sua voz alterna entre o saber técnico e a escuta empática, construindo uma figura discursiva que acolhe, informa e inspira. Mais do que contar sua história, Fabíola escreve para estender a mão a quem vem depois.

6.3.1 Entre o dizer e o sentir: efeitos comunicacionais na narrativa

Na autobiografia *De Médica a Paciente — Como o câncer de mama mudou minha vida* (2018), a situação de comunicação, segundo a Semiolinguística, permite-nos observar que, no espaço externo, denominado como o circuito do fazer (do projeto de fala), situam-se o EU comunicante (EUc), que é Fabíola La Torre, como profissional do campo da medicina, com atuação em oncologia pediátrica, e como escritora, que cria uma interlocução com um TU interpretante (TUi), que pode ser qualquer interlocutor.

No espaço interno, que é denominado como o circuito do dizer, situam-se o EU enunciador (EUe), que é Fabíola, na qualidade de uma mulher que recebeu um diagnóstico de câncer de mama, e que, por sua vez, estabelece uma interlocução com um TU destinatário (TUd) mais específico, que seriam mulheres que já receberam ou podem receber um diagnóstico de câncer de mama. Esse circuito interno é marcado por uma comunicação afetiva e empática, construída a partir da exposição de sentimentos, medos e superações. O EUe compartilha sua vivência de maneiras emocional e motivadora, visando orientar, consolar e criar identificação com esse TUd específico, muitas vezes silenciado socialmente. Essa dimensão emocional do discurso reforça, portanto, o compromisso da autora com o acolhimento simbólico de seu interlocutor, por meio de uma linguagem acessível, também afetiva e solidária.

Desse modo, podemos dizer que, sob a perspectiva do circuito externo, a narradora procura conscientizar e educar sobre o câncer de mama, compartilhando informações importantes sobre prevenção e sobre tratamento, como podemos ver neste ato *elocutivo*: "Meu nódulo era localizado, sem metástases, porque sempre me preveni. Ressalto aqui a importância do autoexame das mamas e dos exames de rotina, os quais sempre fiz" (La Torre, 2018, p. 10).

Sob a perspectiva do circuito interno, Fabíola utiliza sua experiência pessoal para construir uma narrativa que explora emoções profundas e cria um laço de empatia com mulheres que, para a narradora, precisam ser orientadas sobre o câncer. Ela estabelece uma forte interação com essas leitoras ao relatar os momentos de sua vida envolvendo o diagnóstico de câncer de mama, o tratamento e o restabelecimento da saúde, paralelos a uma conversa franca sobre a doença. O *dizer* e o *fazer* são processos que se estabelecem de forma bastante harmônica. Ela expõe, de maneira bem didática, seu vasto conhecimento sobre o câncer, adquirido nos livros e na sua vivência como médica oncologista pediátrica, e procura levar os leitores, numa amplitude maior, a refletir sobre as próprias perspectivas diante das adversidades.

Fabíola procura estabelecer uma relação de confiança e de identificação com o interlocutor. Isso é evidente no *princípio de pertinência*, que aparece na seleção de temas e exemplos que ressoam emocionalmente com seu público. Por exemplo, ao descrever a perda de cabelo e o impacto na autoestima feminina, Fabíola toca em questões universais de identidade e de vulnerabilidade, criando um espaço para que o interlocutor se veja refletido na narrativa, por meio do uso da 1ª pessoa do plural, como ilustra este ato *elocutivo*: "Aquela história de que **somos** mais fortes do que **imaginamos** é a mais pura verdade. Receber o diagnóstico de câncer não é fácil e com ele surgem inseguranças e dúvidas" (La Torre, 2018, p. 135, grifo nosso).

O *princípio de influência* também é um elemento-chave na narrativa. A narradora utiliza reiteradamente estratégias discursivas que visam inspirar e motivar o interlocutor a buscar o autoconhecimento, como neste ato *elocutivo*: "Vivemos procurando a felicidade e, quando a encontramos, constatamos que ela não está fora de nós, e, sim, em nosso interior. Família, amigos, trabalho, cabelos" (La Torre, 2018, p. 51). Essa declaração funciona como uma tentativa de persuadir o interlocutor a adotar uma visão mais positiva diante dos desafios, e demonstra como o discurso da narradora é direcionado à construção de um senso coletivo de superação.

É também relevante o papel do implícito na construção de sentidos. Como aponta Charaudeau (2009), o implícito é o lugar de interpretações diversas, determinadas pelas circunstâncias de comunicação. Na narrativa, isso é perceptível em diversos momentos. Uma estratégia que chama à atenção é a forma como a narradora constrói a interlocução para se dirigir a outras mulheres que estão com câncer. Ela usa frequentemente formas verbais no infinitivo impessoal e no imperativo, construções sintáticas que não explicitam o sujeito, mas são usados termos ou expressões que literal ou conotativamente remetem a esse universo do câncer, como neste ato *alocutivo*: "Quando passar por momentos verdadeiramente tristes, em que nada parece dar certo e não sentir esperança para o futuro, levante a cabeça e força na peruca!" (La Torre, 2018, p. 187). O uso da expressão popular "força na peruca" não só alude à condição das mulheres com câncer, que normalmente usam peruca, quando perdem o cabelo, mas também sugere um esforço consciente para se enfrentar o sofrimento com coragem.

Além do *princípio da pertinência* e *da influência*, também se faz presente na narrativa o *princípio da regulação*, uma vez que a autora demonstra consciência dos papéis que assume na condição de médica, também paciente e comunicadora. Ao alternar entre as vozes de EUc e EUe, ela reconhece os limites e as possibilidades de sua atuação discursiva, de modo que estabelece um pacto com o interlocutor, baseado na autenticidade de sua experiência e no respeito mútuo.

Essa regulação discursiva se articula diretamente com os três reconhecimentos fundamentais do contrato de comunicação: o *reconhecimento do saber*, visível quando Fabíola compartilha informações médicas com clareza, considerando a possível ignorância do interlocutor leigo; o *reconhecimento do poder*, exercido tanto por seu *ethos* profissional quanto pelo fato de ter vivido a experiência do câncer; e o *reconhecimento do saber-fazer*, que se manifesta em sua capacidade de articular informações técnicas com sensibilidade narrativa, adequando seu discurso às expectativas e às necessidades do interlocutor. Esses elementos reforçam o caráter ético e estratégico de sua comunicação, fazendo com que seu discurso atue não apenas como testemunho, mas como guia e apoio para outras mulheres em situação semelhante.

O livro oferece um relato autobiográfico rico em reflexões sobre a vivência do câncer de mama. Por meio da narrativa, a autora constrói uma representação de si (*ethos*) que alterna entre os papéis de médica e de paciente, articulando elementos do *ethos* prévio — associado à sua credibilidade profissional — e do *ethos* discursivo, moldado pelas escolhas narrativas tanto pelo tom empático quanto motivacional adotados.

6.3.2 O papel da escrita

A autora produz um gesto comunicativo que se inscreve no campo da resistência, da afetividade e da transformação. Seu texto constrói um contrato de comunicação sustentado por uma intencionalidade que conjuga dimensões terapêutica, educativa, afetiva e social, ativando, em sua encenação discursiva, as figuras do EUc e do EUe, do TUi e do TUd, em uma rede interativa em que o saber técnico e a dor pessoal se entrelaçam.

Na orelha do livro, a autora já estabelece o papel de sua escrita, que objetiva contar como sua vida mudou depois do diagnóstico de câncer — envolvendo as experiências, o autocontrole, as consultas, o aprendizado, as emoções, as alegrias e as conquistas, as descobertas, as frustrações, o tratamento. Assim, a escrita emerge como um instrumento de elaboração simbólica da dor. Ao verbalizar suas emoções, medos e reflexões, La Torre realiza a articulação entre o *dizer* e o *fazer*, situada em um contexto que envolve saberes compartilhados, papéis sociais reconhecíveis e uma intenção comunicativa específica. Ao afirmar: "Minha vida mudou, eu mudei. E continuarei mudando" (La Torre, 2018, p. 11), a autora nos introduz a uma subjetividade em processo, em constante transformação, e revela um EUe que, ao construir sua narrativa, também se reconstrói. Trata-se de um dizer que organiza o vivido e oferece ao interlocutor a possibilidade de empatia e de identificação. A escrita, nesse sentido, não é apenas uma ferramenta para documentar a trajetória, mas um gesto terapêutico — um modo de lidar com o indizível e de ressignificar a experiência do adoecimento.

Essa elaboração também se manifesta na maneira como a autora transforma seu saber médico em linguagem acessível, além de pedagógica e empática. Fabíola escreve não apenas como quem sente, mas também como quem sabe. Sua dupla posição — de médica e de paciente — permite-lhe ocupar um lugar de autoridade discursiva sem, contudo, anular a sensibilidade do testemunho. A escrita torna-se, assim, uma prática educativa, orientada pelos princípios do *saber* e do *poder*, como definidos no postulado de intencionalidade de Charaudeau (2009).

Ao explicar os procedimentos médicos, os efeitos colaterais da quimioterapia, os riscos genéticos e as estratégias de prevenção, La Torre não apenas informa; ela constrói um vínculo de confiança com seu interlocutor. O contrato de comunicação que estabelece é sustentado por um pacto ético: seu EUc projeta um TUd que é, ao mesmo tempo, paciente, familiar, profissional de saúde e cidadão. Em vários momentos, ela convoca o interlocutor à ação responsável e ao cuidado de si, como neste ato *alocutivo*: "Conhecer seu corpo pode

salvar sua vida. Percebeu um caroço diferente no seio? Procure um médico! (...) Nem tudo está sob nosso controle. Confie e siga, pois amanhã é um novo dia" (La Torre, 2018, p. 73).

Sua escrita também é relacional: Fabíola dirige-se a uma comunidade. Ao narrar sua trajetória em *blogs*, redes sociais e projetos como "De Médica a Paciente", a autora amplia o alcance de sua voz e constrói espaços de solidariedade e de apoio mútuo. Ela reconhece que o câncer impõe isolamento, mas também oferece oportunidades de conexão, mobilizando o que Charaudeau (2009) denomina *estratégia discursiva de identificação*, como ilustra o relato a seguir:

> Por tudo isso, logo que eu soube o meu diagnóstico, o meu mais novo projeto englobou, além da campanha de doação de cabelos e perucas, um blog, também chamado "De Médica a Paciente", escrito por mim, para ajudar quem teve ou virá a ter câncer e também quem acompanha o paciente (La Torre, 2018, p. 197).

A autora projeta um TUd ideal, solidário e ativo, que se vê refletido em seu discurso e, assim, integra uma coletividade marcada pelo compartilhamento de dores e de esperanças. Esse gesto é profundamente político: ao inscrever sua experiência em linguagem e ao compartilhá-la com o outro, Fabíola rompe com o silêncio, com o estigma e com a invisibilidade que tantas vezes cercam o câncer.

O livro de La Torre, nesse sentido, é também um legado. Ela mesma legitima que sua narrativa extrapola a individualidade e se transforma em guia, inspiração e apoio para muitas pessoas. "Este livro, inclusive, fornece várias dicas para encarar de forma positiva a situação. O certo em nossa vida é que tudo passa. No final, começa-se tudo de novo. Esse final pode ser feliz ou não" (La Torre, 2018, p. 187) escreve, revelando uma intenção comunicativa que projeta a permanência. Sua escrita não se restringe ao aqui e agora: ela deseja ser relida, retomada, compartilhada. Essa permanência simbólica reforça a função do EUc na qualidade de sujeito responsável por um dizer que busca ser pertinente, relevante e transformador.

Como afirma Charaudeau (2009), o contrato de comunicação fornece um estatuto sociolinguístico aos sujeitos da linguagem, e é, nesse estatuto, que se inscreve a autoria de Fabíola: ela escreve com consciência da cena de comunicação que encena, organizando suas estratégias para produzir efeitos de sentido duradouros.

Por fim, é necessário destacar como a escrita de Fabíola humaniza o cuidado médico. Ao revelar suas fragilidades, angústias e afetos, ela não apenas se aproxima do interlocutor, mas também convida os profissionais de saúde a refletirem sobre sua prática. Seu discurso,

nesse ponto, incorpora o *princípio de influência*: deseja sensibilizar, provocar mudança de postura, ampliar a escuta e fortalecer os vínculos entre médico e paciente: "Muitos acontecimentos serão expostos aqui com o intuito de informar e ajudar pacientes a superarem o câncer de mama" (La Torre, 2018, p. 33), declara a autora, apontando para uma linguagem que cuida, que consola, que acompanha. A escrita, nesse contexto, é ato ético — é gesto de humanidade.

Em síntese, o livro é mais do que uma autobiografia: é uma prática discursiva complexa, que realiza um ato de linguagem pleno e consciente. La Torre constrói, por meio de sua escrita, um contrato de comunicação alicerçado na confiança, no afeto, no saber e na solidariedade. Suas palavras não apenas narram, mas cuidam, orientam e persistem. Elas transformam a experiência individual em experiência compartilhada e oferecem ao interlocutor — seja ele paciente, familiar, profissional ou curioso — a possibilidade de ver na linguagem um lugar de resistência, de cura e de reencontro com o sentido de viver.

6.3.3 O modo descritivo e seus processos: nomear, localizar-situar e qualificar

O texto apresenta um contrato de comunicação sustentado por uma intencionalidade que conjuga dimensões terapêuticas, educativas, afetivas e sociais, ativando, em sua encenação discursiva, as figuras do EUc e do EUe, do TUi e do TUd, em uma rede interativa em que o saber técnico e a dor pessoal se entrelaçam.

No que se refere ao processo de nomear, La Torre mobiliza estratégias que vão, desde a denominação objetiva — como ao se referir a pessoas, a lugares e aos procedimentos médicos por seus nomes próprios ou comuns — até a designação subjetiva que carrega efeitos de sentido específicos. Por exemplo, ao nomear os médicos "(...) meus ídolos queridos dr. Max Mano, meu oncologista, e dr. Felipe Andrade, meu mastologista, cumpriram como sempre, seus papéis de médicos e verdadeiros guardiões e tranquilizaram-me dizendo que intercorrências acontecem e que estavam preparados para isso" (La Torre, 2018, p. 133), a autora atribui-lhes uma existência significativa no enredo do tratamento, realçando a afetividade que os envolve. Essa nomeação é acompanhada de marcas linguísticas que indicam familiaridade e valorização afetiva, como o uso dos possessivos "meu" e "meus" e de qualificadores: "meus ídolos e queridos dr. Max Mano (...) e dr. Felipe Andrade" (La Torre, 2018, p. 133).

La Torre recorre a nomes próprios de familiares, amigos e profissionais de saúde como forma de reconhecimento e de valorização emocional. A nomeação é usada não apenas como

referência, mas como forma de dar existência simbólica a esses sujeitos em sua trajetória. Ao nomear sua irmã como sua alma gêmea, em: "(...) minha irmã Francine (...) ela é minha alma gêmea" (La Torre, 2018, p. 35), a autora institui uma categoria afetiva que transcende os vínculos consanguíneos, investindo o nome de uma densidade emocional que o transforma em símbolo de apoio e de identificação. Em paralelo, ela também faz uso de categorias mais genéricas, como "paciente", "médico", "família" e "doente", ainda que menos individualizadas, funcionam como categorias sociais que organizam e estruturam o universo discursivo da obra.

Merece destaque a maneira como Fabíola nomeia o câncer. A palavra câncer aparece em média 390 vezes, mas nem sempre é usada restrita à terminologia clínica, pois a autora mobiliza diversas formas de referir-se à doença, revelando um processo de ressignificação simbólica que alterna entre o enfrentamento direto e a elaboração afetiva.

Em algumas passagens, o câncer é nomeado de maneira objetiva, como quando relata: "No início de junho de 2016, recebi o diagnóstico de câncer de mama. Foi quando me transformei: além de mãe e médica pediatra, passei a ser também paciente. (La Torre, 2018, p. 9). O uso direto do nome da doença é aqui constitutivo da identidade que ela assume, marcando uma virada na sua trajetória de vida. Ela se expressa sobre sua doença de maneira bem técnica neste recorte autobiográfico: "O meu câncer era o tipo mais comum de câncer de mama, carcinoma ductal invasivo. O meu tumor, triplo positivo. E o sobrenome do meu tumor, híbrido luminal B/HER2" (La Torre, 2018, p. 103).

Em outras, a autora recorre a analogias ou metáforas para nomear ou apontar qualificadores para o câncer, construídos por ela ou por médicos, conferindo-lhe características humanas ou morais. Ela cita, por exemplo, uma metáfora expressa por seu mastologista sobre o câncer: "Câncer é igual a bandido. Só existe bandido ruim. Não existe bandido bom. Não tem nenhum bom. Portanto, vamos tratar disso rápido" (La Torre, 2018, p. 103). Essa designação metafórica, comparando o câncer a um "bandido", personifica a doença e posiciona o enunciador em uma relação de oposição moral, o que é significativo do ponto de vista discursivo: a doença é algo a ser combatido, extirpado, vencido. A narradora também comenta sobre o imaginário sociodiscursivo nefasto que carrega a palavra câncer, que existem várias alternativas para ela: "doença ruim, aquela doença, probleminha, tumor, nova jornada, novo desafio" (La Torre, 2018, p. 72).

Há uma passagem da narrativa em que, ao afirmar "*Isso é apenas um nódulo em meu caminho*" (La Torre, 2018, p. 36, grifo da autora), Fabíola reduz o peso da palavra "câncer" e, ao mesmo tempo, integra a doença à metáfora da jornada. Esses exemplos mostram que a

nomeação do câncer na narrativa de La Torre não é estática: ela flutua entre o técnico e o simbólico, entre o temido e o domesticado, tornando-se um índice do movimento discursivo de enfrentar e transformar a experiência traumática.

No procedimento de localizar-situar, La Torre articula tempo e espaço como eixos fundamentais da sua escrita. O tempo é frequentemente marcado por datas específicas, como nesta sequência narrativa: "Em junho de 2016, iniciei o tratamento. Entre junho e dezembro, cumpri o protocolo das duas quimioterapias! Sem contar com a cirurgia de mama no final de novembro. Em janeiro, estava pronta para começar a radioterapia. Ufa!" (La Torre, 2018, p. 196). Essa referência temporal objetiva oferecer ao interlocutor uma linha cronológica concreta e organizada do processo de tratamento. Quanto ao espaço, a autora menciona ambientes hospitalares e domésticos, criando paisagens física e simbólica. Ao descrever o ambiente médico com expressões, tais como: "Como intensivista, passei mais de 16 anos da minha vida entre **apitos de aparelhos, luzes, tubos, cateteres**, etc." (La Torre, 2018, p. 39, grifo nosso), ela constrói um cenário que remete, ao mesmo tempo, ao conhecimento técnico acumulado ao longo de sua trajetória médica e à vivência intensa do adoecimento.

No tocante à qualificação, La Torre emprega uma série de adjetivos, metáforas e construções avaliativas que revelam visadas objetiva e subjetiva. Ao qualificar a quimioterapia, por exemplo, utiliza uma imagem inusitada e afetiva: "Ah, quimioterapia, minha amada bruxa do bem, só quem passou pelo pancadão que você proporciona ao organismo sabe do que estou falando" (La Torre, 2018, p. 153). Essa metáfora carrega uma ambivalência emocional que expressa, de formas poética e subjetiva, o paradoxo entre sofrimento e salvação. A narradora também atribui valor simbólico aos cabelos como elementos fundamentais da identidade feminina ao afirmar: "Afinal, os cabelos são o glamour da mulher; eles emolduram nossa face. E ficar careca, para as mulheres, não é fácil, diminui também nossa feminilidade" (La Torre, 2018, p. 135). A qualificação aqui se dá por meio de uma metáfora ao mesmo tempo visual e cultural, que associa os cabelos à autoestima e à feminilidade.

Além disso, é notável o uso de analogias e comparações implícitas, como na descrição do medo causado pela terapia-alvo[33] neste relato:

---

[33] Terapia-alvo é o nome de um recente tipo de tratamento contra o câncer. Ela utiliza drogas do tipo anticorpos monoclonais, inibidores de quinase ou outras substâncias para identificar e atacar especificamente células cancerígenas e provocar pouco dano às células normais. Cada tipo de terapia-alvo funciona de uma determinada forma, mas todas alteram a maneira como uma célula cancerígena cresce, divide-se e autorepara-se, ou como interage com outras células. Os medicamentos empregados na terapia-alvo funcionam de forma diferente dos quimioterápicos convencionais; muitas vezes, têm efeitos colaterais menos graves e são mais frequentemente utilizados junto com a quimioterapia. (La Torre, 2018, p. 105).

> Eu tive diarreia por mais de 10 dias por causa da minha terapia –alvo, o anticorpo monoclonal. Ele me salvou do câncer, mas não me deixou ir para minha cidade natal passar o aniversário da minha irmã (...). Foi muito doloroso tudo isso para mim. É como uma 'castração' de vida (La Torre, 2018, p. 49).

O uso do termo "castração" qualifica a experiência de perda e de privações impostas pelo tratamento com forte carga emocional.

Quanto aos efeitos de encenação descritiva, podemos identificar o *efeito de saber*, presente quando a autora assume uma posição de especialista e compartilha conhecimentos técnicos com o interlocutor, como ao explicar: "A quimioterapia pode ser dividida em branca e vermelha (...) Vermelha: tem sua denominação baseada na cor do líquido administrado, que é vermelho (...) Branca: tem sua denominação baseada na cor do líquido branco" (La Torre, 2018, p. 94). Essa postura confere à autora o lugar de perita, e projeta uma voz de autoridade que, ao mesmo tempo, informa e orienta.

O *efeito de confidência* é recorrente na obra, especialmente nas passagens em que La Torre compartilha temores, dúvidas e percepções íntimas, como quando diz: "(...) quero contar que antes de todo o tratamento eu tinha muito medo de perder os meus cabelos, como a maioria das mulheres. No entanto, isso passa, gente" (La Torre, 2018, p. 134). Esse tipo de enunciação estabelece um laço de cumplicidade com o interlocutor, aproximando-se dele por meio da empatia. Do mesmo modo, a autora reforça o caráter subjetivo de sua narrativa ao afirmar: "Vivemos procurando a felicidade e, quando a encontramos, constatamos que ela não está fora de nós, e, sim, em nosso interior. Família, amigos, trabalho, cabelos" (La Torre, 2018, p. 51).

Por fim, o texto de Fabíola apresenta forte *efeito de gênero*, alinhando-se à tradição da literatura autobiográfica de cunho testemunhal. Esse efeito é perceptível na estrutura narrativa, na exposição das intenções da autora e na construção de uma voz que busca orientar, consolar e encorajar. Ao afirmar: "Este livro, inclusive, fornece várias dicas para encarar de forma positiva a situação" (La Torre, 2018, p. 187), a autora explicita sua intenção comunicativa, revelando um projeto de escrita ancorado em valores como empatia, resiliência e partilha.

Dessa forma, observa-se que o modo descritivo na obra de Fabíola La Torre se articula com a dimensão narrativa, oferecendo ao leitor uma experiência de leitura rica em significados. Nomear, localizar-situar e qualificar são operações discursivas que, integradas ao contrato de comunicação instaurado pela autora, conferem densidade simbólica ao

testemunho, produzindo um texto que é, ao mesmo tempo, relato de experiência, prática de cuidado e gesto de solidariedade.

6.3.4 A construção narrativa

A autobiografia constitui um gênero discursivo que articula memória, subjetividade e responsabilidade enunciativa a partir da encenação narrativa do sujeito. Em *De Médica a Paciente — Como o câncer de mama mudou minha vida*, como proposto no dispositivo de encenação narrativa (Quadro 4), a autora assume simultaneamente a posição de Autor-indivíduo, que viveu a experiência do adoecimento, e de Autor-escritor, que a reconstrói discursivamente com um projeto de escritura. Nesse processo, emerge um Narrador que reconta sua história real a partir de uma perspectiva subjetiva, destinada a um leitor real, concreto, e a um leitor possível, figurado na cena de enunciação, a quem se endereça a partilha emocional e a legitimação da experiência. Dessa forma, a autobiografia não apenas narra um percurso individual de enfrentamento do câncer, mas organiza uma cena narrativa em que a história de vida se transforma em gesto simbólico de resistência, memória e reinvenção identitária.

A organização da lógica narrativa na obra segue o que Charaudeau (2009) define como *estrutura referencial* e *encenação narrativa*. Esta última é responsável por articular os componentes linguísticos, os processos e os actantes que estruturam a trama. O sujeito autobiográfico emerge da conjunção entre vivência e projeto de escritura, como destaca o autor: “a lógica narrativa está voltada para o mundo referencial” e busca “reconhecer um universo narrado” por meio da encenação (Charaudeau, 2009, p. 158).

A narrativa de La Torre apresenta, portanto, as três grandes etapas da configuração da lógica narrativa descritas por Charaudeau: o estado inicial de falta, a busca e o desfecho com resultados positivo ou negativo. No início da obra, o diagnóstico de câncer de mama é apresentado como a ruptura que desestabiliza a normalidade.

Como vimos, ela narra como foi difícil o momento em que, além de mãe e médica, se transformou em paciente. As perguntas de sempre lhe ocorreram: “Por que comigo?”, “Eu mereço?” (La Torre, 2018, p. 10). Também, assim como ocorreu com Soraia, a questão que mais a afligiu foi ter que contar para a família, conforme relata: “A primeira questão para mim foi falar com a família. Não é uma tarefa simples: alguns acham que você esconde algo, outros permanecem ao seu lado como sempre estiveram” (La Torre, 2018, p. 10). Esse evento

inicial desestrutura o equilíbrio anterior e instaura uma nova lógica de existência que impulsiona a busca por compreensão, tratamento e reconstrução identitária.

O percurso narrativo é organizado a partir da lógica de superação e da reconfiguração do sentido da experiência. Essa função é evidente no relato de La Torre, que alterna entre trechos descritivos do tratamento e momentos de introspecção, como neste exemplo: “Passei um ano (de junho de 2016 a agosto de 2017) de muita alegria, mas — é preciso confessar — de muito sofrimento e dores. Foram meses de decepção e surpresas. Pude sentir que, a cada dia, tudo em mim ia se transformando” (La Torre, 2018, p. 413).

A autora constrói sua lógica narrativa por meio de actantes claramente definidos. O câncer é representado como o grande oponente — uma força adversa que compromete o corpo e as emoções. A própria autora posiciona-se como actante-sujeito, responsável por agir em busca da cura e da reestruturação subjetiva, auxiliada por adjuvantes, como a família, os médicos e a fé. A metáfora da luta, frequentemente utilizada por ela, reforça esse esquema narrativo heroico: “Venci essa primeira batalha! Posso dizer que tenho orgulho de mim mesma! Com toda a certeza do mundo, não é um tratamento fácil e muito menos para qualquer um levar. *Também não posso dizer que seja o mais difícil*” (La Torre Fabíola, 2018, p. 196) .

Como observa Charaudeau (2009), a configuração da narrativa exige coerência entre as etapas, encadeamento dos episódios e localização espaço-temporal. La Torre segue essa orientação ao marcar com precisão momentos e locais significativos: “Em junho de 2016, iniciei o tratamento. (...) Em janeiro, estava pronta para começar a radioterapia. Ufa!” (La Torre, 2018, p. 196). A cronologia organiza a narrativa, mesmo que algumas passagens sejam retomadas sob novas perspectivas, o que cria o vaivém típico das memórias.

Nesse sentido, é produtivo articular à leitura proposta por Charaudeau a noção de *cena de enunciação*, conforme teorizada por Maingueneau (2006, 2008), que nos ajuda a compreender como o dizer da autora se constitui a partir de um dispositivo enunciativo específico. Para Maingueneau, todo discurso se ancora em uma cena que o legitima e o torna possível. No caso de La Torre, a *cena de enunciação* é definida pela conjunção entre a cena genérica da autobiografia, a cena de embreagem do testemunho pessoal e a cena englobante dos discursos médico e humanizado. Essa multiplicidade de cenas confere à autora o lugar de uma voz que fala com autoridade clínica, mas também com sensibilidade experiencial, dirigindo-se a um interlocutor que é, ao mesmo tempo, público leigo, paciente potencial e comunidade de escuta solidária.

Essa *cena de enunciação* também regula os modos de endereçamento ao interlocutor e as estratégias de constituição do *ethos*. La Torre constrói um *ethos* discursivo que conjuga empatia, conhecimento técnico e abertura emocional, legitimando sua voz como uma pessoa que tem "direito de dizer" — para retomar os termos de Maingueneau (2008a) — tanto sobre o sofrimento quanto sobre a superação. Isso se realiza também pelo que o autor chama de *cena englobante*, ou seja, o conjunto das normas, suportes e pactos de leitura que moldam o reconhecimento social do discurso.

Em sua tessitura discursiva, Fabíola usa a estratégia de envolver o interlocutor por meio de interrogações, vocativos e construções dialógicas para convidá-lo a compartilhar a dor e o aprendizado: "Agora sou euzinha escrevendo. Será que você tem motivos pra agradecer hoje?" (La Torre, 2018, p. 300). Essa interlocução direta reforça o efeito de confidência, típico de narrativas de teor autobiográfico de narrativas de vida de mulheres.

A identidade da autora é constantemente reafirmada no discurso. A apresentação de si como médica, mãe, mulher e paciente aponta para uma multiplicidade de papéis que é própria da subjetividade feminina em contextos de dor, em que a fragmentação da identidade é reorganizada no próprio ato de narrar, como afirma La Torre: "Não deixei de ser médica, apenas passei a ser também paciente" (La Torre, 2018, p. 33), evidenciando essa sobreposição de posições discursivas. A encenação narrativa, conforme define Charaudeau (2009), inclui os quatro sujeitos da comunicação: autor-indivíduo, autor-escritor, leitor real e leitor possível. La Torre encarna tanto o autor-indivíduo, cuja experiência concreta é narrada, quanto o autor-escritora, que elabora essa vivência em um projeto de escritura voltado à partilha e à transformação. O leitor real é convocado por meio de marcas de interpelação, de orientação e de afeto, construindo um pacto de escuta e de acolhimento.

Desse modo, a autobiografia de Fabíola revela-se não apenas como um testemunho de superação, mas como um dispositivo discursivo que organiza a experiência em linguagem e a oferece ao outro como aprendizado, conforto e inspiração. A lógica narrativa, estruturada por rupturas, buscas e reconstruções, associa-se à força performativa do relato de si, na qual a escrita é um gesto de autocuidado e de reinvenção subjetiva. Assim, a narrativa autobiográfica aqui analisada não apenas representa um percurso individual, mas atualiza, no texto, um processo coletivo de ressignificação do sofrimento.

6.3.4.1 Análise actancial e processos narrativos

A partir da teoria de Charaudeau (2009), fundamentada na Semiolinguística e inspirada no modelo actancial de Greimas, é possível observar no livro uma estrutura narrativa que se organiza em torno de sujeitos que agem ou são afetados pela ação, os chamados actantes. Como vimos, Segundo Charaudeau (2009), os actantes narrativos de base se caracterizam por sua função na ação e podem ser humanos ou representações humanizadas. Há sempre um actante-sujeito, que realiza a ação, e um actante-objeto, que sofre essa ação.

La Torre apresenta-se na narrativa como o actante-sujeito, aquele que age e que conduz a trajetória narrativa em direção a um objetivo que, muitas vezes, se modifica ao longo do percurso. Sua meta inicial, de seguir sua rotina como médica, é abruptamente interrompida pelo diagnóstico do câncer, o que transforma a protagonista também em actante-objeto da ação do evento traumático. A narrativa articula, assim, movimentos de reciprocidade entre os papéis de sujeito e de objeto.

Os demais personagens da narrativa, como familiares, médicos, pacientes e amigos, ocupam posições diversas como aliados, oponentes ou adjuvantes no percurso da protagonista. O câncer, por sua vez, emerge como o grande oponente da história, atuando como o antagonista central que desencadeia o conflito narrativo. Inicialmente, Fabíola relata no capítulo 4 de seu livro (La Torre, 2018, p. 33-38) que ficou apenas "um pouco triste" ao receber o diagnóstico de câncer, o que sugere uma reação emocional contida. Entretanto, ao longo do tratamento, sentimentos mais intensos de medo e de angústia começam a se manifestar de maneira recorrente, evidenciando que a verdadeira ruptura de equilíbrio não se deu de forma imediata, mas instalou-se progressivamente. Essa dinâmica narrativa, em que o desequilíbrio emerge de modo dilatado no tempo, reforça um distanciamento da estrutura clássica tradicional, segundo a qual a ruptura do equilíbrio inicial se apresenta de maneira abrupta e visível. Assim, a narrativa de Fabíola reconfigura a lógica clássica, instaurando um processo de desestabilização gradual que amplia a tensão e a complexidade emocional da história.

Além disso, Charaudeau (2009) propõe que os actantes possam ser analisados também pelos papéis de benfeitor, agressor, vítima, aliado ou oponente, com gradações de voluntariedade ou involuntariedade de suas ações. Em diversos trechos, Fabíola configura-se como vítima da ação do câncer — como na perda dos cabelos, da autoestima e da autonomia —, mas reage assumindo também o papel de agente reestruturador em ações como esta: “Eu faço questão de me arrumar. Sempre fui vaidosa. Não vou mudar agora, não é? Afinal, com

ou sem cabelos ainda somos mulheres, ainda podemos ter vaidades e nos sentirmos bem com nossa aparência, mesmo durante o tratamento" (La Torre, 2018, p. 153).

Os processos narrativos que se estruturam a partir dessas relações entre actantes são definidos como unidades de ação que, em correlação com outras ações motivadas por intenções, constituem funções narrativas (Charaudeau, 2009). Por exemplo, a ação de revelar à família o diagnóstico desencadeia reações diversas, compondo múltiplos processos: acolhimento, silêncio, medo, fé. Cada uma dessas reações se articula à lógica da narrativa autobiográfica, contribuindo para a progressão do enredo e a construção de sentidos.

A sucessão de fatos na obra de La Torre obedece também à lógica do encadeamento causal, que Charaudeau (2009, p. 163) define como organização de sucessão: "(...) apresenta-se uma causa geradora e as consequências resultantes dela". Assim, como mencionamos, o diagnóstico (fato-causa) gera a quimioterapia (fato-consequência), que gera queda de cabelo (fato-consequência), que, por sua vez, gera sentimentos de fragilidade e reconstrução de identidade (novos fatos-consequência).

Por fim, ao analisar a estrutura actancial da narrativa de La Torre, observa-se que ela passa por transformações modais: do *não-saber ao saber*, do *não-poder ao poder*. Como vimos, na proposição de Greimas (1990), retomada na Teoria Semiolinguística, é comum o sujeito adquirir competências ao longo do percurso, expressas nas modalidades de *querer-fazer*, *saber-fazer* e *poder-fazer*. A todo momento Fabíola redireciona suas ações, conforme acredita que deva ser feito no contexto de um diagnóstico de câncer. Ela procura passar a maneira positiva como lida com a doença, conforme expõe na proposição a seguir.

> (...) há duas grandes dimensões: (1) fazer você ter forças inexplicáveis para lidar imediatamente com a doença e (2) te obrigar a gerenciar essa súbita perda de direção e controle. O ideal é sempre ter força e também calma. A boa notícia é que sempre é possível recuperar e retomar o controle (La Torre, 2018, p. 48).

Assim, a análise actancial da narrativa de Fabíola revela um jogo dinâmico de papéis e de funções que configuram uma trajetória de superação, reconstrução e, sobretudo, transformação subjetiva. A autora-personagem assume simultaneamente os lugares de agente e paciente da própria história, tensionando os limites entre fragilidade e resistência, dor e potência, medo e coragem.

6.3.4.2 A descoberta do câncer: marco inicial da narrativa

A descoberta do câncer constitui o ponto de ruptura fundamental que inaugura o percurso narrativo. Seguindo a estrutura actancial descrita por Charaudeau (2009), trata-se do acontecimento desequilibrador que modifica o estado inicial da protagonista e insere um novo objetivo na trajetória da personagem: compreender, enfrentar e ressignificar a experiência do adoecimento.

Nesse ponto, Fabíola passa da condição de médica à de paciente, o que implica uma profunda reconfiguração identitária. Ela escreve: "No início de junho de 2016, recebi o diagnóstico de câncer de mama. Foi quando me transformei: além de mãe e médica pediatra, passei a ser também paciente" (La Torre, 2018, p. 9). A mudança de posição actancial é imediata: a narradora se vê numa nova condição, tornando-se objeto da ação de um evento externo e ameaçador.

Esse momento também marca o início de uma série de processos narrativos encadeados, que irão estruturar o desenvolvimento da história. O diagnóstico não apenas introduz o elemento de conflito — o câncer como oponente —, mas também ativa uma rede de sentidos em torno da fragilidade, do medo e da reconstrução. A protagonista declara: "O problema é que todas essas emoções podem levar a sentimentos de desesperança e muita tristeza. Essa ansiedade inicial, por exemplo, junta-se ao medo do desconhecido sobre o que talvez esteja por vir, tornando difícil encarar o futuro uma vez que não se sabe o que ele reserva" (La Torre, 2018, p. 48). Essa suspensão das certezas inicia uma jornada marcada por incertezas e por descobertas, em que o sujeito busca sentido em meio ao colapso.

Charaudeau (2009) enfatiza que todo enredo narrativo se inicia por uma falta, e é essa falta — o abalo da saúde e da previsibilidade da vida — que mobiliza a ação da protagonista. O diagnóstico é, portanto, o primeiro nó da narrativa: ele desestabiliza o equilíbrio anterior e impõe um desafio, obrigando a personagem a agir, reagir, buscar apoio e reelaborar o próprio papel no mundo. A passagem do *não saber* ao *saber*, da estabilidade à vulnerabilidade, é um processo de muita tensão para La Torre. Ela afirma que um dos momentos mais tensos foi a espera para o resultado dos exames: (...) imagine uma médica perguntando sobre os exames para os funcionários. 'E aí, é só um nódulo?' 'Tenho metástase?' Meu Deus, é impressionante! Vivemos a situação à flor da pele!" (La Torre, 2018, p. 35).

A estrutura narrativa, a partir desse ponto, ganha densidade emocional e complexidade simbólica. O diagnóstico não é apenas um fato clínico: é um divisor existencial que reorganiza o tempo, o corpo e os vínculos. A autora escreve:

> (...) Só quem tem ou já teve câncer, só quem está passando ou passou por tudo o que eu já passei e muito mais sabe o que estou falando. A gente aprende a ver a vida com outros olhos. A gente aprende a viver de novo. É como se nós pegássemos tudo o que aprendemos até hoje, colocássemos numa caixa e tentássemos tirar apenas as coisas boas de lá de dentro (La Torre, 2018, p. 197).

Essa afirmação revela a potência subjetiva da ruptura inicial: ela inaugura não só o processo de cura física, mas também a travessia simbólica por diferentes formas de ser e estar no mundo.

A descoberta do câncer, nesse sentido, pode ser entendida como o evento-chave que ativa os mecanismos narrativos e actanciais da autobiografia de La Torre. É nesse ponto que se instala o conflito, que se distribuem os papéis (sujeito, adjuvantes, oponentes) e que se desencadeia o movimento narrativo em direção à superação, à reconstrução e à partilha com o outro. Trata-se de um momento liminar, carregado de dor, mas também de possibilidade — e é justamente essa ambivalência que dá força à narrativa de si.

6.3.4.3 A narrativa do diagnóstico: reconfiguração da identidade

A experiência do diagnóstico é, na narrativa de La Torre, uma vivência que vai além do instante em que a informação médica é transmitida. Trata-se de um processo emocional e também simbólico que se inicia antes mesmo da confirmação oficial e que se prolonga nas etapas seguintes, ecoando em diferentes dimensões da vida da autora. Conforme propõe Charaudeau (2009), as experiências discursivas são marcadas por intencionalidades e pela encenação de sujeitos em situação de comunicação.

Nesse sentido, o momento do diagnóstico, mais do que um dado informativo, adquire a dimensão de um acontecimento discursivo complexo, no qual se atualiza a relação entre o sujeito e sua identidade, entre o saber técnico e o impacto emocional, entre o corpo vivido e o corpo nomeado. A encenação desse instante, tal como formulada por Charaudeau (2009), revela-se como espaço de elaboração simbólica, por meio da qual o EU narrador tenta reorganizar sentidos diante da ruptura instaurada pela palavra “câncer”.

La Torre compartilha com o interlocutor os sentimentos contraditórios que marcaram esse momento inaugural, revelando a ambivalência entre o saber técnico que possui como médica e o impacto emocional de se ver na posição de paciente. Ela afirma: “No entanto, quando fui diagnosticada com câncer de mama em 2016, eu bloqueei todo esse conhecimento.

Recusei-me a interferir em quaisquer informações ou condutas. Eu sei como são os tumores e como se formam. Mas no que isso poderia me ajudar? Em nada" (La Torre, 2018, p. 39).

Esse trecho evidencia a dissociação subjetiva momentânea provocada pelo choque, característica frequente em narrativas de trauma, nas quais o sujeito parece descolar-se de si mesmo diante de uma realidade insuportável. No caso de Fabíola, esse afastamento simbólico entre o saber profissional e a vivência pessoal marca o início de um processo profundo de deslocamento identitário, em que o corpo da médica cede lugar à experiência radical da vulnerabilidade.

Essa cena discursiva se inscreve no que Charaudeau (2009) denomina *efeito de confidência*, ou seja, a produção de um vínculo afetivo entre o enunciador e o interlocutor, sustentado por uma linguagem de partilha e de intimidade. Fabíola não apenas informa o que sentiu: ela compartilha, interpela, convoca o leitor a imaginar-se no mesmo lugar. Essa construção empática do discurso é reforçada por marcas linguísticas, como o uso da primeira pessoa, a introspecção reflexiva e os efeitos de proximidade com o interlocutor.

Um aspecto importante é a presença de rupturas na linearidade temporal. O diagnóstico é experienciado de forma não linear: há antecipações, recuos, hesitações. A autora narra que, antes mesmo do exame de imagem definitivo, seu corpo e sua intuição já pressentiam o que estava por vir: "Em seguida, falei para meu marido e para o meu amigo-irmão Nevi: 'Estou com câncer de mama'. Claro que eles acharam que não era. Meu marido pensou que fosse mais um cisto. Entretanto, eu sabia que era e fui me preparando" (La Torre, 2018, p. 33).

Tal formulação antecipa a experiência do diagnóstico como algo que começa no corpo, perpassa pela emoção e se projeta simbolicamente antes mesmo da validação médica. Esse efeito de antecipação, entre o saber sensível e o saber técnico, contribui para a construção de uma narrativa marcada por tensões internas e lapsos temporais, características que se alinham ao que Charaudeau (2009) identifica como *encenações do discurso*: modos pelos quais o sujeito organiza os sentidos do vivido em sua exposição ao outro.

Como destaca Charaudeau (2009), os processos narrativos organizam-se em torno de objetivos, obstáculos e transformações. No caso de La Torre, a confirmação do diagnóstico representa um obstáculo de ordens física, emocional e identitária. É como se, ao se ver na condição de paciente que poderia fraquejar diante das vicissitudes, ela estivesse traindo a imagem da médica segura e invulnerável que construiu ao longo de sua carreira. A doença, portanto, não afeta apenas o corpo biológico, mas interdita temporariamente a identidade construída pela autora ao longo de sua carreira e de sua vida. Esse embate entre a imagem

social da médica e a vivência íntima da paciente revela a fratura simbólica que o diagnóstico produz — e é nessa fratura que se inscreve a possibilidade de reconstrução subjetiva, como foi conduzida ao longo da obra.

Essa experiência é também marcada por uma dimensão performativa. O diagnóstico transforma Fabíola em outra pessoa diante de si e do mundo, e é no gesto de narrar que ela recompõe sua imagem fragmentada. Ao escrever sobre o que sentiu, ela não apenas registra o acontecimento, mas reinscreve-o sob nova luz, atribuindo-lhe sentido e legibilidade. A narrativa, portanto, não apenas representa o diagnóstico: ela o refaz, ressignifica-o e o humaniza. É nesse processo que a linguagem se torna cura, e o texto torna-se lugar de reorganização simbólica da experiência traumática.

A visão que a Semiolinguística nos passa é a de que é por meio da encenação que o sujeito tenta reconstruir a coerência de si mesmo na relação com o outro, e é exatamente isso que Fabíola realiza ao narrar sua travessia — um esforço de costurar os sentidos rasgados pela doença, convertendo a dor em aprendizado partilhável.

6.3.4.4 A narrativa do tratamento oncológico e seus desafios

Os desafios enfrentados por La Torre durante o tratamento oncológico constituem uma das partes mais densas da narrativa e revelam a complexidade dos processos actanciais e das encenações discursivas que se organizam ao longo da obra. A autora reconstrói sua trajetória marcada por obstáculos tanto físicos quanto emocionais e simbólicos, ativando, conforme Charaudeau (2009), diferentes posições no jogo narrativo: ora como sujeito que age, ora como paciente afetado pela ação alheia ou pela força das circunstâncias. Esses desafios funcionam como provas narrativas que exigem superação e transformação, e são constituídos por efeitos de realidade e de confidência, marcas centrais do discurso de testemunho.

A quimioterapia, em especial, é descrita com uma ambiguidade discursiva que tensiona os limites entre o bem e o mal, a salvação e a agressão. La Torre afirma para si mesma: “Ah, quimioterapia, minha amada bruxa do bem. Só quem passou pelo pancadão que você proporciona ao organismo sabe do que eu estou falando” (La Torre, 2018, p. 153). Essa imagem evidencia uma construção simbólica paradoxal, na qual o tratamento é simultaneamente oponente (pelo sofrimento imposto) e adjuvante (pela função terapêutica). Essa dualidade é central para compreendermos os efeitos subjetivos da experiência oncológica e ilustra o que Charaudeau (2009) identifica como *estratégias discursivas de encenação*

afetiva — a forma como o sujeito organiza a linguagem para trabalhar emocionalmente o impacto da experiência.

O corpo, lugar onde o sofrimento se inscreve, é também espaço de significação e de disputa. A perda dos cabelos, por exemplo, é narrada como uma experiência de castração simbólica e torna-se uma abordagem recorrente na narrativa, como nesta metáfora já citada: "Afinal, os cabelos são o glamour da mulher; eles emolduram nossa face" (La Torre, 2018, p. 135). Ao descrever essa perda, Fabíola reposiciona-se como sujeito de discurso, elaborando a dor por meio da linguagem, o que configura um processo de reconstrução identitária. Como aponta Charaudeau (2009), as encenações narrativas produzem efeitos de identificação, na medida em que mobilizam o interlocutor a reconhecer no relato marcas de autenticidade e de sensibilidade.

As dificuldades físicas impostas pelo tratamento (enjoo, dor, debilidade, mudanças no corpo) são acompanhadas de desafios emocionais, como o medo da morte, a solidão, a insegurança e o esforço para manter a esperança. Nesta passagem da narrativa, Fabíola desconstrói o imaginário de que a quimioterapia branca seria mais branda que a vermelha e deixa à amostra sua vulnerabilidade diante das reações que a quimio lhe provocava.

> Quando comecei a tomar as brancas, inchei, tive dor nos ossos e um pouco de falta de ar, ficava ofegante, tinha insônia e ficava rolando na cama, tentando dormir, e algumas vezes sentia o meu coração acelerar. Às vezes, dava um medo de morrer, mas eu sabia que tudo passaria e que eram reações normais (La Torre, 2018, p. 412).

Essa passagem revela a tensão entre desorganização e resistência, uma característica muito frequente na narrativa autobiográfica que lida com experiências traumáticas. O sujeito narrador reconstrói seu *ethos* a partir da dor, reafirmando-se pela linguagem como alguém capaz de agir, refletir e resistir.

No plano actancial, os desafios do tratamento funcionam como provas a serem superadas pela protagonista, que, ao enfrentá-las, desenvolve competências, habilidades, e, assim, reconstrói sua identidade. Há momentos de fraqueza, mas também de superação e de afirmação de valores, como propõe La Torre: "Você comemora uma quimioterapia a menos. Quantas vezes vivemos diariamente e não comemoramos nada? O simples fato de estar bem de saúde e vivo é um grande motivo para comemoração. A gente aprende a comemorar muito quando se tem câncer" (La Torre, 2018, p. 92). Essa transformação progressiva da personagem corresponde, na análise de Charaudeau (2009), ao processo de aquisição de

modalidades: do *não-poder ao poder*, do *não-saber ao saber-fazer*. O sujeito enunciador, ao narrar sua experiência, constrói um percurso modal que vai do impacto à reestruturação, do desamparo à ação.

Sendo assim, a narrativa de La Torre sobre os desafios do tratamento oncológico estrutura-se como uma sucessão de provas e de reconstruções, nas quais os limites do corpo, da linguagem e da identidade são postos em questão. É no confronto com a dor que a autora realiza sua travessia simbólica, e é na escrita que ela inscreve a memória da superação como partilha e como legado. O discurso autobiográfico, nesse contexto, funciona como gesto de cura, de reconstrução de si e de acolhimento do outro.

Nesse sentido, o tratamento oncológico é representado não apenas como um percurso clínico, mas como uma experiência discursiva complexa, atravessada por múltiplas vozes, afetos e deslocamentos identitários. Fabíola transforma cada etapa dolorosa em narrativa significativa, e cada fragilidade em um ponto de inflexão subjetiva.

A doença, portanto, não é apenas vivida: ela é narrada, elaborada e oferecida ao outro como testemunho e gesto ético. Fabíola permite-se dar sentido ao vivido e torna-o inteligível para o outro. É nesse movimento entre vivência e linguagem que Fabíola constrói um *ethos* de resistência e de compaixão, solidificando sua narrativa como espaço de resiliência e legado discursivo.

6.3.4.5 A epifania e a ressignificação da vida

Os momentos de epifania marcam pontos de virada no percurso autobiográfico, nos quais a experiência do adoecimento deixa de ser vivida apenas como dor ou ameaça para se transformar em revelação de sentido e de reconexão com a própria existência. Ao longo do livro, há passagens em que a autora, já em sofrimento, atinge instantes de clareza interior que lhe permitem reavaliar prioridades, valores e formas de estar no mundo. Tais momentos de lucidez emocional, frequentemente associados à introspecção e à espiritualidade, ocorrem por meio de alto grau de subjetivação.

A ressignificação da vida não se dá apenas como superação das dificuldades do tratamento, mas como transformação profunda da maneira de ver o cotidiano, os vínculos afetivos, o tempo e a própria identidade. No recorte autobiográfico, a seguir, La Torre faz um balanço de seus sentimentos, de sua vivência durante o tratamento do câncer.

> Passei um ano (de junho de 2016 a agosto de 2017) de muita alegria, mas — é preciso confessar — de muito sofrimento e dores. Foram meses de decepção e surpresas. Pude sentir que, a cada dia, tudo em mim ia se transformando. Nesse tempo de tratamento, também tive decepções de alma, que foram bem mais fortes do que a descoberta do câncer (La Torre, 2018, p. 413).

Essa afirmação revela uma mudança de perspectiva em relação ao automatismo da rotina anterior à doença. O que se delineia aqui é uma nova filosofia de vida, em que o existir não se reduz a obrigações externas, mas passa a ser orientado por uma busca de presença, de propósito e de conexão com o outro.

Essa mudança não ocorre abruptamente, mas por meio de pequenas epifanias espalhadas ao longo da narrativa — seja ao contemplar o próprio reflexo sem cabelo, ao sentir-se acolhida por um gesto de afeto, ou ao escrever sobre outras mulheres em tratamento. A palavra escrita, nesse contexto, torna-se um instrumento de revelação e de sentido, como afirma La Torre:

> Dentre outros objetivos desta obra, destaco que eu também quero desmitificar os sentimentos de: "coitadinha", "ela não merece", "como pode? "que desgraça", entre outros, pois muitas vezes sofremos com a posição que assumimos de coitados. E, fato de suma relevância, quero ajudar as mulheres a se manterem mulheres e *llhendas* mesmo com o tratamento pesado que são submetidas (La Torre Fabíola, 2018, p. 36, grifo da autora).

A epifania, portanto, não é apenas uma percepção emocional, mas também um gesto discursivo — uma forma de dizer que transforma o vivido em aprendizado comunicável.

No plano actancial, a protagonista já não se move apenas em busca de cura física, mas passa a agir em direção à reconstrução simbólica de si mesma e à constituição de um novo papel social: o de agente da escuta, do cuidado e da orientação. Isso se explicita em afirmações como: "Não tenho a pretensão de ser exemplo para ninguém, mas eu desejo ajudar aqueles que estão passando ou passarão pela mesma doença que a minha" (La Torre, 2018, p. 197). Esse desejo de partilha marca a passagem de um *ethos* da dor para um *ethos* do testemunho solidário, com clara função social.

A experiência epifânica, assim, contribui para um reposicionamento do sujeito no contrato de comunicação: de alguém que apenas conta sua história para alguém que propõe uma nova forma de olhar para a existência. A reflexão presente no ato *elocutivo* a seguir ilustra bem esse reposicionamento de La Torre diante da vida.

> A gente costuma viver na correria do dia a dia e não presta atenção em coisas pequenas. Reclamamos do trânsito, da demora do elevador, do farol quebrado, das filas, do médico que atrasa, do restaurante cheio, da praia lotada, do sol quente, da chuva no fim do dia. E esquecemos de agradecer. Agradecer porque podemos estar dirigindo no trânsito, porque podemos pegar o elevador, porque estamos em pé aguardando na fila, porque ainda temos chance de ir ao médico, porque podemos comer no restaurante sem sentirmos náuseas porque podemos ir à praia, pegar sol, pegar chuva... Enfim, agradecer por estarmos vivos, por podermos sentir (La Torre, 2018, p. 414).

Conclui-se que a epifania e a ressignificação da vida na autobiografia de Fabíola não representam um fechamento triunfante, mas uma abertura permanente ao aprendizado e à transformação. O sujeito do discurso emerge, ao fim da travessia, como alguém que aprendeu a habitar a própria vulnerabilidade, e que transforma essa condição em potência discursiva. A narrativa, nesse ponto, não apenas relata uma história de superação, mas realiza, em si mesma, um gesto ético e, ao mesmo tempo, existencial de reaprendizagem da vida.

6.3.5 Os *ethé* de Fabíola

A análise dos *ethé* de Fabíola apresenta o mesmo procedimento que usamos para as outras escritoras. Primeiramente, fazemos um panorama geral traçando um perfil da narradora, que envolve o *ethos* prévio. Em seguida, comentamos os *ethé* discursivos.

O *ethos* prévio de Fabíola sustenta-se em sua identidade pública como médica intensivista, especializada em oncologia pediátrica. Essa identidade profissional está ancorada em sua trajetória de atuação hospitalar e produção acadêmica, conforme ela mesma explicita: “Sou uma médica que trabalha com crianças internadas em UTI pediátrica oncológica. Ao receber o diagnóstico, confesso que o sentimento que tive em relação ao câncer foi: ‘Não vejo como isso me afetou’” (La Torre, 2018, p. 39). Esse *ethos* prévio carrega consigo a expectativa de racionalidade, competência técnica e autocontrole, serve como base para a constituição de outras imagens discursivas ao longo da narrativa, e legitima todo o saber do campo da medicina, como sobre o câncer de mama, o câncer de próstata, o câncer infantil e a oncofertilidade.

A análise dos *ethé* discursivos construídos por Fabíola também se baseia na proposta teórica norteadora de que o *ethos* discursivo apresenta uma imagem de si projetada pelo sujeito enunciador. Essa imagem, por sua vez, apresenta-se composta por *ethé* de

identificação e *ethé* de credibilidade. Eles mobilizam tanto os afetos quanto a autoridade simbólica, o que permite ao locutor gerar a adesão do interlocutor. Assim como nas análises anteriores das narrativas de Marina e Soraia, buscamos identificar a complexidade das imagens discursivas construídas por Fabíola, observando como essas representações de si são atualizadas ao longo do texto e atravessadas por dimensões afetiva, cognitiva e social.

Com o desenrolar da experiência do câncer e o gesto de narrar tal vivência, esse *ethos* técnico de médica é tensionado e ressignificado, dando lugar a um *ethos* discursivo mais complexo, que incorpora dimensões de vulnerabilidade, solidariedade, coragem e afetividade. A autora passa a se posicionar como uma paciente resiliente, que não abdica de sua autoridade profissional, mas a entrelaça com uma vivência profundamente humana.

Para fazermos a análise dos *ethé* discursivos construídos por Fabíola, também os dividimos nas duas categorias: os *ethé* de identificação e os *ethé* de credibilidade. Nesse sentido, entre os *ethé* ligados à *identificação*, apontamos alguns que já estão consagrados na Semiolinguística, como *ethos* de predestinação, *ethos* de benevolência, *ethos de* abnegação e devoção, ethos carismático, *ethos* de honestidade, *ethos* redentora e outros que se apresentam no *corpus* em análise, como *ethos* coletivo, ethos de conselheira e ethos de simplicidade.

Ao relembrar, por exemplo, sua intuição, ainda nos tempos de faculdade, de que teria câncer de mama, neste enunciado: “Não sei o motivo, mas em algum momento daquele estágio da faculdade, quando passava pelas cadeiras de ginecologia e obstetrícia, eu sabia que um dia teria câncer de mama” (La Torre, 2018, p. 24), sustenta-se a construção de um *ethos* de predestinação, no qual a experiência de adoecimento adquire um caráter de inevitabilidade e aprendizado necessário, funcionando como uma etapa esperada de seu percurso existencial.

A humanização da experiência e a aproximação com o interlocutor são intensificadas por um *ethos* de benevolência, expresso em reflexões como: “O mais incrível foi conviver com pessoas que sofriam do mesmo mal que eu. Não há distinção de idade, classe social ou etnia; nada torna você diferente delas. Em momentos assim, somos todos iguais” (La Torre, 2018, p. 10). Esse gesto discursivo iguala o enunciador ao interlocutor, apagando distâncias hierárquicas, instaurando um laço de empatia e de partilha.

Em diversos momentos, Fabíola adota posturas solidária e motivacional, buscando orientar e confortar outras mulheres que atravessam o mesmo processo. Essa dimensão coletiva da narrativa é evidenciada em projetos, como a campanha “De Médica a Paciente”, a parceria com a ONG Cabelegria e a criação de um *blog* voltado ao apoio de pacientes oncológicos. Tais ações constroem um *ethos* de abnegação e devoção ao outro, que amplia o alcance social da obra e legitima sua função pública.

Essa figura discursiva empática também se sustenta por um *ethos* carismático, perceptível nas passagens marcadas pela leveza e pelo humor. Ao relatar a queda de cabelo, Fabíola narra: “Minha careca coçava demais! (...) achei uma bela solução: água termal em spray na carequinha. Eu dizia, tentando me divertir: ‘Força na peruca, levante-a e vamos resolver a coceira’” (La Torre, 2018, p. 186). Esse gesto de humor, em tom de brincadeira, diante da adversidade projeta uma imagem inspiradora e próxima do interlocutor, sem apagar as marcas da dor, mas propondo outras formas de lidar com ela.

A essa imagem se soma um *ethos* de honestidade, visto na forma transparente com que ela admite os dias difíceis, sem heroísmo vazio, como presente neste recorte autobiográfico: “Espere e aceite os dias ruins. Acredite, você passará por eles (...) Mas, lembre-se, ter um dia ruim e ficar emotivo não quer dizer que não esteja curtindo sua segunda chance na vida, significa apenas que você é humano” (La Torre, 2018, p. 41). Essa franqueza aproxima ainda mais o interlocutor e reforça o vínculo de confiança.

O *ethos* coletivo é perceptível na forma como a autora recusa a centralidade do "eu" para se inserir em uma rede de afetos, experiências e vivências partilhadas com outras mulheres. Essa coletividade se manifesta tanto em sua adesão a movimentos sociais — como a campanha “De Médica a Paciente” e a parceria com a ONG Cabelegria — quanto em sua escolha por escrever em tom inclusivo, voltado ao grupo ao qual pertence, demarcado pelo uso de “a gente”. Ela reafirma esse posicionamento ao dizer: “A gente aprende a ver a vida com outros olhos. A gente aprende a viver de novo” (La Torre, 2018, p. 197). Com isso, sinaliza uma trajetória coletiva de reaprendizagem da vida a partir da dor comum.

O *ethos* de conselheira presentifica-se de modo contínuo no texto, por meio de atos *alocutivos*, em que oferece ao interlocutor recomendações práticas, encorajamento e estratégias de enfrentamento. A conselheira que se delineia em sua voz é alguém que deseja instruir o outro com base em sua experiência sobre a doença. Ao orientar: “Seja assertivo. Fale por si mesmo! Permita-se ser seu próprio advogado” (La Torre, 2018, p. 49), ou ao afirmar: “Conhecimento é poder! Quanto mais informações você compreender sobre a doença (...), mais seus medos diminuirão” (La Torre, 2018, p. 49).

Ela ocupa discursivamente o lugar de quem instrui com empatia, oferecendo ao interlocutor ferramentas para se posicionar diante do adoecimento. Ela também compartilha conselhos afetivos e cotidianos, como: “Leve um caderno para a consulta com o médico e anote os pontos mais importantes” (La Torre, 2018, p. 81), demonstrando uma preocupação concreta com o bem-estar do outro.

A narradora também constrói um *ethos* de simplicidade ao empregar uma linguagem acessível, direta e afetuosa, recusar os jargões técnicos e valorizar aprendizados cotidianos. A simplicidade do estilo é coerente com reflexões como: “Muitas coisas das quais eu reclamava (...) ficaram tão pequenas e insignificantes que não persistem por tempo demais no meu pensamento” (La Torre, 2018, p. 72).

Tal discurso aponta para uma valorização da vida em sua dimensão mais essencial e cotidiana, reforçando o caráter transformador da experiência. É nesse ponto que emerge, de forma nítida, um *ethos* de redentora: a doença é ressignificada como oportunidade de crescimentos pessoal e espiritual, conforme afirma: “Minha vida mudou, eu mudei. E continuarei mudando” (La Torre, 2018, p. 11). A enunciação assume, assim, um tom pedagógico e inspirador, sem arrogância ou superioridade, mas com o intuito de compartilhar o que foi aprendido.

Entre os *ethé* ligados à *credibilidade,* apontamos os que estão consagrados na Semiolinguística, como: *ethos de* competência, *ethos* de liderança e *ethos* de autodomínio. Fabíola sustenta sua autoridade por meio de sua formação e de sua trajetória profissional, projetando um *ethos* de competência. Sua capacidade de traduzir informações técnicas com clareza é evidenciada em todo o livro, como neste recorte conceitual: “A mamografia é o principal exame para o diagnóstico do câncer de mama. É o exame mais preciso para identificar lesões de mamas o mais precocemente possível, pois é capaz de diagnosticar tumores pequenos, de até 1 mm, em um estágio bastante inicial” (La Torre, 2018, p. 263). Essa apropriação discursiva de saberes científicos reforça sua legitimidade como fontes confiável e educativa.

Associado a isso, há a construção de um *ethos* de liderança, sobretudo pelo protagonismo assumido na criação de projetos de apoio e de comunicação voltados a outras mulheres. A autora afirma: “Esse projeto engloba essencialmente duas dimensões. Uma delas é a campanha ‘De Médica a Paciente’, que eu instaurei me associando à ONG Cabelegria, entidade que visa a ajudar pacientes a obter perucas seja para tratamento de câncer ou não” (La Torre, 2018, p. 10). A liderança aqui não se expressa apenas em termos institucionais, mas também como engajamentos ético e afetivo com o sofrimento alheio.

Por fim, o *ethos* de autodomínio aparece na forma como ela relata seu comportamento diante da adversidade, ao afirmar: “(...) por mais que pareça loucura, eu não derramei uma lágrima quando recebi o diagnóstico” (La Torre, 2018, p. 10). Essa atitude revela uma postura de controle emocional que não nega a dor, mas busca enfrentá-la com firmeza e lucidez. A continuidade de suas atividades e o cumprimento de seus projetos durante o tratamento

também reforçam essa imagem de equilíbrio: “Quando fui diagnosticada, (...) continuei com todos os meus projetos (com exceção das viagens). Eu não parei de trabalhar e dei andamento a todos os meus planos” (La Torre, 2018, p. 185). Esse *ethos* contribui para a imagem de uma narradora confiável, cuja força não reside na negação do sofrimento, mas na capacidade de agir a despeito dele.

Em síntese, os *ethé* discursivos construídos por La Torre delineiam uma figura que articula competência técnica e sensibilidade afetiva, dor e esperança, liderança e empatia. Sua narrativa não apenas relata a travessia do câncer, mas transforma essa experiência em um gesto de partilha, aprendizado e ação solidária. Ao mesmo tempo em que reafirma sua identidade profissional, ela se reconstrói como sujeito do cuidado e da escuta, produzindo um discurso que acolhe, orienta e inspira. É nesse entrelaçamento de identidades — médica e paciente, forte e vulnerável, técnica e humana — que residem as forças ética e estética de seu texto.

A análise dos *ethé* discursivos de La Torre pode ser enriquecida pela articulação com as tópicas emocionais propostas por Charaudeau (2007), as quais revelam os princípios organizadores do discurso em torno dos afetos e das oposições que estruturam as relações entre sujeito, experiência e linguagem. Entre essas tópicas, voltamos a destacar os quatro pares: *a tópica da dor* e *da alegria, a tópica da angústia* e *da esperança, a tópica da antipatia* e *da simpatia,* e *a tópica da atração* e *da repulsa.*

A tópica da dor aparece nos relatos sobre os efeitos físico e emocional do tratamento. A autora não suaviza a experiência do sofrimento, como se vê na descrição da quimioterapia a seguir:

> Principalmente nas primeiras sessões de quimioterapia (vermelha), batia um cansaço e dor nas pernas à noite, que duravam uns 3 dias. Eu precisava me deitar e acabava dormindo muito nesse período. Na segunda etapa da quimioterapia (branca), os antialérgicos administrados junto com o quimioterápico me deixavam com muito sono já durante a própria sessão (La Torre, 2018, p. 121).

No entanto, como Fabíola procura sempre positivar os momentos difíceis do tratamento, ela procura desenvolver ações que ocupem seu tempo e das quais possa extrair algum prazer. Ela narra, por exemplo, que, durante todo o tratamento, os corticosteroides administrados contra enjoos e alergias, provocavam-lhe muita insônia. No início dessa situação, ela relata: “(...) ficava fritando na cama. Depois aprendi a não lutar mais contra a falta de sono e aproveitava para ler um bom livro, escrever ou estudar” (La Torre, 2018,

p.122). Isso sinaliza uma construção discursiva que transforma o sofrimento em aprendizado, em conformidade com o *ethos* de redentora.

A tópica da angústia atravessa a narrativa, principalmente no momento do diagnóstico, quando Fabíola relata: “Ao ouvir o diagnóstico, minha mente bloqueou. (...) Era como se não fosse comigo” (La Torre, 2018, p. 10). Essa angústia é representada por um colapso momentâneo do entendimento, típico das narrativas de trauma, mas ela é progressivamente ressignificada pela tópica da esperança, que emerge em trechos em que a autora se dirige ao interlocutor com orientações e encorajamentos: “Espere e aceite os dias ruins. Acredite, você passará por eles” (La Torre, 2018, p. 41). Essa alternância de estado de espírito revela uma estratégia discursiva de estabilização emocional, que alinha a construção do *ethos* carismático e de liderança ao compromisso de oferecer suporte a outras mulheres.

A tópica da antipatia e da simpatia é ativada na relação que a autora estabelece com as desigualdades sociais e com os profissionais de saúde. Há repulsa implícita quando ela critica as falhas estruturais do sistema. Ela lamenta, por exemplo, o fato de o diagnóstico precoce ainda ser um privilégio. Ao passo que a simpatia é amplamente mobilizada nos relatos de empatia e de solidariedade: “Médicos podem se tornar seus verdadeiros amigos. E verdadeiros amigos podem se tornar seu médico para todas as horas, via Facebook, WhatsApp ou SMS” (La Torre, 2018, p. 73). Essa oscilação reforça os *ethé* de honestidade e de benevolência, ao reconhecer os limites institucionais, mas valorizar os vínculos humanos estabelecidos dentro deles.

A tópica da atração e da repulsa é perceptível, por exemplo, na forma como Fabíola lida com a imagem corporal. A perda dos cabelos, por exemplo, é descrita como uma forma de “castração simbólica” (La Torre, 2018, p. 135), associada à repulsa de uma imagem corporal fragilizada. No entanto, ela busca reverter esse efeito por meio do humor e da leveza, como no trecho: “Força na peruca, levante-a e vamos resolver a coceira” (La Torre, 2018, p. 185), marcando, assim, o retorno da atração simbólica, da tentativa de reencontro com o corpo e com a autoestima.

A análise das tópicas permite, portanto, compreender como Fabíola organiza a dimensão emocional de sua narrativa, não apenas como relato, mas como um processo argumentativo que visa construir adesão simbólica com o leitor. Essa articulação entre *ethos* e emoção (ou *pathos*) corrobora o posicionamento de autores citados no capítulo 2 da teoria, como Plantin (2008, p. 118), o qual sustenta que o *ethos* é uma forma de afeto constante e o *pathos* seria composto pelas “modulações fásicas” que constituem as emoções propriamente ditas. No caso de Fabíola, o *ethos* mantém-se como pano de fundo emocional — confiança,

coragem, solidariedade —, e é continuamente ativado por emoções episódicas de medo, dor, esperança, que reconfiguram o vínculo com o interlocutor.

Como também vimos, Micheli (2012) propõe que as emoções podem ser analisadas como construções discursivas no campo da argumentação, e não apenas como estados internos ou espontâneos. Embora não estejamos abordando a tipologia argumentativa com suas especificidades técnicas, há posicionamentos que podem ser operacionalizados no discurso de Fabíola, por meio dos três movimentos principais que o autor defende, que são: *atribuição, avaliação e legitimação* das emoções. Como afirma o próprio autor, nesse processo, o papel do orador, em nosso caso, do analista do discurso, é se ater às emoções, procurando significar e ressignificar os motivos que as levam a florescer e por que razões essas emoções devem ser vividas.

No livro, Fabíola mobiliza com frequência essas operações discursivas para narrar suas experiências emocionais de formas reflexiva e argumentativa. Um exemplo expressivo dessa construção ocorre quando ela escreve: “Mas, lembre-se, ter um dia ruim não quer dizer que não esteja curtindo sua segunda chance na vida, significa apenas que você é humano” (La Torre, 2018, p. 41). Nesse trecho, Fabíola atribui a si uma emoção (estar em um “dia ruim”), avalia esse estado como compatível com sua condição de sobrevivente do câncer e, sobretudo, legitima essa emoção ao inscrevê-la na experiência compartilhada da humanidade. Ao fazê-lo, ela recusa qualquer leitura de fraqueza como derrota, afirmando a legitimidade de sentir tristeza, medo ou cansaço, sem que isso comprometa seu projeto de cura, superação ou felicidade.

A análise da construção emocional no discurso de Fabíola também pode ser enriquecida à luz dos parâmetros interpretativos sugeridos por Micheli (2012), que permitem observar como os sentimentos narrados são ajustados ao contexto enunciativo e à função do gênero textual. Primeiramente, é possível perceber que os estados afetivos narrados por Fabíola guardam coerência com sua trajetória pessoal e com as circunstâncias em que emergem — como o diagnóstico, os efeitos do tratamento oncológico e a constante possibilidade de recidiva. Essa vinculação entre emoção e situação concreta confere verossimilhança ao relato e legitima a experiência da autora como singular e, ao mesmo tempo, representativa.

Em um segundo plano, nota-se que o conteúdo emocional atribuído — como a vivência de um “dia ruim” — é cuidadosamente relacionado ao seu referente, sendo apresentado não como expressão de derrota, mas como parte natural de um processo de

enfrentamento. A autora reposiciona a tristeza ou o cansaço como eventos esperados e aceitáveis, vinculando-os à condição humana, e não a um fracasso pessoal.

O relato emocional revela ações implicadas nessas emoções. Fabíola não apenas descreve o que sente, mas também sugere caminhos possíveis: buscar apoio, permitir-se descansar, cultivar estratégias de ressignificação. Dessa forma, seus sentimentos estão associados a modos de agir, o que reforça sua postura ativa e resiliente diante da doença.

Além disso, observa-se uma adequação entre o modo como as emoções são comunicadas e as expectativas do gênero autobiográfico. Fabíola mobiliza suas experiências não apenas para relatar, mas também para orientar e inspirar suas leitoras. A dimensão afetiva de seu discurso, portanto, não rompe com a estrutura esperada desse tipo de narrativa, mas a complementa, ao tornar-se também em espaços de acolhimento, partilha e motivação.

Lembramos que Arnoux (2019) também destaca que os discursos carregam uma marca emocional que se expressa por meio de formas de semiotização das emoções, pelas quais o sujeito enunciador atribui sentidos e valores a eventos, memórias e experiências. No caso de Fabíola, a emoção emerge também desse exercício da memória — de casos anteriores, de experiências passadas com pacientes ou familiares — e transforma-se em lugar de decisão, de consciência e de ação. A memória, ativada em contextos de tensão, como o câncer, cumpre uma função discursiva essencial: reconectar passado e presente, dor e superação, saber técnico e vida vivida. A emoção não aparece como elemento decorativo, mas como recurso retórico, identitário e político, que legitima o relato, convoca o interlocutor e dá sentido à travessia da doença.

6.3.5.1 O corpo que lembra, a palavra que cura: emoções e memória

A narrativa de Fabíola mobiliza dimensões sensível e profunda da experiência do câncer, na qual o corpo e a linguagem se entrelaçam como dispositivos de memória e de cura. Ao dar forma verbal à trajetória de adoecimento e de superação, a autora transforma o vivido em discurso e revela como as emoções, inscritas no corpo e evocadas pela memória, constituem um território fundamental da escrita de si. Essa experiência discursiva, longe de ser apenas um relato clínico, torna-se um espaço simbólico de elaboração do trauma, no qual as marcas da dor são reorganizadas sob a lógica da partilha e da transformação. A linguagem, nesse contexto, não apenas comunica: ela cura, porque reorganiza os afetos e dá forma simbólica àquilo que estava fragmentado.

O corpo, lugar primeiro da doença, torna-se também suporte de memória. As dores físicas, os efeitos da quimioterapia, a perda dos cabelos, as cicatrizes da cirurgia não são apagados pela narrativa — ao contrário, são lembrados, revisitados e reinscritos na palavra. Por isso, ela afirma e reafirma em vários momentos que o câncer mudou sua vida, que ela também mudou e que continuará mudando, porque essa ideia sintetiza todo o processo da metamorfose de médica a paciente. Isso indica que sua identidade, assim como seu corpo, é dinâmica, marcada pelas experiências vivenciadas e pela forma como estas são ressignificadas. O corpo, nesse sentido, é mais que biológico: é simbólico, afetivo, é aquilo que guarda e devolve à consciência as marcas de uma história.

Sabemos que as marcas emocionais dos discursos autobiográficos operam como mecanismos de rememoração e construção de subjetividade, pois as palavras acionam zonas de afeto que estão inscritas nas memórias social e pessoal dos sujeitos. Fabíola mobiliza essas zonas ao narrar os medos, as perdas e também os reencontros com o sentido da vida. Há momentos em que a emoção se manifesta em forma de humor, em outros, em forma de lamento contido, como ao mencionar a impossibilidade de estar com a irmã em uma data especial por causa da terapia–alvo, o anticorpo monoclonal, como mencionamos. Cada memória corporal evocada é também um gesto de rememoração afetiva que contribui para a reconstrução de sua subjetividade.

A própria estrutura narrativa da obra reflete essa lógica emocional. Não há uma linearidade rígida: os eventos são revisitados, antecipados, sobrepostos em função do peso afetivo que carregam. A organização discursiva do testemunho já pressupõe a ruptura da ordem cronológica em favor de aquilo que o sujeito considera importante para dar sentido a sua trajetória. A memória, nesse contexto, não é um espelho do passado, mas um dispositivo produtivo que seleciona, interpreta e reorganiza o vivido — um contínuo fluxo da consciência. Ao narrar, Fabíola não apenas lembra, ela cria uma nova memória discursiva de sua travessia.

É também por meio da linguagem que a autora recupera o poder de agir sobre si e sobre o outro. O discurso autobiográfico que ela constrói é carregado de emoção, mas é também performativo: ele age no mundo ao orientar, confortar, mobilizar. A palavra torna-se, assim, um gesto ético, como nos trechos em que ela se dirige diretamente a outras mulheres: “Espere e aceite os dias ruins. (...) Mas, lembre-se, ter um dia ruim e ficar emotivo não quer dizer que não esteja curtindo sua segunda chance na vida, significa apenas que você é humano” (La Torre, 2018, p. 41). Nesses momentos, Fabíola desloca-se da posição de paciente para a de guia, tornando seu próprio corpo, antes vulnerável, em fonte de força compartilhada.

Dessa forma, a escrita de La Torre encarna uma memória afetiva do corpo, em que ela rememora não apenas o que viveu, mas como viveu, com quais dores, com quais alegrias e quais aprendizados obteve. A cura, nesse contexto, não se limita à dimensão fisiológica. Ela se realiza também no plano simbólico, quando a palavra se torna veículo de reorganização interna e de abertura ao outro. É nesse ponto que o discurso se torna ato — um ato de linguagem que transforma, e um ato de memória que cura.

6.3.6 Análise transversal dos relatos autobiográficos sobre o câncer de mama

Conforme expusemos, essa seção apresenta os itens temáticos previamente definidos na construção da pesquisa e que orientam a leitura transversal dos relatos autobiográficos das três mulheres participantes, aqui representada por Fabíola La Torre.

6.3.6.1 Medos e ansiedades diante do diagnóstico

Como médica pediatra, La Torre traz uma perspectiva única, que combina conhecimento técnico e vivência pessoal. O primeiro impacto do diagnóstico é descrito de forma surpreendente. Ela revela que não chorou ao receber a notícia, comportamento que atribuiu a uma resposta emocional atípica, e à sua confiança na detecção precoce: “Meu nódulo era localizado, sem metástases, porque sempre me preveni” (La Torre, 2018, p.10). Contudo, ao longo do relato, surgem preocupações que normalmente afligem pacientes com câncer, como a mudança na aparência, evidenciada pela queda de cabelo, e o medo de complicações no tratamento.

A autora assinala que a perda do cabelo vai além do físico, ela atinge questões de identidade e de autoestima. Nesta passagem, em que predomina o ato *delocutivo*, La Torre traz verdades que estão muito presentes no imaginário sociodiscursivo, principalmente das mulheres.

> Aquela história de que somos mais fortes do que imaginamos é a mais pura verdade. Receber o diagnóstico de câncer não é fácil(...). Os pacientes têm de enfrentar os efeitos colaterais do tratamento, dentre eles, a queda de cabelo, visto que traz para a gente a realidade que temos câncer. Afinal, os cabelos são o glamour da mulher; eles emolduram nossa face. E ficar careca, para as mulheres, não é fácil, diminui também nossa feminilidade (La Torre, 2018, p. 135).

Apesar de todos os problemas apontados sobre a queda de cabelo, Fabíola afirma que conseguiu transformar a dificuldade em aprendizado neste relato: “Acabei percebendo que ser careca pode ser bonito. Definitivamente não é o que quero para mim, mas consegui compreender que se tratava de um momento” (La Torre, 2018, p. 10). Essa abordagem reflete sua busca por ressignificar momentos difíceis, mostrando que a aceitação é um processo.

Uma situação bem marcante é o medo da recidiva. A incerteza sobre o futuro permeia a vida de quem enfrenta o câncer, como ela afirma: “Você sentirá medo e ansiedade apenas ao pensar na possibilidade de recidiva” (La Torre, 2018, p. 41). Apesar disso, Fabíola incentiva pacientes a criarem ferramentas para lidar com os dias ruins, como o “Crie o ‘plano de emergência do dia ruim’, isso poderá garantir que sempre terá um lugar para voltar” (La Torre, 2018, p. 41). Essa sugestão demonstra sua preocupação em oferecer estratégias práticas e acessíveis para lidar com o sofrimento emocional.

A interação com outras pacientes e a percepção de igualdade também aparecem como aspectos marcantes. Para ela, o câncer elimina diferenças sociais e conecta pessoas em suas vulnerabilidades, como afirma: “Não há distinção de idade, classe social ou etnia; nada torna você diferente delas. (...) Em momentos assim, somos todos iguais. O câncer não sabe quem é quem” (La Torre, 2018, p. 10). Essa vivência foi transformadora, ajudando-a a encontrar significado em meio à dor.

Por fim, Fabíola enfatiza a força mental necessária para enfrentar o câncer, destacando que a mente pode ser tanto aliada quanto inimiga: “Arrisco dizer que a mente é definitivamente seu guia nesse momento” (La Torre, 2018, p. 241). Ela reflete sobre o poder de escolha diante da adversidade, afirmando: “Descobri, na prática, que tudo na vida é uma questão de escolha. E eu escolhi viver” (La Torre, 2018, p. 197).

A obra de Fabíola é, acima de tudo, um convite à reflexão sobre a força humana diante das adversidades. Ao relatar seus medos, ansiedades e superações, ela desmistifica o câncer e oferece um caminho de esperança e de resiliência para aqueles que enfrentam situações semelhantes. Sua história é um testemunho poderoso de como a vulnerabilidade pode ser transformada em força e inspiração.

6.3.6.2 O corpo e a sexualidade

A experiência de Fabíola transcende o relato pessoal e apresenta uma jornada universal de ressignificação do corpo e da sexualidade diante do câncer de mama. O impacto da doença vai além das questões físicas, e envolve aspectos tanto emocionais quanto

psicológicos e relacionais. Seu relato revela como é possível reconstruir significados e recuperar a autoestima em meio às adversidades.

O primeiro grande impacto relatado por La Torre é a relação com as mudanças estéticas provocadas pelo tratamento. A queda do cabelo causa-lhe grande impacto, visto que há várias passagens em que essa situação é retomada sob diversas perspectivas, como no capítulo 27: “Mas e meus cabelos?”. O tom com que se refere à queda dos cabelos, às vezes é sério; outras vezes, irônico. Para muitas mulheres, os cabelos são realmente uma extensão de sua identidade. A autora expõe o temor inicial que enfrentou: “(...) quero contar que, antes de todo o tratamento, eu tinha muito medo de perder os meus cabelos, como a maioria das mulheres” ((La Torre, 2018, p. 134). No entanto, ao longo do processo, ela encontrou maneiras de reinterpretar essa perda: “Definitivamente não é o que quero para mim, mas consegui compreender que se tratava de um momento” (La Torre, 2018, p. 10). Essa ressignificação demonstra sua força em transformar uma experiência dolorosa em uma situação temporária e transitória.

Também é abordada pela autora a percepção das cicatrizes como marcas de luta e de superação. Fabíola resgata o valor da aceitação ao afirmar que, apesar das mudanças físicas, a vida não perde seu brilho. Ela escreve: “Você pode se sentir linda(o) mesmo sem cabelo ou sobrancelha (aliás, pintar as falhas da sobrancelha é maravilhoso” (La Torre, 2018, p. 73). Ao reconhecer a beleza em meio às transformações, a autora nos convida a refletir sobre os padrões sociais que frequentemente restringem as mulheres a ideais inatingíveis.

Fabíola expõe pouco sobre sua intimidade em relação à sexualidade, prefere apontar e discutir algumas questões que envolvem câncer e sexualidade de forma mais genérica, sob a perspectiva mais profissional. Ela menciona, por exemplo, uma pesquisa com cerca de 1.000 mulheres na Austrália, em que “(...) 70% das mulheres diagnosticadas, que tiveram câncer de mama também tiveram problemas na cama” (La Torre, 2018, p. 175).

Assim, propõe a outras mulheres a manutenção das relações íntima e amorosa ativas, ressaltando a importância das conexões emocional e física com o parceiro, mas não tece qualquer comentário sobre sua vida íntima. Ela celebra a solidez de seu casamento como uma âncora emocional: “Constatei que minha família é realmente bastante unida e que tenho um casamento sólido” (La Torre, 2018, p. 196). Esse apoio mútuo, segundo ela, é essencial para lidar com os impactos do tratamento na autoestima e na sexualidade.

Fabíola ressalta a relação entre vaidade e saúde emocional, e enfatiza que cuidar da aparência é parte importante para manter a autoestima durante o tratamento. Ela descreve como a prótese capilar foi uma ferramenta de empoderamento e, até mesmo, uma

oportunidade para momentos de leveza, o que a leva a mencioná-la com um tom de brincadeira: “Meu querido cabeleireiro Carlos deixou minha prótese solta na parte de trás para eventuais coceiras” (La Torre, 2018, p. 185).

Ela também orienta às mulheres que os efeitos colaterais e os desafios físicos podem se tornar símbolos de força, por isso, se a mulher conhecer seu corpo, isso pode salvar-lhe a vida. Esse reconhecimento do corpo como instrumento de luta e de força interior é essencial para enfrentar o câncer de forma ativa, em vez de sucumbir aos estigmas sociais que muitas vezes acompanham a doença.

Em sua narrativa, Fabíola também reflete sobre a importância da espiritualidade e da conexão consigo mesma nesse processo. Para ela, ressignificar o corpo é mais do que aceitar suas mudanças; é redescobrir a si mesma em meio às dificuldades. Essa percepção revela como a experiência do câncer transformou sua visão sobre o que realmente importa, trazendo uma nova perspectiva de valor à vida.

Por fim, Fabíola enfatiza que o processo de ressignificação é único para cada mulher, mas que a força para enfrentar essas mudanças está em todas elas. Seu relato, repleto de coragem, de positividade diante da vida, é um lembrete poderoso de que a beleza e a sexualidade não estão restritas à aparência física, mas se enraízam na capacidade de enfrentar as adversidades com coragem e amor próprio.

6.3.6.3 As relações familiar e social

La Torre apresenta com sensibilidade e franqueza os impactos do câncer de mama sobre suas relações familiar e social. Longe de se restringir a uma narrativa clínica, a autora transforma sua experiência em um exercício de reflexão socioafetiva, revelando como os vínculos interpessoais se transformam diante da doença. As emoções, a memória e a linguagem operam aqui como ferramentas de reorganização desses laços, desvelando não apenas os efeitos da enfermidade sobre o corpo, mas também sobre o tecido relacional que sustenta nossa vida.

Desde os primeiros capítulos, percebe-se que a família desempenha um papel central em sua trajetória, não apenas como rede de apoio emocional, mas também como estrutura simbólica que a ancora nas fases mais difíceis. Fabíola ressalta a importância de seu núcleo familiar como bases afetiva e existencial, por meio de frases feitas: “Constatei que minha família é realmente bastante unida e que tenho um casamento sólido. Estamos todos juntos na alegria e na tristeza, na saúde e na doença” (La Torre, 2018, p. 196).

Esse reconhecimento da solidez familiar traduz um *ethos* de gratidão e de segurança, que sustentam o sujeito enunciador ao longo da narrativa. A doença, nesse sentido, não rompe os vínculos, mas os reconfigura, promovendo uma aproximação ainda mais intensa e intencional entre os membros da família. A autora também expõe as mudanças na dinâmica doméstica provocadas pelo adoecimento, revelando a necessidade de desconsiderarem certas autonomias e aceitar ajuda.

Esse processo, que implica humildade e entrega, é verbalizado de forma direta: "(...) quero dizer que você, enquanto paciente, precisa aceitar a ajuda de todos" (La Torre, 2018, p. 64). Para uma médica acostumada a cuidar de outros, reconhecer-se dependente do cuidado alheio representa não apenas uma mudança prática, mas simbólica — um deslocamento dos lugares social e afetivo que até então ocupava. Tal gesto de aceitação, no entanto, transforma-se em uma forma de fortalecimento das relações, pois permite o florescimento de uma interdependência baseada na empatia e na escuta.

Além das relações familiares, Fabíola dedica atenção às relações sociais e às maneiras pelas quais elas são afetadas ou fortalecidas pelo câncer. A doença surge como um divisor de águas, capaz de revelar a consistência e o valor real de certas amizades. Em seu relato, ela afirma: "Posso dizer, sem mágoa, quem realmente são meus amigos, que estão ao meu lado para tudo e para todos os momentos, não só os de festa" (La Torre, 2018, p. 196). A vivência da vulnerabilidade age como filtro e como espelho: ao mesmo tempo em que elimina vínculos superficiais, realça aqueles que se baseiam em lealdade e em solidariedade. Ela narra o reaparecimento de pessoas que estavam distantes, e expressa surpresa e alegria, como expõe neste relato: "Algumas pessoas que você não via há anos simplesmente surgem das cinzas" (La Torre, 2018, p. 72). Essas reaparições simbólicas sugerem que o câncer, embora marcado pela dor, também abre espaço para reencontros e reconexões inesperadas.

Há ainda um aspecto essencial que perpassa sua narrativa: o sentimento de pertencimento ao coletivo das mulheres que enfrentam o câncer. Fabíola reconhece esse pertencimento não como um fardo, mas como possibilidade de criação de vínculos empáticos profundos. A experiência da doença, nesse contexto, dissolve barreiras sociais e estabelece uma horizontalidade marcada pela escuta e pela troca. Ela escreve: "Não há distinção de idade, classe social ou etnia; nada torna você diferente delas. Em momentos assim, somos todos iguais" (La Torre, 2018, p. 10). Essa percepção de igualdade no sofrimento é também o ponto de partida para a solidariedade ativa que ela promove por meio de seu projeto "De Médica a Paciente", articulando saber técnico e vivência emocional em prol de outras mulheres em tratamento.

A autora compreende ainda que a partilha da própria história é uma forma de gerar sentido coletivo para a dor individual. Por isso, sua escrita está atravessada por um desejo explícito de desmistificar o câncer e de combater os silêncios que o cercam: “Desmitificar o câncer, isto é, quebrar o tabu, é extremamente necessário. Não se deve proibir falar de câncer” (La Torre, 2018, p. 62). O gesto narrativo, nesse sentido, não é apenas memorialístico, mas político e afetivo — Fabíola transforma sua vivência em discurso e seu discurso em forma de cuidado para com o outro.

Após o tratamento, a autora reconhece que suas relações foram impactadas de forma profunda. A experiência do câncer alterou sua forma de perceber o mundo e de valorizar as pessoas ao seu redor. Como vimos, ela afirma que muitas coisas deixaram de ter a mesma importância em sua vida, a partir do diagnóstico. Isso revela um processo de ressignificação não apenas da rotina, mas das próprias hierarquias afetivas. Essa mudança de perspectiva também atinge sua maneira de se relacionar: os vínculos que permanecem são redefinidos por mais autenticidade, reciprocidade e por presença.

A escolha pela alegria como atitude cotidiana é também uma forma de ela manter vivas essas relações. Fabíola afirma: “É fácil sorrir mesmo quando se tem um problema; ser alegre é uma escolha que depende só de nós” (La Torre, 2018, p. 72). Esse gesto de resistência simbólica, que elege o afeto positivo como forma de vida, estende-se àqueles que a cercam, contribuindo para a criação de um ambiente de acolhimento e de fortalecimento mútuo. Mais do que recuperar uma vida anterior ao câncer, Fabíola propõe a construção de novos modos de existência, nos quais as relações — familiar, social e coletiva — são redesenhadas à luz da experiência das dificuldades e de superação.

6.3.6.4 As relações no trabalho

A experiência do câncer de mama impactou a relação de Fabíola com o trabalho, alterando sua rotina, sua percepção sobre a prática profissional e, sobretudo, sua maneira de ocupar os espaços institucionais. Médica pediatra e intensivista atuante em UTI oncológica, Fabíola insere no seu discurso autobiográfico uma reflexão potente sobre a tensão entre a identidade profissional e a experiência de adoecimento.

Em vez de adotar uma postura de afastamento, ela opta por permanecer ativa, assumindo o trabalho não apenas como obrigação, mas também como uma estratégia de preservação da normalidade e da autonomia. “O câncer de mama caiu como uma bomba na minha vida? Não! Minha vida parou? Não. Continuei com todos os meus projetos (com

exceção das viagens). Eu não parei de trabalhar e dei andamento a todos os meus planos" (La Torre, 2018, p. 185). Essa escolha revela um *ethos* de resistência e de autoafirmação, que se repete ao longo de sua trajetória narrativa.

Ao manter suas atividades, Fabíola ressignifica o trabalho como espaço de sustentações emocional e cognitiva. Em sua perspectiva, o ambiente profissional serve como contrapeso à invasão simbólica da doença, oferecendo-lhe uma estrutura de rotina, produtividade e de pertencimento. Ela afirma: "Depois do diagnóstico e durante o tratamento do câncer, a minha vida continuou; e a vontade que tenho de buscar sempre o melhor também" (La Torre, 2018, p. 210). O trabalho, nesse contexto, funciona como eixo de continuidade diante da desorganização imposta pela doença, e como forma de preservar a integridade da identidade profissional.

Contudo, o câncer também impôs ajustes e limites. A autora reconhece que precisou adaptar sua rotina, delegar funções e lidar com as exigências físicas do tratamento. Ainda assim, recusou-se a adotar o papel de doente no ambiente de trabalho, buscando manter-se produtiva e ética em suas funções, nunca quis assumir o papel de doente, como afirma neste ato *elocutivo*: "Para impedir que eu me sentisse uma coitada ou que as pessoas tivessem pena de mim, criei forças para elevar minha autoestima, de modo que eu continuasse sendo quem eu sou" (La Torre, 2018, p. 185). Essa atitude revela *ethé* de autodomínio e de disciplina, que contribuem para sustentar a credibilidade da narradora diante de si mesma e dos demais, sem se vitimizar.

As relações com colegas também ganham relevo em sua narrativa. Fabíola destaca que encontrou no trabalho não apenas exigência, mas também apoio e empatia, especialmente de outros profissionais da saúde. Em um ambiente marcado pela tecnicidade e pela pressão, como uma UTI pediátrica, os vínculos interpessoais tornam-se ainda mais preciosos em situações de fragilidade. "Médicos podem se tornar seus verdadeiros amigos" (La Torre, 2018, p. 73), afirma, sublinhando a importância da solidariedade profissional na manutenção de sua força emocional e do fundamental apoio recebido dos amigos, inclusive dos colegas de trabalho, como pondera a seguir:

> Posso dizer, sem mágoa, quem realmente são meus amigos, que es tão ao meu lado para tudo e para todos os momentos, não só os de festa. São pessoas com quem eu não falava desde a infância, pessoas que nem conheço pessoalmente, pessoas que estão do outro lado do oceano, isso sem contar os colegas de trabalho e alguns amigos do dia a dia (La Torre, 2018, p. 196).

A experiência de tornar-se paciente transformou, de forma profunda, sua maneira de exercer a medicina. Fabíola passou a perceber com maior nitidez o peso da palavra do médico, a delicadeza necessária no trato com o sofrimento alheio, e a importância do cuidado humanizado. “Como intensivista, passei mais de 16 anos da minha vida entre apitos de aparelhos, luzes, tubos, cateteres, etc. (...) No entanto, quando fui diagnosticada com câncer de mama, em 2016, bloquei todo esse conhecimento” (La Torre, 2018, p. 39). Essa virada de perspectiva não significou a negação de sua prática anterior, mas a ampliação de seu olhar, agora com mais empatia, construída na vivência do próprio sofrimento.

A autora canalizou essa transformação para projetos que unificam sua identidade profissional e sua experiência como paciente, como é o caso do “De Médica a Paciente”, um projeto e blog voltados para acolher e orientar mulheres em tratamento oncológico. “Tive muitas alegrias e conquistas, em especial com o meu projeto ‘De Médica a Paciente’” (La Torre, 2018, p. 196), escreve, revelando como o trabalho pode ser ressignificado como extensão da subjetividade transformada, e como ferramenta de escuta, cuidado e de solidariedade.

Assim, ele é descrito como um importante ponto de equilíbrio emocional. Além de ela se manter ocupada para desviar o foco da dor e dos medos, como declara: “Isso era bom, porque não dava tempo de pensar em muita bobagem. Cheguei a emagrecer de 4 a 5 quilos nos 10 primeiros dias” (La Torre, 2018, p. 35), manteria o orgulho de fazer parte de uma equipe que atua por trás das linhas inimigas do câncer, como afirma neste relato autobiográfico.

> Tenho orgulho de fazer parte de uma equipe que está por trás das linhas inimigas do Câncer; ajudando a combater suas complicações no momento em que os pacientes estão bastante fragilizados e precisando de grande apoio e interferência imediata, sem a qual a sobrevivência seria impossível. Tenho orgulho em ser intensivista e amparar as famílias afetadas pela doença, trabalhando para que possamos trazer de volta seus filhos após a vida ter estado por um fio, como acontece na UTI. Conheço os numerosos controles e cuidados diários que precisamos fazer para se chegar a cada resultado de cada paciente dentro da UTI, antes de ele ser liberado para a família. Imagino todos os parentes sorrindo com alívio, levando seus filhos para casa (La Torre, 2018, p. 40).

No entanto, é importante observarmos que essa valorização da atividade profissional não a impede de repensar a centralidade do trabalho em sua vida. Após o tratamento, a autora passa a perceber a necessidade de equilíbrio entre produtividade e qualidade de vida: “A vida

é muito mais do que acordar, trabalhar e dormir. A vida é viver, ter momentos e contato social com quem amamos" (La Torre, 2018, p. 73). Tal afirmação evidencia uma mudança de valores, na qual o trabalho permanece importante, mas perde sua hegemonia como eixo estruturante da existência.

6.3.6.5 O gerenciamento de informações sobre a doença

A narrativa de La Torre revela, de maneira incisiva, a centralidade da informação no enfrentamento do câncer de mama. Vivendo a dupla condição de médica e de paciente, Fabíola compartilha com o interlocutor não apenas conhecimentos técnicos, mas também a vivência de quem experimenta, na pele e na psique, as dificuldades, ambivalências e potências que envolvem o acesso e o gerenciamento das informações sobre a doença. Sua trajetória demonstra que o conhecimento não é um dado neutro, mas recursos simbólico e emocional que podem fortalecer ou fragilizar, dependendo de como é acessado, compartilhado e apropriado.

Desde os primeiros capítulos, a autora reitera que o conhecimento é uma ferramenta de poder, capaz de mitigar o medo e de aumentar a autonomia do paciente. "Conhecimento é poder! Quanto mais informações você compreender sobre a doença, antes, durante e após o tratamento e também sobre o que você deve esperar, mais seus medos diminuirão" (La Torre, 2018, p. 49), afirma ela, posicionando-se como defensora de posturas ativa e informada diante do diagnóstico. Essa perspectiva se desdobra em conselhos práticos, nos quais ela sugere estratégias, como levar um caderno às consultas para anotar orientações e dúvidas: "Leve um caderno para a consulta com o médico e anote os pontos mais importantes; use-o também para anotar suas dúvidas diárias" (La Torre, 2018, p. 81). A autora enuncia *ethé* de responsabilidade e proatividade, instando outras mulheres a se tornarem agentes de seus próprios processos de cuidado e de decisão.

Contudo, apesar de sua formação médica e de sua experiência na área da saúde, Fabíola não se exime de relatar as dificuldades subjetivas envolvidas na assimilação das informações no momento do diagnóstico. Ela reconhece que o impacto emocional pode bloquear até mesmo o saber técnico mais consolidado: "(...) quando fui diagnosticada com câncer de mama, em 2016, eu bloqueei todo esse conhecimento. Recusei-me a interferir em quaisquer informações ou condutas" (La Torre, 2018, p. 39). Esse relato evidencia que o conhecimento técnico, embora fundamental, não garante automaticamente a capacidade de elaborar ou lidar com a doença, sobretudo quando se está emocionalmente implicado. O

sujeito que sofre, mesmo sendo médico, enfrenta os limites da racionalidade frente à vulnerabilidade do corpo e à angústia da incerteza.

A autora também chama à atenção para um problema recorrente nas práticas médicas: a dissonância entre o que o médico comunica e o que o paciente compreende, em casos de pacientes com câncer avançado.

> O que o oncologista diz é diferente do que o paciente escuta? Fato. Quando se trata de entender o prognóstico de sobrevida e os riscos e benefícios do tratamento próximo ao fim da vida, pacientes com câncer avançado e seus médicos não parecem falar a mesma língua (La Torre, 2018, p. 221).

A autora cita uma análise transversal de 236 pacientes e 38 oncologistas a qual mostrou que 68% dos pacientes com câncer incurável tinham opinião sobre o prognóstico diferente de seu oncologista e que apenas um em dez pacientes sabia que ambos não tinham o mesmo entendimento. “Essa análise foi publicada on-line em 14 de julho de 2016 no periódico JAMA Oncology” (La Torre, 2018, p. 221).

Essa dissonância apontada por Fabíola é um problema também enfrentado na ASPRECAM, não necessariamente ocorre em paciente com câncer incurável. Foi pensando nessa realidade que a instituição, por meio do Programa DedicAção, disponibiliza às Assistidas o apoio de voluntárias que as acompanham às consultas e aos tratamentos. Assim, além de dar apoio a elas, estender-lhes as mãos, procura-se garantir que as orientações médico-hospitalares sejam bem compreendidas e aplicadas.

Essa constatação aponta para a necessidade de uma comunicação clara, sensível e empática por parte dos profissionais de saúde, a fim de reduzir as lacunas interpretativas que podem gerar desinformação, medo e isolamento. A comunicação, segundo Fabíola, deve ser compreendida como um ato de cuidado, no qual a escuta ativa e a linguagem acessível são tão importantes quanto os protocolos clínicos.

A autora defende a importância de campanhas de conscientização, como o Outubro Rosa, e insiste na urgência de se desmistificar o câncer: “Desmitificar o câncer, isto é, quebrar o tabu, é extremamente necessário” (La Torre, 2018, p. 62). O discurso de Fabíola, nesse aspecto, alinha-se a uma dimensão política da informação, entendida como um bem coletivo e como um direito de todos.

Além dos aspectos técnicos, Fabíola destaca que o conhecimento deve vir acompanhado de suporte emocional e de redes de apoio. Ela sugere a participação em grupos

com outras pacientes e indica que a troca de vivências pode ser decisiva para o enfrentamento da doença: “Faça parte de um grupo de apoio. (...) Falar e/ou estar com outras pessoas que enfrentam a mesma doença e que passam por ansiedades e preocupações semelhantes é tremendamente benéfico” (La Torre, 2018, p. 49). Essa valorização da partilha remete à noção de memória coletiva e de solidariedade discursiva, em que o saber circula não apenas entre especialistas, mas entre sujeitos que constroem saberes a partir de suas experiências vividas.

A autora alerta também sobre os perigos da desinformação e da adesão a tratamentos sem respaldo científico. Ela menciona o caso de Steve Jobs como exemplo de como a busca por terapias alternativas pode atrasar ou comprometer tratamentos eficazes: “(...) não há indícios de que esses tratamentos contribuam para a regressão ou a cura do câncer" (La Torre, 2018, p. 267). Fabíola insiste na necessidade de critérios rigorosos para avaliar as fontes de informação e defende que os pacientes sejam orientados por profissionais capacitados. Sua postura crítica em relação ao sensacionalismo e à desinformação digital reafirma sua responsabilidade discursiva e seu compromisso ético com a verdade e com o cuidado.

Por fim, ao articular informação, emoção e espiritualidade, Fabíola constrói um discurso que reconhece a complexidade do enfrentamento do câncer. Ela afirma: “Arrisco dizer que a mente é definitivamente seu guia nesse momento” (La Torre, 2018, p. 241), reconhecendo que o equilíbrio emocional e a força interior são tão fundamentais quanto o saber técnico. Para ela, a informação é mais do que dado — é instrumento de orientação, de resistência e de esperança. É por meio do gerenciamento consciente e cuidadoso das informações que o sujeito adquire não apenas conhecimento, mas também condições simbólicas e práticas para atravessar a dor e se reconstruir. Esse pensamento sobre o importante papel da informação está muito alinhado com o que defendemos nesta tese e em nossa prática na ASPRECAM.

Dessa forma, o discurso de Fabíola contribui para repensarmos o lugar da informação no cuidado oncológico, ampliando-o para além do domínio biomédico. Ao narrar suas estratégias e dificuldades, ela nos mostra que conhecer é também um ato político, um gesto de autocuidado e de transformação coletiva. Sua escrita reitera que a palavra, quando articulada com o saber, a escuta e o afeto, pode ser, ao mesmo tempo, luz e abrigo no percurso da doença.

6.3.6.6 As desigualdades sociais e suas implicações durante o tratamento

Na obra, Fabíola constrói uma narrativa aparentemente marcada por uma perspectiva individual, entretanto permite a análise de questões coletivas relacionadas às desigualdades sociais no enfrentamento do câncer de mama. Sua experiência pessoal, situada no cruzamento entre o saber técnico e a vivência subjetiva da doença, revela como o acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento e ao cuidado integral está profundamente condicionado por fatores socioeconômicos.

Ao refletir sobre sua trajetória, ela ressalta que a detecção precoce do câncer de mama foi possível em seu caso porque sempre se preveniu. Entretanto, a autora reconhece que esse acesso não está garantido para todas as mulheres brasileiras, uma vez que, no Brasil, o diagnóstico precoce ainda é um privilégio.

A autora evidencia o abismo entre a teoria médica da prevenção e a realidade de muitas mulheres que não têm acesso aos recursos básicos de saúde pública. Ela ressalta o fato de o Sistema Único de Saúde (SUS) oferecer mamografias gratuitas, na maioria dos casos, apenas a partir dos 50 anos, ou a partir dos 30 anos, se houver fator de risco, como ela mesma aponta, o que exclui um número expressivo de pacientes em idade mais jovem; dificultando, dessarte, a efetividade das campanhas preventivas (La Torre, 2018).

Acrescenta-se a esses apontamentos de Fabíola nossas considerações sobre o exame mamográfico no Brasil, expostas no capítulo I, em que mostramos falhas estruturais no sistema de saúde, as quais resultam a baixa cobertura de mamografias nas áreas menos favorecidas das regiões brasileiras. Situação que demanda amplitude nos programas de rastreamento do câncer de mama, da busca ativa, para mitigar as disparidades e salvar vidas.

Os dados expostos por Fabíola ganham relevância quando nos lembramos de que ela foi diagnosticada aos 40 anos e que, mesmo tendo feito uma mamografia seis meses antes, foi no autoexame que ela percebeu o nódulo. A experiência da autora é emblemática ao revelar que, mesmo com acesso à informação e a recursos, o percurso entre suspeita, diagnóstico e início do tratamento exigiu-lhe atenção contínua e acompanhamento.

Durante o tratamento, Fabíola vivencia situações que lhe permitem refletir sobre o impacto financeiro da doença, mesmo entre os que possuem maior acesso a cuidados médicos. Ao mencionar a impossibilidade de visitar sua família por causa da terapia-alvo, afirma:

> Eu tive diarreia por mais de 10 dias seguidos por causa da minha terapia-alvo, o anticorpo monoclonal. Ele me salvou do câncer, mas

> não me deixou ir para minha cidade natal passar o aniversário da minha irmã com ela (...) É como uma ‘castração’ de vida (La Torre, 2018, p. 49).

Esse episódio revela como o tratamento pode interferir na mobilidade, nos vínculos e no cotidiano, afetando aqueles que não possuem recursos para viabilizar alternativas ou adaptar suas rotinas. As restrições impostas pelas terapias, especialmente quando se somam às dificuldades econômicas, tornam-se um fator agravante da exclusão social, pois limitam a autonomia e acentuam a sensação de isolamento.

Ainda que sua trajetória tenha sido marcada por uma forte rede de apoio — familiar, médica e institucional —, Fabíola aponta o quanto essa rede é uma exceção. Ela menciona iniciativas como a ONG Cabelegria, com a qual se associou na campanha “De Médica a Paciente”, como exemplo de solidariedade que ameniza os impactos da doença: “Esse projeto engloba essencialmente duas dimensões. Uma delas é a campanha ‘De Médica a Paciente’, que instaurei me associando à ONG Cabelegria, entidade que visa a ajudar pacientes a obter perucas" (La Torre, 2018, p. 10). Ao mesmo tempo, reconhece que essas ações, ainda não são suficientes para garantir apoio às pacientes oncológicas, sobretudo às de baixa renda.

A desigualdade também se expressa de maneira simbólica. Fabíola reflete sobre os efeitos da perda dos cabelos e sobre como essa mudança física, tão marcante para as mulheres, é intensificada pela falta de acesso a alternativas estéticas ou apoio psicológico: “Sim. Eu disse isso mesmo: cabelos. Os nossos cabelos são capazes de gerar uma alegria que só sente quem os perde. E quem perde precisa de ajuda" (La Torre, 2018, p. 51). As dimensões estética e emocional do tratamento, muitas vezes desconsideradas pelas políticas públicas, são aqui resgatadas como parte integrante da dignidade no processo de cura.

O relato da autora configura um testemunho potente das implicações das desigualdades sociais no contexto do câncer. Mesmo que não tenha enfrentado diretamente dificuldades financeiras durante seu tratamento — tenha conseguido acesso rápido a exames, consultas e terapias de ponta —, ela reflete sobre o baixo acesso das mulheres menos favorecidas aos recursos. Ela defende a necessidade de um sistema mais igualitário, que garanta a todas o direito ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. Sua crítica é incisiva ao abordar o acesso limitado à terapia-alvo no sistema público: “O acesso à terapia-alvo é limitado para muitas mulheres devido ao custo elevado, e isso ainda não está disponível a todas pelo SUS, o que compromete a equidade no tratamento" (La Torre, 2018, p. 263).

A doença, que por si só já provoca uma ruptura na vida cotidiana, intensifica os efeitos de exclusão quando encontra um sistema de saúde falho, desigual e excludente. Ao mesmo

tempo, sua escrita articula o particular e o coletivo, lançando um olhar crítico sobre a necessidade de políticas públicas inclusivas, campanhas de conscientização abrangentes e redes de apoio solidárias. Seu testemunho é, portanto, um apelo ético por equidade: o enfrentamento ao câncer deve ser também um enfrentamento às injustiças estruturais que limitam o direito à vida plena e ao cuidado digno.

6.3.6.7 As relações com o sistema de saúde: atendimentos médico e hospitalar

Fabíola compartilha uma perspectiva singular sobre o sistema de saúde ao ocupar, simultaneamente, os papéis de médica e de paciente. Sua narrativa evidencia não apenas os desafios técnico e logístico enfrentados no percurso oncológico, mas, sobretudo, a importância das relações estabelecidas entre paciente e profissionais de saúde. A experiência vivida e narrada por ela é perpassada por uma forte consciência sobre a potência da empatia, da escuta e da confiança como elementos centrais no cuidado.

Logo após o diagnóstico, a autora toma uma decisão que marcará toda sua relação com o tratamento: ignorar seu saber técnico e confiar inteiramente em sua equipe médica. Ela relata: “Quando fui diagnosticada com câncer de mama em 2016, bloqueei todo o meu conhecimento. Recusei-me a interferir em quaisquer informações ou condutas (...) o que, de fato, faria alguma diferença seriam os meus médicos" (La Torre, 2018, p. 39). Essa escolha não representa passividade; mas, sim, uma postura ativa de entrega consciente, baseada em confiança e respeito mútuo. O gesto de Fabíola revela que, mesmo para quem domina o vocabulário técnico da medicina, o cuidado depende também da qualidade da relação humana estabelecida com os profissionais.

Durante uma intercorrência médica, Fabíola relata, por exemplo, o acolhimento que recebeu do oncologista e do mastologista, destacando o valor da escuta e da postura acolhedora no manejo da ansiedade: “(...) meus ídolos e queridos dr. Max Mano, meu oncologista, e dr. Felipe Andrade, meu mastologista, cumpriram, como sempre, seus papéis de médicos e verdadeiros guardiões e tranquilizaram-me" (La Torre, 2018, p. 133). O uso da palavra “guardiões” é significativo, pois denota mais do que competência técnica: representa proteção, cuidados simbólico e emocional. Essa construção discursiva configura um *ethos* de confiança e reforça a importância da presença afetiva e também comunicativa dos médicos, sobretudo em situações de instabilidade.

A autora dedica também atenção especial ao papel das enfermeiras(os), ainda que de forma menos detalhada. Ao longo de sua narrativa, é possível perceber o profundo respeito

que nutre por esses profissionais, reconhecendo neles agentes de cuidados contínuo e afetivo. Fabíola sugere que, por estarem mais próximos do paciente no cotidiano hospitalar, são fundamentais não apenas no manejo dos procedimentos técnicos, mas na manutenção do equilíbrio emocional do paciente. Mesmo sem relatos extensos, a valorização dessa categoria transparece em sua escrita e colabora para ampliar a compreensão sobre o cuidado como práticas coletiva e horizontal.

As relações com os demais profissionais do ambiente hospitalar, como atendentes e técnicos, também são alvo de reflexão. Fabíola sublinha que gestos simples, como um sorriso ou uma palavra acolhedora, podem impactar positivamente a experiência do paciente. Ao abordar a força mental necessária para enfrentar a doença, ela afirma: “Sabe, a mente possui um poder extraordinário. Não somos capazes de mover montanhas, mas pensar e acreditar que somos capazes de chegar ao topo da montanha certamente é uma grande motivação para alcançarmos os nossos objetivos" (La Torre, 2018, p. 74).

Ainda que essa frase esteja voltada à força interna do paciente, ela também sugere que o ambiente ao redor pode potencializar ou dificultar esse equilíbrio. O acolhimento humano, portanto, não se restringe aos atos médicos: ele está presente em toda a cadeia de relações que compõem o sistema de atendimento.

Contudo, a autora reconhece que nem todas as interações são ideais. Fabíola aponta que, em diversos momentos, o sistema de saúde falha ao tratar os pacientes de forma impessoal, o que pode intensificar o sofrimento. Mesmo diante dessas limitações, ela escolhe direcionar seu discurso para as experiências que funcionaram como suporte e aprendizado. Sua escrita prioriza os encontros que reafirmaram sua confiança na medicina e na capacidade de compaixão dos profissionais, mesmo em um sistema marcado por burocracia, sobrecarga e desigualdades.

A obra também apresenta sugestões valiosas para aprimorar as relações entre pacientes e profissionais da saúde. Fabíola defende a importância da escuta ativa, do tempo dedicado a esclarecer dúvidas ao paciente como parte ativa do tratamento. Ela orienta: “Seja assertivo. Fale por si mesmo! Permita-se ser seu próprio advogado. Pergunte tudo o que quiser à equipe médica e persista até obter as respostas que aliviarão definitivamente a sua ansiedade" (La Torre, 2018, p. 49). Com essa orientação, ela mobiliza um *ethos* de autonomia, que resiste à infantilização do paciente e à verticalização do saber médico.

Além disso, a autora articula sua crítica à estrutura impessoal da saúde com a necessidade de desmistificar o câncer, sobretudo no que diz respeito ao silêncio que ainda cerca o tema. A quebra do imaginário sociodiscursivo da palavra câncer como algo interdito

pode facilitar a construção de vínculos mais sinceros e efetivos entre os sujeitos implicados na jornada oncológica. O diálogo aberto é proposto como caminho para uma medicina mais humanizada, que reconheça o sofrimento, mas que também promova sentido, esperança e dignidade ao longo do processo de cura. Ela defende uma medicina mais ética, mais sensível e comprometida com a experiência integral do paciente.

6.3.6.8 A postura de Fabíola para lidar com o sofrimento

Fabíola constrói uma narrativa que revela uma postura ativa, consciente e afetiva diante do sofrimento. Sua vivência com o câncer de mama é marcada por dor física, incerteza e perdas simbólicas, mas também por uma atitude de enfrentamento que busca sentido, reconstrução e partilha. Longe de uma vitimização da doença, sua postura se caracteriza pela capacidade de reconhecer a vulnerabilidade, sem, contudo, negligenciar a autonomia, e de mobilizar afetos e racionalidade para transformar a dor em aprendizado e legado.

Desde o diagnóstico, como vimos, Fabíola opta por não se colocar na posição de vítima, mas de protagonista de sua história. Ela afirma: “O câncer de mama caiu como uma bomba na minha vida? Não! Minha vida parou? Não. Continuei com todos os meus projetos (com exceção das viagens). Eu não parei de trabalhar e dei andamento a todos os meus planos" (La Torre, 2018, p. 185). Essa resposta direta aos impactos da doença revela uma recusa em ser paralisada pelo sofrimento. Ao manter suas atividades, ainda que com adaptações, ela mostra que o sofrimento não precisa suprimir o movimento da vida.

Essa escolha, no entanto, não implica negar a dor, mas integrá-la ao processo de reconstrução subjetiva. Fabíola não oculta seus momentos de angústia ou de fragilidade. Em diversas passagens, ela narra episódios de medo, cansaço, solidão e choro, mas sempre buscando ressignificar essas experiências. “Ter medo é normal. Mas (...) na hora em que você precisa, a força vem. E acreditar que vai dar certo é seu único recurso. Somos super-heróis de verdade" (La Torre, 2018, p. 74). A força que ela invoca não é força heroica e inabalável, mas uma força humana, construída na travessia do sofrimento e no apoio dos outros.

A escrita aparece como uma das principais estratégias mobilizadas por Fabíola para lidar com o sofrimento. Ao narrar sua trajetória, ela organiza a experiência, compartilha emoções e oferece orientação a outras mulheres. Sua linguagem é permeada por metáforas e imagens sensíveis, como quando se refere à quimioterapia, como vimos, ao compará-la a uma bruxa do bem.

A leveza e o humor, em tom de brincadeira, são também elementos centrais na forma como ela enfrenta o sofrimento. A perda dos cabelos, um dos momentos mais simbólicos do tratamento, é narrada com criatividade: “Minha careca coçava demais! (...) achei uma bela solução: água termal em spray na carequinha. Eu dizia, tentando me divertir: ‘Força na peruca, levante-a e vamos resolver a coceira’” (La Torre, 2018, p. 186). Nessa cena, o humor não nega a dor, mas a torna mais suportável. O riso aparece como resistência, como possibilidade de continuar existindo para além do trauma.

Outra característica da postura de Fabíola diante do sofrimento é sua abertura à espiritualidade. Em vários momentos do livro, ela menciona sua fé como fonte de conforto e orientação, sem assumir um discurso religioso dogmático. Essa espiritualidade é apresentada como espaço de conexão interior e de busca de sentido: “Arrisco dizer que a mente é definitivamente seu guia nesse momento" (La Torre, 2018, p. 241). A conexão entre mente e corpo, fé e ação, estrutura sua visão de cuidado integral, em que o enfrentamento do sofrimento passa por múltiplas dimensões da experiência humana.

O modo como Fabíola lida com o sofrimento também está profundamente articulado à empatia e ao desejo de ajudar outras pessoas. Sua dor não se fecha em si mesma: ela é partilhada, convertida em apoio coletivo. Sua atuação com o projeto “De Médica a Paciente”, suas parcerias com iniciativas sociais e a publicação do livro são formas de devolver à sociedade o aprendizado vivido. Ela escreve: “Não tenho a pretensão de ser exemplo para ninguém, mas eu desejo ajudar aqueles que estão passando ou passarão pela mesma doença que a minha” (La Torre, 2018, p. 197). A dor, nesse gesto, torna-se palavra, e a palavra torna-se cura.

Portanto, a postura de Fabíola diante do sofrimento é marcada por lucidez, sensibilidade e engajamento. Sua narrativa testemunha que o sofrimento, embora inevitável em certas circunstâncias, pode ser enfrentado com coragem e com criatividade. A linguagem, o humor, o amor, a espiritualidade e a ação coletiva emergem como recursos simbólicos e concretos mobilizados por ela para reconstruir o sentido da existência. Ao compartilhar sua experiência, ela não apenas alivia sua própria dor, mas transforma o sofrimento em possibilidade de transformação e de acolhimento para muitas outras mulheres.

6.3.6.9 O papel da religião, das crenças, no enfrentamento da doença

La Torre apresenta uma reflexão profunda sobre o papel da religião e das crenças em sua experiência com o câncer. Uma das primeiras ideias apresentadas por Fabíola é que,

diante do diagnóstico de câncer, podemos tudo: "E quando a gente tem câncer, a gente pode 'tudo'" (La Torre, 2017, p.34). Essa afirmação reflete um momento tanto de liberdade emocional quanto espiritual, em que a vulnerabilidade leva ao fortalecimento de crenças. A autora escolhe a fé em Deus como sua base de apoio, destacando a importância de acreditar em algo maior. Essa escolha não só sustenta a própria autora, mas também inspira aqueles ao seu redor, criando uma corrente de esperança e de solidariedade.

A dimensão coletiva da fé é enfatizada ao longo do texto. Em suas palavras: "(...) a fé e a solidariedade transbordam no meu coração, especialmente com o apoio incondicional de quem me ama, isto é, da minha família e de muitos, muitos amigos e até mesmo desconhecidos que se somam na luta contra o câncer" (La Torre, 2017, p. 35). Essa passagem demonstra como a fé não é apenas uma experiência individual, mas também comunitária, conectando pessoas e gerando uma rede de suporte que ultrapassa laços de sangue ou amizades.

Ao abordar a relação entre ciência e fé, Fabíola destaca a coexistência entre esses dois mundos aparentemente opostos: "De um lado, há a ciência, com todos os seus avanços; do outro, a fé e a clemência humana" (La Torre, 2017, p. 37). Nesse contexto, a autora não enxerga um conflito; mas, sim, uma complementaridade. A ciência fornece tratamentos e explicações, a fé oferece conforto e sentido. A fé torna-se um refúgio durante os sofrimentos físico e emocional. Fabíola associa diretamente sua dor física à entrega espiritual nesta sequência narrativa: "De qualquer forma, certamente há uma força divina ao redor de tudo isso — só quem passa, sabe" (La Torre, 2018, p. 34). Em sua proposição, a espiritualidade não é apenas doutrinária, mas relacional — uma fé construída na intimidade com o divino, especialmente nos momentos de maior fragilidade. A oração não é um ritual formal, mas um espaço de acolhimento subjetivo, o que se articula com sua visão da fé como fonte de serenidade.

A autora encontra beleza na continuidade do corpo e do espírito, mesmo em face das adversidades: "E lembre-se, lindos mesmo são o corpo e o espírito, que continuam…" (La Torre, 2017, p. 41). Essa afirmação reforça a ideia de que a espiritualidade não depende apenas de uma religião formal, mas de uma compreensão maior sobre a importância do fortalecimento interior.

Ao citar passagens bíblicas, como "Deixai vir a mim as crianças e não as impeçais, porque o Reino dos Céus é daqueles que são como elas" (Mateus, 19, 13-14 *apud* La Torre, 2018, p. 51), Fabíola evidencia a simplicidade e a pureza necessárias para enfrentar desafios. Essa perspectiva ecoa em sua própria experiência, por meio da qual ela reconhece que o

câncer pode ter um propósito maior: “Como eu acredito que tudo tem um propósito na vida, creio que um dos motivos do meu câncer seja esse: uma campanha para trazer um pouco de alegria a quem precisa" (La Torre, 2017, p. 54).

Essa crença em um significado maior se reflete também em sua relação com os pacientes, como quando diz: “O que posso fazer é agradecer a Deus por me fazer compreender tão bem meus pacientes hoje em dia. Estou tão próxima deles que entendo melhor o motivo do meu câncer" (La Torre, 2017, p. 145). Essa declaração sublinha como sua experiência como paciente transforma sua atuação como médica, gerando empatia e uma conexão mais profunda com aqueles que estão sob seus cuidados.

Por fim, a narradora reforça que nada é por acaso, ecoando a frase atribuída a Chico Xavier: “Ninguém cruza nosso caminho por uma eventualidade e nós não entramos na vida de alguém sem nenhuma razão" (Chico Xavier *apud* La Torre, 2018, p. 309). Essa crença na interconexão dos acontecimentos dá força para enfrentar desafios e encarar a vida com um olhar mais amplo e generoso. Ela considera que a religião e as crenças não apenas nos ajudam a suportar os momentos mais difíceis, mas também transformam a maneira como percebemos a vida e nos relacionamos com os outros. A fé, para Fabíola, é uma ponte entre a ciência, a solidariedade humana e o significado maior da existência.

6.3.6.10 Contribuições e legado

O livro ultrapassa o relato individual para se tornar uma poderosa ferramenta de apoio, conscientização e inspiração. Ao narrar sua vivência com o câncer de mama, a autora transforma sua dor em aprendizado partilhável, oferecendo reflexões que articulam emoção, informação e esperança. A contribuição de Fabíola não se limita ao testemunho; ela constrói um legado que toca dimensões subjetiva, social e educativa da experiência oncológica, ampliando o alcance de sua narrativa para além do espaço autobiográfico.

Uma das contribuições mais marcantes de sua obra é a valorização da vida e o reconhecimento do poder da escolha, mesmo diante da adversidade. A autora afirma: “Descobri, na prática, que tudo na vida é uma questão de escolha. E eu escolhi viver. Pela minha mãe, pelo meu filho, pelo meu marido, pela minha irmã, minhas sobrinhas e cunhado, meu pai (...), mas principalmente por mim mesma!” (La Torre, 2018, p. 197). Essa escolha, apresentada como atos consciente e político, reforça a capacidade de agência do sujeito, mesmo em meio ao sofrimento. Fabíola defende que o sentido da vida não está em ideais distantes, mas na redescoberta cotidiana do que é essencial.

É relevante sua defesa das redes de apoio como alicerces para o enfrentamento do câncer. Ela afirma: “Quando estamos vivenciando um problema que ainda nos é estranho, a melhor saída é conversar com quem está passando ou já passou por aquilo" (La Torre, 2018, p. 57). A escuta mútua e o compartilhamento de experiências tornam-se formas de cuidado e resistência. A atuação de Fabíola em campanhas solidárias demonstra sua preocupação com o bem-estar coletivo: “Sim. Eu disse isso mesmo: cabelos. Os nossos cabelos são capazes de gerar uma alegria que só sente quem os perde. E quem perde precisa de ajuda" (La Torre, 2018, p. 51). A empatia, aqui, converte-se em ação concreta, consolidando o *ethos* de solidariedade que permeia toda sua escrita.

A leveza com que Fabíola aborda os momentos difíceis é uma de suas marcas mais inspiradoras. Ela recomenda que as pacientes tentem manter a normalidade sempre que possível: “Que tal tentar prosseguir com sua vida o mais próximo possível do normal? Talvez seja uma jornada mais fácil do que ficar entocada" (La Torre, 2018, p. 187). Além do acolhimento emocional, o livro cumpre uma função educativa de grande importância. Fabíola utiliza sua própria experiência para conscientizar sobre o câncer de mama, destacando a urgência da detecção precoce. Esse gesto aparentemente simples — o autoexame — torna-se símbolo da autonomia e do cuidado com o próprio corpo. Em outro momento, ela incentiva o acesso à informação como forma de reduzir o medo: “Conhecimento é poder! Quanto mais informações você compreender sobre a doença, antes, durante e após o tratamento e também sobre o que você deve esperar, mais seus medos diminuirão" (La Torre, 2018, p. 81). O saber, aqui, não é um privilégio técnico, mas uma ferramenta acessível e necessária para orientar o paciente.

Por fim, a obra estrutura-se como um testemunho de transformação e um legado emocional. Fabíola entende que o câncer, embora devastador, pode ser também um agente de crescimento, como afirma: “Incrível como a doença tem o dom de nos fortalecer e engrandecer. Às vezes, ela nos afasta das pessoas, mas, (...), se soubermos ser habilidosos e inteligentes, podemos usá-la a nosso favor para trazer de volta pessoas importantes para mais perto" (La Torre, 2018, p. 22).

A força que emerge da fragilidade, nesse sentido, não anula o sofrimento, mas o reinscreve como experiência de amadurecimento. A gratidão e a esperança compõem o horizonte da autora, como vemos quando ela escreve: “Ter medo é normal. Mas “(...) na hora em que você precisa, a força vem. E acreditar que vai dar certo é seu único recurso. Somos super-heróis de verdade" (La Torre, 2018, p. 74).

A narrativa deixa uma marca que vai além do autobiográfico. Seu valor está na tessitura de um discurso que acolhe, instrui e transforma. A partir de uma dor pessoal, Fabíola constrói um legado coletivo de coragem, empatia e reinvenção, demonstrando que o ato de narrar pode ser também o ato de curar — a si mesma e aos outros.

7 *ETHÉ* E ESTRATÉGIAS ENUNCIATIVAS NAS ENTREVISTAS

Neste capítulo, reunimos a análise das entrevistas semiestruturadas realizadas com três mulheres atendidas pela Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), que se encontravam em tratamento oncológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no momento da coleta de dados. As entrevistas foram conduzidas com o objetivo de compreender, sob as perspectivas discursiva e experiencial, como essas mulheres constroem sentidos sobre o adoecimento, o diagnóstico, o tratamento e o suporte institucional e afetivo recebido ao longo do processo. Por razões éticas, as participantes não estão identificadas nominalmente e são aqui denominadas como Assistida I, Assistida II e Assistida III.

A estrutura deste capítulo contempla a divisão das entrevistas em dois momentos distintos da experiência: o período anterior ao início do tratamento e o período durante o tratamento. A organização das análises foi guiada por um roteiro de dez perguntas abertas, voltadas para aspectos objetivo e subjetivo da trajetória das entrevistadas. As respostas são interpretadas com base nos referenciais teórico-metodológicos propostos na tese.

7.1 Análise das entrevistas com as mulheres assistidas pela ASPRECAM

Nesta seção, apresentamos a análise das entrevistas agrupadas em dois blocos temáticos: “Antes do tratamento”, com quatro perguntas, e “Durante o tratamento”, com seis perguntas, conforme exposto no Apêndice D.

Esses blocos foram organizados com o intuito de compreender não apenas os aspectos objetivos do diagnóstico e do acesso ao tratamento, mas também os efeitos subjetivos da doença nas trajetórias pessoais das entrevistadas, suas percepções sobre o corpo, as relações familiar e social, o papel das redes de apoio e os sentidos atribuídos à vivência do câncer.

A apresentação das respostas é feita por bloco temático de perguntas, agrupando as falas das três entrevistadas em torno de cada situação analisada. Essa escolha metodológica visa favorecer uma leitura comparativa e evidenciar pontos de convergência e de divergência entre os relatos, possibilitando uma análise mais densa das experiências narradas.

Ao final de cada bloco, serão destacados os aspectos recorrentes, os sentidos discursivamente atribuídos à doença e os modos de enfrentamento identificados, em diálogo com os referenciais teóricos que fundamentam esta pesquisa.

7.2 Percursos singulares: breves perfis narrativos das entrevistadas

Assistida I

"Deus tá no controle, mas a gente tem que fazer a nossa parte"
(Assistida I).

A Assistida I é casada, mãe de duas filhas e reside numa cidade do interior de Minas Gerais. Trabalha em um escritório e é pastora em sua comunidade. Aos 17 anos, quando estava tomando banho, descobriu um "carocinho" na mama direita. Nem tinha o seio totalmente formado ainda, mas dava para perceber. Ela foi ao médico, fez a ultrassonografia, depois a mamografia, com a autorização do SUS, e o resultado foi que era benigno. Ela comenta a orientação médica que recebeu na época: "(...) o médico deu a opção de retirar ele ou de todo ano fazer um ultrassom para ver se ele desenvolve ou não"

Aos 22 anos, quando casou, seu marido considerou que ela não deveria retirar o nódulo. Ela ficou despreocupada, e não tinha o costume de fazer ultrassom com regularidade, mas, quando descobriu outro nódulo, na mama esquerda, fez a ultrassonografia das duas mamas, como relata a seguir:

> Eu venho seguindo com ele, mas não sou de fazer o ultrassom todo ano. Fui fazer agora, porque descobri esse outro nódulo, a ultrassom das 2 mamas, pra ver se ainda tinha nódulo mesmo, como que ele estava, né? Se tava avançado ou não, mas eu nunca tive essa importância mesmo.

Aos 34 anos, pouco tempo após o parto do segundo filho, novamente durante o banho, a Assistida descobriu o nódulo na mama esquerda, como relata: "(...) peguei o sabonete, fui lavar a mama porque estava muito cheia de leite. E quando eu passei a mão com o sabonete assim, eu senti o nódulo. No começo, achei que tava com a mama empedrada, por causa do leite. Depois fui ao posto."

Ela foi ao posto de saúde com seu marido para fazer a consulta médica, mas não conseguiu ser atendida pelo médico naquele dia e justifica: "a gente chegou lá, a enfermeira não deu a devida importância e não encaminhou pro médico, só deu o pedido de ultrassom" Ela faz uma crítica ao fato de que, no posto, o atendimento é feito pela enfermeira, e que o médico nem sempre está lá para atender e, quando atende, não examina direito a paciente. Ele

pergunta à paciente se está tudo bem, não examina as mamas, nem pede exames, conforme relata: (...) Nisso, o médico já vem e foi, nunca, nunca nem apalpou, não".

Quando foi fazer a ultrassonografia, a médica que a atendeu observou que o nódulo da mama esquerda estava bastante descaracterizado e lhe pediu uma biópsia. Preocupada com o problema, ela resolveu não esperar a biópsia pelo SUS e a fez na Cedive, uma clínica particular, mas, mesmo assim, o resultado demorou 27 dias para ficar pronto. A Assistida narra que foi à clínica, mas o resultado não estava pronto. Um funcionário perguntou-lhe se poderia enviá-lo pelo WhatsApp. Ela aceitou a conduta e o recebeu por este aplicativo.

Quando recebeu o exame, estava sozinha e foi logo para a internet para saber o que estava escrito no exame: câncer de mama invasivo grau 2, como expõe: "Quando eu peguei o diagnóstico que eu entrei na internet, vi lá câncer de mama invasivo grau 2. Aí eu já fui lá buscar o que que era o tal do grau 2. Porque eu pensei, se é grau 2, então tem grau 1, 3, mais graus, que é isso aí".

Na primeira consulta com a mastologista pelo SUS, ela se queixa de que a médica não teve a delicadeza para falar com ela sobre o câncer. Nestas palavras relata: "E aí quando ela falou comigo, ela foi bem curta, grossa, objetiva. Foi um dia antes do meu aniversário" A Assistida não queria acreditar, aceitar que estava com câncer, como narra emocionada: "(...) completamente desacreditada naquilo eu não estava conseguindo entrar na minha cabeça que eu estava com câncer. Eu fiquei sentada assim, paralisada, sem entender o que estava acontecendo ou tentando entender na verdade". A notícia torna-se mais acentuadamente dolorosa por ser o dia de seu aniversário, momento em que ela deveria estar feliz, celebrando a vida, e não a tristeza.

A médica oncologista que a atendeu no posto de saúde a encaminhou diretamente para o hospital Felício Rocho, onde a médica também trabalhava. Esse processo foi até rápido. Mas, quando a Assistida chegou ao Felício Rocho, já para marcar a cirurgia, comunicaram-lhe que a médica havia entrado de férias. O hospital disse que não poderia mudar a equipe e ela teria que esperar a médica voltar das férias e, só depois disso, marcar a consulta, o que poderia demorar bastante. A Assistida relata que foi orientada por Cláudia Magalhães, coordenadora do Programa DedicAção, da ASPRECAM, a procurar a ouvidoria do hospital e pedir que agilizassem o procedimento dela de alguma maneira. A Assistida já estava com o diagnóstico e sabia que o tratamento iria começar pela cirurgia, porque o nódulo estava pequeno, mas o ideal era fazer a cirurgia o mais depressa possível.

Depois de ela procurar a ouvidoria, a equipe do hospital agendou a cirurgia dela na mesma semana que a médica voltaria de férias. Eles anteciparam o risco cirúrgico dela e já

deixaram a cirurgia marcada. Se não fosse isso, quando a médica chegasse de férias, a Assistida teria que fazer uma consulta para pegar os pedidos de exames pré-cirúrgicos e ainda teria que esperar mais tempo, para, somente depois, marcar o retorno com a médica e marcar a cirurgia. Nesse sentido, ela teria saído do posto de saúde com o diagnóstico, mas não teria conseguido iniciar o tratamento, conforme determina a Lei 12.732/2012 no SUS. Esta prevê o tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) dentro do prazo máximo de 60 dias, a partir do diagnóstico.

Assistida II

"Precisa fazer o que tem que fazer e acreditar"
(Assistida II).

A Assistida II é descendente de italianos. Mora há mais de 26 anos no Ceará, mas estava residindo em Belo Horizonte para fazer o tratamento no Hospital das Clínicas (que é integrado ao SUS), no momento da entrevista. É separada, tem um filho já adulto, que mora no Ceará. Não estava trabalhando no momento da entrevista.

Ela fez a ultrassonografia por sugestão do cunhado mastologista, após sua mãe ter sido diagnosticada com câncer de mama. O ultrassom revelou uma mancha suspeita, e exames complementares confirmaram o diagnóstico. Embora três médicos (incluindo o cunhado, um mastologista de Belo Horizonte e um perito nomeado pelo Ministério Público) tenham indicado quimioterapia antes da cirurgia, a Prefeitura de Belo Horizonte negou o pedido, com base no protocolo de tratamento do SUS, que normalmente indica a cirurgia primeiro e depois a quimioterapia. Diante disso, a Assistida entrou com uma ação judicial, e, segundo seu relato, "(...) foi necessário o juiz bloquear a verba da saúde para que eles acatassem a decisão judicial. Isso foi em torno de uns 4 meses".

A justificativa por parte da Secretaria Municipal de Saúde para o início do tratamento ser feito com a cirurgia deve-se ao fato de que o nódulo estava num estádio (tamanho) pequeno. Entretanto, a mastologista — pelo fato de haver grande possibilidade de ser um câncer hereditário, pois a mãe também havia sido diagnosticada com câncer de mama, em dezembro de 2021 —, achou mais prudente e eficaz iniciar com a quimioterapia. Além disso, a prática atual da medicina oncológica tem sido atender ao tratamento individualizado, levando em consideração algumas condições da paciente e das características do tipo de câncer, o que também justifica a conduta adotada pela médica da Assistida.

Embora tenha sido um processo moroso e cheio de controvérsias, como veremos nos relatos da Assistida durante a entrevista, ela conseguiu, judicialmente, que o protocolo de sua médica prevalecesse ao do SUS e ela pudesse fazer a quimio e, no momento da entrevista, dar o próximo passo, que seria a cirurgia.

Assistida III

"Deus não dá um frio maior do que o cobertor. Se ele te deu isso pra você passar, porque ele sabe que você vai aguentar. Entendeu?"
(Assistida III).

A Assistida III está separada do marido, é mãe de dois filhos adultos. Mora com a filha mais velha. Trabalhou como doméstica, durante 17 anos. Atualmente trabalha como cuidadora de idosos. Seu testemunho evidencia episódios de violências simbólica e verbal por parte do ex-marido. Ela relata que ele não se importou com seu adoecimento. Além disso, usava palavras ofensivas, como depõe neste relato autobiográfico: "Casada com o pai das meninas. Bom, pra falar a verdade, **ele nem thum!! Nada, nada!!! É como se fosse normal.** Toda vez que ele bebia, ficava me chamando de **cancerosa**. Isso me matava. (Grifo nosso)".

Ela teve a primeira experiência com o câncer há mais de vinte anos, durante uma gravidez não diagnosticada. Ela foi ao ginecologista, fez a mamografia e esta revelou um nódulo na mama direita. Diante disso, foi encaminhada ao mastologista e, em seguida, submetida à cirurgia mamária. Ela fez a cirurgia e todo o tratamento sem saber da gestação. Só soube quando teve um aborto espontâneo. Depois desse episódio, nunca mais menstruou, relata a Assistida: "(...) Então eu fiz os tratamentos, a cirurgia, tudo grávida e eu não sabia. E o médico ginecologista que eu fui nele também, ele não me falou. Eu estava grávida de 4 meses, perdi e de lá pra cá não menstruei mais".

Na época da primeira ocorrência de câncer, marido dela era funcionário do estado de Minas Gerais e ela fez todo o tratamento pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), no Hospital São Francisco (filiado ao IPSEMG), em Belo Horizonte.

Duas décadas depois, a mamografia de prevenção mostrou que a doença havia retornado, houve a recidiva na mesma mama, e a Assistida teve que enfrentar a demora para ser encaminhada ao mastologista pelo posto de saúde. Nesse momento, ela já estava separada do marido, não tinha mais o direito ao atendimento pelo IPSEMG, e estava em tratamento pelo SUS. Na sequência narrativa, a seguir, ela relata sua conversa com o médico e o processo

da demora da marcação da consulta, um dos maiores problemas que as mulheres atendidas pelo SUS enfrentam.

> Eu fiz uma mamografia, aí ele falou que tem uma suspeita de um caroço aqui. Aí, você vai aí, no posto, né? Em posto, tudo é demorado, ainda mais esse, que era onde ia. Aí, ele mandou marcar. Ele mandou marcar mastologista urgente. Só que eles demoraram pra marcar. Pra mim, levou quase um ano, mas, aí, nesse intervalo, cresceu, né? Aí, quando consegui, consegui ir no mastologista, aí ele achou ruim pela demora e tudo.

O diagnóstico foi confirmado após três biópsias, e a mastectomia foi indicada devido ao avanço do tumor. Acreditamos que essa intervenção mais radical se deveu à demora para o tratamento. Embora o médico a tenha orientado sobre a Lei no 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes SUS, nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer, ela recusou a colocação de prótese.

O médico e a própria Assistida reconheceram, depois da cirurgia, que a recusa da colocação de prótese foi a melhor atitude, como expõe a Assistida: “Só que aí, depois ele acabou a cirurgia, ele foi lá falar com minha filha que realmente a minha decisão foi a certa. Porque se eu tivesse falado que eu queria, não ia dar, por causa da radioterapia, a pele ficou muito fina". Assim, ela passou por quimioterapia e, por iniciativa própria, começou a fazer acompanhamento com um psiquiatra e com um psicológico. As consultas eram particulares, mas ela pagava valores simbólicos. Optou por não estabelecer outro relacionamento afetivo-sexual desde a separação. Ela conta que recebeu apoio da família, de uma fraternidade religiosa e da ASPRECAM, instituição com a qual se identifica e frequenta suas atividades com alegria.

7.2.1 Descoberta da doença e início do tratamento: sentidos, afetos e trajetórias

As respostas das três Assistidas ao primeiro bloco temático da entrevista — que contempla o momento anterior ao tratamento oncológico — revelam um campo discursivo marcado por contrastes entre conhecimento e prática, surpresa e resignação, medo e estratégias de enfrentamento. A organização discursiva das falas constrói diferentes efeitos de sentido, conforme as condições de produção de cada sujeito, suas inserções tanto sociais quanto afetivas e espirituais, e os contratos comunicacionais mobilizados em suas

enunciações. Como lembra Charaudeau (2009), o ato de linguagem está sempre inserido em uma situação de comunicação que envolve os sujeitos em suas complexidades identitária e relacional, mobilizando sentidos tanto explícitos quanto implícitos.

7.2.2 Observação corporal e o autoexame: entre o saber e o fazer

Quando questionadas sobre o hábito de observar mudanças no corpo e realizar o autoexame, as três mulheres reconhecem não ter incorporado práticas preventivas antes do diagnóstico.

A Assistida I relata nunca ter dado importância a esse cuidado, justificando sua negligência com base no modelo familiar: “venho de uma família que também não tinha essa preocupação”. Seu discurso projeta um *ethos* de desconhecimento herdado, em que o Eu comunicante (EUc) transfere parcialmente a responsabilidade individual ao coletivo familiar, o que exemplifica o contrato comunicativo marcado por valores internalizados e também naturalizados. Essa reprodução de práticas culturais se ancora na ideia de que o câncer é algo improvável, distante de sua realidade: “(...) a gente acha na mente da gente que nunca vai acontecer com a gente". A Assistida lamenta não ter se preocupado em fazer o autoexame e com um tom de pesar, talvez de culpa, expõe o comentário da médica que a atendeu, ao constatar o nódulo: “(...) quando eu fui diagnosticada, a médica falou comigo assim: ‘esse nódulo apareceu em você já tem aproximadamente um ano’”.

A Assistida II, por sua vez, admite não ter o hábito de realizar o autoexame das mamas, embora reconheça sua importância no contexto da prevenção. A descoberta da doença ocorreu de maneira não planejada, motivada pela sugestão de seu cunhado, mastologista e proprietário de uma clínica de ultrassonografia, que a incentivou a fazer a consulta clínica e os exames, especialmente porque a mãe da Assistida havia sido recentemente diagnosticada com câncer de mama. Durante o ultrassom, foi identificada uma mancha suspeita, o que levou à recomendação de uma mamografia pelo cunhado. Foi este exame que revelou a presença do câncer, dando início a seu percurso como paciente.

A narrativa sugere que a descoberta da doença se deu por acaso, a partir de uma iniciativa relacional e não de uma conduta preventiva voluntária. Ao final do relato, a Assistida sintetiza esse descompasso entre conhecimento e prática ao afirmar: “(...) uma coisa é saber, outra coisa é fazer”. Essa formulação, embora não traga marcas explícitas da primeira pessoa, expressa uma posição subjetiva diante da experiência vivida, configurando-se como um ato *elocutivo*, no qual a locutora assume e avalia criticamente sua própria postura anterior.

Tal movimento de reflexão constrói um *ethos* de consciência crítica e de aprendizado experiencial, que reforça o papel das redes familiares como mediadoras do cuidado e da tomada de decisão. O contrato comunicacional instaurado nesse percurso se apoia na confiança e na autoridade do saber médico, evidenciando como vínculos afetivos podem se tornar canais fundamentais de acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

A Assistida III afirma que não possuía o hábito de realizar o autoexame, prática que só passou a incorporar em sua rotina após o diagnóstico da doença. Essa mudança comportamental é enfatizada por meio de marcas linguísticas específicas, como a repetição da negação ("não fazia, não") e o uso da partícula "né", indicativa da função fática da linguagem, que busca a validação e a adesão do interlocutor, como podemos observar neste ato *elocutivo*: "Eu não era de fazer muito, não. Antes de ter, eu não era muito de fazer, não. E mesmo agora eu faço, agora eu faço, mais, né? Mas antes eu não fazia, não. Agora eu já fico preocupada, aí eu faço sempre".

Nessa enunciação, observa-se uma estratégia discursiva que visa conferir legitimidade à sua fala, ancorada na tentativa de envolvimento tanto da entrevistadora, situada como TUd no circuito interno da comunicação, quanto do TUi**,** como uma voluntária da ASPRECAM, que compartilha da experiência e dos valores mobilizados pela locutora no circuito externo. O relato expressa não apenas uma mudança de conduta, mas também um movimento de reestruturação de seu *ethos***,** que deixa de figurar como sujeito passivo e passa a assumir uma posição discursiva de maior agência no cuidado com o próprio corpo, em conformidade com o contrato de comunicação estabelecido.

Os relatos das Assistidas compõem uma encenação discursiva que, no dizer de Charaudeau (2009), articula os modos enunciativo e narrativo, produzindo efeitos de confidência e de partilha. As falas não apenas informam sobre a ausência de práticas preventivas, mas performam uma construção de subjetividade atravessada por memórias familiares, os quais não tinham o hábito de práticas preventivas, acrescida da dificuldade de conciliar teoria e prática e da crença de corpo blindado.

7.2.3 A descoberta do câncer: entre o acaso, o susto e a omissão institucional

A forma como cada mulher soube do diagnóstico revela diferentes modos de enunciação e de efeitos de sentido.

A Assistida I descobre o primeiro nódulo benigno, na mama direita, por acaso, durante o banho, ao se tocar. Descobre o segundo, na mama esquerda, na qual se constatou a presença

do câncer, também durante o banho, ao se lavar, conforme relata: “Eu tava tomando banho, peguei o sabonete, fui, peguei sabonete e fui lavar a mama, porque estava muito cheia de leite. E quando eu passei a mão com o sabonete, assim, eu senti o nódulo”. A Assistida encena os movimentos que realizou na mama, e projeta uma lógica narrativa de impacto, marcada por ações encadeadas: banho, toque e descoberta.

A Assistida II relata que o diagnóstico surgiu de maneira inesperada, ao realizar um exame sem intenção de prevenção, incentivada pelo cunhado. Sua fala destaca o caráter relacional do evento: “(...) eu ia deixar de ser cuidadora para ser paciente também". A enunciação apresenta um *ethos* de transição identitária, em que o sujeito se vê deslocado de uma posição de amparo à de vulnerabilidade. A confiança depositada no cunhado e a rapidez no encaminhamento apontam para um contrato comunicativo pautado na responsabilidade compartilhada.

A Assistida III articula em sua narração dois momentos distintos, porém interligados, de sua trajetória com o câncer de mama: o primeiro, ocorrido há mais de vinte anos, durante uma gestação não diagnosticada, e o segundo, marcado pela recidiva da doença, já em outros contextos de vida afetivo e institucional. No primeiro episódio, a ausência de um diagnóstico adequado da gravidez por parte dos profissionais de saúde resultou a realização da cirurgia mamária e de todo o tratamento oncológico, sem o conhecimento de que estava grávida, culminando em um aborto espontâneo. A paciente expressa profunda mágoa e indignação diante da negligência médica: *“*Então eu fiz os tratamentos, a cirurgia, tudo grávida e eu não sabia. (...) Eu estava grávida de 4 meses, perdi e de lá pra cá não menstruei mais".

Esse relato constrói um *ethos* de denúncia e de dor, em que o EUc interpela o TUi, potencialmente identificada com a rede de apoio solidário da ASPRECAM e com outras mulheres que compartilham experiências de violação simbólica no sistema de saúde. No circuito do dizer, sua enunciação interpela também o Tu destinatário (TUd), que ocupa o lugar da entrevistadora e escuta o relato num pacto ético de acolhimento. A revolta expressa — “o médico não fez o exame direito” — atualiza uma memória traumática que, segundo Arfuch (2013a), ganha contornos narrativos não apenas como recordação de um fato doloroso, mas como um gesto de elaboração discursiva que dá sentido ao vivido e reinstitui o sujeito em sua capacidade de dizer de si.

Duas décadas depois, diante da recidiva do câncer na mesma mama, a Assistida enfrenta outro cenário, marcado agora pela fragilidade dos vínculos conjugais, pela separação do marido, e pela precariedade do acesso à saúde pública, sem mais o direito ao atendimento pelo IPSEMG. O novo diagnóstico é perpassado por uma experiência de espera angustiante,

que ela denuncia em seu relato: "(...) ele mandou marcar mastologista urgente. Só que eles demoraram pra marcar. Pra mim, levou quase um ano (...) nesse intervalo, cresceu, né?". Aqui, o *ethos* de denúncia reaparece, mas é permeado também por um *ethos* de lucidez crítica e perseverança, que se expressa na busca autônoma por suportes psicológico e psiquiátrico, ainda que por meios particulares e com recursos limitados, como vimos.

No quadro comunicacional de Charaudeau (2009), o Eu enunciador (EUe), agora mais consciente de sua condição e de seus direitos, mobiliza o contrato de comunicação em um esforço de partilha e de influência: deseja não apenas narrar, mas implicar seus interlocutores (TUd e TUi) na escuta ativa de sua trajetória. Seu discurso, entrecortado por lembranças, pausas e avaliações, torna-se espaço de ressignificações subjetiva e social, revelando-se como gesto de resistência e de reconstrução de si.

Os relatos das Assistidas revelam que a descoberta da doença esteve fortemente vinculada ao acaso e a fatores externos ao sujeito, como o toque acidental durante o banho, a sugestão de um familiar ou o encaminhamento médico impreciso. Essa não agência inicial marca o primeiro ponto comum entre as entrevistadas, evidenciando a ausência de práticas sistemáticas de prevenção e a dependência de outros actantes — sejam familiares ou profissionais — para que o diagnóstico ocorresse. Tal comportamento mostra um contraponto importante em relação ao Grupo 1, em que todas tinham conhecimento do nódulo antes de procurarem a assistência médica. Isso reforça nossa defesa de haver um trabalho sistemático de orientação sobre as práticas de autocuidado, principalmente nas classes com menos acesso a uma educação sistematizada.

A surpresa e o impacto emocional estão presentes em todas as falas, assim como os diferentes modos de elaborar esse evento: pela busca ativa de informações, pela confiança no outro ou pela denúncia da negligência institucional. Os *ethé* discursivos oscilam entre o da jovem em choque diante de um corpo que se altera inesperadamente (Assistida I), o da mãe cuidadora que se torna paciente (Assistida II), o da mulher indignada com o sistema (Assistida III). O discurso é construído com fortes cargas referencial e afetiva, articulando narratividade, memória e sentidos traumáticos, em consonância com a elaboração simbólica da experiência, como defende Arfuch (2013).

7.2.4 Reações ao diagnóstico: medo, resignação e espiritualidade

As emoções que surgem a partir do diagnóstico variam entre as entrevistadas, mas o medo aparece como uma emoção recorrente.

A Assistida I descreve: “uma multidão de sentimentos dentro de mim. Inexplicáveis”, acompanhados da sensação de “paralisia” e “sem chão”. A evocação da imagem de uma conhecida que faleceu com câncer aciona um imaginário social de morte e de sofrimento, ativando uma tópica emocional de angústia existencial. O *ethos* de resistência espiritual surge quando ela comenta seu papel como pastora. Há um tom fortemente religioso, ancorado na crença de sua representação como uma mulher-fortaleza, cuja visão é “que foi eleita para levar a palavra de fé a seus fiéis” no templo em que celebra a palavra de Deus, e declara: “(...) a fortaleza não pode quebrar". A linguagem mobilizada revela uma tensão entre fragilidade íntima e desempenho de força pública, compondo um espaço enunciativo de duplo endereçamento — para si e para os outros.

A Assistida II revela uma resposta ao diagnóstico de câncer de mama marcada menos pela paralisia do medo e mais por um sentimento inicial de surpresa, o que já indica uma forma discursiva particular de lidar com o trauma. Sua enunciação constrói um *ethos* de racionalidade e de enfrentamento progressivo, pautado na organização do tempo em pequenas metas e na mobilização de recursos emocional e espiritual para manter o autocontrole. Conforme declara: “Eu fiquei mais surpresa do que temerosa. (...) Eu tinha comigo o seguinte, que era uma batalha e que eu venceria essa batalha um dia de cada vez”.

No espaço externo da comunicação, o EUc apresenta-se como uma mulher que cuida da mãe e passa subitamente à condição de paciente, instaurando uma ruptura de papéis que exige ressignificação. O TUi, situada no horizonte de mulheres em tratamento e apoiadoras da ASPRECAM, é convocada não apenas a escutar, mas a reconhecer e legitimar essa racionalização como forma válida de resistência. No circuito do dizer, o EUe compartilha seu percurso com a entrevistadora (TUd), buscando não tanto comover, mas explicar sua lógica de enfrentamento: “Eu fui trabalhando com dias, sabe? Como se fosse metas”.

Esse processo discursivo ativa o que Charaudeau (2009) nomeia de estratégias de influência regulada, nas quais o sujeito se apresenta como alguém que domina parcialmente a situação, ainda que não elimine o sofrimento. A escolha lexical e o encadeamento de ações estruturam o discurso sob os modos narrativo e enunciativo: há uma sucessão lógica de eventos — diagnóstico, surpresa, busca por apoio, planejamento do tratamento — e também forte presença de marcas subjetivas que indicam julgamento, avaliação e posicionamento diante do vivido: “O que está no meu alcance, o que eu preciso sentar e esperar”.

Nesse ponto, a entrevista ativa também, seguindo a lógica de Micheli (2012), uma operação discursiva de legitimação da emoção, pois a Assistida II justifica seus sentimentos ao situá-los em um horizonte de aprendizado e fé: “A opção religiosa que eu tenho me ajuda

muito a ver a doença como um aprendizado e não como um castigo". Esse discurso espiritualizado — sem resvalar na negação do sofrimento — configura um *ethos* de superação sem euforia, profundamente humano e contraditório: "Tem dia que você está super animada. Mas tem dia que você está se arrastando".

Outro aspecto relevante da enunciação é a forma como o filho aparece como força motriz de sua resistência. A maternidade torna-se, ao mesmo tempo, motivação e vulnerabilidade, instaurando uma modalização afetiva que sustenta a lógica da ação: "Se eu estiver bem, ele estará bem". Esse raciocínio reforça uma subjetividade relacional, em que o cuidado de si se justifica pelo cuidado com o outro, revelando uma ética do vínculo, como destacam Arfuch (2013) e Meccia (2020) ao tratarem das autobiografias de mulheres em contextos de dor.

Por fim, a ansiedade é nomeada como maior dificuldade enfrentada, mas mesmo isso é tematizado em termos de gestão e de autocontenção: "Hoje eu consigo trabalhar isso". Esse discurso reforça o *ethos* de enfrentamento cotidiano, não idealizado, e revela uma forma de agência discursiva que se constitui no intervalo entre a dor e a palavra. O modo como a Assistida se organiza linguístico e afetivamente, atribuindo significação ao vivido, confirma a hipótese de que o discurso não apenas narra o trauma, mas atua sobre ele, reorganizando os afetos e os sentidos da experiência.

O testemunho da Assistida inscreve-se, assim, como um gesto de presença. Meccia (2020) compreende os relatos autobiográficos de experiências-limite como atos discursivos que revelam o sujeito em sua relação com o mundo, promovendo uma reinstituição simbólica da identidade fragilizada. Nesse sentido, podemos considerar tais enunciações como verdadeiros gestos de presença, nos quais a linguagem não apenas representa a dor, mas reposiciona o sujeito como agente e partícipe de sua própria história, ao transformar uma experiência de ruptura subjetiva — o diagnóstico de câncer — em um ato de enunciação que reafirma a continuidade de si.

Ao construir um discurso pautado pela racionalidade afetiva, pela fé e pelo compromisso com o filho, a Assistida reivindica um lugar de agente de sua própria história, ainda que dificultada pela vulnerabilidade. Sua narrativa mobiliza imaginários sociodiscursivos de força interior, maternidade abnegada e superação espiritual, profundamente enraizados no tecido simbólico feminino e também religioso de comunidades populares.

Nesse sentido, o discurso não apenas representa uma vivência pessoal, mas compartilha com o interlocutor um horizonte de valores que legitima sua forma de existir e de

resistir. A palavra, ao ser proferida, não busca a comoção gratuita, mas a partilha ética da experiência, implicando o outro num pacto de escuta, reconhecimento e afeto. É nesse espaço entre o trauma e a linguagem que a Assistida II reorganiza simbolicamente sua dor, transformando o sofrimento em narrativa, e a narrativa em uma forma de cuidado — consigo, com o outro e com a própria memória.

A Assistida III apresenta uma narrativa fortemente marcada por um sentimento de medo persistente, atualizado com o diagnóstico de recidiva, mas que se ancora também na memória do primeiro câncer, quando suas filhas ainda eram pequenas. A emoção contida na frase: "(...) meu medo era morrer e deixar elas", revela que o medo não se limita à ameaça da doença, mas se desdobra em vínculos afetivos profundos, o que projeta um *ethos* de mulher cuidadora, cuja identidade se constrói na relação com o outro.

Os relatos de si são atravessados por marcas de memória discursiva, constituídas a partir de experiências passadas que reaparecem e se reorganizam em novos contextos enunciativos. Nesse caso, a experiência passada da doença atua como matriz de significação que estrutura o modo como a Assistida constrói sua emoção presente, orientando sua interpretação da recidiva e atualizando, no relato, um imaginário de perda e de responsabilidade materna.

Sob a perspectiva do contrato de comunicação (Charaudeau, 2009), esse *ethos* emerge por meio de atos *elocutivos* — "(...) eu ficava pensando nas minhas meninas", "(...) eu começava a ficar ansiosa demais" — que traduzem sua avaliação subjetiva do vivido. Ao mesmo tempo, surgem marcas *delocutiva*s, como no trecho "(...) quando alguém fala que fulano está com câncer e morreu", em que sua fala é atravessada por vozes sociais que remetem a um imaginário coletivo de medo e de morte em torno do câncer. Tais vozes estruturam sua resposta emocional, ancorada em experiências compartilhadas e socialmente significadas.

Como vimos, Micheli (2012) afirma que as emoções se constroem discursivamente por meio de operações de *atribuição*, *avaliação* e *legitimação*. A Assistida legitima seu medo ao vincular a doença à morte e à responsabilidade pelas filhas, ao afirmar: "(...) praticamente elas têm só a mim", conferindo à emoção valores social e ético. Essa construção emocional se organiza ainda em uma lógica processual: o medo inicial, que a paralisa, vai sendo enfrentado por meio do apoio da fraternidade religiosa, do perdão que ela deu ao marido e da reconstrução interior, explícita nos dizeres: "(...) É, eu era muito, tinha muita mágoa, consegui tirar. Muita mágoa no meu coração, sabe? Hoje eu falo com você, hoje eu estou bem".

Ao narrar suas experiências, ela reconfigura seu papel discursivo: de paciente ansiosa para sujeito reflexivo, que elabora o trauma, ressignifica o passado e compartilha uma trajetória de enfrentamento com o interlocutor. A linguagem torna-se, assim, um instrumento de reorganização subjetiva, em que o relato não apenas rememora a dor, mas afirma a presença e a força de quem fala.

Os relatos das Assistidas mostram que, ao mesmo tempo, emergem estratégias de enfrentamento subjetivo: a fé e o papel religioso (Assistida I), a disciplina e o autocontrole (Assistida II), e o apego aos vínculos familiares (Assistida III). A construção desses modos de reação, como apontamos, se dá por meio de atos *elocutivos* carregados de subjetividade, nos quais as entrevistadas avaliam suas emoções e projetam imagens de si em reconstrução. As falas performam uma enunciação patêmica que, mais do que descrever um estado emocional, produz uma identidade afetiva em processo — marcada por conflitos, resistências e reinvenções.

O medo, em diferentes formas e intensidades, é a emoção dominante nas reações iniciais ao diagnóstico, assumindo sentidos que vão da paralisia emocional à racionalização do sofrimento. Ainda que cada entrevistada mobilize recursos distintos para enfrentar esse momento, todas constroem um espaço discursivo em que o câncer é associado à ameaça da morte, à incerteza e à ruptura das funções cotidianas.

7.2.5 Início do tratamento: entre expectativas e obstáculos

A forma como cada Assistida narra o início do tratamento revela tensões entre expectativas e realidades institucionais, mobilizando sentidos de frustração, de resistência e de reorganização subjetiva.

A Assistida I apresenta uma narrativa que se estrutura discursivamente como um percurso marcado por contradições entre expectativa e realidade, entre o que lhe foi inicialmente informado e o que de fato ocorreu. Apesar de considerar o processo "rápido", o que se evidencia em seu relato é uma sequência de obstáculos institucionais, choques simbólicos e marcas de sofrimento emocional. A mudança inesperada no procedimento cirúrgico da mama — de uma retirada parcial para a mastectomia completa — foi vivida como uma ruptura violenta: “A ideia era tirar só o bico do seio, mas quando me abriram, viram que tinham que retirar toda a mama".

Essa alteração do plano previamente combinado não apenas impacta fisicamente, mas também atinge diretamente suas identidades corporal e emocional, gerando um *ethos* de

fragilidade e de indignação, como se houvesse uma quebra de confiança na mediação médico-paciente. Sob a perspectiva de Charaudeau (2009), esse *ethos* emerge como efeito da encenação discursiva, em que o EUc se apresenta como alguém afetado não apenas pela doença, mas pelo modo como as decisões médicas foram comunicadas e executadas, sem diálogo. O corpo torna-se, nesse sentido, espaço de inscrição simbólica da violência institucional, e a linguagem, um lugar de desabafo e de denúncia.

Essa ruptura discursiva também aparece na fala sobre a quimioterapia, cuja imposição inesperada provocou nova crise emocional: "Foi aí que eu tive a outra crise de choro". O uso da expressão "outra" indica que o sofrimento não é pontual, mas cumulativo, atravessando o relato em sucessivas camadas.

Como propõe Micheli (2012), as emoções, nesse tipo de narrativa, não são apenas manifestações internas, mas operações discursivas de avaliação e de legitimação, que funcionam como argumentos para expressar e justificar o sofrimento. A vergonha diante da queda do cabelo — "quando o meu cabelo caiu, não tinha como mais... tive que mostrar pra todo mundo a minha vergonha" — não é apenas uma emoção privada, mas um construto social que revela o quanto o adoecimento afeta a imagem pública e o pertencimento social da paciente, especialmente em contextos em que o trabalho e a exposição do corpo estão implicados.

Do ponto de vista simbólico, esse momento de transição — de mulher ativa e cuidadora a paciente oncológica — demanda uma reorganização subjetiva dolorosa. Uma situação muito semelhante ao que foi apontado nas análises de Lessa (2019). O autor constata que alguns relatos de si atravessam um processo de reconfiguração identitária diante de novos saberes e de situações-limite, nas quais o sujeito se vê convocado a renegociar seus valores, crenças e formas de estar no mundo, como expõe no exemplo a seguir.

> (...) observarmos esse processo de desdobramento do sujeito, no qual a colaboradora C4GRADGF sinaliza como novos saberes de conhecimento14**,** aprendidos nas esferas escolar (primeiro e segundo graus) e acadêmica (curso de Letras), podem representar "a força e o poder dos valores" de uma alteridade, cf. Bakhtin (1997), que passou a constituir a subjetividade de um indivíduo e a determinar, assim, seus posicionamentos político-ideológicos (Lessa, 2019, p. 99).

No caso da Assistida, a imposição do afastamento, a vergonha do corpo sem cabelo, e o impacto da cirurgia produzem um *ethos* oscilante entre aceitação e resistência, fé e desesperança, conformidade e luta. Sua trajetória revela não apenas a luta contra o câncer, mas contra os mecanismos que silenciam ou negligenciam o sofrimento da mulher diante das

decisões tanto clínicas quanto administrativas. Apesar dos entraves, a Assistida mobiliza sua rede de apoio, especialmente a ASPRECAM, para orientá-la, e consegue reverter a demora inicial no agendamento da cirurgia.

Sua luta por um encaixe, por meio da ouvidoria, pela visibilidade do próprio sofrimento e urgência, reforça um *ethos* de cidadania ativa e fé persistente, como já se manifesta em sua frase de abertura: “Deus tá no controle, mas a gente tem que fazer a nossa parte". Essa articulação entre fé, agência e denúncia revela uma subjetividade complexa, que não se reduz à condição de vítima, mas de um sujeito que agencia seus posicionamentos político-ideológicos, que se expressa como sujeito em constante disputa por reconhecimento e por cuidado.

A Assistida II, por seu turno, revela uma trajetória marcada por enfrentamento institucional e consciência dos próprios direitos. Ao narrar a recusa da prefeitura de Belo Horizonte em autorizar o protocolo indicado por três especialistas, incluindo um perito do Ministério Público, ela constrói um *ethos* de cidadania ativa, evidenciado pela sua decisão de recorrer à justiça para garantir o início do tratamento pela quimioterapia. A paciente não apenas narra os fatos de maneira sequencial, mas estrutura sua enunciação como uma denúncia fundamentada, mobilizando dados médicos, argumentos técnicos e referências à estrutura pública de saúde: “Foi necessário o juiz bloquear a verba da saúde para que eles acatassem a decisão judicial".

Sob a perspectiva do contrato comunicativo de Charaudeau (2009), o EUc assume a posição de uma mulher esclarecida, conhecedora de seus direitos e consciente da desigualdade do sistema. O *ethos* que emerge não é apenas o de uma paciente em busca de cura, mas o de uma sujeita discursiva que se posiciona contra a injustiça e exige reconhecimento institucional, como neste ato *delocutivo*: “O que me deixava revoltada era saber que eu pagava o INSS desde os 14 anos”. Essa formulação ativa o TUi para uma escuta ética e indignada, como prevê o princípio de regulação do contrato comunicativo, criando uma relação de cumplicidade e de compartilhamento de valores.

Há dois aspectos da fala da Assistida que gostaríamos de ressaltar. Um deles é esclarecer que ela deve ter se referido ao pagamento do INSS, no sentido de mostrar que cumpre sua função social, voltada a contribuir com o atendimento à saúde dos brasileiros, que é gratuita, exceto para o auxílio-doença. Ela espera, portanto, que o SUS também, em contrapartida, lhe ofereça ótimo atendimento.

O outro é que, em nível subliminar, ela reproduz o imaginário sociodiscursivo de que o tratamento pelo SUS é ruim, e que o tratamento particular, ou por intermédio de planos de

saúde, poderia ser melhor. Vimos no depoimento da escritora Soraia Evangelista que o plano de saúde cometeu uma falha grave na prestação de serviços e ela teve que passar pelo procedimento cirúrgico duas vezes.

Não se pode negar que o SUS apresenta falhas, mas destaca-se como o maior sistema de saúde do mundo. Ele abrange desde o atendimento a situações básicas, como a avaliação da pressão arterial, até as cirurgias mais complexas. Garantido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, o SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende uma média de 190 milhões de pessoas, e grande parte delas dependem, exclusivamente, dos serviços públicos para qualquer atendimento de saúde. Com uma demanda tão alta do SUS, o trabalho realizado por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), como a ASPRECAM, torna-se fundamental para "desafogar" o sistema, principalmente por meio dos programas de busca ativa de mulheres para a prevenção.

Além da denúncia, seu discurso articula também modos de resistência argumentativa, como mostram os trechos em que ela contrasta a opinião do médico da prefeitura com a de três especialistas: "Esses três profissionais foram questionados por um único médico na prefeitura". O olhar aguçado, a testa um pouco crispada e a construção linguística carregam marcas de ênfase, repetição e contraste, que ampliam o tom de inconformismo e de racionalidade da Assistida. E ela continua seu discurso de raiva: "O tratamento em si ficaria em torno de R$ 320.000,00. A prefeitura não queria ter esse custo. (...) batia tanto na tecla de operar primeiro, operar primeiro. E depois fazer a quimioterapia. Agora eu terminei a quimio, vou operar, depois faço a radioterapia".

A Assistida mostra-se capaz de manejar termos técnicos — como "nível 1", "Bi-Rads[34]", "protocolo internacional" — com segurança e indignação, o que reforça seu *ethos* de uma pessoa informada e combativa. Nesse percurso, ela atualiza um discurso em que o corpo doente se entrelaça com os trâmites legais e as disputas por legitimidade dentro da saúde pública. A enunciação não busca apenas relatar, mas convocar o interlocutor à adesão e à denúncia, instaurando uma cena discursiva de resistência e de mobilização. A judicialização da saúde, nesse caso, não é apenas um dado do percurso biográfico, mas constitui um eixo organizador de sua identidade discursiva, marcada por uma racionalidade combativa e pela exigência de justiça como parte do tratamento.

---

[34] BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) é um sistema padronizado, criado pelo Colégio Americano de Radiologia para classificar os achados em exames de imagem das mamas (como mamografia, ultrassonografia e ressonância), para indicar o nível de suspeita de câncer e orientar a conduta clínica**.** As categorias vão de 0 a 6. Quanto maior o número, maior a chance de malignidade.

A Assistida III, em seu relato sobre o início do tratamento oncológico, revela tensões entre o saber médico institucional e sua recepção subjetiva. Embora afirme que o tratamento foi iniciado de forma rápida — com exames, cirurgia e, em seguida, quimioterapia —, sua enunciação está marcada por um movimento ambivalente entre aceitação e resistência. A primeira médica com quem teve contato minimizou o diagnóstico, afirmando que não seria necessário realizar radioterapia nem quimioterapia. Contudo, na consulta com a oncologista, a exigência da quimioterapia a desestabiliza: “Eu briguei com a médica, porque ela falou que eu tinha que fazer quimioterapia. Aí eu não aceitava. Fazer a quimio, aí já vem aquele medo assim, **cabelo vai cair**" (Grifo nosso).

Podemos novamente aplicar as proposições de Lessa (2019) sobre o processo de desdobramento do sujeito diante de novos saberes de conhecimento, que tensionam valores prévios e demandam reorganizações identitárias, no caso da Assistida, pois o saber biomédico — legitimado socialmente como verdade — confronta representações cultural e afetiva ligadas à quimioterapia, marcadas por imagens de dor, mutilação e perda da feminilidade. Esse embate entre o saber técnico e o saber experiencial promove um impacto sobre sua subjetividade e orienta seus posicionamentos diante das instituições e dos profissionais de saúde.

Do ponto de vista do contrato de comunicação de Charaudeau (2009), o EUc emerge como alguém que se esforça para compreender e aderir às orientações técnicas, mas cuja fala é permeada por memórias, temores e imagens coletivas da doença e do tratamento. Há uma oscilação entre atos *elocutivos* de resistência emocional — “(...) não aceitava”, (...) “já vem aquele medo assim, cabelo vai cair” — e uma disposição progressiva de adesão, revelada no relato de que iniciou a quimioterapia logo após a cirurgia. Esse movimento revela um *ethos* de vulnerabilidade ativa, em que o sujeito assume o lugar de quem teme, mas enfrenta, resiste e aprende a lidar com o tratamento.

Conforme Lessa (2019), esse reposicionamento do sujeito diante dos discursos dominantes implica um movimento de reorganização interna, no qual os novos saberes — neste caso, os saberes médicos —, ao mesmo tempo em que provocam resistência, também promovem reconfigurações identitárias. A linguagem, por conseguinte, opera como espaço de tensionamento entre ordens de saber e imaginários de sofrimento, revelando que, para além da técnica, o tratamento se realiza também como um percurso de enfrentamento discursivo e de reconstrução subjetiva.

Os relatos das Assistidas revelam uma realidade conflitiva entre o acesso ao cuidado e a vivência das violências simbólica e institucional. Ainda que duas das entrevistadas relatem

ter iniciado rapidamente os procedimentos terapêuticos, todas expressam de algum modo a experiência da frustração, da surpresa dolorosa ou da impotência diante de decisões médicas unilaterais.

A mastectomia inesperada, a judicialização do tratamento e a resistência à quimioterapia compõem um repertório discursivo de perda de autonomia e de enfrentamento da dor. Ao mesmo tempo, nota-se a tentativa de retomar algum tipo de controle simbólico, seja pela denúncia, seja pela racionalização ou seja pela aceitação gradual. O corpo torna-se eixo central da significação — corpo mutilado, corpo exposto, corpo que adoece e denuncia. Os *ethé* se desenham entre o da paciente confiante, o da cidadã revoltada e o da mulher ferida que resiste em silêncio. O contrato de comunicação, aqui, é frequentemente rompido pelas instituições, e é construído na relação com o outro solidário — seja familiar, religioso ou institucional.

7.2.6 Acesso ao tratamento: entre obstáculos institucionais e redes de apoio

As respostas à pergunta sobre o acesso ao tratamento revelam uma variedade de experiências marcadas por desigualdade estrutural, precariedade institucional e, em alguns casos, pela atuação decisiva de redes informais de apoio.

A Assistida I menciona que o tratamento não demorou, mas que foi necessário “mexer pauzinhos” para conseguir uma cirurgia. O atendimento inicial foi desmarcado para dali a seis meses, o que a levou a buscar ajuda da Ouvidoria do Hospital para garantir o procedimento. O *ethos* discursivo construído é de enfrentamento proativo, atravessado por emoções como medo e angústia, em um cenário em que, segundo a Assistida, o SUS falha em oferecer acolhimento e agilidade.

A Assistida II vivenciou uma batalha jurídica contra a Prefeitura de Belo Horizonte para garantir o direito a um protocolo adequado de tratamento — quimioterapia antes da cirurgia. Mesmo respaldada por pareceres de três especialistas, teve o pedido negado, o que exigiu bloqueio judicial de verba pública para que a decisão fosse acatada. A enunciação é marcada por revolta e indignação: “(...) não queria usar o SUS para combater um câncer". A paciente constrói um *ethos* de cidadania ativa e mobiliza um TUi posicionado como aliada em sua denúncia.

A Assistida III destaca que teve acesso ao tratamento logo após o diagnóstico, mas sua trajetória foi dificultada pela demora dos encaminhamentos no posto de saúde e por conflitos com profissionais. A espera por exames, como a mamografia, chegou a quase um ano, e sua

decisão de pagar alguns exames de forma particular revela a sobreposição entre o público e o privado na gestão do cuidado. O discurso revela um *ethos* de aceitação pragmática, mas aponta para uma memória de negligência institucional que permanece em seu imaginário.

Os relatos das Assistidas evidenciam não apenas desigualdades estruturais, mas também o papel decisivo de mediações interpessoais para que o atendimento efetivamente acontecesse. A presença de redes familiares, organizações, como a ASPRECAM, e a própria iniciativa das entrevistadas mostram-se fundamentais para contornar as falhas do sistema. A experiência do SUS aparece marcada por ambiguidades: algumas etapas foram viabilizadas com relativa rapidez; outras, no entanto, exigiram ações judiciais, contatos pessoais ou enfrentamento de omissões graves, como a negligência médica no diagnóstico ou a negativa de protocolos adequados.

O discurso das Assistidas revela um *ethos* de enfrentamento diante de um sistema que não assegura plenamente o direito ao cuidado. Como propõe Charaudeau (2009), o contrato de comunicação, quando rompido no espaço institucional, é parcialmente reconstruído na relação com sujeitos de confiança — médicos próximos, familiares atuantes ou instituições parceiras.

7.2.7 Acesso à informação: entre a carência institucional e a busca autônoma

Quando questionadas sobre o acesso à informação sobre o câncer, as três mulheres evidenciam um cenário de lacunas e de silêncios institucionais.

A Assistida I relata que descobriu o que era "carcinoma grau 2" pela internet, sem qualquer mediação do profissional de saúde. Seu relato remonta a uma cena de busca solitária por esclarecimento: "(...) peguei o exame, li, não soube o que era, fui para a internet". Essa cena evidencia o abandono informacional e a necessidade de agência individual. O discurso é marcado por atos *elocutivos* (confissão da ignorância e do medo) e *delocutivos* (citação de fontes externas), revelando um *ethos* de aprendiz na dor.

A Assistida II, por sua vez, contou com o apoio do cunhado mastologista, que a orientou durante o processo. Seu acesso privilegiado à informação médica reflete o papel das redes social e familiar no preenchimento das lacunas deixadas pelo sistema público. O discurso é permeado por termos técnicos que foram incorporados ao seu repertório, o que revela um *ethos* de competência adquirida e de confiança no conhecimento mediado.

A Assistida III menciona que, durante o primeiro tratamento, passou por diversos procedimentos sem saber ao certo o que estava acontecendo. Descobriu que estava grávida

apenas após a cirurgia, fato omitido por seu médico. Na segunda experiência com o câncer, relata ter compreendido melhor o diagnóstico apenas ao passar pela radioterapia, quando "(...) caiu a ficha". A enunciação alterna entre desinformação institucional e aprendizado empírico, revelando o apagamento da voz da paciente em contextos de cuidado médico.

Os relatos sobre a obtenção de informações aparece nas falas das Assistidas como um processo não garantido pelo sistema, e é frequentemente substituído por iniciativas individuais ou pela mediação de terceiros. A ausência de explicações claras por parte de médicos, o uso da internet como fonte de consulta e a importância de familiares com conhecimento técnico demonstram que o saber sobre o próprio corpo e a doença é, em grande parte, autogerado ou delegado a relações pessoais.

A posição enunciativa das entrevistadas oscila entre o *ethos* de aprendizes, que buscam compreender o que vivem, e o de mulheres indignadas com a omissão de quem deveria garantir acesso à informação. Esse deslocamento entre desinformação institucional e reconstrução subjetiva do saber revela, como destaca Meccia (2020), que as narrativas de si atuam como instrumentos de legitimação da própria experiência — reivindicando o direito ao saber, ao conhecimento, como parte essencial do direito de existir como sujeito de cuidado.

7.2.8 Corpo, autoestima e relações: entre perdas, reconstruções e silêncios

As três entrevistadas expressam, em diferentes graus, os efeitos da doença sobre a autoestima, a sexualidade e as relações familiares.

A Assistida I revela de forma pungente os efeitos subjetivos do câncer de mama sobre o corpo, a sexualidade e os vínculos familiares. Seu relato constrói-se como uma travessia marcada por perdas simbólicas e por reconstruções difíceis, em que o corpo adoecido se transforma em espaço de conflitos interno e social. A queda do cabelo e a mutilação da mama são vividas como formas de exposição e vergonha, como indica a fala: "Eu comecei a usar o lenço, mas eu fiquei com muita vergonha de sair na rua. **Muita vergonha mesmo!!!"** (Grifo nosso). A vergonha aqui não é apenas física, mas também social, cultural, identitária — o corpo já não corresponde aos sentidos construídos por imaginários sociodiscursivos que determinam o que, comumente, espera-se de uma mulher, esposa, profissional e mãe.

Sob a perspectiva de Charaudeau (2009), o *ethos* discursivo que emerge é o da mulher forte, que busca manter a fortaleza diante dos outros, mas que se vê fraturada internamente por afetos não ditos, como medo, raiva, vergonha e esgotamento. Sua enunciação revela o esforço de sustentar a imagem da "fortaleza que não pode quebrar", ainda que internamente

clame por acolhimento. Esse *ethos* é reforçado pelos atos *elocutivos* patêmicos — como o grito diante do espelho, o choro contido, os silêncios guardados — que funcionam como marcas da dor que transborda, mesmo quando não se deseja expô-la, como nesta cena: "Aí eu fui de fato me olhar no espelho, né? Aí eu chorei, chorei muito. Chorei muito, porque ali estava de fato a minha realidade, exposta 'você está doente'".

A sexualidade aparece como um dos aspectos mais afetados, tanto antes como durante e após o tratamento. O desejo é substituído por medo, repulsa, autorrejeição. A entrevistada expressa com nitidez o sofrimento que é se sentir estranha ao próprio corpo, incapaz de corresponder ao desejo do outro e, mais ainda, de se reconhecer como sujeito de desejo. Como afirma: "Eu me senti uma mulher feia. Eu me sentia feia. Eu sentia aquela autorrejeição. Eu tive vergonha. Eu não ficava pelada perto dele, por causa dos meus, dos meus, seios danificados, não ficava. Ele procurava e eu sempre rejeitei ele". A ausência de prazer, a vergonha do corpo e a dificuldade de iniciativa revelam uma desorganização do registro afetivo-sexual, que remonta não apenas à experiência da doença, mas também a histórias anteriores de violências sexual e afetiva, cuidadosamente trazidas no relato. Algumas não foram expostas na pesquisa.

A entrevista adquire, assim, camadas de complexidade ao revelar lembranças de abusos sofridos na infância, silenciados por anos. Esses episódios, narrados com dor e lucidez, atualizam no presente um imaginário de violação e de submissão, que se reflete em sua dificuldade de vivenciar o prazer, de se permitir desejar, de se posicionar com autonomia na intimidade.

O corpo, nesse caso, não é apenas o espaço que luta contra a enfermidade, mas o território em que a memória traumática se inscreve e a subjetividade se renegocia. O discurso da entrevistada oscila entre o desejo de superar e o peso de carregar lembranças de violência ainda não elaboradas — "(...) eu já pensei em procurar ajuda em relação a isso também, porque eu quero muito (...) ser uma mulher de atitude". A construção discursiva revela um *ethos* ambivalente, que se move entre a culpa de não ter procurado ajuda para se libertar do trauma da violência sexual por que passou, quando criança, e o desejo de cura, entre o silêncio e a palavra, entre a mulher ferida e a mulher que quer continuar vivendo.

A dimensão relacional também é tensionada: a entrevistada relata episódios de impaciência com a filha, explosões emocionais, sensação de fracasso no papel materno. Seu sofrimento se desdobra em culpa e frustração, como sintetiza: "O que mais tá me doendo é porque eu não estou conseguindo ser mãe". A fala transborda de apelos — não apenas por ajuda profissional, mas por escuta, compreensão, tempo e acolhimento.

É também possível atribuir efeitos dos imaginários sociodiscursivos no ato *elocutivo* de negação em: “(...) eu não estou conseguindo ser mãe". Podemos afirmar que a negação é sobredeterminada pelo imaginário sociodiscursivo que naturaliza, essencializa sentidos e representações, saberes em torno de qual deve ser o papel de uma mãe na sociedade; por isso, a expressão da emoção da dor. Parece-nos que se trata de um senso de dever muito forte, determinado pelos imaginários, juntamente com um instinto materno que leva a mulher mãe, mesmo adoecida, não se permitir ser frágil, não se permitir falhar na educação e na proteção dos filhos.

Sob a perspectiva de Micheli (2012), as emoções aqui não são apenas expressas: elas são construídas discursivamente como argumentos para sustentar a legitimidade do sofrimento, para solicitar empatia e para transformar a dor em possibilidade de cuidado. O que se expressa no relato não é apenas a experiência de uma doença, mas uma narrativa de si marcada por camadas de silenciamento e de resistência, de violências e de afetos contraditórios, que a linguagem, aos poucos, começa a organizar.

Ao expor essas dimensões, o discurso autobiográfico da entrevistada cumpre um duplo papel: testemunhar sua dor e, ao mesmo tempo, restituir a si mesma como sujeito de fala e de desejo. O câncer, nesse caso, não apenas adoece o corpo, mas convoca toda uma história a vir à tona — não como lembrança linear, mas como acontecimento discursivo que reabre feridas, redesenha relações e convoca a vida a ser narrada de outro modo.

A Assistida II menciona a dificuldade em lidar com a queda de cabelo e a ansiedade, que define como seu maior obstáculo. Embora adote um discurso de superação, reconhece os altos e baixos do tratamento: “(...) tem dia que você está super animada, mas tem dia que está se arrastando" Seu discurso oscila entre o autocontrole e a fragilidade, compondo um *ethos* de equilíbrio tenso, sustentado pela religiosidade e pela dedicação ao filho como motivação principal. A sexualidade e as relações conjugais não são diretamente abordadas, talvez por tabu ou recato, o que aponta para um silêncio discursivo que também comunica. Ela mostra completa indiferença ao campo afetivo-sexual e muita autossuficiência para gerir sua vida no comentário a seguir.

> Eu não tenho nenhum, nenhum companheiro. Eu não tenho nenhum namorado, então até isso me ajudou, porque eu ouço relatos, que é muito complicado (...). As meninas comentam que pode acontecer de ter uma certo ressecamento na vagina, sabe? De você mesma se olhar no espelho, e pensar: — Poxa, o que meu companheiro vai estar pensando? Então esse problema eu não tive. Eu aconteço muito

> sozinha. Fazendo o que tem que fazer, eu vou pra consulta sozinha, eu faço exame, entendeu?

Esse silêncio não é ausência de sentido, mas um modo de dizer pelo não dito: revela os limites do que pode ser compartilhado socialmente, os contornos da intimidade e da dor inominável. Segundo Arfuch (2010), a omissão pode ser uma estratégia discursiva de proteção subjetiva e de demarcação dos territórios do indizível, especialmente em narrativas de sofrimento. Assim, o que não é explicitado pode indicar tanto a presença de traumas quanto o esforço de preservar zonas de identidade marcadas por vergonha, pudor ou sofrimento emocional. Nesse sentido, o silêncio em torno da sexualidade sugere tensões não resolvidas, talvez internalizadas, que se manifestam por meio da evasão ou da escolha consciente de se calar — uma forma de resistência ou autopreservação diante da exposição pública das experiências corporal e afetiva.

A Assistida III revela, de forma contida, mas contundente, os efeitos do câncer de mama sobre sua autoestima, seus vínculos afetivos e sua percepção corporal. A doença não é narrada apenas como um desafio físico, mas como um processo que desestabiliza papéis relacionais e expõe fragilidades profundas, especialmente no campo da conjugalidade. O relato de que o então companheiro se referia a ela como “cancerosa” quando bebia, somado à indiferença dele diante do diagnóstico — “É como se fosse normal. ‘Ah, eu tô com uma dor de cabeça’” —, aponta para uma dinâmica de violência simbólica que agrava o sofrimento da paciente e mina as possibilidades de acolhimento dentro do espaço doméstico.

Sob a perspectiva de Charaudeau (2009), o *ethos* discursivo aqui construído articula a imagem de uma mulher marcada por perdas afetivas, mas sustentada por vínculos alternativos, sobretudo os filiais e os espirituais. O EUc apresenta-se como alguém que não se vitimiza, mas que busca reconstruir sua subjetividade por meio de uma rede de apoio baseada no cuidado das filhas e no pertencimento à fraternidade religiosa. A fala carrega marcas de dor e de superação silenciosa, estruturando um *ethos* de resiliência modesta e de dignidade afetiva.

A autoestima, neste caso, não aparece como abalo estético direto — o cabelo, por exemplo, é tratado com leveza, até com humor, no momento em que a Assistida diz: “(...) se eu pudesse hoje eu rapava minha cabeça de novo". O impacto parece residir mais na dimensão relacional da imagem corporal, sobretudo na impossibilidade de estabelecer novos vínculos amorosos após a mastectomia, já que a entrevistada afirma: “Como a gente não tem um seio. Eu acho que isso atrapalha a gente. Fico meio sem graça. Acho que é um baque para a pessoa".

O corpo, ao tornar-se parcial, passa a ser também hesitante, exposto à antecipação da rejeição, mesmo sem que essa experiência se concretize.

Podemos considerar que a entrevistada, ao destacar que “não tem coragem” de se relacionar, apresenta essa emoção como socialmente compreensível, associando-a a um imaginário partilhado sobre o corpo mutilado e sua dificuldade de ser desejado. Trata-se de uma autovalidação do recuo afetivo, que não decorre do desamor, mas da antecipação da inadequação e da vergonha — afetos construídos sociodiscursivamente em torno da feminilidade e da sexualidade.

Ainda assim, o relato não se encerra no sofrimento. A Assistida enfatiza o papel da fé e do apoio familiar, sobretudo da filha e do genro, como sustentação emocional e reconstrução subjetiva. Nesse ponto, novamente como aponta Lessa (2019), os relatos de si em situações-limite não apenas organizam a experiência, mas mobilizam valores e saberes que redesenham a forma como o sujeito se vê no mundo. O perdão ao ex-companheiro, por exemplo, é apresentado como chave de equilíbrio: “Eu acho que por isso que eu vivo bem hoje, que eu perdoei muito ele” — e a decisão de não se relacionar mais, longe de parecer fracasso, é afirmada como escolha de preservação.

A enunciação final, ao remeter à continuidade do tratamento e à força da espiritualidade, retoma a dimensão ética da narrativa, em que o cuidado de si é sustentado por vínculos afetivos e pela fé religiosa. O corpo danificado, nesse caso, não é apenas memória da dor, mas também testemunho da resistência cotidiana de uma mulher que, mesmo entre perdas, reafirma seu lugar no mundo com sobriedade e delicadeza.

Os relatos das Assistidas revelam que a vivência do câncer transcende o campo clínico e atinge, de forma profunda, a identidade, o corpo e os vínculos sociais. A queda dos cabelos, a mutilação mamária e o medo da morte são eventos que, mais do que físicos, são linguageiros — produzidos, sentidos e ressignificados no ato de dizer. O corpo torna-se superfície simbólica da doença e da vergonha, mas também da resistência, da superação e da fé. Os efeitos sobre a autoestima e a sexualidade são visíveis em algumas falas, mas silenciados em outras, o que demonstra a força do não-dito como forma de expressão e de defesa.

As estratégias de enfrentamento incluem a espiritualidade, a força nas relações familiares e a ressignificação da própria imagem. Os *ethé* discursivos desenham sujeitos que se refazem no conflito entre a fragilidade da dor e a potência da partilha. Como aponta Arfuch (2013), a reconstrução da subjetividade passa pela nomeação daquilo que fere — e também daquilo que, ao ser narrado, começa a cicatrizar.

7.2.9 Experiência mais marcante: o trauma como atravessamento do sujeito

A pergunta sobre a experiência mais marcante após o diagnóstico suscita narrativas de forte impacto emocional.

A Assistida I aponta o momento em que teve que raspar a cabeça como um marco simbólico da doença: “(...) foi ali que a realidade começou”. A cena do espelho, em que a filha, o marido e a sogra choram juntos, é descrita como um momento de epifania dolorosa — a visualização da própria fragilidade diante do olhar do outro: “Mas teve uma noite que assim que eu me olhei no espelho com os seios danificados, e aí eu tive uma crise de choro e meu esposo veio, chorou junto comigo, minha sogra veio, chorou junto comigo, e aí a minha filha veio, chorou junto comigo, e eu gritava". Essa experiência se configura como catarse, a qual reorganiza os sentidos e consolida a identidade de sobrevivente.

Para a Assistida II, o episódio mais marcante é o da luta na justiça pelo direito ao tratamento adequado. A resistência institucional torna-se uma experiência traumática e também política: “(...) o que me revoltava não era a doença, era o sistema”. Seu relato se estrutura como denúncia e expressão de cidadania. O *ethos* discursivo é de enfrentamento coletivo, posicionando o TUi como aliada no reconhecimento de uma injustiça.

A Assistida III, diferentemente das outras duas, não destaca um episódio traumático isolado, mas sim a vivência do apoio coletivo como o que mais a marcou emocionalmente. Em sua fala, repete insistentemente a presença dos outros em sua trajetória: “(...) tive o apoio, né, de todo mundo... minha família toda me deu apoio... as meninas, minhas cunhadas...". Essa repetição dá forma a um *ethos* de pertencimento afetivo e revela a importância do reconhecimento social como sustentação subjetiva diante da doença.

Ainda assim, o corpo surge como palco de significações ambíguas. A entrevistada relata que, inicialmente, a queda de cabelo lhe causava preocupação, mas, com o tempo, passou a encarar o processo com certa naturalidade e até com um tom de estranhamento curioso: “Você passava a mão assim, caía aquele tanto assim". Nota-se que ela fala de sua própria experiência, mas recorre à terceira pessoa, o que introduz um distanciamento discursivo. Esse deslocamento sugere um esforço de ressignificação simbólica do trauma físico, transformando um sinal de fragilidade em algo que pode ser observado com certa leveza e desapego. A linguagem, nesse movimento, provoca um deslocamento do olhar — da dor para a observação do fenômeno, da perda para a partilha.

A experiência marcante da Assistida não é, portanto, uma cena única de sofrimento, mas um conjunto de relações que amorteceram o impacto do trauma. Como analisa Arfuch

(2013a), há testemunhos que não se organizam pela via do choque ou da ruptura, mas pela elaboração simbólica das redes de pertencimento que oferecem abrigo diante do que desorganiza. O trauma aqui atravessa o sujeito não como fratura absoluta, mas como experiência vivida em coletividade, por meio da qual o sentido se constrói menos pelo vazio e mais pela presença.

Os relatos das Assistidas não hesitam em revelar episódios ou vivências que transformaram radicalmente a maneira como se percebem e se posicionam no mundo. O momento em que o cabelo é raspado, a luta judicial pelo direito ao tratamento e a construção de vínculos afetivos que sustentaram o enfrentamento da doença configuram experiências-limite, nas quais o Eu é confrontado com a dor, a vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, com a potência das relações. Esses relatos revelam que o trauma não se dá apenas como ruptura ou violência simbólica, mas também como possibilidade de reorganização identitária mediada pela linguagem e pelo afeto.

Tais narrativas operam como dispositivos catárticos, nos quais o trauma é simbolizado e transformado em matéria discursiva, ainda que marcada por hesitação, lacunas ou indignação. A escolha desses episódios revela a centralidade da memória como forma de dar sentido à experiência. Em conformidade com a teoria de Arfuch (2013b), essas narrativas não apenas relatam o vivido, mas organizam a memória a partir de eixos emocional e moral, que permitem à narradora encontrar um lugar de fala e, por vezes, de reparação.

A atuação da ASPRECAM é mencionada por todas as entrevistadas como um elemento essencial na viabilização do tratamento e no enfrentamento das dificuldades institucionais. A instituição aparece não apenas como espaço de encaminhamento ou suporte técnico, mas como lugar simbólico de escuta, confiança e de amparo. O *ethos* atribuído à ASPRECAM é o de agente mediador entre a mulher e o sistema, entre o desespero e a ação, entre a invisibilidade e o reconhecimento. A presença de figuras específicas, como Cláudia Magalhães, a coordenadora do Programa DedicAção, que acompanha a trajetória dessas mulheres, é referida com gratidão e afeto, indicando que, no espaço social, o acolhimento também se produz como prática discursiva.

O contrato comunicativo instaurado com a instituição é marcado por reciprocidade, cuidado e legitimidade simbólica — e se opõe, muitas vezes, ao contrato rompido com o Estado. Assim, a ASPRECAM cumpre uma função de reparação subjetiva, ao favorecer à paciente a condição de sujeito digno de escuta e de direito.

7.2.10 Papel da ASPRECAM: acolhimento, mediação e cuidado que fortalece

As três mulheres mencionam a ASPRECAM como uma instituição de grande relevância em seus percursos.

A Assistida I afirma que, quando recebeu o diagnóstico, indicaram-lhe que procurasse o apoio da ASPRECAM, no entanto ficou resistente e não queria qualquer contato, como relata neste tom bem incisivo: “Nossa, muito, muito, muito, muito do início, desde o início eu tive uma resistência muito grande em procurar a Cláudia, muito grande, desde o início do meu diagnóstico". Um tempo depois, conseguiu vencer a resistência e agradece muito a presença da instituição em sua vida, pois foi graças à atuação dela que conseguiu ser orientada sobre os procedimentos para marcar a cirurgia e iniciar o tratamento após meses de espera. A presença de Cláudia Magalhães é nomeada com gratidão e reconhecimento: “(...) ela entrou na minha vida naquele momento em que eu estava louca, desesperada". Sob essa perspectiva, o *ethos* projetado é o de uma paciente acolhida, amparada por uma rede que lhe oferece dignidade.

A Assistida II menciona que foi orientada a procurar Belo Horizonte para acelerar seu tratamento e que o suporte da ASPRECAM foi essencial para acessar os recursos judiciais. A instituição aparece, em sua fala, como ponte entre o indivíduo e a justiça, mediadora entre a fragilidade pessoal e a estrutura estatal. O discurso constrói um *ethos* de gratidão e de respeito pela militância da instituição.

Ela ressalta o papel do Programa DedicAção nas orientações, desde as mais básicas, e nos conhecimentos sobre a doença, que orientam de uma forma mais próxima da paciente, como expõe no relato a seguir.

> Olha, o meu primeiro contato na ASPRECAM foi com Cláudia. Então, assim, ela me deu várias dicas, principalmente aquela: ah! você vai ter que usar tal coisa. São detalhes, mas para quem está vivenciando o câncer, não é detalhe. Porque, por mais que eu não seja vaidosa, mas eu tenho certo cuidado. Por exemplo, eu não sabia o tipo de xampu que eu ia usar.

As orientações também a deixam feliz, como afirma: “Ah! Eu fiquei super feliz quando eu soube que na quimio branca o cabelo já começava a crescer. Que certos sintomas eram normais, formigamento nos pés, esses detalhes que às vezes passam batido numa consulta".

Por último, ela traz à memória momentos de reflexão que ocorrem em retiros promovidos pela ASPRECAM com as Assistidas. Ela rememora um momento em que Dr.

Thadeu refletiu sobre o papel da medicina e emocionada diz: “(...) o que ele falou ficou muito marcado num retiro para mim, que eu nunca tinha visto por esse lado, que a medicina, ela deve cuidar do ser, do ser humano. Só que se esquecem de cuidar do ser".

A Assistida III reconhece a ASPRECAM como facilitadora de encaminhamentos e como gestora de muitos conhecimentos que possui hoje. Ela afirma que “(...) antes não tinha muito esclarecimento” sobre o câncer, porque os conhecidos e os familiares não falavam sobre o assunto, nem mesmo usavam a palavra câncer, usavam outros termos, como “aquela doença”, como se o simples fato de pronunciar a palavra já trouxesse junto com ela o estigma de algo maléfico, que provoca a morte, como expõe: “Entendeu? Eles falava aquela doença. Então eles, minha avó, minha mãe nunca falou diretamente, ela sempre falava aquela doença. Todo mundo tinha medo de falar". “A ASPRECAM ajuda muito, né? Que ela faz muito esse trabalho, né? A gente lê também, né? Então ajuda bastante”, reitera a Assistida.

Os relatos das Assistidas revelam que a ASPRECAM cumpre um papel que vai muito além dos suportes técnico ou assistencial: ela se constitui como uma verdadeira tecnologia social de cuidado, mediação e transformação. Conforme apontam as definições do Instituto de Tecnologia Social (ITS) e da Fundação Banco do Brasil (FBB), tecnologias sociais são práticas que articulam conhecimentos técnico e saber popular, voltadas à resolução de problemas sociais e apropriadas pelas comunidades às quais se destinam. Nesse sentido, a ASPRECAM inscreve-se como uma prática social inovadora que produz transformação não apenas nos processos de acesso ao tratamento, mas também na forma como as mulheres significam sua experiência com o câncer de mama.

O *ethos* projetado é o de uma instituição que escuta, informa, orienta e, sobretudo, acolhe. A Assistida I, ao superar sua resistência inicial, reconhece na figura de Cláudia Magalhães não apenas uma mediadora entre ela e o sistema de saúde, mas alguém que restitui sentido em um momento de desespero. A atuação da ASPRECAM, nesse caso, materializa-se como um ato de escuta ética e intervenção humanizada — princípios essenciais para o que Meccia (2020) chama de “procedimentos de revelação do sujeito em sua relação com o mundo".

A Assistida II, por sua vez, destaca a mediação jurídico-institucional como diferencial fundamental da ASPRECAM. A instituição aparece como ponte entre a fragilidade do sujeito e a estrutura estatal, tornando possível o acesso a direitos que lhe eram negados. Seu testemunho rememora também os retiros e os encontros promovidos pela instituição, espaços em que a palavra circula, ressignifica e cura. Esse cuidado integral, voltado ao ser, como evocado em sua lembrança da fala do Dr. Thadeu, confirma o que Arfuch (2013a) nomeia

como função simbólica das narrativas: transformar a dor em linguagem partilhada, possibilitando elaboração subjetiva e também pertencimento.

A Assistida III reconhece na ASPRECAM um espaço de aprendizagem e de construção de conhecimento. Seu discurso revela a importância da palavra como instrumento de empoderamento simbólico, capaz de romper silêncios históricos sobre a doença. Antes silenciada pela família, que se referia ao câncer com eufemismos como “aquela doença”, ela hoje afirma que passou a entender e falar sobre o tema a partir das orientações recebidas: “A gente lê também, né? Então ajuda bastante”. O acesso à informação, nesse contexto, transforma-se em direitos subjetivo e coletivo — uma das marcas da atuação em TS, conforme defendem Rodrigues e Barbieri (2008).

Dessa forma, a ASPRECAM é significada, nas narrativas das três mulheres, como espaço de acolhimento e de produção de sentidos. Como defende Lessa (2013), o discurso autobiográfico possibilita a emergência do sujeito na interlocução com o outro, e essa interlocução é potencializada quando há escuta, reconhecimento e legitimação do vivido. A ASPRECAM, ao se constituir como lugar de fala e de escuta, atua não apenas na prevenção do câncer de mama, mas na reconstrução das imagens de si dessas mulheres, num processo dialógico em que o cuidado é também produção de subjetividade.

7.2.11 Mensagens para outras mulheres: da dor à solidariedade

As mensagens deixadas pelas entrevistadas a outras mulheres diagnosticadas com câncer constroem pactos de solidariedade e mobilizam estratégias de encorajamento.

A Assistida I afirma que é possível superar o medo, mesmo que a dor seja inevitável. Assim se dirige ao TUd: “Você vai vencer, mas tem que ter força". Sua fala performa um *ethos* de conselheira resiliente, capaz de oferecer apoios emocional e espiritual, com base na própria vivência.

A Assistida II reforça a importância de se viver um dia de cada vez e não se entregar ao desespero: “(...) não é castigo, é aprendizado”. Seu discurso aposta na transformação da dor em sabedoria, ativando a tópica da esperança e propondo uma escuta afetiva para quem está começando a enfrentar o processo.

A Assistida III opta por uma mensagem centrada na fé e no autocuidado, mencionando a importância de “não desistir do tratamento” e “confiar nos médicos”. Sua fala carrega o peso da experiência, mas também o desejo de amparar. O *ethos* discursivo aqui é o da mulher simples, mas sábia, que oferece seu testemunho como abrigo para outras.

7.3 A construção discursiva da experiência: análise dos dois blocos

A escuta das narrativas das Assistidas no primeiro bloco permite compreender a experiência do câncer de mama não apenas como um evento biológico, mas como uma travessia profundamente simbólica, marcada por sentidos, emoções e reconfigurações identitárias. Assim como propõe Meccia (2020), os relatos autobiográficos funcionam como procedimentos de revelação do sujeito em sua relação com o mundo, permitindo-lhe desestabilizar as fronteiras entre o público e o privado.

Cada uma das entrevistadas constrói, por meio de sua enunciação, um percurso singular de subjetivação, no qual o Eu narrador refaz sua identidade no próprio ato de dizer. No quadro teórico proposto por Charaudeau (2009), esses testemunhos se configuram como atos de linguagem marcados por intenções, contratos e papéis discursivos específicos. No circuito externo, há as mulheres na condição de EUs comunicantes, dirigindo-se a um TU interpretante — aqui representado pela pesquisadora, pela instituição ou pelo leitor solidário — que ocupa uma posição de escuta partilhada, com base na empatia e no reconhecimento. Diferentemente, no circuito interno, as narradoras oscilam entre os papéis de EU enunciador e TU destinatário, construindo imagens de si (*ethé*) e performando emoções que atualizam tanto a dor quanto a resistência.

A tessitura do discurso autobiográfico revela múltiplos modos de organização: narrativo, quando a trajetória do diagnóstico e do tratamento é encenada em episódios com fortes cargas referencial e emocional; descritivo, ao detalhar os corpos feridos, os exames, os espaços de cuidado e de negligência; enunciativo, nas passagens em que as mulheres tomam posição diante de si mesmas, de suas escolhas e de seus medos; e argumentativo, às vezes, quando denunciam injustiças ou buscam convencer o outro de sua legitimidade. Essa multiplicidade reflete o caráter híbrido e intenso da narrativa de si em contextos de sofrimento.

A partir das formulações de Arfuch (2013), compreendemos que narrar o próprio adoecimento implica uma operação de subjetivação que não se limita à reconstituição factual da experiência, mas se efetiva como gestos ético e político: o sujeito, ao narrar-se, não apenas conta o que viveu, mas produz um lugar de fala que o reposiciona frente ao vivido. No caso das Assistidas, esse reposicionamento é ainda mais potente por ocorrer dentro de um sistema de saúde marcado muitas vezes por desigualdades, omissões e silenciamentos. Sob essa perspectiva, suas falas configuram não só processos individuais de reconstrução de sentido, mas também atos de resistência discursiva frente à precariedade institucional.

Lessa (2013) também contribui para essa leitura, ao enfatizar que a narrativa autobiográfica é sempre atravessada por vozes sociais e por disputas de reconhecimento. Ao dizerem de si, as entrevistadas não apenas resgatam suas dores e superações, mas inscrevem-se em um campo simbólico mais amplo, em que a identidade feminina, a maternidade, a espiritualidade e o direito à saúde se entrelaçam e se reconfiguram.

Portanto, ao reunir e analisar os relatos dessas mulheres em tratamento oncológico, buscamos não apenas identificar seus conteúdos temáticos, mas evidenciar os efeitos de sentido que emergem da linguagem: os modos de dizer, os pactos de escuta instaurados, os afetos mobilizados e os lugares de resistência que essas vozes constroem. A leitura crítica das entrevistas, à luz do quadro teórico mencionado, revela a enunciação como espaço privilegiado de subjetivação e de denúncia, em que o sofrimento é convertido em linguagem partilhável e o testemunho, em gesto de presença.

As respostas das Assistidas ao segundo bloco de perguntas revelam um campo discursivo que se afasta da linearidade informativa para adentrar a densidade das emoções**,** dos enfrentamentos institucionais e das reelaborações identitárias**.** Se no primeiro bloco predominava o impacto do diagnóstico e a reorganização súbita da vida, nas falas referentes ao tratamento em curso observa-se um processo mais complexo: o de transformação do trauma em linguagem partilhada, na qual o sujeito não apenas narra, mas também se refaz enquanto narra**.**

A teoria de Charaudeau (2009) contribui de forma decisiva para a leitura desse percurso discursivo. As entrevistadas projetam-se como EUs comunicantes que mobilizam diferentes estratégias de dizer em função de um TU interpretante interpelado pela ética do reconhecimento. Como o contrato de comunicação estabelecido nos testemunhos nunca é neutro, ele convoca o interlocutor a ocupar uma posição de escuta ativa, capaz de reconhecer as injustiças sofridas, as dores caladas e os saberes construídos a partir da experiência. A linguagem deixa de ser instrumento de descrição e torna-se território de disputas simbólica e de recomposição subjetiva.

No plano do circuito interno, os discursos revelam-se encenações em que o EUe transita entre a fragilidade e a autoridade experiencial. Há um entrelaçamento constante de modos discursivos — o narrativo, nas cenas detalhadas de consultas, cirurgias e quedas de cabelo; o descritivo, ao nomear os efeitos tanto corporais quanto emocionais do tratamento; o enunciativo, quando as mulheres afirmam suas crenças, posições e sentimentos; e, às vezes, o argumentativo, nos momentos em que denunciam negligências, resistem ao descaso institucional ou aconselham outras pacientes.

Esse cruzamento de modos revela o que Charaudeau (2009) chama de espessura do dizer, ou seja, a complexidade do sujeito na linguagem, atravessado por múltiplas vozes, marcas afetivas e posições enunciativas. O sofrimento narrado pelas Assistidas não se apresenta como queixa individualizada, mas como forma de expor os limites e as falhas de um sistema que, ao mesmo tempo que promete cuidado, frequentemente oferece espera, incerteza e exclusão. Aqui, a linguagem testemunhal torna-se também linguagem política**.**

À luz de Lessa (2013), é possível afirmar que os relatos funcionam como "atos de inscrição" em um espaço discursivo negado àquelas que não têm visibilidade pública ou prestígio social. Ao narrarem o modo como acessam (ou não) os serviços, como enfrentam a precariedade das instituições ou como resistem à imposição de silêncio sobre seus corpos, as entrevistadas reconfiguram seus lugares no mundo, transformando a dor em performance de presença**.**

A tessitura dessas vozes, ainda que marcada pela fragmentação, pelo luto simbólico do corpo e pelas oscilações de esperança e de medo, constrói um campo narrativo que, seguindo a linha do pensamento de Arfuch (2013), não apenas relata a experiência, mas a reinscreve em um quadro de inteligibilidade compartilhável. As mulheres falam porque desejam ser compreendidas, mas também porque se compreendem melhor ao falar — e, nesse processo, reivindicam seu lugar de sujeito de direito, de fé e de linguagem.

Por fim, o papel da ASPRECAM, nomeado com gratidão e confiança, aparece não apenas como mediação institucional, mas como espaço de legitimação simbólica. A instituição permite que as mulheres se vejam reconhecidas como alguém que importa, alguém que merece ser escutada e cuidada. Essa escuta ativa, reforçada no gesto de falar à pesquisadora, é um dos efeitos ético-discursivos mais poderosos desses testemunhos. Como observa Meccia (2020), ser escutado é ser reconhecido como sujeito — e, no caso dessas mulheres, é também uma forma de curar aquilo que a medicina não alcança: a invisibilidade e a solidão. Em suma, o contraste entre os dois grupos não se resume a condições materiais distintas, mas expressa também modos diferentes de construção dos imaginários do câncer de mama: ora como experiência íntima, ora como denúncia coletiva das desigualdades que afetam o corpo adoecido da mulher.

8 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS DOIS PERFIS DE MULHERES

Neste capítulo, apresentamos uma análise entre os dois conjuntos de dados que compõem esta tese: os relatos autobiográficos das escritoras Marina da Silva, Soraia Evangelista e Fabíola La Torre, que integram o Grupo 1, comparativamente às entrevistas com três mulheres Assistidas pela ASPRECAM, em tratamento oncológico pelo SUS, que compõem o Grupo 2.

Ao aproximar essas narrativas, buscamos identificar não apenas semelhanças e contrastes temáticos, mas sobretudo os diferentes modos de constituição do sujeito, os contratos comunicacionais, os *ethé* construídos e os imaginários sociodiscursivos acionados diante do adoecimento. Trata-se de perceber como a linguagem, em sua potência performativa, opera tanto como espaço de reconstrução subjetiva quanto como denúncia simbólica de desigualdades sociais, também afetivas e institucionais.

No Grupo 1, as desigualdades sociais são percebidas sobretudo na perspectiva de classe, em que o acesso a cuidados médicos de qualidade, a possibilidade de escolher tratamentos e de publicar suas experiências em livros, *blogs* e redes sociais refletem um capital simbólico e cultural que favorece a visibilidade e o reconhecimento social de suas trajetórias. No entanto, mesmo nesse contexto, surgem desigualdades institucionais e afetivas. Por exemplo, Marina, mesmo com um emprego estável, como funcionária pública, com plano de saúde, para lhe garantir bons recursos ao tratamento, relata momentos de negligência institucional e também de desamparo, como a falta de suporte de sua instituição empregadora.

Também é notória a desigualdade de gênero nos espaços de trabalho e nas relações familiares, evidenciada pela sobrecarga emocional vivida pelas autoras no cuidado com os outros e na tentativa de manter uma imagem de fortaleza. A dimensão afetiva da desigualdade aparece, por exemplo, nos conflitos conjugais que emergem ou se intensificam durante o tratamento, e na solidão que acompanha o adoecimento, mesmo em ambientes socialmente privilegiados.

No Grupo 2, as desigualdades social e institucional são mais agudas e estruturais. As entrevistadas vivenciam a precariedade do acesso à saúde pública, enfrentam longas filas, deslocamentos exaustivos e incertezas quanto ao atendimento, além de restrições econômicas que agravam o sofrimento. As desigualdades afetivas também se manifestam, sobretudo pela ausência de redes de apoio sólidas, pelo abandono conjugal ou pela sobreposição de papéis

que essas mulheres assumem — como mães, trabalhadoras e cuidadoras — mesmo durante o tratamento.

A escuta dessas narrativas revelou, com força, a importância do vínculo afetivo e da solidariedade comunitária como formas de resistência às carências material e institucional. Desse modo, a linguagem de ambas as narrativas não apenas registra os fatos, mas também denunciam de forma simbólica, essas desigualdades — seja pela ironia e pelo humor ácido das escritoras, seja pela dor e pela esperança expressas nas entrevistas. A seguir, apresentamos os principais eixos dessa análise comparativa.

8.1 Contratos comunicacionais: espaços de fala e estratégias de legitimação

A comparação entre os relatos autobiográficos publicados e os depoimentos orais das mulheres assistidas pela ASPRECAM evidencia não apenas distintos conteúdos e estilos de enunciação, mas, sobretudo, diferenças profundas nas condições de produção, circulação e de finalidade dos discursos. Ainda que ambas as formas de relato tenham sido organizadas como testemunhos da experiência do câncer de mama, já sabíamos que elas se inscrevem em contratos comunicacionais díspares, que impactam diretamente na constituição dos sujeitos, na escolha dos modos de dizer e nos efeitos de sentido produzidos.

No caso das escritoras do Grupo 1, os relatos são organizados segundo as convenções do gênero autobiográfico, com intencionalidade discursiva deliberada, construção autoral reflexiva e circulação pública. O sujeito enunciador projeta-se como alguém que escolheu narrar, com o intuito de partilhar, orientar e, muitas vezes, influenciar outras mulheres. No caso das entrevistas do Grupo 2, os relatos autobiográficos emergem de uma situação de fala mediada, situada, construída a partir da escuta da pesquisadora e da confiança estabelecida na interação.

No Grupo 1, o EUc estrutura o próprio dizer e projeta um TUi imaginado; no Grupo 2, a dinâmica entre pesquisadora e entrevistada é interacional. As mulheres elaboram e reelaboram seus relatos a cada pergunta e estes apresentam alto grau de emoção, de hesitação e, às vezes, de silêncios significativos dentro do contexto narrado. O dizer carrega sentidos simbólicos, marcas ideológicas e modos de subjetivação que precisam ser lidos com atenção crítica.

Essas diferenças configuram também distintos modos de legitimar a própria experiência. As escritoras produzem seus discursos a partir de um lugar social de maior prestígio e capital simbólico, diverso das mulheres entrevistadas, que constroem seus relatos

na tensão entre a intimidade da dor e o espaço institucionalizado da pesquisa. Ainda que os dispositivos sejam distintos, ambos os grupos revelam estratégias para sustentar sua voz diante da dor: as escritoras mobilizam recursos estilístico e narrativo; as Assistidas, por sua vez, articulam vivência e emoção como forma de elaborar e comunicar o que viveram.

Assim, este item não se propõe a retomar teoricamente o quadro do contrato de comunicação — já apresentado no capítulo V —, mas aprofundar sua aplicação na comparação entre os dois grupos, destacando como as formas de enunciação e os efeitos de sentido se vinculam diretamente aos espaços em que essas mulheres são (ou não são) autorizadas a falar. O testemunho, seja escrito ou oral, só se atualiza como ato de resistência e partilha quando encontra uma escuta que o legitime — e, por isso, a análise comparativa exige considerar, mais do que o que se diz**,** como e de onde se pode dizer.

8.2 *Ethé* discursivos: modos de ser e de se mostrar

A construção dos *ethé* discursivos constitui uma dimensão central na análise dos relatos autobiográficos e das entrevistas realizadas com as mulheres assistidas pela ASPRECAM. Conforme propõe Charaudeau (2008), o *ethos* é o efeito de imagem de si produzido pelo sujeito no ato de linguagem, resultado da maneira como ele se posiciona diante do que diz, do outro com quem interage e do universo simbólico que atualiza. Os *ethé* não correspondem a uma identidade fixa, mas a representações construídas discursivamente, que podem ser contraditórias, instáveis ou estrategicamente performadas.

No Grupo 1, observa-se uma construção mais elaborada dos *ethé*, com forte presença de elementos formais e estilísticos que favorecem a estabilização de imagens complexas de si. Nesses casos, os *ethé* de *identificação* são construídos por meio de marcas de afeto, partilha e empatia, diverso dos *ethé* de *credibilidade*, que se sustentam pela racionalidade, pela experiência vivida e pelo domínio do saber médico ou político. No Grupo 2, as entrevistas das Assistidas revelam *ethé* mais situacionais, ainda que não menos complexos.

A diferença entre os dois grupos quanto à construção textual e as condições de produção dos discursos já é prevista, demarcada pelos diferentes gêneros textuais. No caso das autobiografias, há um planejamento prévio, uma possibilidade de revisão e um controle maior sobre a imagem de si que se deseja projetar. Nas entrevistas, a construção do *ethos* ocorre em tempo real, permeada pelas emoções, pelo vínculo com a entrevistadora e pela memória afetiva que se atualiza no ato de narrar. Ainda assim, como observa Charaudeau (2009), todo sujeito enunciador, mesmo em situações espontâneas, mobiliza recursos

discursivos para produzir efeitos de sentido sobre si — o que confirma a presença ativa dos *ethé* também nos relatos do Grupo 2.

A análise dos *ethé* permite, portanto, compreender como essas mulheres — sejam escritoras ou entrevistadas — posicionam-se diante da doença, do outro e de si mesmas. Os *ethé* funcionam não só como marca da singularidade discursiva, mas também como instrumento de legitimação simbólica, sobretudo em contextos de vulnerabilidade e de busca por reconhecimento. Como destaca Arfuch (2013), em contextos de dor, o sujeito que narra sua experiência não apenas informa, mas se constitui na e pela linguagem — e, nesse processo, reivindica o direito à escuta, à visibilidade e à reconstrução de si.

8.3 A doença como ruptura e reconfiguração identitária

O câncer de mama, como eventos biográfico e simbólico, constitui nas narrativas analisadas uma ruptura que ultrapassa o campo biológico e atinge diretamente os modos de ser, de sentir e de significar o mundo. A doença desestabiliza as referências de normalidade, impõe limites concretos à rotina e ao corpo, e convoca a mulher a reorganizar suas identidades em diferentes níveis — social, afetivo, espiritual e subjetivo. Nesse processo, narrar a experiência torna-se não apenas um gesto de memória, mas um movimento de reconstrução identitária.

Nas autobiografias das escritoras do Grupo 1, essa ruptura é tematizada com diferentes tonalidades e comportamentos, mas o ponto em comum é que, ao término do tratamento a que foram submetidas, elas se sentem confiantes em gerenciar suas experiências em benefício de si mesmas e de outras mulheres.

A linguagem, nos dois grupos, opera como mecanismo de organização da experiência. Como propõe Arfuch (2013), narrar a própria trajetória diante da doença é também um modo de colocar em cena os conflitos de identidade, os deslocamentos simbólicos e as formas de pertencimento que emergem no contato com a dor. No momento em que se instaura a ruptura, o sujeito busca nomear o que desorganiza, e, ao fazê-lo, transforma esse acontecimento em ponto de inflexão biográfica. Em muitos casos, como indicam, por exemplo, as falas das Assistidas, o diagnóstico não é apenas uma notícia: é uma sentença que afeta o corpo e o imaginário. A simples pronúncia da palavra “câncer” carrega um peso simbólico tão significativo que, por vezes, é evitada, substituída por eufemismos como “aquela doença”. Esse silenciamento lexical é revelador da força social do termo e da necessidade de construção de novos sentidos para a experiência de adoecer.

As análises consolidam a visão de vários teóricos que expusemos nesta pesquisa. Tomando como referência, por exemplo, as experiências analíticas de Lessa (2019), em que o autor discursa sobre como os sujeitos reagem em situações de crise por meio de processos discursivos que tensionam o que se era e o que se está se tornando, observamos que, nos relatos desta pesquisa, é possível observar essa transição: mulheres que se identificaram como fortes, autônomas ou silenciosas, passam a habitar outros lugares — o da paciente, da militante, da sobrevivente. Experiências-limite, como o câncer, operam como reveladores do sujeito, ativando memórias, crenças e emoções que reconfiguram o modo de estar no mundo.

Bertaux (2005) ressalta que os relatos de vida não apenas revelam trajetórias individuais, mas funcionam como instrumentos metodológicos privilegiados para compreender as articulações entre o vivido e as estruturas sociais. A experiência narrada pelas mulheres dos dois grupos, ao incorporarem momentos de ruptura, resistência e de ressignificação, inscreve-se como forma de conhecimento legítimo e potente.

Vimos também que Pineau (2006, p. 333) reforça a concepção de que a narrativa de teor biográfico não é apenas uma forma de registrar memórias, mas processos formativo e existencial, em que o sujeito se reconstrói ao narrar, são "(...) como práticas multiformes de ensaio de construção de sentido por meio de fatos temporais vividos pessoalmente."

A partilha da dor, da fé, da luta e da reconstrução, presente nas falas das mulheres, nesta pesquisa, realiza, portanto aquilo que Pineau chama de "pesquisa-ação-formação": um gesto narrativo que produz consciência, intervenção e transformação de si e do mundo. Em nossa pesquisa, podemos dizer que, no Grupo I ocorreu o que Pineau considera como uma entrada pelo pessoal, pois os livros analisados encontram-se na tradição da escrita autobiográfica, a qual emergiu e se consolidou a partir do séc. XVIII.

Tais práticas socioformadoras, como destaca o autor, visaram fazer frente a problemas pós-modernos de orientação e de formação profissional/existencial, por isso eram aplicadas em espaços, como empresas e escolas, por exemplo. Podiam também abranger três esferas: a biográfica, a autobiográfica e a de um modelo que ele denominou interativo-biológico.

Diferentemente do Grupo II, configura-se a pesquisa-ação-formação, definida pelo autor como interacional-dialógico, a partir da qual, acreditamos que o ato de se narrar oportunizou às mulheres, expressar, além dos relatos traumáticos expostos na pesquisa, sentimentos até então não verbalizados; permitindo-lhes, assim, epifanias positivas, que possam ajudá-las a superar melhor as dificuldades relativas ao adoecimento.

Por fim, sob a ótica do contrato de comunicação de Charaudeau (2009), o adoecimento aparece como um deslocamento nas posições discursivas. O EUc se vê compelido a assumir

uma nova postura, muitas vezes em busca de um TUi que escute, acolha e legitime seu sofrimento. Nos casos em que essa escuta não ocorre — como nas consultas breves, nos diagnósticos insensíveis, ou nas omissões institucionais —, rompe-se o contrato, e a linguagem torna-se espaço de denúncia e de reivindicação. A reconfiguração identitária, nesses termos, não é apenas um efeito da experiência, mas um ato de linguagem em si: ao narrar-se, o sujeito não apenas refaz o vivido, mas se refaz como sujeito de direito, de fé e de história.

8.4 Corpo, dor e subjetivação: marcas do adoecimento feminino

O corpo feminino, na experiência do câncer de mama, emerge como território simbólico de múltiplas inscrições. Ferido, exposto, silenciado ou reconstruído, o corpo torna-se lugar privilegiado de significação dos efeitos subjetivos da doença, funcionando como superfície em que se entrelaçam discursos tanto médicos quanto afetivos, sociais e religiosos. Nas narrativas das seis mulheres, é possível observar como a dor física não se dissocia da dor simbólica — da perda de identidade, da feminilidade ameaçada, da exposição pública e da sensação de ruptura com o cotidiano.

No Grupo 1, a dor é tematizada de modo mais elaborado, muitas vezes articulada a figuras retóricas que constroem imagens da experiência com densidades poética e reflexiva. No Grupo 2, a dor aparece de maneira mais direta, menos filtrada por mediações retóricas. As Assistidas narram as transformações corporais com forte carga emocional: a mutilação mamária, a queda dos cabelos, os efeitos colaterais da quimioterapia. Há dor, vergonha, revolta, mas também um esforço de significação.

A forma como as mulheres dos dois grupos nomeiam seu corpo — ora com resignação, ora com humor, ora com crítica — revela diferentes estratégias de posicionamento subjetivo diante do sofrimento. O modo de dizer, nesses relatos, participa da constituição dos sentidos e da reconstrução do sujeito em sua relação com a experiência vivida. A dor, em todos os relatos, não se restringe à dimensão física. Ela se articula a experiências de exclusão, de abandono e de invisibilidade social. As experiências-limite narradas pelas mulheres — como o diagnóstico inesperado, o sentimento de injustiça institucional, ou a mutilação corporal — não apenas desorganizam o cotidiano, mas também ativam memórias, valores e crenças que reconfiguram o modo de ser e estar no mundo. Assim, o corpo que sofre é também o corpo que denuncia, que performa resistência e que se inscreve em redes de sentido maiores que o biológico.

O corpo, portanto, é lugar de subjetivação para todas as mulheres. Os deslocamentos identitários provocados pela doença implicam reorganizações no campo dos valores, dos papéis sociais e da linguagem. O corpo sem cabelos, o corpo com cicatrizes ou com a mama retirada exige da mulher uma nova forma de habitar a si mesma. Em síntese, o corpo é mais que cenário da doença: é protagonista do enunciado. Ele concentra o drama da existência e a potência da resistência, operando como elo entre a experiência vivida e o sentido atribuído a ela. O corpo doente é o corpo que fala — e, ao falar, reconstrói não só a si mesmo, mas o lugar da mulher na linguagem, na família e na sociedade.

8.5 Redes de apoio e tecnologias de cuidado

No Grupo 1, observa-se um movimento de reconfiguração ativa da experiência da doença, em que as redes de apoio não se limitam ao espaço da assistência direta, mas expandem-se para o campo das intervenções discursiva e social. Marina Silva, Soraia Evangelista e Fabíola La Torre atuam como mediadoras de sentido em blogs, palestras, livros e outros espaços públicos de compartilhamento. A experiência do adoecimento transforma-se, assim, em plataforma de enunciação, por meio da qual elas constroem laços com outras mulheres, disseminam informações e promovem conscientização, operando, elas mesmas, como redes simbólicas de apoio e tecnologias sociais de cuidado. Essa atuação, além de inscrever uma nova forma de subjetivação — em que o *ethos* de paciente se entrelaça ao *ethos* de comunicante e de agente pública —, revela como as tecnologias de cuidado nesse grupo são mobilizadas pelas próprias mulheres, a partir de seus saberes, trajetórias e capacidade de atuação social. A linguagem ocupa, nesse contexto, um lugar central: é pelo discurso — testemunhal, informativo e mobilizador — que essas mulheres constroem comunidades afetivas e políticas, nas quais a escuta se dá entre pares, e o cuidado é partilhado como prática ética e socialmente engajada.

Em contraste, no Grupo 2, as mulheres não compartilham suas experiências e conhecimentos como as mulheres do Grupo 1, em vários espaços públicos. Todavia, elas se manifestam durante os encontros de escuta realizado, com frequência, por Kamilla Santana, uma psicóloga voluntária na instituição, e recebem o cuidado institucionalizado por meio da tecnologia social da ASPRECAM.

Assim, o contraste fundamental entre os dois grupos está no lugar que cada mulher ocupa nas redes e tecnologias de cuidado: no Grupo 1, elas são sujeitos-agentes, que produzem e disseminam saberes; no Grupo 2, são sujeitos atendidos, que recebem apoio e são

convocadas à fala em espaços mediados. Em ambos os casos, a linguagem mostra-se como ferramenta de cuidado e de subjetivação; contudo, o regime de enunciação e de circulação desses discursos revela a persistência de desigualdades estruturais, que afetam o modo como cada grupo pode atuar, falar e ser ouvido na experiência do câncer.

Lessa (2013) é partidário da ideia de que a emergência do sujeito na linguagem se dá na medida em que há lugar para sua palavra. Nesse sentido, o acolhimento promovido pela ASPRECAM torna-se um ato político de escuta, de valorização do vivido e de afirmação da dignidade das mulheres atendidas. Ao favorecer que elas falem sobre seus corpos, seus medos, suas crenças e seus direitos, a instituição contribui para a construção de uma subjetividade ativa, que não se resume à condição de paciente, mas que se afirma como sujeitos ético e social.

8.6 Imaginários sociodiscursivos do câncer de mama

A análise comparativa entre os dois grupos de mulheres permite entrever, para além das diferenças de linguagem, suporte e inserção institucional, uma complexa rede de sentidos que se articula em torno da experiência do câncer de mama. Esses sentidos não são naturais ou universais; mas, sim, produzidos discursivamente, em contextos específicos de enunciação e de circulação, conforme propõe Charaudeau (2009) ao tratar dos imaginários sociodiscursivos como construções simbólicas que moldam a maneira como os sujeitos significam o mundo e a si mesmos.

No Grupo 1, composto por mulheres com maior capital cultural escolarizado e inseridas em circuitos de enunciação mais prestigiados, observa-se um imaginário que oscila entre a superação individual e a transformação espiritual. O câncer é frequentemente representado como uma provação com valores pedagógico ou moral, associada à fé, à resiliência e ao renascimento. A linguagem é fortemente marcada por um *ethos* de autoridade experiencial e pelo desejo de oferecer testemunho transformador. Há um controle maior sobre a projeção das imagens de si. É um discurso que revela menos do ponto de vista psicológico, exatamente porque é mais controlado e tem uma finalidade pedagógica de ensinar. Nesses discursos, o corpo adoece, mas é também reconstruído simbolicamente como espaço de aprendizado, de beleza interior e de (re)descoberta de si.

No Grupo 2, as mulheres entrevistadas em contexto de tratamento pelo SUS trazem outras camadas de sentido. Seus relatos projetam o câncer como um evento que rompe o cotidiano e desorganiza vínculos sociais e subjetivos. O imaginário que se delineia é

frequentemente o da doença como sentença, como ameaça à feminilidade e como experiência de violência institucional. Ao mesmo tempo, no gesto de narrar, emergem formas de resistência simbólica, religação afetiva e pertencimento. O corpo, nesse caso, não é apenas o lugar do trauma, mas também da memória viva — da luta pelo acesso, da fé que sustenta, da vergonha que se converte em fala.

É como se observássemos essa transformação subjetiva acontecendo no decorrer da entrevista. A escuta sensível, o tipo de pergunta, que promove um percurso de elaboração das experiências em curso, para traduzi-las em palavras, converte o que seria uma ideia de sentença para a de experiência de vida.

Como propõe Arfuch (2013), a memória autobiográfica não se limita à recordação de um passado pessoal, mas constitui um "horizonte de inteligibilidade simbólica", em que o sujeito busca articular fragmentos, dar forma à dor e construir um lugar de reconhecimento. Nessa perspectiva, os imaginários sociodiscursivos não são apenas reflexos do vivido, mas formas de organizar afetos, inscrever a experiência em redes de sentido e disputar posições de fala. Eles condensam visões de mundo, ideologias de gênero, concepções de saúde e valores morais que se presentifica nos relatos — seja pela conformidade, seja pela tensão.

O imaginário do "câncer como castigo" aparece em alguns depoimentos, associado à culpa ou ao silêncio herdado de gerações anteriores. Outros imaginários, como o da "mulher guerreira", da "fé que move montanhas" ou da "luta solitária contra o sistema", revelam os modos como essas mulheres constroem seu lugar na linguagem e reivindicam reconhecimento. Como analisa Arfuch (2013), o espaço biográfico é o lugar em que o sujeito se reinscreve, tensionando normas e imaginários dominantes por meio da narrativa.

Em suma, o contraste entre os dois grupos não se resume a condições materiais distintas, mas expressa também modos diferentes de construção dos imaginários sociodiscursivos do câncer de mama: ora como experiência íntima que busca ser partilhada, ora como denúncia coletiva das desigualdades que afetam o corpo adoecido da mulher. A enunciação autobiográfica, nesse cenário, torna-se o espaço em que esses imaginários se elaboram, confrontam-se e, por vezes, transformam-se.

8.7 A escrita e a fala como práticas de resistência e de memória

O ato de narrar a própria experiência em todos os relatos analisados, configura-se como gesto de resistência e de produção de memória. Diante de uma vivência marcada pelo sofrimento físico, pela ameaça de morte e pela desorganização da vida cotidiana, a linguagem

torna-se ferramenta de reorganização simbólica, permitindo que o sujeito se reposicione frente ao vivido, resgate sua agência e atribua sentidos ao que, à primeira vista, poderia parecer apenas destruição.-

Uma grande contribuição dos relatos autobiográficos das seis mulheres é que, nestes, elas são mulheres por inteiro, corpos desejantes, com medo, com garra, com vida. Elas tomam a fala, não são objetos da fala de outrem, números ou corpos que sofrem protocolos de intervenção da ação médica, por exemplo. Elas são autoras de suas vidas.

A partir das contribuições de Arnoux (2006), ao analisar o papel do discurso como prática social e a ativação de memórias discursivas, é possível compreender que a memória não se restringe ao que se recorda, mas se atualiza no dizer: é na fala ou na escrita que a lembrança ganha forma, torna-se transmissível e politicamente situada. Ao narrar suas trajetórias, as mulheres entrevistadas não apenas se recordam, mas constroem memórias que se opõem ao silêncio, à invisibilidade e à naturalização da desigualdade.

Nas entrevistas com as Assistidas, por exemplo, a fala das entrevistadas, mesmo espontânea e situada, revela uma profunda elaboração subjetiva, na medida em que organiza temporalmente os acontecimentos, nomeia sentimentos, avalia práticas institucionais e projeta imagens de si. Ao relatarem suas vivências, transformam o sofrimento em linguagem partilhada. Falar, nesse contexto, é resistir ao apagamento simbólico, é afirmar-se como sujeito digno de escuta e portador de um saber experiencial legítimo.

Nessa linha, podemos afirmar que a memória não é apenas aquilo que se recorda, mas aquilo que se enuncia: é na fala ou na escrita que a lembrança se estabiliza, torna-se transmissível e politicamente situada. Ao narrar suas trajetórias, as mulheres entrevistadas não apenas se recordam, mas constroem memórias que se opõem ao silêncio, à invisibilidade e à naturalização da desigualdade.

Sob a perspectiva do contrato comunicacional de Charaudeau (2009), o ato de narrar configura-se como uma cena enunciativa em que o EUc convoca um TUi capaz de escutar, compreender e legitimar sua experiência. Esse pacto de escuta é fundamental para que a palavra enunciada produza efeitos de sentido e de reconhecimento. Nesse contexto, o pesquisador e as instâncias institucionais do saber ocupam um papel central, pois é a partir de sua escuta qualificada e também ética que se pode acolher o sofrimento do outro como forma legítima de produção de conhecimento.

Assim, tanto a escrita quanto a fala funcionam como práticas discursivas que reposicionam o sujeito diante da experiência do câncer. Ao narrar-se, essas mulheres resistem à objetivação institucional, à fragmentação do corpo e ao silenciamento histórico das dores

femininas. Suas palavras — publicadas ou ditas — são registros de memória e de presença. A enunciação autobiográfica, especialmente em contextos de crise, revela-se como um espaço de reconstrução subjetiva, em que o "Eu" se refaz diante das exigências simbólicas e afetivas do presente. O ato de narrar, nesses termos, não apenas organiza o vivido, mas atua na constituição do sujeito em transformação.

Encerramos, portanto, esta seção afirmando que a força das narrativas analisadas reside, justamente, na sua capacidade de converter a dor em linguagem, a solidão em testemunho e a vulnerabilidade em ato discursivo de resistência. Escrever e falar, nesses contextos, não são apenas formas de contar o que se viveu — são modos de se (re)inscrever no mundo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta tese, buscamos compreender como os discursos autobiográficos de mulheres que enfrentaram o câncer de mama — seja pela via da escrita publicada, seja por meio da oralidade em entrevistas — constroem e atualizam imaginários sociodiscursivos sobre o corpo, a doença, o cuidado e a subjetividade feminina. Partimos da convicção de que o câncer não é apenas um evento biológico ou clínico, mas uma experiência profundamente simbólica, marcada por atravessamentos sociais, bem como afetivos e ideológicos, que se inscrevem na linguagem.

O objetivo geral que guiou esta pesquisa foi analisar as narrativas de vida de mulheres que passaram e/ou estão passando pela vivência do câncer de mama, os imaginários sociodiscursivos que apresentam sobre o câncer, para compreendermos o sujeito enunciativo em face da doença, na relação triádica: Eu – o Outro – o Mundo.

A partir dessa diretriz, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos, os quais foram integralmente contemplados ao longo dos capítulos analíticos: (i) analisar como as enunciadoras entrevistadas discursivizam as emoções de medo e de ansiedade, sobretudo nos momentos de diagnóstico, de tratamento e de transformação corporal; (ii) analisar como os dois grupos de mulheres — as biografadas e as entrevistadas — constroem representações de si, mobilizando índices de patemização e estratégias de construção de *ethé*, (iii) analisar como as mulheres significam ou ressignificam o próprio corpo em relação à sexualidade, à feminilidade e à experiência da mutilação, (iv) analisar como essas mulheres gerenciam os saberes sobre a doença, mobilizando tanto informações técnicas, quanto afetivas, religiosas e empíricas, para narrar e compreender sua trajetória.

O percurso analítico empreendido nesta tese foi guiado por uma abordagem teórico-metodológica fundamentada principalmente na teoria do contrato de comunicação de Charaudeau (2009) e de outros autores sobre o espaço biográfico e a memória autobiográfica, narrativas de si, alteridade e disputas de reconhecimento; o papel do discurso como prática social e ativação de memórias; experiências-limite e subjetivação, e as concepções da Etnossociologia para pensarmos a narrativa como instrumento de formação e de análise social.

A análise comparativa foi realizada, na mesma época, entre dois conjuntos de dados: os relatos autobiográficos publicados por Marina da Silva, Soraia Evangelista e Fabíola La Torre, e as entrevistas semiestruturadas com três mulheres Assistidas pela Associação de Prevenção do câncer na Mulher (ASPRECAM), instituição que acolhe e orienta mulheres em tratamento oncológico pelo SUS.

No Capítulo I, discutimos as constituições histórica e discursiva do câncer de mama como fenômenos biomédico e simbólico. Mostramos como a palavra “câncer” carrega uma carga de sentidos estigmatizantes, e como a história da doença se entrelaça à história do corpo feminino e de seus silenciamentos. No Capítulo II, apresentamos a base teórico-metodológica da tese, com ênfase na análise discursiva de orientação sociointeracional e nos fundamentos da narrativa autobiográfica como prática de subjetivação. No Capítulo III, descrevemos o percurso metodológico da pesquisa, o recorte do *corpus*, os procedimentos analíticos e os princípios éticos que nortearam o trabalho com as entrevistas.

A análise desenvolvida nos Capítulos IV a VII permitiu observar que, embora os dois grupos de mulheres partam de experiências semelhantes de sofrimentos físico e emocional, seus discursos constroem posições subjetivas diversas e ativam imaginários sociodiscursivos que oscilam entre a conformidade com os modelos hegemônicos de enfrentamento da doença e o questionamento de valores instituídos sobre o corpo, a cura e a escuta. As escritoras do Grupo 1, com maior capital cultural escolarizado, constroem *ethé* de autoridade, acolhimento e orientação, muitas vezes convertendo sua dor em performance de superação ou de espiritualidade. As mulheres do Grupo 2, mesmo em contextos marcados por dificuldades no acesso ao tratamento e pela invisibilidade, ativam modos de resistência discursiva que tensionam o silenciamento institucional e inscrevem seus corpos e histórias no campo simbólico da linguagem.

Ao longo da análise, evidenciamos que falar e escrever são práticas de memória, de denúncia e de reinvenção de si, especialmente em contextos em que o corpo feminino é historicamente fragmentado, exposto e silenciado.

Esta pesquisa buscou, sobretudo, ouvir — com método, com ética e com afeto. O que se escutou, no entanto, não foi apenas o som da dor ou do medo, mas o gesto corajoso de transformar a fragilidade em palavra. Acreditamos que esse gesto é, por si só, um ato político e epistemológico: ao narrar-se, essas mulheres desafiam a invisibilidade e reivindicam o direito de existir discursivamente em um mundo que, muitas vezes, lhes nega escuta.

Como desdobramentos possíveis desta pesquisa, destacamos a importância de ampliar os estudos que articulem saúde, linguagem, gênero e memória, sobretudo com enfoque em narrativas de sujeitos historicamente silenciados. Reconhecemos que a tese explora um pequeno universo das vivências do câncer de mama, mas esperamos que ela possa abrir caminhos para que mais vozes encontrem lugar e escuta, dentro e fora da academia.

Concluímos reafirmando que, diante de um mundo que ainda insiste em calar as dores das mulheres, a linguagem — quando partilhada com responsabilidade — pode ser abrigo, cura e reexistência.

REFERÊNCIAS

ALBERCA, Manuel. **Maestras de vida**. Biografías y bioficciones. Málaga: Pálido Fuego, 2021. p. 293-309.

ALMEIDA, Maurício. MamamigaTech é graduado pela Nascente. **Revista Extensão & Comunidade,** CEFET-MG, v. 2, n. 1, p. 22-27, 2014. Disponível em: https://www2.cefetmg.br/galeria/download/2015/02/CEFET-MG_Revista_Extensao_Ed_02_FINAL-2.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Lisboa: Editorial Presença, 1974.

AMOSSY, Ruth. (Org.). Da noção retórica de ethos à análise do discurso. *In*: **Imagens de si no discurso**: a construção do ethos. São Paulo: Contexto, 2008a. p. 9-56.

AMOSSY, Ruth. (Org.). O ethos na intersecção das disciplinas: retórica, pragmática, sociologia dos campos. *In*: **Imagens de si no discurso**: a construção do ethos. São Paulo: Contexto, 2008b. p. 119-144.

ARFUCH, Leonor. **Memoria y autobiografía**: exploraciones en los límites. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2013.

ARFUCH, Leonor. **O espaço biográfico**: dilemas da subjetividade contemporânea. Tradução Paloma Vidal. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.

ARISTÓTELES. **Retórica**. Coordenação de António Pedro Mesquita. Tradução e notas de Manuel Alexandre Júnior, Paulo Farmhouse Alberto e Abel do Nascimento Pena. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2005. (Obras completas de Aristóteles, v. VIII, t. I).

ARISTÓTELES. **Vida e obra**. Tradução: Baby Abrão. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1999.

ARNOUX, Elvira Narvaja de. **Análisis del discurso**: modos de abordar materiales de archivo. Buenos Aires: Editora Santiago Arcos, 2006.

ARNOUX, Elvira Narvaja de. **Crisis política en la Argentina**: memoria discursiva y componente emocional en el debate sobre la Reforma Previsional. Guadalajara: Callas, 2019.

ARNOUX, Elvira Narvaja de. El análisis del discurso en Latinoamérica: objetos, perspectivas y debates. **Revista Signos**, v. 54, n.107, p. 711-735, 2021.

AUSTIN, John. **How to do things with words**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1976.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2007a.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2007b.

BENVENISTE, Émile. **O vocabulário das instituições indo-europeias**, Vol. II: poder, direito, religião. Tradução: Denise Bottmann. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1995.

BENVENISTE, Émile**. Problemas de Linguística Geral II**. Tradução: Eduardo Guimarães et al. Campinas: Pontes, 2006.

BERTAUX, Daniel. **Los relatos de vida**: perspectiva etnosociológica. Barcelona: Edicions, 2005.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. 2ª ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2004.

CHARAUDEAU, Patrick. A patemização na televisão como estratégia de autenticidade. *In*: MENDES, Emília; MACHADO, Ida Lucia (Org.). **As emoções no discurso**. V. 2. Mercado Letras: Campinas, 2007. p. 23-56.

CHARAUDEAU, Patrick. **Discurso político**. São Paulo: Contexto, 2006.

CHARAUDEAU, Patrick. Dize-me qual é teu corpus, eu te direi qual é a tua problemática. **Revista Diadorim**, v. 10, p. 44-61, 2011.

CHARAUDEAU, Patrick. **Linguagem e discurso**: modos de organização. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2009.

CHARAUDEAU, Patrick. **O discurso político**. São Paulo: Contexto, 2008.

CHARAUDEAU, Patrick. O sujeito voltou. Entrevista concedida a Vicente Cardoso Jr. **Boletim da UFMG**, Ano 36, 31 de maio de 2010a. Disponível em: https://www.ufmg.br/boletim/bol1697/6.shtml. Acesso em: abr. 2023.

CHARAUDEAU, Patrick. Os estereótipos, muito bem. Os imaginários, ainda melhor. **Entrepalavras**, v. 7, n. 1, p. 571-591, 2017.

CHARAUDEAU, Patrick. Para uma nova análise do discurso. *In:* **O discurso da mídia**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1996. p. 5-43.

CHARAUDEAU, Patrick. Um modelo sociocomunicacional do discurso: entre situação de comunicação e estratégias de individualização. *In*: STAFUZZA, Grenissa Bonvino; PAULA, Luciane de. **Da Análise do Discurso no Brasil à Análise do Discurso do Brasil**: três épocas histórico-analíticas. Uberlândia: Edufu, 2010b, p. 31-61.

CHARAUDEAU, Patrick. Uma Teoria dos Sujeitos da Linguagem. *In*: MARI, Hugo *et al*. **Análise do Discurso**: fundamentos e práticas. Belo Horizonte: Núcleo de Análise do Discurso – FALE/UFMG, 2001. p. 30-31.

EVANGELISTA, Soraia. **Um Câncer, uma felicidade...** 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

FERNANDES, Cleudemar Alves. **Análise do Discurso**: reflexões introdutórias. 2. ed. São Carlos: Editora Claraluz, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GREIMAS, Algirdas Julien. **Semântica estrutural**: pesquisa de método. São Paulo: Cultrix, 1973. p. 225-250.

GREIMAS, Algirdas Julien; COURTÉS, Joseph. Actante. *In*: **Semiótica. Diccionario razonado de la teoría del lenguaje**. Madrid: Gredos, 1990.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes: 2015.

HOLANDA, Fabíola; MEIHY, José Carlos. **História oral**: como fazer, como pensar. 4ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Dados e números sobre câncer de mama. Relatório anual 2022**. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-de-mama-relatorio-anual-2022. Acesso em: 28 maio 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Em 2021, foram esperados 66.000 novos casos e cerca de 18.000 mortes por câncer de mama no Brasil INCA**. Incidência. 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia. Acesso em: 15 jan. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Estimativa 2023 a 2025: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. Disponível em: www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 17 fev. 2023.

INDURSKY, Freda. **Formação discursiva**: ela ainda merece que lutemos por ela?. **Anais do SEAD**. 2005. Disponível em: http://www. ufrgs. br/analisedodiscurso/anaisdosead/2SEAD/SIMPOSIOS/Freda Indursky. Pdf. Acesso em: 13 jun. 2023.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Argentina. GLOBOCAN 2020**. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheetn.populations/32-argentina-fact-sheets.pdf. March, 2021. Acesso em: 2 out. 2022.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Brazil. GLOBOCAN 2020**. Disponível em https://gco.iarc.fr/today/data/factsheetn.populations/76-brazil-fact-sheets.pdf. March, 2021. Acesso em: 2 out. 2022.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Paraguay. GLOBOCAN, 2020**. Disponível em:https://gco.iarc.fr/today/data/factsheetn.populations/600-paraguay-fact-sheets.pdf. March. 2021. Acesso em: 2 out. 2022.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Uruguay. GLOBOCAN, 2020**. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheetn.populations/858-uruguay-fact-sheets.pdf. March, 2021. Acesso em: 2 out. 2022.

INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL - ITS. Reflexões sobre a construção do conceito de tecnologia social. *In*: LASSANCE JUNIOR, Antonio *et al*. **Tecnologia social**: uma estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004.

LA TORRE, Fabíola. **De médica a paciente**: como o câncer de mama mudou a minha vida. Barueri: Editora Manole, 2018.

LEJEUNE, Philippe: **O pacto autobiográfico**: de Rousseau à internet. Jovita Maria Gerheim Noronha (Org.). Trad. de Jovita Maria Gerheim Noronha e Maria Inês Coimbra Guedes. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

LESSA, Cláudio Humberto. Análise de autobiografias de alunos da Educação de Jovens e Adultos: ética, estética e alteridade. *In*: MACHADO, Ida Lucia; COURA-SOBRINHO, Jeronimo; MENDES, Emília. (Org.). **A transdisciplinaridade em Estudos de Linguagem**. Belo Horizonte: FALE/UFMG, 2013. p. 125-142.

LESSA, Cláudio Humberto. **Análises discursivas das narrativas de vida do corpo discente (PROEJA e LETRAS) do CEFET-MG**: múltiplos olhares. Belo Horizonte: CEFET-MG, 2019.

LUCENA, Clécio Ênio Murta de. **Estudo de avaliação do número de amostras teciduais necessárias, obtidas pela biópsia de fragmentos guiada por ultrassom, no diagnóstico histológico dos nódulos mamários.** 2001. 127f. Dissertação (Pós-graduação em Medicina) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

LUCENA, Clécio Ênio Murta de. **Índice Avaliação Ecográfica no estudo dos nódulos sólidos mamários**: uma nova proposta de classificação. 2006. 321f. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Ida Lúcia. Algumas reflexões sobre a teoria semiolinguística. **Letras & Letras**, v. 22, n. 2, p. 13-21, 2006.

MACHADO, Ida Lúcia. **Narrativas de vida**: saga familiar & sujeitos transclasses. Coimbra: Grácio Editor, 2020.

MACHADO, Ida Lúcia. Passagem de uma análise psicoestrutural a uma análise do discurso de 2ª geração. **Revista de Estudos da Linguagem**, v. 4, n. 2, p. 91-103, 1996.

MACHADO, Ida Lucia. **Reflexões sobre uma corrente de análise do discurso e sua aplicação em narrativas de vida**. Coimbra: Grácio Editor, 2016.

MAINGUENEAU, Dominique. A propósito do ethos. *In*: MOTA, Ana Raquel; SALGADO, Luciana. (Org.). **Ethos discursivo.** São Paulo: Contexto, 2008. p. 124-151.

MAINGUENEAU, Dominique. **Discurso e análise do discurso**. São Paulo: Parábola Editorial, 2015.

MAINGUENEAU, Dominique. Ethos, cenografia, incorporação. *In*: AMOSSY, Ruth (Org.). **Imagens de si no discurso**: a construção do ethos. São Paulo: Contexto, 2008a. p. 69-92.

MAINGUENEAU, Dominique. **Variações sobre o ethos**. São Paulo: Parábola, 2020.

MECCIA, Ernesto. Una ventana al mundo. **Biografías y sociedad**: métodos y perspectivas. Archivo Digital: Ediciones UNL, 2020. p. 25-62.

MICHELI, Raphaël. **Las emociones como objetos de construcciones argumentativas**. **Estudios de Comunicación y Política**, n. 26, p. 141-166, 2012.

MIRANDA, Wander Melo. **Contra a corrente**: a questão autobiográfica em Graciliano Ramos e Silviano Santiago. 1987. 288 f. Tese (Doutorado em Literatura Brasileira). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

NUNES, Nelson. Projeto emprega tecnologia desenvolvida no CEFET-MG para prevenir câncer de mama. **Revista Extensão & Comunidade**, CEFET-MG, v. 2, n. 1, 2014). Disponível em: https://www2.cefetmg.br/galeria/download/2015/02/CEFETMG_Revista_Extensao_Ed_02_FINAL-2.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

PACHECO, Juliana; NUNES, Nelson (org.). **Narrativas de vida dos trabalhadores terceirizados do CEFET-MG campus I**. Belo Horizonte: CEFET-MG, 2020. E-book. Disponível em: https://www.aescritadesi.cefetmg.br/ebook/. Acesso em: 07 fev. 2022.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **A filosofia da imaginação radical de Cornelius Castoriadis**. 1993. 141f. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1993.

PÊCHEUX, Michel; ORLANDI, Eni Puccinelli. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. São Paulo: Editora da UNICAMP, 1995.

PINEAU, Gaston. As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 329-343, maio/ago. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ep/a/vBbLxwHQHLFnfrS48HYbhxw/. Acesso em: 20 abr. 2025.

PLANTIN, Christian. **A argumentação**. São Paulo: Parábola Editorial, 2008.

PROPP, Vladimir. **Morfologia do conto maravilhoso**. Brasília: Copymarket, [1928]2001.

REDE CÂNCER. **Pingos nos is**. Publicação Trimestral do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, Nº 36, dez. 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/revistas/rede-cancer-no-36. Acesso em 05 fev. 2022.

REDE CÂNCER. Pingos nos is. **Publicação Trimestral do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva**, Nº 36, dez. 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/revistas/rede-cancer-no-36. Acesso em 05 fev. 2022.

RIO VERDE, Dilma. **Gêneros textuais e infografia**: a busca por novas perspectivas de ensino e aprendizagem de competências e habilidades para a leitura de textos verbo-visuais. Belo Horizonte, 2017. 254 f. Dissertação (Mestrado em Estudos de Linguagens). Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

RODRIGUES, Ivete; BARBIERI, José Carlos. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. **Revista de Administração Públic**a, v. 42, n. 6, p. 1069-1094, 2008.

SILVA, Marina da. **Câncer de Mama**: de como quase morri de medo. Belo Horizonte: Pelicano, 2005.

SILVA, Marina da. **Uma década depois...** Câncer de mama não morri... nem de medo. Belo Horizonte-MG: ASIN, 2016.

SUNG, Hyuna *et al*. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **Ca: a Cancer Journal For Clinician**s, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. Disponível em: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21660. Acesso em: 2 out. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TCLE G1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Projeto CAAE: _____, aprovado pelo Sistema CEP/CONEP, em ____ de _____ de 20___.

Prezada_____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **Os imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas de vida de mulheres com câncer de mama**. Como critério de inclusão, este convite se deve ao fato de você ser uma mulher que já passou pelo câncer de mama e escritora de obras literárias identificadas, nesta pesquisa, como narrativas de si, cuja temática está relacionada a esse tipo de câncer, e utilizadas em debates e palestras na Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), o que seria muito útil para o andamento da pesquisa. Em contrapartida, como critério de exclusão é não ser escritora de obras literárias utilizadas em debates e palestras na ASPRECAM cuja temática se relacione ao câncer de mama. Sua narrativa sobre este momento em sua vida nos interessa muito como pesquisa, para que possamos, a partir das análises das vivências narradas, traçar novos olhares e ações sobre o câncer de mama no Brasil, o que pode potencializar a implantação de políticas públicas mais pontuais voltadas à saúde da mulher.

A pesquisadora responsável pela pesquisa é Dilma Maria Campelo Rio Verde doutoranda do **Programa de Pós-graduação em Estudos de Linguagens do CEFET – MG**. A pesquisa refere-se à análise dos imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas de vida de mulheres com câncer de mama, inseridas em diferentes realidades socioeconômicas e culturais, uma bem favorecida e outra pouco favorecida. O objetivo geral é analisar as narrativas de vida de mulheres que passaram ou passam pela vivência do câncer de mama, pertencentes a realidades socioeconômicas e culturais diferentes, para compreender o sujeito enunciativo na relação entre três elementos: "o Eu – o Outro – o Mundo" em face da doença.

Para atender aos objetivos propostos, pretendemos analisar quais seriam os imaginários que você tem sobre o câncer de mama e quais são as imagens que projeta de si mesma no testemunho de sua vida, como mulher que recebeu o diagnóstico de câncer de

mama, a partir de suas vivências no que tange às seguintes experiências: (i) os possíveis medos que as mulheres sentem a partir do diagnóstico e durante o tratamento; (ii) as maneiras pelas quais elas significam ou ressignificam o próprio corpo e a sexualidade antes do tratamento e ao longo dele; (iii) as relações familiares, do trabalho e sociais durante e após o tratamento; (iv) o acesso a informações sobre a doença ou (a não) acessibilidade a tais informações; (v) as desigualdades sociais sofridas e suas implicações antes do tratamento e ao longo dele e (vi) as possíveis contribuições a partir das experiências vivenciadas por você em decorrência da doença.

Como justificativa desta pesquisa, ressaltamos que o câncer de mama é o segundo mais comum nas mulheres, porém, quando diagnosticado precocemente, a chance de cura pode chegar acima de 90%, segundo a oncologista Patrícia Schorn, integrante titular da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e coordenadora do Centro de Oncologia do Hospital Santa Lúcia, ao portal do Oncoguia. Receber este diagnóstico é um grande desafio que envolve medo, dúvidas e insegurança, que, muitas vezes, dificultam o processo de cura. Sabemos que a ênfase na qualidade de vida para pessoas com câncer de mama não está relacionada apenas à detecção precoce do câncer, com o tratamento imediato, mas também com o fortalecimento de fatores psicossociais.

Desse modo, acreditamos que a abordagem sobre o câncer de mama, tomando como referência as narrativas de vida de mulheres que passaram ou estão passando pelo tratamento, pode contribuir para a compreensão de alguns imaginários sociais sobre o câncer de mama e, por sua vez, contribuir com outros estudos no campo da medicina, os quais, juntos, possam reduzir os casos de mulheres com essa doença. Além disso, as pesquisas que envolvem narrativas de vida têm mostrado que, ao relatar as experiências, o sujeito tem a oportunidade de refletir sobre seu passado; permitindo-lhe, com isso, a abertura de novas perspectivas para sua vida e a vida de outras pessoas com quem convive, ao suavizar as experiências traumáticas.

Está prevista uma única fase de coleta de dados. Nesta fase, coletaremos informações sobre o perfil de sua vida, por meio de um único instrumento: o questionário socioeconômico e cultural, que apresenta 16 questões de múltipla escolha. Ele será disponibilizado em questionário eletrônico do *Google Forms*. Ainda sobre o questionário eletrônico, destacamos que, depois de aplicado, as respostas serão organizadas e apresentadas em forma de gráficos, para melhor conhecermos as realidades social, econômica e cultural em que você se encontra inserida.

Para analisar suas respostas, utilizaremos a metodologia “etnossociológica”, por considerarmos que ela está mais alinhada com nosso foco de estudo. Essa metodologia permite ao pesquisador analisar assuntos relacionados a preconceitos, principalmente sociais e culturais. De acordo com essa metodologia, o pesquisador sabe unicamente que o assunto que deseja pesquisar é alvo de preconceito. No caso específico desta pesquisa, sabemos que o câncer de mama é alvo de preconceitos, como, por exemplo, a crença de que é uma doença incurável, o que não é verdade, segundo estudos científicos. Diante disso, por meio de seus relatos, esperamos contribuir com novas percepções que combatam essas crenças preconceituosas.

Devido à atual necessidade de isolamento por causa da pandemia da Covid-19, a coleta de dados será realizada, de forma individual, por meio da plataforma *Google Forms*.

Como forma de contribuição com esta pesquisa, você responderá às questões do questionário eletrônico. Citamos, como tópicos de abordagem, no questionário eletrônico: dados sobre sua identificação, formação escolar, condição socioeconômica e cultural. A pesquisadora responsável manterá, rigorosamente, todos os compromissos éticos assumidos com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tais como o direito ao anonimato e à retirada da pesquisa em qualquer fase de coleta de dados sem retaliação.

No que se refere aos riscos e aos desconfortos desta pesquisa, eles podem se expressar em quatro níveis, os quais são:

(i) mínimo: cansaço ou falta de tempo para responder ao questionário eletrônico — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar questionários breves e com perguntas claras;

(ii) baixo: indisposição ou desconforto para responder às perguntas do questionário eletrônico — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar perguntas que, embora sejam pessoais, estejam diretamente relacionadas às suas condições sociais, econômicas e culturais.

(iii) moderado: eventual perda do anonimato (sigilo da sua identidade) — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: a pesquisadora assume o compromisso de não revelar a sua identidade; zelando, assim, pelo seu anonimato. Logo, os arquivos relativos ao material de análise serão armazenados com segurança em um computador, com acesso restrito à pesquisadora.

(iv) elevado: constrangimento ao expor algum aspecto social, econômico e cultural de sua vida — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar

questões que não envolvam diretamente algum aspecto íntimo e sensível da sua vida, como, por exemplo, a fragilidade emocional sentida ao longo do tratamento do câncer.

Não haverá benefícios diretos, como bonificações ou gratificações materiais. Contudo, como benefícios indiretos, você, por meio das suas respostas, poderá ajudar a si mesma a refletir sobre situações vividas que ainda não haviam sido consideradas com a importância merecida; além disso, seus depoimentos contribuirão para o debate sobre a criação e o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a saúde e a qualidade de vida das mulheres brasileiras.

Como participante de uma pesquisa e de acordo com a legislação brasileira, você é portadora de diversos direitos, além do anonimato, da confidencialidade, do sigilo e da privacidade, mesmo após o término ou interrupção da pesquisa. Assim, lhe é garantido:

- A observância das práticas determinadas pela legislação aplicável, incluindo as Resoluções 466/12 (e, em especial, seu item IV.3) e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplinam a ética em pesquisa e este Termo;
- A plena liberdade para decidir sobre sua participação sem prejuízo ou represália, de qualquer natureza;
- A plena liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou represália, de qualquer natureza. Nesse caso, os dados colhidos de sua participação até o momento da retirada do consentimento serão descartados, a menos que você autorize explicitamente o contrário;
- O acompanhamento e a assistência, mesmo que posteriores ao encerramento ou a interrupção da pesquisa, de forma gratuita, integral e imediata, pelo tempo necessário, sempre que requerido e relacionado à sua participação na pesquisa, mediante solicitação à pesquisadora responsável;
- O acesso aos resultados da pesquisa;
- O ressarcimento de qualquer despesa relativa à participação na pesquisa, como, por exemplo, o custo do uso da internet para a realização da coleta de dados, mediante transferência bancária.
- A indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- O acesso a este Termo.

A pesquisa emprega questionário eletrônico (*Google Forms*) on-line, portanto, recorre ao ambiente virtual para a coleta de dados. O instrumento de pesquisa utiliza a plataforma *Google Forms* da empresa Google LLC. A plataforma e a empresa têm uma boa reputação,

mas a pesquisadora responsável não tem controle de como a empresa *Google LL*C utiliza os dados que colhe dos participantes que respondem ao questionário eletrônico (*Google Forms*). A política de privacidade da empresa está disponível em <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>. Se você não se sentir segura quanto às garantias da empresa *Google LLC* quanto à proteção da sua privacidade, você deve cessar a sua participação, sem nenhum prejuízo. Caso concorde em participar, será considerada a anuência quando responder ao questionário eletrônico/online (*Google Forms*). Conforme Art. 28 da Resolução CONEP 510, a pesquisadora deverá manter os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Os resultados serão divulgados na tese, em eventos e publicações acadêmicos.

Como medidas complementares decorrentes da utilização de ambiente virtual para coleta de dados, a pesquisadora responsável assegura que:

- O TCLE depositado no Comitê de Ética tem a mesma formatação utilizada para visualização dos participantes da pesquisa.
- Não são utilizadas listas ou outro meio que permitam a identificação e/ou a visualização de seus dados pelos demais convidados ou por outras pessoas.
- O TCLE é apresentado anteriormente ao acesso às questões (no caso de aplicação de questionários), mas contendo uma descrição do seu conteúdo (tópicos que serão abordados) que lhe permita avaliar e dar, ou não, o seu consentimento para participação na pesquisa.
- Você tem o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa.
- Você tem o direito de se retirar da pesquisa, bem como retirar seu consentimento para a utilização de seus dados a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Para isso, basta declarar a retirada do consentimento por meio do e-mail disponibilizado pela pesquisadora. Nesse caso, a pesquisadora responsável afiança que dará a ciência do seu interesse de retirar o consentimento de utilização de seus dados em resposta ao e-mail.
- A pesquisadora responsável fará o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico pessoal assim que a coleta de dados for finalizada; e apagará todo e qualquer registro do questionário eletrônico e de suas respostas na plataforma *Google Form*s.

- Caso você aceite participar, é muito importante que guarde em seus arquivos uma cópia deste TCLE. Se for de seu interesse, o TCLE poderá ser obtido também na sua forma física. Basta pedir à pesquisadora responsável.

Qualquer dúvida ou necessidade — neste momento, no decorrer da sua participação ou após o encerramento ou eventual interrupção da pesquisa — pode ser dirigida à pesquisadora. Se preferir, ou em caso de reclamação ou denúncia de descumprimento de qualquer aspecto ético relacionado à pesquisa, você poderá recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG), vinculado à CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), comissões colegiadas, que têm a atribuição legal de defender os direitos e interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos. Você poderá acessar a página do CEP, disponível em:<http://www.cep.cefetmg.br> ou contatá-lo pelo endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio Principal (único), sala do CEP/CEFET-MG (s/número), Bairro Gameleira, Belo Horizonte – MG, CEP: 30510-000; e-mail: dppg-cep@cefetmg.br; telefone: +55 (31) 3379-3004 ou presencialmente, no horário de atendimento ao público: às terças-feiras das 12h às 16h e às quintas-feiras das 12h às 16h.

Se optar por participar da pesquisa, peço-lhe que escolha a opção “Aceitar” ao final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

( ) Aceitar ( ) Não aceitar

DECLARAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinada, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar da pesquisa como estabelecido neste TERMO.

Assinatura do participante da pesquisa:_____

Assinatura do pesquisador: _____

Belo Horizonte, _____ de _____de 20__.

Se desejar receber os resultados da pesquisa e/ou o TCLE físico, assinale abaixo a sua opção e indique seu e-mail ou, se preferir, seu endereço postal, no espaço a seguir:_____.

( ) Resultado da pesquisa ( ) TCLE impresso e rubricado

APÊNDICE B - TCLE G2 e Termo de autorização para uso de voz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Projeto CAAE: _____, aprovado pelo Sistema CEP/CONEP, em ____ de _____ de 20___.

Prezada_____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **Os imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas de vida de mulheres com câncer de mama**. Como critério de inclusão, este convite se deve ao fato de você ser uma mulher que recebeu um diagnóstico de câncer de mama e está sendo submetida ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e assistida pela Associação de Prevenção do Câncer na Mulher (ASPRECAM), o que seria muito útil para o andamento da pesquisa. Em contrapartida, o critério de exclusão é não ser mulher diagnosticada com câncer de mama. Sua narrativa sobre este momento em sua vida nos interessa muito como pesquisa, para que possamos, a partir das análises das vivências narradas, traçar novos olhares e ações sobre o câncer de mama no Brasil, o que pode potencializar a implantação de políticas públicas mais pontuais voltadas à saúde da mulher.

A pesquisadora responsável pela pesquisa é Dilma Maria Campelo Rio Verde, doutoranda do **Programa de Pós-graduação em Estudos de Linguagens do CEFET – MG**. A pesquisa refere-se à análise dos imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas de vida de mulheres com câncer de mama, inseridas em diferentes realidades socioeconômicas e culturais, uma bem favorecida e outra pouco favorecida. O objetivo geral é analisar as narrativas de vida de mulheres que passaram ou passam pela vivência do câncer de mama, pertencentes a realidades socioeconômicas e culturais diferentes, para compreender o sujeito enunciativo na relação entre três elementos: "o Eu – o Outro – o Mundo" em face da doença.

Para atender aos objetivos propostos, pretendemos analisar quais seriam os imaginários que você tem sobre o câncer de mama e quais são as imagens que projeta de si mesma no testemunho de sua vida, como mulher que recebeu o diagnóstico de câncer de mama, a partir de suas vivências no que tange às seguintes experiências: (i) os possíveis medos que as mulheres sentem a partir do diagnóstico e durante o tratamento; (ii) as maneiras

pelas quais elas significam ou ressignificam o próprio corpo e a sexualidade antes do tratamento e ao longo dele; (iii) as relações familiares, do trabalho e sociais durante e após o tratamento; (iv) o acesso a informações sobre a doença ou (a não) acessibilidade a tais informações; (v) as desigualdades sociais sofridas e suas implicações antes do tratamento e ao longo dele e (vi) as possíveis contribuições a partir das experiências vivenciadas por você em decorrência da doença.

Como justificativa desta pesquisa, ressaltamos que o câncer de mama é o segundo mais comum nas mulheres, porém, quando diagnosticado precocemente, a chance de cura pode chegar acima de 90%, segundo a oncologista Patrícia Schorn, integrante titular da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e coordenadora do Centro de Oncologia do Hospital Santa Lúcia, ao portal do Oncoguia. Receber este diagnóstico é um grande desafio que envolve medo, dúvidas e insegurança, que, muitas vezes, dificultam o processo de cura. Sabemos que a ênfase na qualidade de vida para pessoas com câncer de mama não está relacionada apenas à detecção precoce do câncer, com o tratamento imediato, mas também com o fortalecimento de fatores psicossociais.

Desse modo, acreditamos que a abordagem sobre o câncer de mama, tomando como referência as narrativas de vida de mulheres que passaram ou estão passando pelo tratamento, pode contribuir para a compreensão de alguns imaginários sociais sobre o câncer de mama e, por sua vez, contribuir com outros estudos no campo da medicina, os quais, juntos, possam reduzir os casos de mulheres com essa doença. Além disso, as pesquisas que envolvem narrativas de vida têm mostrado que, ao relatar as experiências, o sujeito tem a oportunidade de refletir sobre seu passado; permitindo-lhe, com isso, a abertura de novas perspectivas para sua vida e a vida de outras pessoas com quem convive, ao suavizar as experiências traumáticas.

Está prevista uma única fase de coleta de dados. Nesta fase, coletaremos informações sobre o perfil de sua vida, por meio de dois instrumentos: (i) um questionário socioeconômico e cultural e (ii) uma entrevista em forma de conversa para o relato de suas experiências. O questionário apresenta 16 questões de múltipla escolha. Ele será disponibilizado em questionário eletrônico do *Google Forms*. Ainda sobre o questionário eletrônico, destacamos que, depois de aplicado, as respostas serão organizadas e apresentadas em forma de gráficos, para melhor conhecermos as realidades social, econômica e cultural em que você se encontra inserida. A entrevista, por sua vez, contém 10 questões abertas, mas você tem o direito de não responder a todas elas. As perguntas dizem respeito aos imaginários que você tem sobre o câncer de mama e quais são as imagens que projeta de si mesma, a partir de suas vivências,

como mulher que recebeu o diagnóstico. A entrevista será registrada por meio da gravação de voz, sem utilização de imagem, utilizando um aparelho de gravação. Para a análise dos relatos, a gravação da entrevista será transcrita para um documento em *Word*; logo, a gravação de voz não será publicada, apenas a transcrição das suas respostas.

Para analisar suas respostas, utilizaremos metodologias da Análise do Discurso e do campo etnossociológico, por considerarmos que elas estão mais alinhadas com nosso foco de estudo. A metodologia da Análise do Discurso permite-nos analisar o discurso reproduzido nos textos, a etnossociológica permite ao pesquisador analisar assuntos relacionados a preconceitos, principalmente sociais e culturais. De acordo com essa metodologia, o pesquisador sabe unicamente que o assunto que deseja pesquisar é alvo de preconceito. No caso específico desta pesquisa, sabemos que o câncer de mama é alvo de preconceitos, como, por exemplo, a crença de que é uma doença incurável, o que não é verdade, segundo estudos científicos. Diante disso, por meio de seus relatos, esperamos contribuir com novas percepções que combatam essas crenças preconceituosas.

Devido à atual necessidade de isolamento por causa da pandemia da Covid-19, a entrevista será realizada, de forma individual, por meio da plataforma *Google Meet*. Você participará da entrevista em sua própria casa, utilizando o celular, como costuma fazer nos encontros virtuais que são realizados pela ASPRECAM, em vários momentos. Você receberá da pesquisadora responsável um valor financeiro para cobrir o custo da internet no momento da sua participação.

Como forma de contribuição com esta pesquisa, você responderá às questões do questionário eletrônico e às perguntas da entrevista. Citamos, como tópicos de abordagem, no questionário eletrônico: dados sobre sua identificação, formação escolar, condição socioeconômica e cultural. Na entrevista semiestrutura, citamos, como tópicos de abordagem: seu comportamento diante do diagnóstico do câncer de mama, o acesso à informação e ao tratamento, o papel da ASPRECAM neste momento de sua vida. A pesquisadora responsável manterá, rigorosamente, todos os compromissos éticos assumidos com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tais como o direito ao anonimato e à retirada da pesquisa em qualquer fase de coleta de dados sem retaliação.

Esperamos que você, por intermédio das suas respostas, tenha a oportunidade de refletir sobre sua trajetória no percurso entre o diagnóstico e o tratamento, considerando não só as dificuldades pelas quais você tem passado, mas também pelos obstáculos que já foram vencidos, pelo aprendizado construído e pelas metas que devem ser estabelecidas para se fortalecer física e emocionalmente.

No que se refere aos riscos e aos desconfortos desta pesquisa, eles podem se expressar em quatro níveis, os quais são:

(i) mínimo: cansaço ou falta de tempo para responder ao questionário eletrônico e à entrevista — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar questionários breves e com perguntas claras;

(ii) baixo: indisposição, desconforto ou vergonha para responder às perguntas do questionário eletrônico e da entrevista — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: elaborar perguntas que, embora sejam pessoais, estejam diretamente relacionadas a suas experiências como mulher diagnosticada com câncer de mama.

(iii) moderado: constrangimento e estresse ao se expor com relação às experiências vividas ao longo do tratamento — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: ser gentil, amigável e compreensível em relação às respostas recebidas na etapa de coleta de dados, criando, assim, um ambiente de cooperação entre pesquisadora e pesquisada. Além disso, citamos a eventual perda do anonimato (sigilo da sua identidade) — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: a pesquisadora assume o compromisso de não revelar a sua identidade; zelando, assim, pelo seu anonimato. Logo, os arquivos relativos ao material de análise serão armazenados com segurança em um computador, com acesso restrito à pesquisadora.

(iv) elevado: possibilidade de ter dificuldades de expor as situações vividas devido à emoção ou a algum trauma — medida de proteção e precaução por parte da pesquisadora responsável: interromper a gravação e tentar fazer com que você se acalme até que se sinta segura para retomar a entrevista. Caso você não consiga concluir a entrevista e ainda queira continuar como participante, reagendaremos outra data.

Não haverá benefícios diretos, como bonificações ou gratificações materiais. Contudo, como benefícios indiretos, você, por meio das suas respostas, poderá ajudar a si mesma a refletir sobre situações vividas que ainda não haviam sido consideradas com a importância merecida; além disso, seus depoimentos contribuirão para o debate sobre a criação e o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a saúde e a qualidade de vida das mulheres brasileiras.

Como participante de uma pesquisa e de acordo com a legislação brasileira, você é portadora de diversos direitos, além do anonimato, da confidencialidade, do sigilo e da privacidade, mesmo após o término ou interrupção da pesquisa. Assim, lhe é garantido:

- A observância das práticas determinadas pela legislação aplicável, incluindo as Resoluções 466/12 (e, em especial, seu item IV.3) e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplinam a ética em pesquisa e este Termo;
- A plena liberdade para decidir sobre sua participação sem prejuízo ou represália, de qualquer natureza;
- A plena liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou represália, de qualquer natureza. Nesse caso, os dados colhidos de sua participação até o momento da retirada do consentimento serão descartados, a menos que você autorize explicitamente o contrário;
- O acompanhamento e a assistência, mesmo que posteriores ao encerramento ou a interrupção da pesquisa, de forma gratuita, integral e imediata, pelo tempo necessário, sempre que requerido e relacionado à sua participação na pesquisa, mediante solicitação à pesquisadora responsável;
- O acesso aos resultados da pesquisa;
- O ressarcimento de qualquer despesa relativa à participação na pesquisa, como, por exemplo, o custo do uso da internet para a realização da coleta de dados, mediante transferência bancária.
- A indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- O acesso a este Termo.

A pesquisa emprega questionário eletrônico (*Google Forms*) e entrevista semiestruturada, realizada por videoconferência pelo *Google Meet* (on-line, portanto, recorre ao ambiente virtual para a coleta de dados). O instrumento de pesquisa utiliza a plataforma *Google Forms* e *Google Meet*, da empresa Google LLC. A plataforma e a empresa têm uma boa reputação, mas a pesquisadora responsável não tem controle de como a empresa *Google LLC* utiliza os dados que colhe dos participantes que respondem ao questionário eletrônico (*Google Forms*). A política de privacidade da empresa está disponível em <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-BR>. Se você não se sentir seguro quanto às garantias da empresa *Google LLC* quanto à proteção da sua privacidade, você deve cessar a sua participação, sem nenhum prejuízo. Caso concorde em participar, será considerada a anuência quando entrar na sala virtual para realização da entrevista (*Google Meet*) ou ao responder ao questionário eletrônico/online (*Google Forms*). Conforme Art. 28 da Resolução CONEP 510, a pesquisadora deverá manter os dados da pesquisa em arquivo físico ou digital,

sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Os resultados serão divulgados na tese, em eventos e publicações acadêmicos.

Como medidas complementares decorrentes da utilização de ambiente virtual para coleta de dados, a pesquisadora responsável assegura que:

- O TCLE depositado no Comitê de Ética tem a mesma formatação utilizada para visualização dos participantes da pesquisa.
- Não são utilizadas listas ou outro meio que permitam a identificação e/ou a visualização de seus dados pelos demais convidados ou por outras pessoas.
- O TCLE é apresentado anteriormente ao acesso às questões (no caso de aplicação de questionários), mas contendo uma descrição do seu conteúdo (tópicos que serão abordados) que lhe permita avaliar e dar, ou não, o seu consentimento para participação na pesquisa.
- Você tem o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa.
- Você tem o direito de se retirar da pesquisa, bem como retirar seu consentimento para a utilização de seus dados a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Para isso, basta declarar a retirada do consentimento por meio do e-mail disponibilizado pela pesquisadora. Nesse caso, a pesquisadora responsável afiança que dará a ciência do seu interesse de retirar o consentimento de utilização de seus dados em resposta ao e-mail.
- A pesquisadora responsável fará o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico pessoal assim que a coleta de dados for finalizada; e apagará todo e qualquer registro do questionário eletrônico e de suas respostas na plataforma *Google Form*s.
- Caso você aceite participar, é muito importante que guarde em seus arquivos uma cópia deste TCLE. Se for de seu interesse, o TCLE poderá ser obtido também na sua forma física. Basta pedir à pesquisadora responsável.

Qualquer dúvida ou necessidade — neste momento, no decorrer da sua participação ou após o encerramento ou eventual interrupção da pesquisa — pode ser dirigida à pesquisadora. Se preferir, ou em caso de reclamação ou denúncia de descumprimento de qualquer aspecto ético relacionado à pesquisa, você poderá recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG), vinculado à CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), comissões colegiadas, que têm a atribuição legal de defender os direitos e interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro dos

padrões éticos. Você poderá acessar a página do CEP, disponível em:<http://www.cep.cefetmg.br> ou contatá-lo pelo endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio Principal (único), sala do CEP/CEFET-MG (s/número), Bairro Gameleira, Belo Horizonte – MG, CEP: 30510-000; e-mail: dppg-cep@cefetmg.br; telefone: +55 (31) 3379-3004 ou presencialmente, no horário de atendimento ao público: às terças-feiras das 12h às 16h e às quintas-feiras das 12h às 16h.

Se optar por participar da pesquisa, peço-lhe que escolha a opção "Aceitar" ao final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

( ) Aceitar ( ) Não aceitar

DECLARAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar da pesquisa como estabelecido neste TERMO.

Assinatura do participante da pesquisa:_____

Assinatura do pesquisador: _____

Belo Horizonte, _____ de _____de 20__.

Se desejar receber os resultados da pesquisa e/ou o TCLE físico, assinale abaixo a sua opção e indique seu e-mail ou, se preferir, seu endereço postal, no espaço a seguir:_____.

( ) Resultado da pesquisa ( ) TCLE impresso e rubricado

Termo de autorização para uso de voz

Eu, _____(nome completo da participante da pesquisa), de posse do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO da pesquisa intitulada **Os imaginários sociodiscursivos e a construção das imagens de si em narrativas de vida de mulheres com câncer de mama**, após ter ciência e

entendimento quanto aos (i) riscos e benefícios que essa pesquisa poderá trazer e (ii) métodos que serão usados para a coleta de dados; e por estar ciente da necessidade da gravação de voz, AUTORIZO, por meio deste termo, que a pesquisadora Dilma Maria Campelo Rio Verde capture/registre a gravação de voz de minha pessoa para fins EXCLUSIVOS da referida pesquisa científica e com a condição de que esse material, na sua forma original, não seja divulgado. Nessas condições, apenas o material derivado do original poderá, nos termos desta autorização, ser divulgado em meios científicos, tais como, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, artigos em periódicos, congressos e simpósios ou outros eventos de caráter científico-tecnológico – no sentido de preservar o meu direito ao ANONIMATO e demais direitos, como definido na regulamentação ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

As gravações de voz ficarão sob a propriedade e a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa. Terá acesso aos arquivos da pesquisadora responsável por este trabalho.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora citada em garantir-me que:

1. a transcrição da gravação de minha voz me seja disponibilizada, caso a solicite;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui tratada e outras publicações científicas dela decorrentes;
3. a minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação científica das informações geradas pela pesquisa;
4. a utilização das informações geradas pela pesquisa para qualquer outra finalidade não especificada no TCLE somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão armazenados por 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa; e, após esse período, serão destruídos;
6. a interrupção de minha participação na pesquisa poderá ser feita a qualquer momento, sem nenhum ônus, mediante mera comunicação ao pesquisado responsável, que, nesse caso, deverá providenciar a devolução (e adoção de medidas condizentes com essa situação) do material relacionado a esta autorização.

Valido esta autorização assinando e rubricando este documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____, ____de_____,____

Local e data

_____

Nome completo do Participante da Pesquisa

_____

Assinatura do Participante da Pesquisa

_____

Nome e Rubrica da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - Coleta de dados G1 (questionário)

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CULTURAL (G1)

1. Você se inclui em qual das categorias de faixa étaria?
   A. ( ) 21 a 29 anos
   B. ( ) 30 a 39 anos
   C. ( ) 40 a 49 anos
   D. ( ) 50 a 59 anos
   E. ( ) 60 anos ou mais

2. Você se identifica mais com qual gênero?
   A . ( ) masculino
   B. ( ) feminino
   C. ( ) outro

3. Qual é seu estado civil?
   A. ( ) solteira
   B . ( ) casada
   C. ( ) união estável
   D . ( ) separada
   E . ( ) divorciada
   F. ( ) viúva

4. Você se considera?
   A . ( ) preta
   B . ( ) parda
   C. ( ) branca
   D. ( ) amarela
   E. ( ) indígena
   F. ( ) não desejo declarar

5. Você possui filhos?
    A. ( ) não
    B. ( ) sim,um
    C. ( ) sim, dois
    D. ( ) sim, três ou mais

6. Você se insere em qual nível de escolaridade?
    A. ( ) não alfabetizada
    B. ( ) alfabetizada
    C. ( ) ensino fundamental incompleto
    D. ( ) ensino fundamental completo
    E. ( ) ensino médio incompleto
    F. ( ) ensino médio completo
    G. ( ) superior incompleto
    H. ( ) superior completo
    I. ( ) pós-graduação
    J. ( ) mestrado
    K. ( ) doutorado
    L. ( ) pós-doutorado

7. Você procura ficar informada sobre os assuntos da realidade em que vive? Se “sim”, utiliza quais recursos? (Pode marcar mais de uma resposta)
    A. ( ) não
    B. ( ) revistas científicas
    C. ( ) jornais impressos
    D. ( ) jornais televisivos
    E. ( ) com acesso on-line

8. Você ocupa seu tempo com quais atividades de lazer e de bem- estar ? (Pode marcar mais de uma resposta)
    A. ( ) não realizo atividades de lazer
    B. ( ) leitura
    C. ( ) teatro

D. ( ) viagem
E . ( ) artesanato
F. ( ) atividade física
G. ( ) mídia social: instagram
H. ( ) mídia social: facebook
I. ( ) mídia social: WatsApp
J. ( ) plataforma on-line: Youtube
K. ( ) saio com os amigos
L. ( ) fico com a família
M. ( ) outras

9. Você está trabalhando atualmente?
   A . ( ) não
   B . ( ) sim, trabalho eventualmente
   C. ( ) sim, trabalho em tempo parcial de 20 horas
   D. ( ) sim, trabalho em tempo parcial de 21 a 30 horas
   E. ( ) sim, trabalho em tempo integral de 44 horas

10. Você é beneficiária de algum Programa Social do Governo: Federal, Estadual ou Municipal?
    A. ( ) não
    B. ( ) sim, "Auxílio Brasil"
    C. ( ) sim, "Auxílio Gás"
    D. ( ) sim, "Loas"

11. Você contribui com a renda da família?
    A. ( ) não
    B . ( ) sim
    C. ( ) sim, sou a principal provedora "(mantenho a casa)"

12. Você reside em casa:
    A. ( ) emprestada ou cedida
    B. ( ) alugada

C. ( ) própria quitada

D. ( ) própria (em processo de pagamento)

13. Quantas pessoas vivem atualmente em sua casa (incluindo você)?

A. ( ) uma, pois moro sozinha

B. ( ) duas

C. ( ) três

D. ( ) quatro

E. ( ) cinco

F. ( ) seis ou mais

14. Você deve marcar a seguir todos os itens que há em sua casa.

A. ( ) tv por assinatura

B. ( ) computador

C. ( ) notebook

D. ( ) internet

E. ( ) máquina de lavar roupa

F. ( ) máquina de lavar louça

G. ( ) freezer

15. Você utiliza, com frequência, qual meio de locomoção?

A. ( ) a pé

B. ( ) transporte público

C. ( ) carro próprio

D. ( ) transporte por aplicativos (Uber, 99, entre outros)

16. Qual a renda mensal de toda a sua família? (somando todas as fontes de renda bruta)

A. ( ) até meio salário mínimo

B. ( ) de meio a um salário mínimo

C. ( ) dois salários mínimos

D. ( ) de três a cinco salários mínimos

E. ( ) de seis a dez salários mínimos

F. ( ) de onze a mais salários mínimos

APÊNDICE D - Coleta de dados G2 (questionário e roteiro da entrevista)

PARTE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CULTURAL

1. Você se inclui em qual das categorias de faixa étaria?
   F. ( ) 21 a 29 anos
   G. ( ) 30 a 39 anos
   H. ( ) 40 a 49 anos
   I. ( ) 50 a 59 anos
   J. ( ) 60 anos ou mais

2. Você se identifica mais com qual gênero?
   D . ( ) masculino
   E. ( ) feminino
   F. ( ) outro

3. Qual é seu estado civil?
   G. ( ) solteira
   H . ( ) casada
   I. ( ) união estável
   J . ( ) separada
   K . ( ) divorciada
   L. ( ) viúva

4. Você se considera?
   G . ( ) preta
   H . ( ) parda
   I. ( ) branca
   J. ( ) amarela
   K. ( ) indígena
   L. ( ) não desejo declarar

5. Você possui filhos?

E. ( ) não
F. ( ) sim,um
G. ( ) sim, dois
H. ( ) sim, três ou mais

6. Você se insere em qual nível de escolaridade?
   M. ( ) não alfabetizada
   N. ( ) alfabetizada
   O. ( ) ensino fundamental incompleto
   P. ( ) ensino fundamental completo
   Q. ( ) ensino médio incompleto
   R. ( ) ensino médio completo
   S. ( ) superior incompleto
   T. ( ) superior completo
   U. ( ) pós-graduação
   V. ( ) mestrado
   W. ( ) doutorado
   X. ( ) pós-doutorado

7. Você procura ficar informada sobre os assuntos da realidade em que vive? Se “sim”, utiliza quais recursos? (Pode marcar mais de uma resposta)
   F. ( ) não
   G. ( ) revistas científicas
   H. ( ) jornais impressos
   I. ( ) jornais televisivos
   J. ( ) com acesso on-line

8. Você ocupa seu tempo com quais atividades de lazer e de bem- estar ? (Pode marcar mais de uma resposta)
   N. ( ) não realizo atividades de lazer
   O. ( ) leitura
   P. ( ) teatro
   Q. ( ) viagem

R . ( ) artesanato

S. ( ) atividade física

T. ( ) mídia social: instagram

U. ( ) mídia social: facebook

V. ( ) mídia social: whatsApp

W. ( ) plataforma on-line: youtube

X. ( ) saio com os amigos

Y. ( ) fico com a família

Z. ( ) outras

9. Você está trabalhando atualmente?

F . ( ) não

G . ( ) sim, trabalho eventualmente

H ( ) sim, trabalho em tempo parcial de 20 horas

I ( ) sim, trabalho em tempo parcial de 21 a 30 horas

J. ( ) sim, trabalho em tempo integral de 44 horas

10. Você é beneficiária de algum Programa Social do Governo: Federal, Estadual ou Municipal?

E. ( ) não

F. ( ) sim, “Auxílio Brasil”

G. ( ) sim, “Auxílio Gás”

H. ( ) sim, “Loas”

11. Você contribui com a renda da família?

D. ( ) não

E . ( ) sim

F. ( ) sim, sou a principal provedora “(mantenho a casa)”

12. Você reside em casa:

E. ( ) emprestada ou cedida

F. ( ) alugada

G. ( ) própria quitada

H. ( ) própria (em processo de pagamento)

13. Quantas pessoas vivem atualmente em sua casa (incluindo você)?

G. ( ) uma, pois moro sozinha

H. ( ) duas

I. ( ) três

J. ( ) quatro

K. ( ) cinco

L. ( ) seis ou mais

14. Você deve marcar a seguir todos os itens que há em sua casa.

H. ( ) tv por assinatura

I. ( ) computador

J. ( ) notebook

K. ( ) internet

L. ( ) máquina de lavar roupa

M. ( ) máquina de lavar louça

N. ( ) freezer

15. Você utiliza, com frequência, qual meio de locomoção?

E. ( ) a pé

F. ( ) transporte público

G. ( ) carro próprio

H. ( ) transporte por aplicativos (Uber, 99, entre outros)

16. Qual a renda mensal de toda a sua família? (somando todas as fontes de renda bruta)

A. ( ) até meio salário mínimo

B. ( ) de meio a um salário mínimo

C. ( ) dois salários mínimos

D. ( ) de três a cinco salários mínimos

E. ( ) de seis a dez salários mínimos

F. ( ) de onze a mais salários mínimos

PARTE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Instruções: você não precisa responder necessariamente a todas as perguntas.

Conte para nós:

Antes do tratamento

1. Você tem o hábito de observar mudanças em seu corpo, de fazer, por exemplo, o autoexame das mamas?
2. Como você soube que estava com câncer de mama? (Relate-nos este momento)
3. Quais sentimentos (pensamentos) vieram a partir do diagnóstico?
4. O tratamento ocorreu imediato ao diagnóstico? (Relate-nos se foi rápido, fácil, ou difícil)

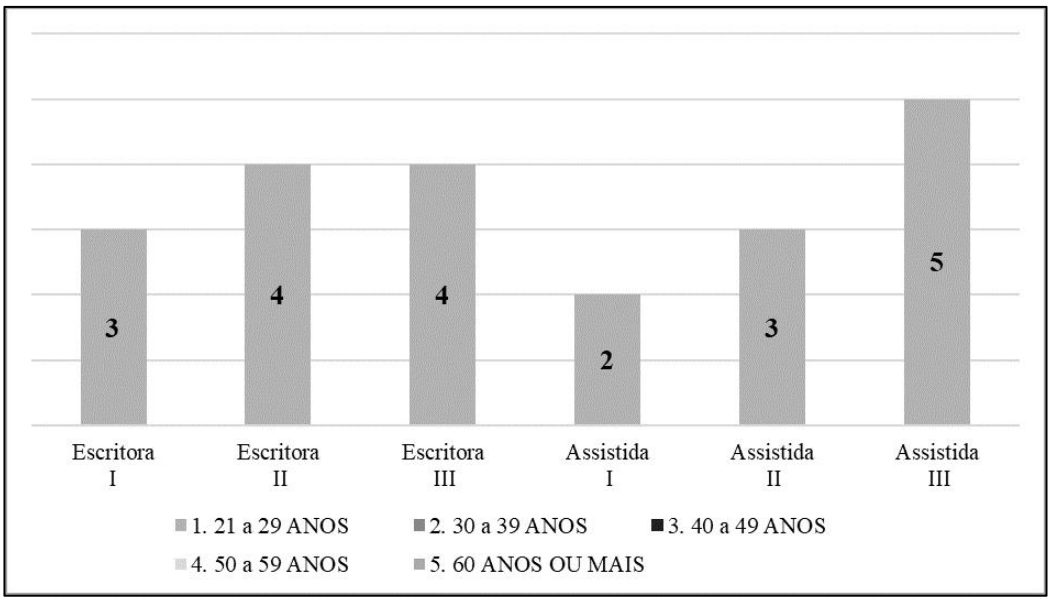
Durante o tratamento

1. Como tem sido o seu acesso ao tratamento?
2. Como tem sido o seu acesso a informações sobre a doença?
3. Como a doença tem afetado sua vida, na questão pessoal, como na autoestima, na sexualidade e nas relações com as outras pessoas na família, no trabalho, entre amigos.
4. Qual experiência foi mais marcante para você, depois que recebeu o diagnóstico?
5. Qual tem sido o papel da ASPRECAM neste momento de sua vida?
6. Qual mensagem deixa para as pessoas que descobriram o câncer agora?

APÊNDICE E - Dados das respostas do questionário

01.Você se inclui em qual das categorias de faixa etária (idade)?

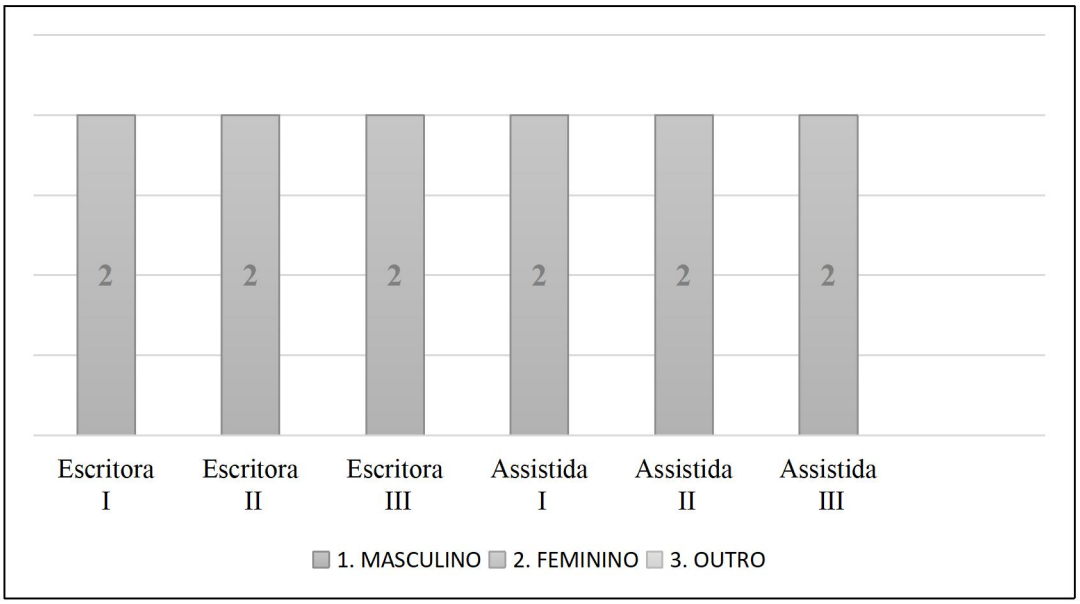
Dados referentes à pergunta: você se inclui em qual das categorias de faixa etária (idade)?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

02. Você se identifica mais com qual gênero?

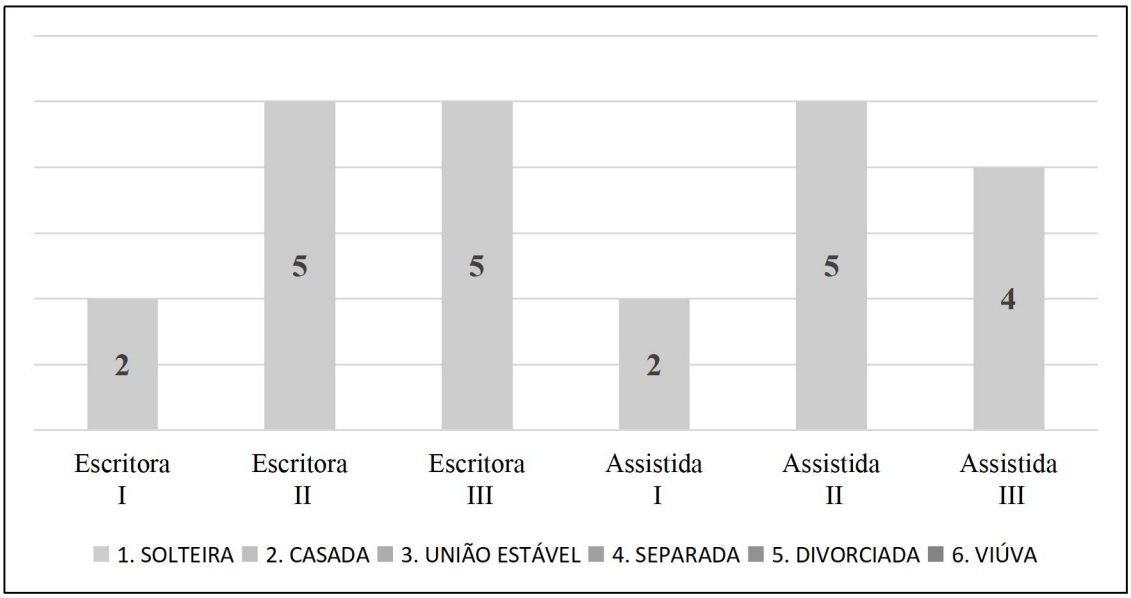
Dados referentes à pergunta: você se identifica mais com qual gênero?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

03. Qual é seu estado civil?

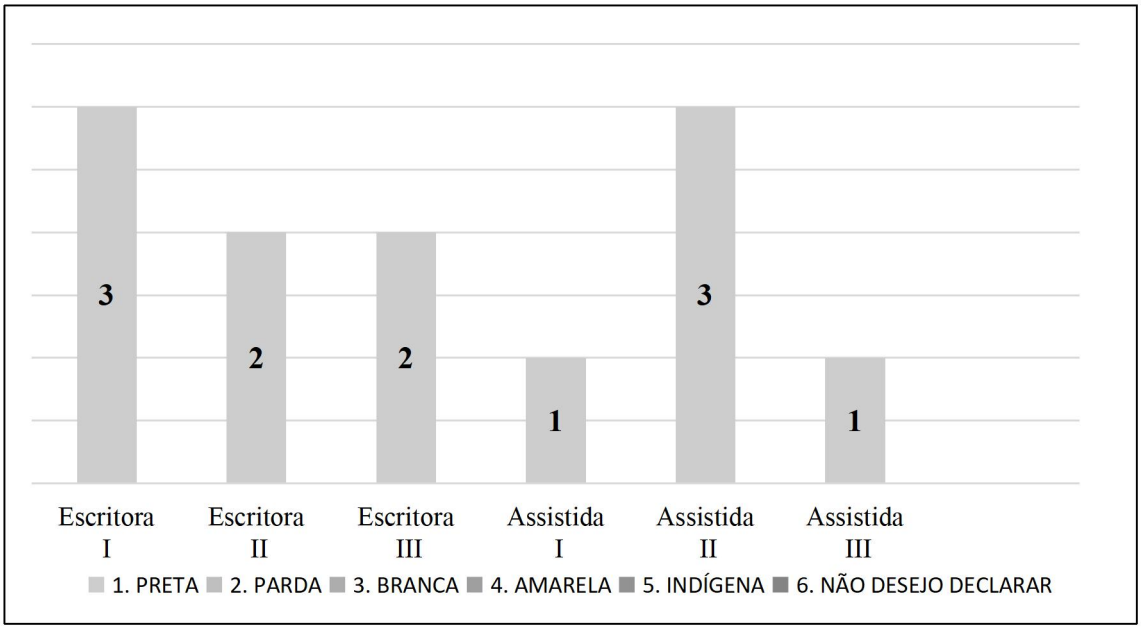
Dados referentes à pergunta: qual é seu estado civil?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

04. Você se considera?

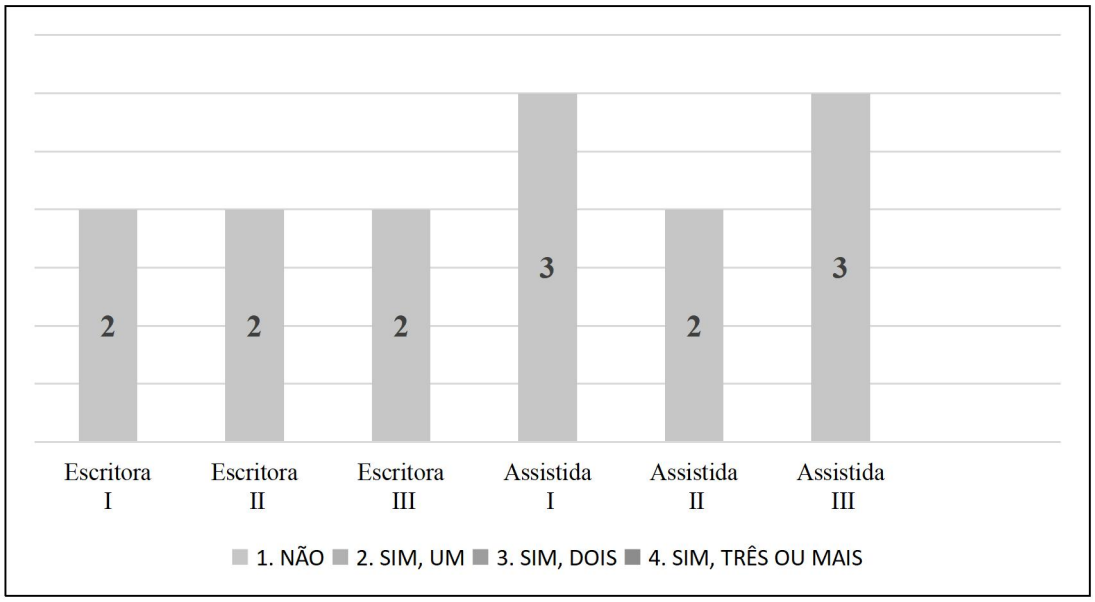
Dados referentes à pergunta: você se considera?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

05. Você possui filhos?

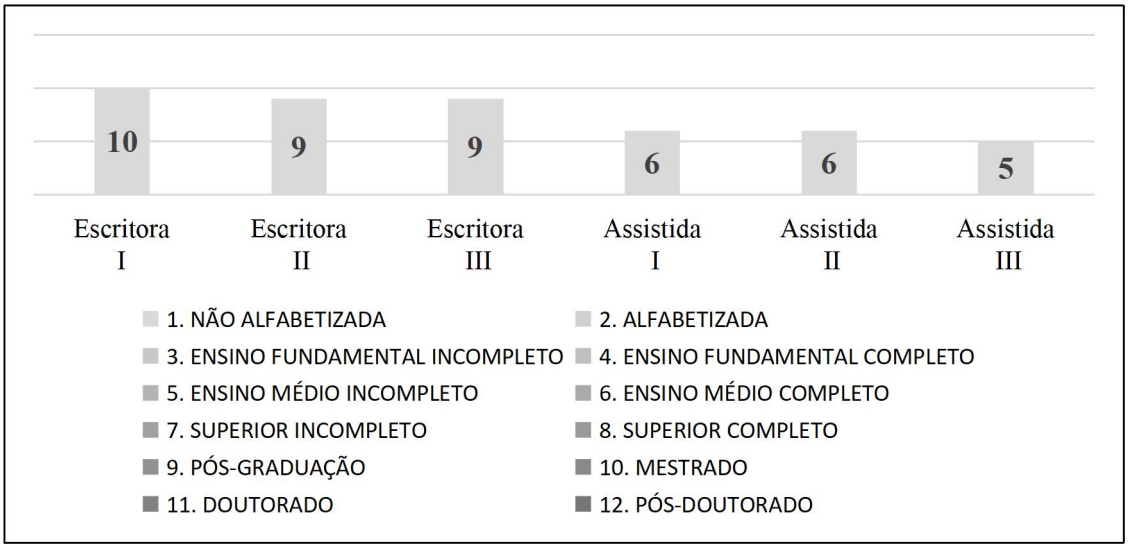
Dados referentes à pergunta: você possui filhos?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

06. Você se insere em qual nível de escolaridade?

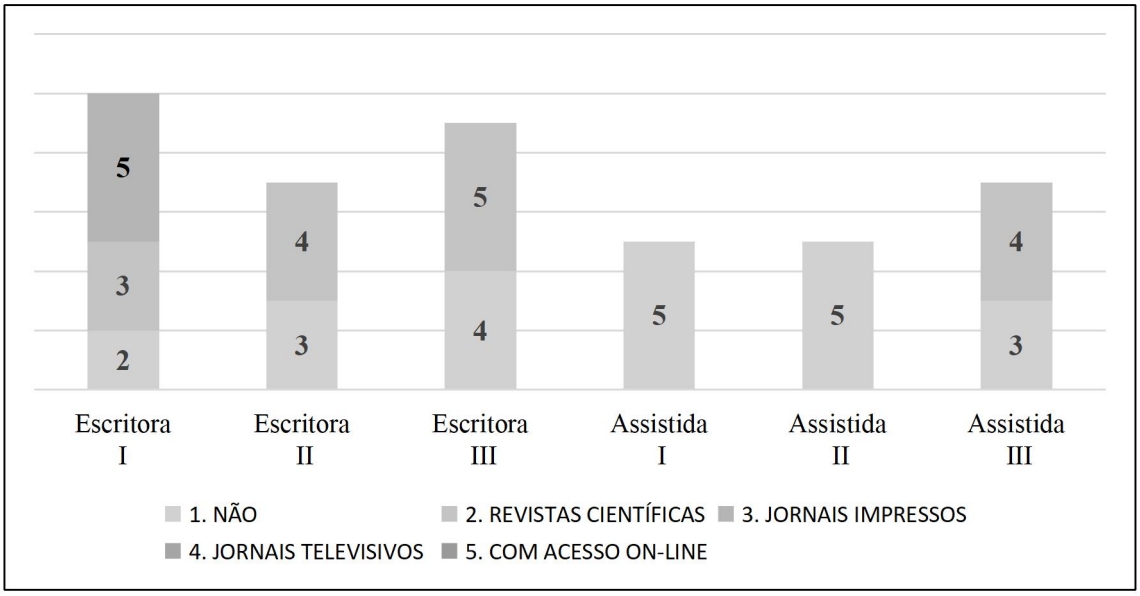
Dados referentes à pergunta: você se insere em qual nível de escolaridade?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

07. Você procura ficar informada sobre os assuntos da realidade em que vive? Se "sim", utiliza quais recursos? (Pode marcar mais de uma resposta)

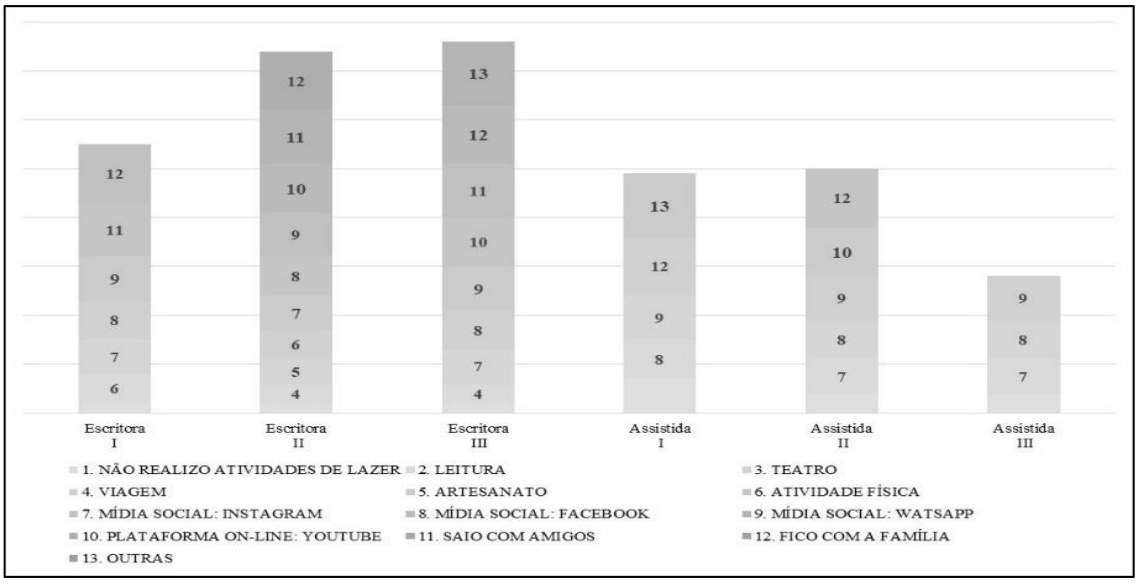
Dados referentes à pergunta: você procura ficar informada sobre os assuntos da realidade em que vive? Se "sim", utiliza quais recursos? (Pode marcar mais de uma resposta)



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

08. Você ocupa seu tempo com quais atividades de lazer e de bem- estar? (Pode marcar mais de uma resposta)

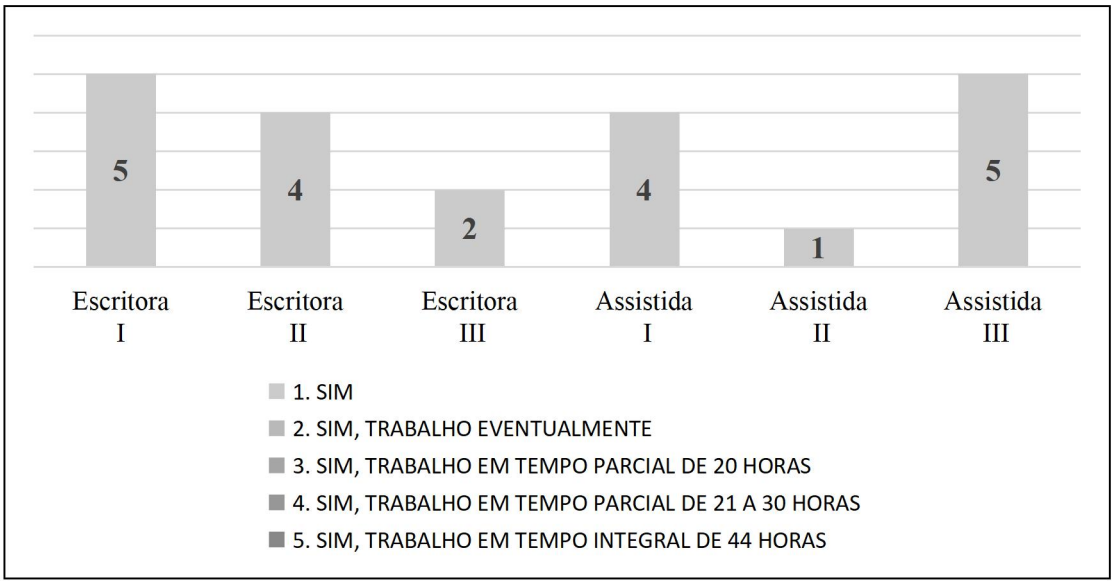
Dados referentes à pergunta: você ocupa seu tempo com quais atividades de lazer e de bem-estar? (Pode marcar mais de uma resposta)



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

09. Você está trabalhando atualmente?

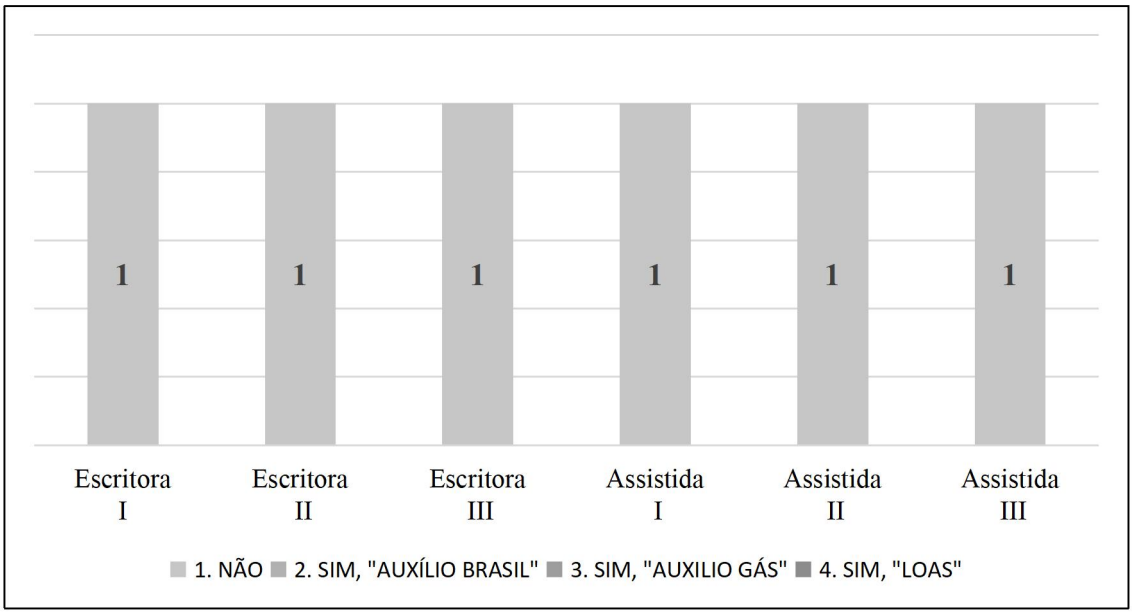
Dados referentes à pergunta: você está trabalhando atualmente?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

10. Você é beneficiária de algum Programa Social do Governo: Federal, Estadual ou Municipal?

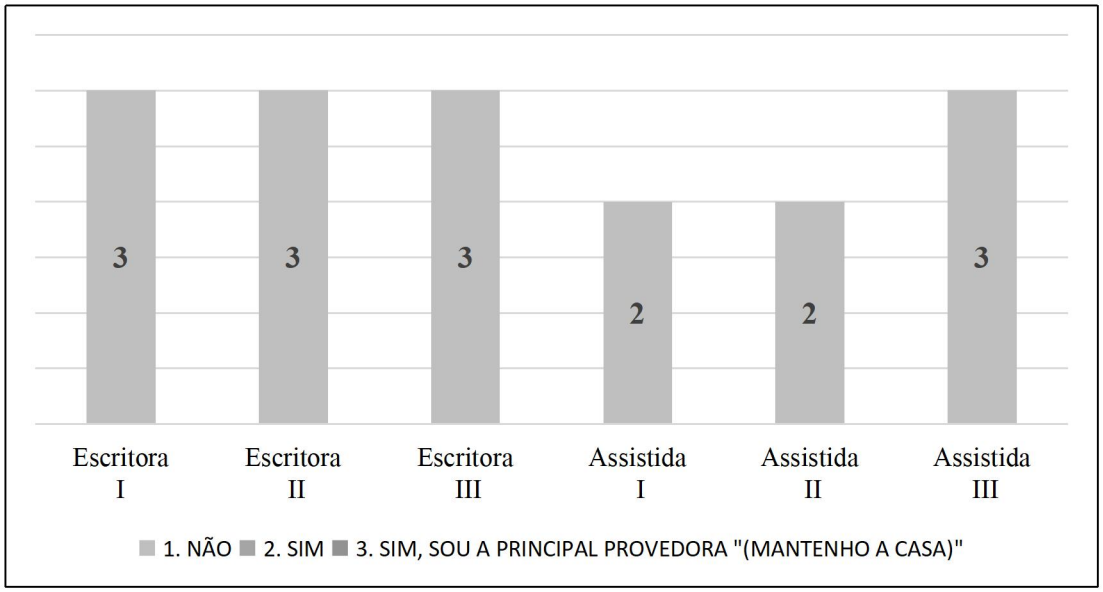
Dados referentes à pergunta: você é beneficiária de algum Programa Social do Governo: Federal, Estadual ou Municipal?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

11. Você contribui com a renda da família?

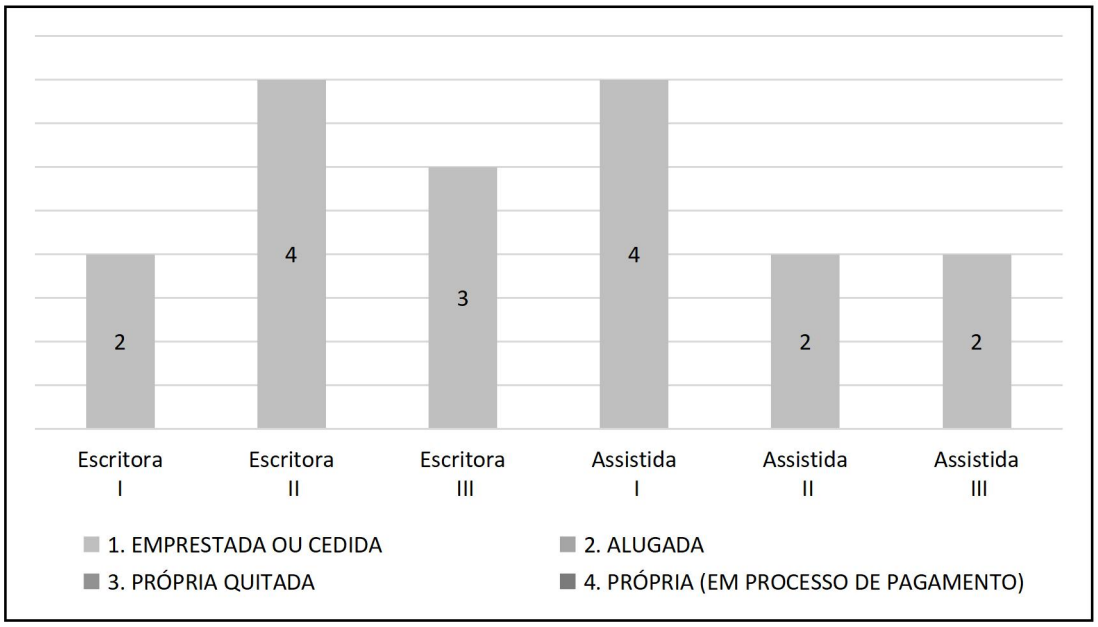
Dados referentes à pergunta: você contribui com a renda da família?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

12. Você reside em casa:

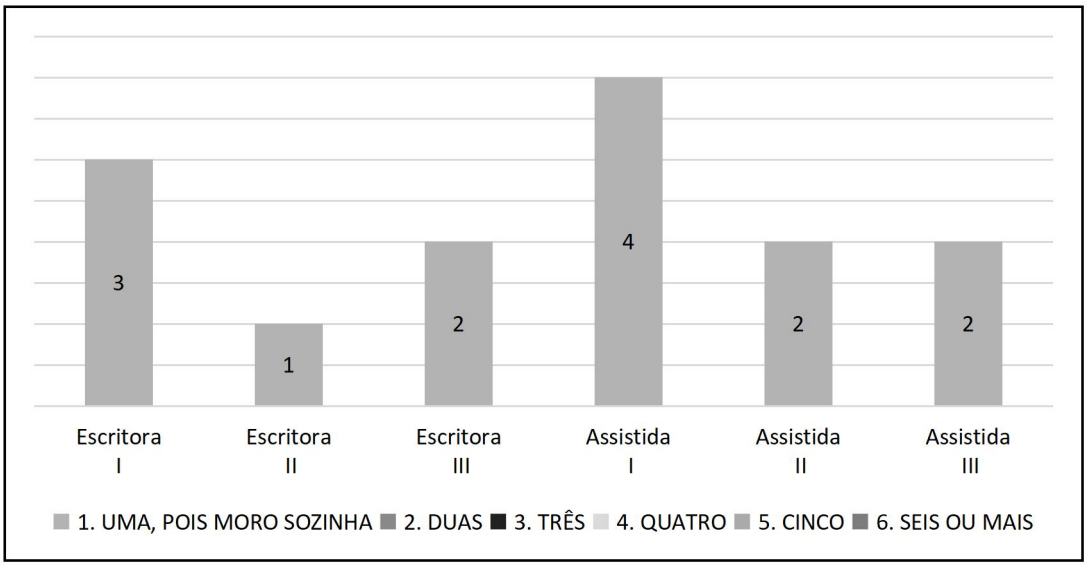
Dados referentes à pergunta: você reside em casa:



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

13. Quantas pessoas vivem atualmente em sua casa (incluindo você)?

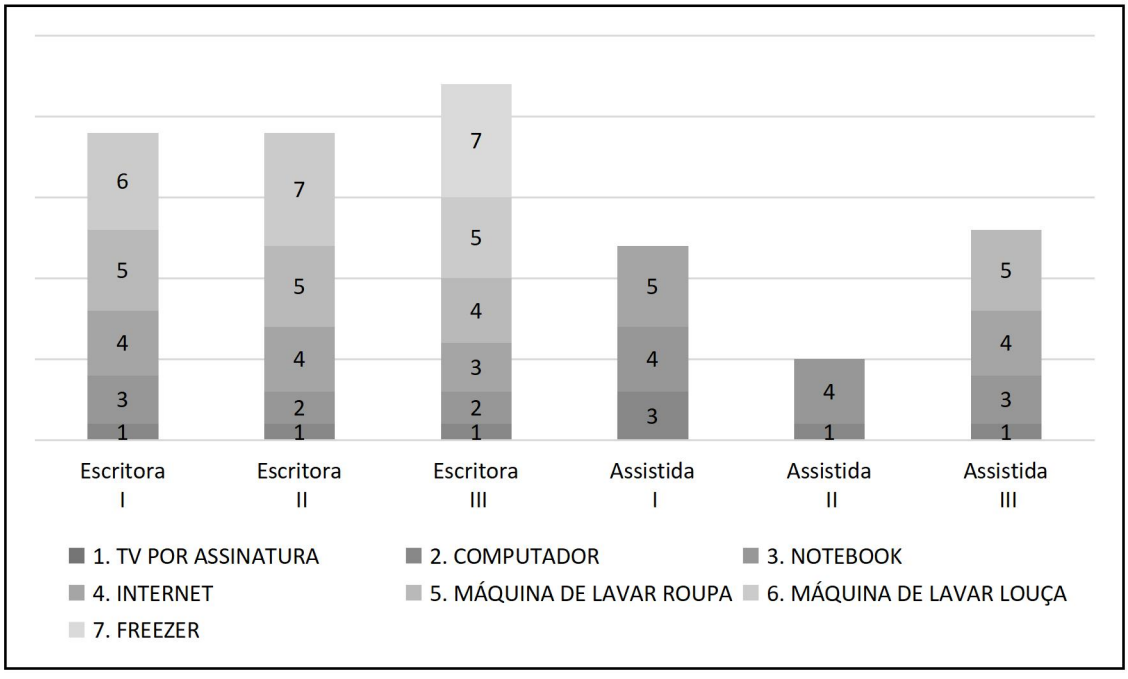
Dados referentes à pergunta: quantas pessoas vivem atualmente em sua casa (incluindo você)?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

14. Você deve marcar a seguir todos os itens que há em sua casa.

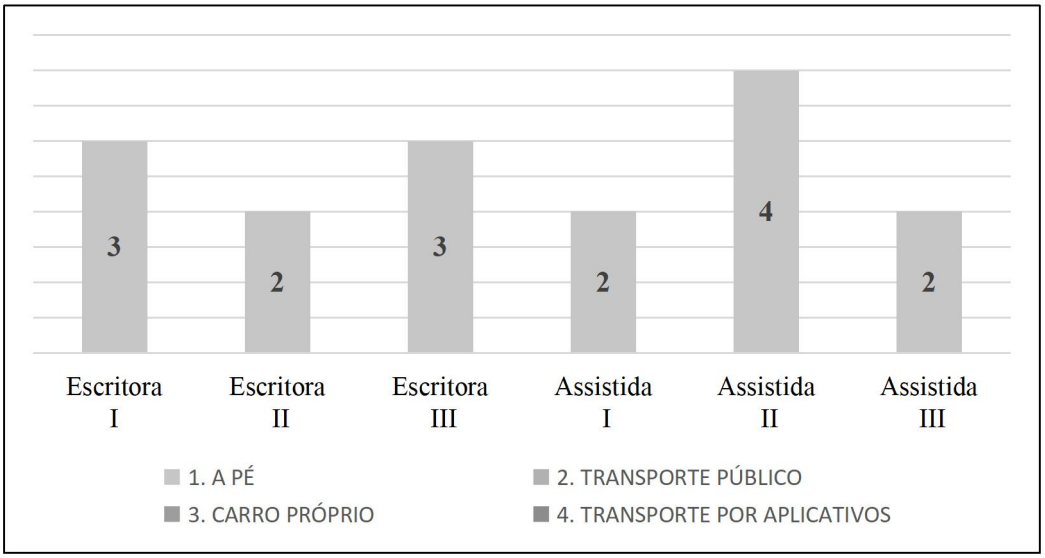
Dados referentes à pergunta: você deve marcar a seguir todos os itens que há em sua casa



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

15. Você utiliza, com frequência, qual meio de locomoção?

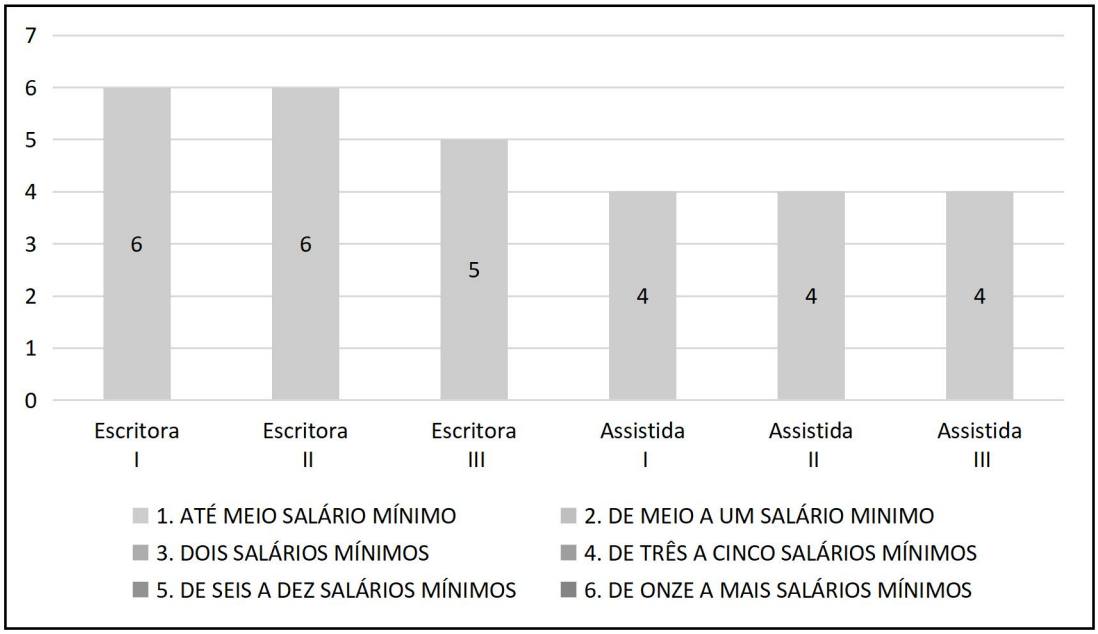
Dados referentes à pergunta: você utiliza, com frequência, qual meio de locomoção?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

16. Qual a renda mensal de toda a sua família? (somando todas as fontes de renda bruta)

Dados referentes à pergunta: qual a renda mensal de toda a sua família? (somando todas as fontes de renda bruta)



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

ANEXO A

Sumário do livro: *CÂNCER DE MAMA: de como quase morri... de medo!,* de Marina da Silva (2005)

COMO ESCREVER UM "NÃO-LIVRO"....1
UM TÍTULO PARA UM LIVRO QUE NÃO IA SER ESCRITO....2
DE ONDE SURGIU ESTE CAROÇO? 3
É UM CARCINOMA INVASIVO... 4
UM DESMAIO INUSITADO....6
TOP SECRET....7
CIRURGIA ADIADA....9
"EU HOJE TIVE UM PESADELO E LEVANTEI A TEMPO"....10
UMA VISÃO ANTI-FORDISTA DO SER HUMANO....17
UMA COISA BOA! 19
CÂNCER DE MAMA: DA DESCOBERTA DO TUMOR À RECONSTRUÇÃO DA MAMA....19
CTI-TOUR....20
UM SURURU NA FAMÍLIA....21
A QUIMIOTERAPIA....22
PRIMEIRA SESSÃO....24
AS PROFECIAS SE CUMPREM....25
CABELO RASPADINHO, ESTILO RONALDINHO 26
SEGUNDO ROUND....27
PANE TOTAL....27
TERCEIRA SESSÃO....28
PÂNICO....29
Dr PAULO....30
UM MICO IMPERDOÁVEL....31
JESUS CAI PELA 3ª VEZ....32
DO CÉU AO INFERNO....33
BATEU...LEVOU! 35
FIQUE VIVA, MARINA! 36
UMA CRISE LONGA DEMAIS....37
"TEMPO, TEMPO, MANO VELHO, FALTA AINDA UM POUCO EU SEI.." 39

AMANDA.....40
ENFIM, FIM DA RADIOTERAPIA.....42
GIL.....43
LOURDES.....45
PAUSA PARA RESPIRAR! 46
POR QUE TIVE TANTO MEDO DOS PORQUÊS? 46
COMO DESCOBRI O CÂNCER? 48
ESTAVA USANDO HORMÔNIO? 49
E SOBRE A QUIMIOTERAPIA? 50
A PERUCA.....53
A RADIOTERAPIA.....55
POR QUE UM MÉDICO DE DOIDO? 56
COMO VOCÊS ESTÃO FAZENDO...? 56
FAMÍLIA AJUDA OU ATRAPALHA? 57
UMA PAUSA PARA FALAR DE MENOPAUSA.....58
FÉRIAS! DE NOVO! PARA QUÊ? 60
POR QUE VOCÊ NÃO SE APOSENTA? 62
POR QUE NÃO VOLTEI A TRABALHAR? Parte I.....64
POR QUE NÃO VOLTEI A TRABALHAR? Parte II.....66
OUTRA COISA BOA! 68
Dr EDUARDO.....69
UM "VODU".....70
O QUE NÃO SE DEVE "FAZER" POR MELHOR.....72
QUE SEJA A INTENÇÃO, A UM PACIENTE COM.....72
CÂNCER, AIDS OU OUTRA DOENÇA GRAVE.....72
NÃO LI E NÃO GOSTEI.....73
VELHAS E BOAS NOVAS! 74
EU TÔ LEGAL.....75

ANEXO B

Sumário do livro: *CÂNCER DE MAMA: Não morri... nem de medo!,* de Marina da Silva, 2016

1. Não morri!
2. Melodramáaaaaaaaaaaaaatica!
3. O caroço de família
4. O mastologista
5. Aberta a temporada de exames
6. Vamu qui vamu
7. Quase morri...
8. Como controlar o medão?
9. Eu quase morri...de medo!
10. Pânico no sistema
11. Às vezes uma prece ajuda...
12. O segundo momento: crise de pânico
13. Câncer e o fundo do poço
14. Um lamento: não dar conta de não dar conta!
15. O tempo não passa...
16. Bem está o que bem acaba
17. Metástases psicológicas
18. Deus me salvou de mim
19. Os anjos do Senhor
20. Ter medo é normal
21. Passei radio passei quimio
22. Nas ondas da radio
23. "Vai trabalhar vagabundo, vai trabalhar criatura."
24. A casa e a fábrica
25. A readaptação
26. É L.E.R... deza?
27. "O teu cabelo não nega..."
28. É preciso parecer...e estar bem!
29. Aparência

30. "Vou jogar fora no lixo..."
31. *Mortícia Adam's: Back to Black!*
32. Queda de braço na psicoterapia
33. E se a doença voltar?
34. *A choroterapia*
35. *A palavrãoterapia*.
36. Os brutos também choram... E sentem medo!
37. Câncer de mama e... Sexo!
38. *Corpore sano men sana*
39. Depois da tempestade... Reconstrução
40. Trabalho: readaptando a relação.
41. Relação: readaptando o casamento.
42. O poder da escrita.
43. Quem canta os males espanta e quem escreve também!
44. As redes sociais
45. Lições que se aprende com o perrengue câncer.
46. Tirar de letra?
47. Daquilo que eu sei

ANEXO C

Sumário do livro: *Um câncer, uma felicidade*, de Soraia Evangelista

Prefácio....13
Introdução....17
O susto....21
Primeira análise do mastologista....23
Serro: primeira viagem....27
O primeiro ultrassom....29
Um anjo em minha vida: dia da biópsia....33
Período pós-biópsia....39
A dor por meu filho....41
A confirmação e a dor pelos outros....45
Novo encontro com o meu anjo....55
Como contei para a família....57
A cirurgia....71
A avaliação oncológica....75
A quimioterapia vermelha....77
A queda do cabelo....81
Minhas oscilações de humor e a reação das pessoa....85
As explicações clínicas para minha alteração de humor - 3a quimioterapia....101
Eventos do Outubro Rosa e 4a quimio....105
Nem tudo são flores: as quimioterapias brancas....113
A internação....121
Período de alívio e dúvidas....129
A explosão dos sentimentos negativos: o período de transição entre a quimioterapia e a radioterapia....131
O período da radioterapia....141
Os olhares....145
Período após radioterapia....165
Uma nova cirurgia....169
Carta ao leitor....173
Fases da Quimioterapia....181
Lagoa da Pampulha/BH....182

Diversão.....183
Família.....184

ANEXO D

Sumário do Livro: *De Médica a Paciente, de Fabíola La Torre*

Capítulo 1. Entrando na Faculdade de Medicina.....21
Capítulo 2. A residência médica.....25
Capítulo 3. Meu casamento e meu filho.....27
Capítulo 4. O mundo continua e meu diagnóstico de câncer.....33
Capítulo 5. Uma médica ao ser diagnosticada com câncer.....39
Capítulo 6. Breves palavras sobre a prevenção do câncer de mama.....43
Capítulo 7. O câncer vai tentar tomar o controle - não deixe que isso aconteça! 47
Capítulo 8. A ciência de hoje: alegria.....51
Capítulo 9. Campanha "De Médica a Paciente".....53
Capítulo 10. Sentimental.....57
Capítulo 11. Como falar de câncer com seu filho? 61
Capítulo 12. Os homens da minha vida.....65
Capítulo 13. O que aprendi como paciente.....71
Capítulo 14. Coisas boas quando se tem câncer.....75
Capitulo 15. Frases que não se deve dizer a quem tem câncer.....77
Capítulo 16. Informação é tudo - e um direito seu.....81
Capítulo 17. A escolha do médico.....89
Capítulo 18. E a tal da quimioterapia? 93
Capítulo 19. Câncer HER2-positivo, hormonioterapia e terapia-alvo.....103
Capítulo 20. *Uma chance para viver* e o Herceptin®.....111
Capítulo 21. Sobre os efeitos colaterais da quimioterapia.....113
Capítulo 22. Dicas para ajudar a lidar com a quimioterapia.....121
Capítulo 23. Quimioterapia vermelha.....125
Capítulo 24. E a tal da quimioterapia branca? É tão leve assim? 127
Capítulo 25. E a tal da neuropatia periférica? 131
Capítulo 26. E quando a gente tem medo? 133
Capítulo 27. Mas e os meus cabelos? 135
Capítulo 28. Engraçado como a gente perde o medo de ser careca.....145
Capítulo 29. O estigma do cabelo raspado.....147
Capítulo 30. O apoio de minha mãe e de minha irmã.....151

Capítulo 31. Quimioterapia e maquiagem.....153
Capítulo 32. Cuidados com as mãos, as unhas e os pés.....157
Capítulo 33. Quimioterapia e o sol.....161
Capítulo 34. Exercícios físicos e câncer de mama.....165
Capítulo 35. Sexo e libido versus câncer e seu tratamento.....175
Capítulo 36. Bela, *Ihenda*, divertida e ativa, mesmo fazendo quimioterapia.....185
Capítulo 37. A minha cirurgia de mama.....189
Capítulo 38. Considerações sobre a minha quimioterapia e o seu término.....195
Capítulo 39. Minha radioterapia.....199
Capítulo 40. Medo da recidiva: nova forma de terapia melhora vida de pacientes após o tratamento.....205
Capítulo 41. O que andei fazendo durante o tratamento do câncer? 209
Capítulo 42. O que é o câncer para mim.....213
Capítulo 43. Você sabe o que é um câncer? 215
Capítulo 44. Prevenção do câncer.....223
Capítulo 45. Sobre o câncer de mama.....227
Capítulo 46. Perguntas e respostas sobre câncer e câncer de mama.....235
Capítulo 47. O câncer e a dor.....241
Capítulo 48. Alimentação e câncer.....245
Capítulo 49. Oncofertilidade.....257
Capítulo 50. Gestação e câncer.....259
Capítulo 51. Quando um câncer de mama está curado? 263
Capítulo 52. Vamos falar de tratamento alternativo para o câncer de mama? 267
Capítulo 53. Campanha "Stop the sepse".....271
Capítulo 54. Setembro Dourado e o câncer infantil.....275
Capítulo 55. Bem-vindo, Outubro Rosa! 283
Capítulo 56. Novembro Azul e o câncer de próstata.....287
Capitulo 57. Homenagem: chega de mimimi.....299
Capitulo 58. Grupo de WhatsApp: Só Nós Três.....303
Capítulo 59. Grupo de WhatsApp: Só Mulheres.....305
Capitulo 60. Grupo de WhatsApp: Amigas do Peito.....309
Capitulo 61. *Halloween* das amigas do peito.....313
Capítulo 62. Grupo de WhatsApp: Walking Dead…….317
Capítulo 63. A história da filha que se tornou mais que uma mãe.....321

Capítulo 64. A experiência da minha pupila, de médica a paciente II.....325
Capítulo 65. A experiência da minha amiga Silvana Zugaib.....329
Capítulo 66. *And the Oscar goes to*...? Depoimento de uma adolescente.....335
Capítulo 67. Depoimento de uma futura "de paciente a médica".....339
Capítulo 68. Depoimento sobre câncer infantil.....343
Capítulo 69. Depoimento sobre a cura do câncer.....345
Capítulo 70. Depoimento sobre oncofertilidade.....353
Capítulo 71. Depoimentos sobre como os homens se comportam.....357
Capítulo 72. Depoimentos valiosos de amigas que o câncer me deu.....363
Capítulo 73. Algumas palavras maravilhosas.....403
Posfácio.....411