

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Memória Social
Mestrado em Memória Social

Simone Vaisman Muniz

**MEMÓRIA SOCIAL E PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:
a Comunicação Institucional como registro de um novo tipo de mobilização**

Rio de Janeiro

2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências Humanas
Programa de Pós-graduação em Memória Social
Mestrado em Memória Social

Simone Vaisman Muniz

**MEMÓRIA SOCIAL E PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:
a Comunicação Institucional como registro de um novo tipo de mobilização**

Dissertação apresentada como requisito para conclusão
do Mestrado em Memória Social.

Rio de Janeiro

2007

**Memória Social e Promoção do Envelhecimento Saudável:
a Comunicação Institucional como registro de um novo tipo de mobilização**

SIMONE VAISMAN MUNIZ

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Memória Social do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UniRio, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau de mestre em Memória Social.

Aprovado por:

Prof^a. Dr^a Ana Paula Goulart Ribeiro

Prof^a. Dr^a Aurea Maria da Rocha Pitta

Prof^a. Dr^a Diana de Souza Pinto

Prof. Dr. Nilson Alves de Moraes

Rio de Janeiro

2007

Muniz, Simone Vaisman

Memória Social e Promoção do Envelhecimento Saudável: a Comunicação Institucional como registro de um novo tipo de mobilização / Simone Vaisman Muniz. Rio de Janeiro: UniRio, 2006

iv, 104 f: il.

Dissertação - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), 2007

1. Memória Social / dissertação . 2. Comunicação e Saúde / dissertação

Sem estas pessoas, este trabalho não seria possível. Agradeço
a Nilson Moraes, pela orientação;
a Ana Paula Goulart Ribeiro, Aurea Pitta e Diana Pinto, pelas importantes contribuições;
a Inesita Araújo, pelo incentivo antes e durante o mestrado;
a Mario Grangeia, pela leitura atenta e sugestões;
a Milton Pinto e Vanise Medeiros, pelo ensino e os debates sobre a Análise do Discurso;
aos colegas de curso e funcionários da UniRio, que me apoiaram direta ou indiretamente;
à CAPES, pelo apoio financeiro;
e à Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) da UERJ, pela ajuda na coleta dos
informativos em saúde.

RESUMO

MUNIZ, Simone Vaisman. A memória social e a comunicação institucional na promoção da saúde e do envelhecimento saudável. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Memória Social, UniRio, 2007. Dissertação.

Existe uma luta simbólica pela legitimação e visibilidade de uma nova cultura da saúde, na qual os informativos da Comunicação Institucional sobre a promoção da saúde na velhice ou sobre o envelhecimento saudável são lugares de memória emblemáticos. Eles realizam um investimento político na produção de representações sociais que se perpetuam como um registro para as sociedades futuras. Este trabalho se propõe a discutir as lutas simbólicas na Memória Social, pela legitimação e visibilidade das produções culturais da Comunicação Institucional na promoção da saúde, e apresentar a Análise Crítica do Discurso como metodologia importante no trabalho de reconhecimento dessas disputas.

ABSTRACT

There is a symbolic struggle for the legitimation and visibility of a new health culture, in which the news of Organizational Communication about health promotion in aging are emblematic repositories of memory. They carry through a political investment in the production of social representations that perpetuate themselves as a record for the future societies. This work aims to argue the symbolic fights in the Social Memory for the legitimation and visibility of cultural productions made by Organizational Communication in health promotion, and presents the Critical Analysis of Discourse as an important methodology in the work of recognition of these disputes.

Sumário

	PÁGINA
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO 1	17
Uma nova cultura da saúde, a Comunicação e as Ciências da Saúde	
CAPÍTULO 2	41
As produções culturais sobre a velhice saudável	
As contradições da velhice saudável	42
Versão idealista do envelhecimento saudável	44
Versão racionalista da velhice saudável	49
Mudança de foco	54
CAPÍTULO 3	63
O dispositivo da Comunicação Institucional e a Análise Crítica do Discurso	
Instrumentos metodológicos para um exercício de Análise Crítica do Discurso	71
Exercício de análise de discurso	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS	115

APRESENTAÇÃO

A modernização e profissionalização dos departamentos de Comunicação Institucional como a área dedicada ao *marketing* cultural é um tema recente. A bibliografia data, sobretudo, das últimas décadas, e trata do interesse das instituições em se legitimarem como produtoras culturais – de eventos, bens e serviços não apenas ligados às tradicionais disciplinas da Comunicação (Jornalismo, Publicidade, Relações Públicas, entre outras), mas também com a influência de outras áreas.

De certo modo, a Comunicação Institucional se parece com um programa *Big Brother*, em que cada disciplina – Jornalismo, Publicidade, História, Psicologia ou Teatro – quer jogar seu jogo, seu próprio modo (e praticamente industrial, uniforme) de produzir cultura. E, ao mesmo tempo, todas elas juntas legitimam a idéia de interação, de promoção e participação como um modo novo de funcionamento da cultura.

O recorte deste trabalho é a Comunicação Institucional em Saúde, que se assemelha muito à idéia de Promoção da Saúde. Quando se trabalha com ela, estão envolvidos o público de usuários dos serviços biomédicos, acompanhantes, funcionários administrativos, diretores, pesquisadores, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, profissionais externos ao hospital, profissionais das áreas de Psicologia, Antropologia, Direito, Assistência Social, Enfermagem, Medicina, enfim, toda a área de Biomedicina e outras. Todas essas áreas são compreendidas na proposta da Comunicação Institucional de ampliar os espaços de diálogo e o compromisso com o social.

Este trabalho começou com uma curiosidade: como utilizar os informativos atribuídos ao jornalista – jornais, boletins internos, *sites* – na Comunicação Institucional para melhorar os relacionamentos nos locais em que se trabalha, especificamente, na promoção da saúde no envelhecimento ou a velhice saudável, como hospitais e serviços médicos?

Acreditávamos encontrar alternativas para reforçar, nas instituições de saúde, a importância da informação e da cultura como meios de conhecimento, podendo, com isso, refletir sobre as dificuldades de comunicação entre o jornalista – no caso da autora – ou os profissionais da Comunicação Institucional e os que trabalham na área biomédica, especialmente o médico, que ocupa posição de poder e prestígio no hospital.

Felizmente, os referenciais teóricos com que nos deparamos ao longo do curso ajudaram a perceber que as produções culturais, como os informativos do jornalismo, não são compostas de meras técnicas de transmissão de informação. E o que foi mais importante: ajudaram-nos a localizar a esses mecanismos do jornalismo dentro de um discurso que desconsidera outras correntes de pensamento. A noção impõe a outros profissionais modos específicos de trabalhar os produtos culturais como principais motivadores para o relacionamento social.

Esse discurso é encontrado em muitos cursos e livros didáticos sobre as diferentes profissões que se relacionam à área da cultura. Na ânsia de continuar a pensar a relação entre destinatários das políticas culturais e os profissionais da Comunicação Institucional, buscamos o mestrado em Memória Social. A idéia de transdisciplinaridade ajuda a compreender a relação do jornalismo e dos outros campos dentro de uma área maior, a Comunicação Institucional. Ela está além da interdisciplinaridade, que tantas vezes propõe a demarcação de limites bem fechados para cada disciplina.

Sem rejeitar os vários lugares sociais, podemos enxergar algo em comum em um departamento, além das divisões em áreas disciplinares. Na articulação entre elas, existe um movimento complexo de legitimação do próprio departamento de Comunicação Institucional. O processo que institui a Comunicação como saberes e técnicas autorizados e aceitos pela sociedade ocorre simultaneamente com a mudança na cultura biomédica. Compreendê-la

significa arriscar outras possibilidades de enfrentamento do tema da promoção da saúde e das questões ligadas a ela, como o envelhecimento saudável (recorte deste trabalho), que não são naturais nem universais.

As observações realizadas neste trabalho foram pautadas por conceitos relacionados a diversas áreas técnicas e científicas, seguindo um roteiro proposto pela metodologia da Análise Crítica do Discurso, e por um conjunto de informativos da saúde atribuídos à área de Comunicação Institucional (cuja lista se encontra no Anexo 1). Eles produzem uma idéia de saúde relacionada ao envelhecimento, a qual chamamos de velhice saudável ou promoção da saúde na velhice, que é utilizada ou divulgada por médicos.

Nos textos prescrevem-se formas de gestão da velhice que podem estar relacionadas a conselhos gerais sobre como envelhecer bem, como envelhecer com saúde, ou tratarem especificamente de sintomas, doenças ou disfunções que têm como característica o fato de serem predominantes entre pessoas de idade avançada. São exemplos delas, e não por acaso, a disfunção erétil, a osteoporose, a doença de Alzheimer, o câncer de próstata. Os textos analisados podem estar relacionados também à divulgação do trabalho de médicos especialistas na velhice (geriatras ou gerontólogos).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, as universidades abertas à terceira idade, o Ministério da Saúde, a mídia, os laboratórios farmacêuticos e as secretarias públicas são instituições que desenvolvem projetos sociais para a terceira idade, produzindo materiais culturais que contêm informações no formato de anúncios publicitários, cartilhas ou folhetos informativos. Não se consideram objetos deste trabalho os aspectos biológicos, fisiológicos ou psicológicos ligados a doenças, sintomas ou disfunções. Tratamos do modo como os mesmos se constroem e se relacionam nos discursos ligados à saúde no envelhecimento.

O trabalho de análise foi feito de duas maneiras. Em primeiro lugar, selecionamos uma bibliografia atual, que tratava das mudanças sociais e políticas, sobretudo nas áreas da saúde e da cultura – da produção cultural – ligadas à Comunicação Institucional. Realizamos observações gerais. Paralelamente, produzimos um exercício de análise das marcas enunciativas de um informativo que acreditamos ser um dos mais representativos da intersecção entre a Comunicação Institucional e a Saúde. Verificamos, por indução, que as considerações que tiramos sobre as marcas lingüísticas e semiológicas dessa intersecção nos informativos se encaixavam nas propostas dos outros materiais coletados e, ainda, se assemelhavam às realizadas por outros pesquisadores.

Utilizamos esses materiais para nos referir, sobretudo, à articulação entre o conhecimento da Comunicação Institucional, o da Biomedicina e a imagem moral do biomédico e do paciente. A questão que nos orientou era: como os informativos da saúde sobre a velhice, atribuídos a profissionais de várias áreas relacionadas à Comunicação Institucional, estão localizados em meio às mudanças na cultura da saúde? Como são influenciados por mudanças sociais e políticas mais amplas nessa área?

A produção desses documentos se relaciona com transformações nas racionalidades técnico-científicas e nas relações sociais. Não há mais a percepção segura de que as interpretações do conhecimento técnico e científico caminham progressivamente numa única direção. Percebe-se hoje o quão complexas são as interpretações. Com isso, não entendemos mais o posicionamento do sujeito que interpreta ou lê produtos culturais. Os diferentes caminhos do conhecimento na sociedade ocidental passam por processos de disputa e transformação nas próprias situações de ação.

O objetivo geral deste trabalho foi analisar, nos informativos ligados às padronizações do composto imagem-*marketing* institucional, dentro do modelo da promoção da saúde e do

envelhecimento saudável, marcas de estratégias de produção da Comunicação Institucional que disputam com a Biomedicina representações do médico e dos acontecimentos médicos que se enquadrem na Memória Social hegemônica.

No primeiro capítulo desta dissertação, evidenciamos as condições de possibilidades que permitiram relacionar o conjunto de operações realizadas pela Comunicação Institucional para a promoção da saúde e da velhice saudável com as mudanças sociais e políticas mais amplas, inclusive nas representações e práticas dos agentes do campo biomédico, como o profissional e o paciente. Estudamo-nas a partir da Análise Crítica do Discurso e de bibliografia sobre os procedimentos internos ao discurso da Biomedicina e os da Comunicação e sobre a conceituação de memória social e identidade.

No segundo capítulo, mostramos que os suportes que dão *status* de técnica e ciência aos modos próprios de uma área profissional (como o jornalismo) construir seus produtos culturais não são suficientes para interpretar como as áreas se articulam entre si dentro da Comunicação Institucional e como esta se relaciona com outros lugares sociais. Utilizamos a filosofia neopragmática da linguagem, segundo o modelo realizado por Costa (1999) para comentar 26 documentos heterogêneos sobre promoção da saúde ou envelhecimento saudável, entre os quais, textos científicos, médicos, jurídicos (um tratado que orienta políticas internacionais), *sites*, reportagens, anotações de campo.

Essa metodologia nos permitiu dividir em duas orientações opostas os modos freqüentes como se interpretam os textos sobre o envelhecimento. Uma primeira orientação, que chamamos de versão idealista, se liga a uma visão essencialista, que enfatiza os referentes concretos da velhice como objetos fechados e imutáveis. Em oposição a ela, uma segunda maneira, chamada de versão racionalista, enfatiza o uso da linguagem como ferramenta para mudança dos referentes, como se fosse possível modificar as referências apenas com a

manipulação dos signos, independentemente dos significantes e dos aspectos sociais e políticos.

As duas versões marcam a tendência das diferentes metodologias técnicas e científicas de interpretarem de forma dicotômica os enunciados, de separar em pólos para se construírem e se legitimarem. Essas metodologias e técnicas são mecanismos para administrar e publicizar a si mesmas em contratos sociais. Elas são típicas da sociedade contemporânea, que exige a ampliação dos modos de mostrar e de interagir politicamente e da comprovação desses modos nas interpretações dos suportes materiais para legitimar suas ações em relação às outras áreas.

Mostramos a maneira própria como a Comunicação Institucional em Saúde faz uso dessas metodologias e técnicas para programar um dispositivo próprio que atribui a ela lugares sociais e, com isso, abrir caminhos para si no espaço social. São orientações que impõem às práticas médicas e às instituições da vida pessoal – que envolvem pacientes, sistemas de crença ligados a essa figura e ações comuns do cotidiano –, certas formas de construir representações sociais.

Por fim, no terceiro capítulo, discutimos os modos típicos de utilização dos suportes materiais e a possibilidade de encontrar outra maneira de interpretá-los, já que, ao mesmo tempo em que seu lugar na sociedade se expande, o excesso de registros, arquivos e provas também faz com que se altere a forma como eles exercem sua função primordial, a de lugares de memória. Discutimos essas transformações na área da Saúde por meio de um exercício de análise, a partir da Análise Crítica de Discurso (ACD), em que apresentamos outra possibilidade de leitura desses materiais na Comunicação Institucional em Saúde.

Ao trazer uma nova dimensão na leitura desses produtos, mostramos como, dentro do próprio produto cultural, convivem memórias hegemônicas e subterrâneas. Os agentes se apropriam e negociam com elas nas práticas de produção e interpretação dos textos. A

produção de orientações de modos próprios de ler – ou de um dispositivo – próprio a cada lugar social influencia os futuros registros – futuros lugares de memória – e as futuras interpretações que se farão deles.

A noção de interdiscurso, que chamamos de Memória Social, permite conhecer a produção de estratégias nos quais os agentes, articulados a sistemas de conhecimento e de crença, se inserem como sujeitos contraditórios, que envolvem em suas práticas de leitura e produção de textos não apenas os acontecimentos vividos pessoalmente, mas os vividos pelos outros e, dessa forma, são construídos dialeticamente os sistemas de conhecimento e de crença. O conceito de Memória Social está ligado às várias possibilidades de interpretação dos produtos culturais e de construção de representações sociais. Nessas produções simbólicas existem as disputas e apropriações que dizem respeito às diferentes racionalidades e aos modos de se posicionar e de ser posicionado como agentes atuantes e autorizados a relacionar social e politicamente.

A Comunicação Institucional em Saúde, para legitimar e dar visibilidade a si mesma, produz outra forma de construção da imagem moral do profissional de saúde que não se assemelha ao *ethos* do médico que foi construído ao longo do século XX. Assim como a Comunicação se associa e ajuda a modificar outros saberes, ela negocia e impõe à Biomedicina uma outra imagem de médico ligada à mobilização e ao compromisso com a administração das tensões sociais, como novos modos de organização e funcionamento da cultura da saúde.

CAPÍTULO 1

**Uma nova cultura da saúde,
a Comunicação Institucional e a Biomedicina**

O que é uma imagem de saúde, um corpo ou uma população saudável, para a Biomedicina? O diagnóstico médico não é um dado, algo pronto, reproduzido, fechado em si mesmo. Não existe diagnóstico sem uma elaboração teórica na qual se articulam de forma complexa o olhar do médico e o conhecimento nas fontes autorizadas – profissionais, instrumentos e documentos científicos – às produções de outros profissionais – outros olhares e conhecimentos.

Uma das características da Biomedicina é a observação e a elaboração teórica da relação entre a ascensão e declínio das funções físicas – dos tecidos, células, do funcionamento neurofisiológico, a partir da autópsia dos corpos. A observação é feita, sobretudo, a partir da autópsia, da anatomia patológica e da comparação do morto com o corpo vivo. Essa elaboração relaciona o ciclo das funções vitais com a natureza, o clima, o ambiente, as coisas, o espaço arquitetônico. É essa elaboração e a observação que produzem os chamados sintomas e sinais orgânicos da saúde e da patologia na Biomedicina.

Existe uma dimensão subjetiva nas bases e medidas para a pesquisa e a avaliação da saúde na Biomedicina a ser considerada. Mas subjetivo aqui não se subordina à idéia daquilo que é próprio de uma individualidade, mas da participação dos agentes no cotidiano. As subjetividades, como Ribeiro (1999) sugeriu, estão sempre sujeitas às condicionantes do tempo e do lugar social nos quais os agentes se encontram, além de terem uma base ideológica. A participação dos agentes é sempre um agir limitado, já que as práticas de construção do conhecimento são sempre limitadas e temporárias. Tal como Ribeiro, acreditamos que “a relação ciência-ideologia nos remete a uma longa discussão, já bastante esquecida (ultrapassada talvez), mas que, ao meu ver, não deve ser de todo esquecida” (RIBEIRO, 1999, p. 17).

A atuação dos profissionais de saúde também constitui e é constituída por regras sociais de produção. A relação entre profissional da saúde e grupo ou indivíduo avaliado é central no conhecimento da saúde. Os profissionais de saúde compreendem a idéia de que cada caso é um caso. Portanto, é necessário articular as dimensões da anamnese, dos sinais e sintomas com as condições de vida específicas da população que é objeto de seu conhecimento. Essa população precisa ser generalizada como um todo social, cultural e histórico. Organiza-se o peso dado ao fator hereditariedade, às correlações de sexo, idade, classe social, cidade e país onde nasceram, bairro onde moram, comunidades que o circundam. Entram em cena os dados estatísticos, entre outras possíveis variáveis que ressaltam uma particularidade ou origem. Na Biomedicina contemporânea, só se pode conhecer sintomas e sinais particulares se os mesmos forem relacionados às condições sociais, culturais e históricas nas quais se encontra o problema de saúde do indivíduo ou grupo. Daí os profissionais se utilizarem de questionários sobre o contexto dos pacientes, entre outros procedimentos técnicos.

Existem diferentes lugares dentro dos quais a Biomedicina instaura métodos de pesquisa e técnicas nos quais intervém no corpo, no contexto social e histórico dos pacientes e na imagem de saúde. Nessas técnicas se produzem estratégias nas quais as informações são transformadas de uma região da cultura para outra (RIBEIRO, 1995, p. 18), no caso, das narrativas pessoais à Biomedicina.

Os dados da Biomedicina são elaborados pelos profissionais da saúde nos hospitais, consultórios, clínicas, universidades, sociedades médicas autorizadas, conselhos de Biomedicina, entre outros. Eles estudam as fontes científicas segundo regras próprias para as escolhas das obras e para as interpretações dos estudos divulgados em congressos, em salas de aulas e em outros espaços e momentos apropriados para difusão do conhecimento médico.

Eles produzem o que chamamos de memória da Biomedicina.

Hoje, o que tradicionalmente foi considerado lugar de produção de memória da Biomedicina sofre transformações. Essas mudanças se dão, sobretudo, no que diz respeito ao modo como se legitima e constrói o que sejam as fontes. Um exemplo significativo da transformação e da importância do modo como se utilizam as fontes nessas mudanças sociopolíticas é o debate sobre o envelhecer no Brasil.

Segundo Debert (1999), o envelhecimento se transforma num problema que ganha expressão e legitimidade no campo das preocupações sociais, principalmente a partir dos anos 1970. O debate sobre o envelhecer no Brasil resultou na implementação de uma Política Nacional da Saúde do Idoso e na constituição de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Estudos epidemiológicos desenvolvidos na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e estatísticos, desenvolvidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstram que a sociedade brasileira passa por um processo de envelhecimento. E o modo como se confia nesses estudos remete a um “pacto pela saúde e pela dignidade do idoso”.

Segundo o IBGE, a população considerada idosa no Brasil, portanto com mais de 60 anos, é estimada em 17,7 milhões de pessoas. São incluídas nesta faixa etária, anualmente, aproximadamente 650 mil pessoas. Esta população encontra nos acidentes vasculares cerebrais sua principal causa de mortalidade. Mas ela também é atingida por problemas cardiovasculares e respiratórios. As mudanças no modo como se divulgam e se administram esses estudos são algumas das grandes responsáveis pela transformação da saúde do idoso em política pública. E essas ações envolvem diferentes níveis de organização do sistema de saúde,

diversos saberes e práticas biomédicas e de cuidado.

A quantidade de pesquisas e de produtos culturais sobre o “envelhecimento saudável” se multiplica no campo da saúde, movimento o qual Debert chamou de “reinvenção da velhice”. Se há três décadas, praticamente não se falava nos meios científicos, entre outras instituições centrais da modernidade, atualmente, a preocupação com as formas de envelhecer e com as pessoas de idade avançada se torna cada vez mais central. E caminha junto com outras transformações, sobretudo na racionalidade da sociedade contemporânea, nos saberes técnico-científicos.

Nesse contexto, está em curso uma mudança no modo como os profissionais de saúde concebem conhecimento médico. Com maior a facilidade de acesso às tecnologias da informação e da comunicação, a questão da promoção da saúde e da capacitação das populações ganha importância, assim como a informação e a comunicação nas ações de atenção à saúde. A informação permite que outros receptores tenham acesso ao repertório médico-científico.

Um estudo de Silva (2006) demonstra que a Internet se incorporou nas relações entre médicos e consumidores de seus produtos. Em pesquisa quali-quantitativa realizada com 116 indivíduos que responderam a perguntas em um *site* divulgado através de projetos de inclusão digital e telecentros, a autora constatou que a maioria dos entrevistados busca na Internet informações antes ou depois da consulta médica. Essa ação se transforma em rotineira e pressiona os atores envolvidos a buscar novos discursos e modos de enunciação e conhecimentos. Movimentos como esse acusam novas operações construtoras das práticas médicas e das relações entre médicos e pacientes. E essa mudança está ligada com as diferentes maneiras de nos representarmos. Segundo Woodward:

As formas como representamos a nós mesmos – como mulheres, como

homens, como pais, como pessoas trabalhadoras – têm mudado radicalmente ao longo dos últimos anos. [...]. As identidades e as lealdades políticas também têm sofrido mudanças: lealdades tradicionais, baseadas na classe social, cedem lugar à concepção de escolha de “estilos de vida” e à emergência da “política de identidade”. A etnia, a “raça”, o gênero, a sexualidade, a idade, a incapacidade física, a justiça social e as preocupações ecológicas produzem novas formas de identificação. (WOODWARD, 2000, p. 31).

Os limites das imagens morais do médico e do paciente já não são mais demarcados a partir das antigas lealdades. Estão presentes novas formas de identificação entre médico e paciente. O que mudou na competência do médico, no modo como ele se define e a sociedade o concebe?

O médico, como todo profissional, é em geral definido em relação a sua habilidade, à competência que ele foi socialmente autorizado a exercer. A competência de cada médico é representada em relação a outras identidades: a dos usuários dos sistemas de saúde, a de outros especialistas, a de profissionais de saúde e a de outros trabalhadores. Ela se refere a um conhecimento em saúde diferente do dos outros. Mas as fronteiras são tênues. O médico não é mais simplesmente aquele que está habilitado a exercer a Biomedicina como a arte e ciência de curar ou evitar doença, ou de paliar seus efeitos, como está no dicionário, pois existem vários profissionais que trabalham com a cura, o tratamento e a prevenção de doenças. Um profissional que tem o conhecimento sobre dores musculares pode ser um reumatologista, mas também pode ser um fisioterapeuta ou um enfermeiro clínico, ou um professor de educação física. Os limites entre as responsabilidades atribuídas aos profissionais da Biomedicina e aos outros são definidos nas relações nas práticas sociais e na sua articulação com a de outros profissionais, ligados a outros modos de conhecimento, e com o mundo da vida, das pessoas que se utilizam da Biomedicina.

As distâncias entre as competências que identificam os diferentes profissionais da

saúde são marcadas a partir da produção de acontecimentos médicos como o diagnóstico, que demarca limites para o corpo, ou as pesquisas, que caracterizam as populações saudáveis. Porém, considerando as mudanças no modo de perceber espaços de demarcação do descontínuo e do contínuo nas formas de representação de si mesmos, como identificar as demarcações dessas distâncias, as transformações nos acontecimentos ligados às representações do médico, do paciente e dos profissionais de saúde, nas competências de cada um?

A noção de *memória social em sua relação com a identidade e diferença* ajuda a perceber as estratégias de demarcação dos espaços de atuação do profissional da Biomedicina, sua relação com o paciente e, sobretudo, o que há de específico nas estratégias das informações produzidas por ele.

A partir dos anos 60, existe uma reafirmação da questão identitária e da diferença. Stuart Hall distingue pelo menos três concepções de identidade, entre as múltiplas dimensões dessa concepção. A primeira é a do sujeito do Iluminismo, baseado na concepção de pessoa humana como sujeito “centrado, dotado de capacidades de razão, de consciência e de ação” (HALL, 2004, p. 10). Nessa concepção, o sujeito tem consciência e controle da sua proveniência e de suas características particularidades; ele próprio delimita esse universo.

Uma segunda concepção de sujeito é a do sujeito sociológico, formado nas relações sociais. Nessa idéia, o sujeito tem sua origem e particularidade estruturadas pelo todo social, por algo que vem de fora. É o outro, o que está além do sujeito, que delimita o espaço que caracteriza suas particularidades e origens. “De acordo com essa visão, que se tornou a concepção sociológica clássica da questão, a identidade é formada na ‘interação’ entre o eu e a sociedade [...]. A identidade ‘costura’ (ou, para usar uma metáfora médica, ‘sutura’) o sujeito à estrutura” (HALL, 2004, p. 11-12).

Uma terceira concepção de identidade é a contraditória, constitutiva do simbólico e do social e também construída por eles. Hall atribui a essa definição o nome de identidade pós-moderna:

O sujeito assume, em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente. Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções, de tal modo que nossas identidades estão sendo completamente deslocadas. (HALL, 2004, p. 13).

Da oscilação entre o “eu” como absoluto e independente das coisas e como uma forma totalmente dependente do social, emerge a idéia de que Hall fala, de identidade como plural, ligada a diferentes agentes – sejam eles instituições e sujeitos – e a sistemas de conhecimento e de crença que convivem e se contradizem. Há uma multiplicidade de níveis e de tempos da identidade. E essa multiplicidade é estruturada na Memória Social.

A identidade concebida dentro dessa idéia de heterogeneidade permite ordenar dentro na noção de “eu” os acontecimentos experimentados pelos agentes e os simplesmente conhecidos por tabela. Os vestígios e projeções desses acontecimentos – e os referentes ligados a eles lugares, tempos, pessoas – tomam tanto relevo no imaginário que, no fim das contas, é quase impossível saber se existem dessa forma ou não (POLLAK, 1992). “[...] o imaginário urbano e as memórias traumáticas têm um papel-chave na atual transformação na nossa experiência de espaço e tempo” (HUYSSSEN, 2000, p.7). Com isso, abre-se espaço para:

um conjunto de práticas normalmente reguladas por regras tácita ou abertamente aceitas; tais práticas, de natureza ritual ou simbólica, visam a inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica, automaticamente, uma continuidade em relação ao passado [...]. (HOBSBAWN, 1984, p. 9).

O sentido do tempo vivido está sendo renegociado em nossas culturas de memórias contemporâneas (HUYSSSEN, 2000). Existe uma separação entre os sentimentos de

pertencimento a um grupo ou a uma unidade e os acontecimentos vividos. Essa transformação envolve a idéia de identidade múltipla, cheia de acontecimentos, experimentados ou não, e serve como ponto de referência que estrutura a Memória Social. Tratar da memória implica falar não em pontos fixos, como pressupõe a idéia de passado único, mas em marcos relativamente invariantes, imutáveis, em recorrências. Existem elementos cujo “trabalho de solidificação da memória foi tão importante que tornou quase impossível a ocorrência de mudanças” (POLLAK, 1992, p. 201) e outros elementos cujo processo de estruturação desses marcos não é tão simples. Eles são disputados pelos agentes. A Memória tem um caráter seletivo, envolve a dialética lembrança e esquecimento (BARBOSA, 1998). Essas disputas envolvem de relações de poder e garantem o mínimo de consenso entre as pessoas, o que permite falar em pelo menos duas formas de estruturação da Memória Social:

Há, de um lado, a memória oficial, que ao selecionar e ordenar os fatos segundo certos critérios, se constrói sob zonas de sombras, silêncios, esquecimentos, repressões. De outro lado, há, opondo-se à oficial, várias memórias coletivas subterrâneas, que seja nos quadros familiares, em associações ou em grupos étnicos, culturais ou políticos, transmitem e conservam lembranças proibidas ou simplesmente ignoradas pela visão dominantes.

Os limites entre essas duas memórias são, claro, muito difíceis de traçar. Apesar de obedecerem a lógicas diferentes (até mesmo opostas), não há, entre elas, separação estanque. As memórias perpassam, se contaminam pelo princípio dialógico que as constitui. [...]. Todo processo de produção de memória, seja ele de que natureza for, pressupõe um trabalho de enquadramento, que é também de seleção. (RIBEIRO, 1995, p. 22).

Na Biomedicina, a memória hegemônica esteve engajada com a representação tradicional do médico como o principal responsável pela prerrogativa de legitimidade dos acontecimentos que relacionavam o indivíduo aos estados normal ou patológico. Tal representação tinha relação com a consolidação da identidade nacional e o papel exercido pela Biomedicina como um conjunto de instituições que corroboravam o aprimoramento da idéia de nação.

A noção de Estado funcionou na construção do sistema capitalista, em parte graças à contribuição da Biomedicina para produzir indivíduos fortes e preparados para a guerra. Ela ajudou, sobretudo, na defesa dos interesses nacionais, da força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos, como escreveu Foucault (1979 e 2004b). Trata-se de um mito da mobilização e da democratização que emergiu, inicialmente, ligado às várias instituições do Estado – como, no caso da Biomedicina, conselhos, federações e confederações, hospitais públicos e universidade – e que convocava a idéia de indivíduos saudáveis, fortes e preparados. Mas, antes mesmo de se aplicar a noção de força e saúde aos indivíduos, as ciências da saúde construíram a imagem moral séria para o médico e transmitiram uma idéia de segurança nacional, compatível com a de Estado e identidade nacional.

Na segunda metade do século XX, operou-se uma mudança na idéia de nação como princípio norteador das diferenças culturais, e a noção de indivíduos fortes e saudáveis produzida graças à Biomedicina foi extremamente criticada. Atribuir a algumas únicas instâncias legitimadas a responsabilidade pela força e a saúde dos indivíduos parecia se uma encenação. Nesse contexto, as idéias de promoção da saúde e de desmedicalização se afirmaram e até hoje se mantêm no cotidiano que envolve pacientes, consumidores de serviços e produtos biomédicos, produtores e instituições do campo.

Nada disso foi imediato ou mecânico. Assim, as antigas vozes e versões consideradas hegemônicas e suficientes são questionadas e abrem caminho para que novos atores e cenários se tornem parte do campo. O profissional da Biomedicina deve levar em conta que o laço que definia sua competência e seus conhecimentos sobre a saúde do outro não é mais aparentemente um porto seguro. Existem várias convenções sobre o que deve ser esse profissional, como a existência de uma Biomedicina científica, a Biomedicina complementar,

a preventiva. Ainda que tentemos unificar as representações do profissional de saúde e a noção de saúde, elas não são representadas da mesma maneira.

Há várias racionalidades dentro da idéia de profissional da Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, entre outras áreas, e todas elas passam a disputar entre si representações do que sejam os acontecimentos da Biomedicina. Estão em andamento transformações nas racionalidades técnico-científicas da Biomedicina, o que inclui o modo hegemônico como o profissional do campo é compreendido e apresentado.

É claro que essas transformações não estão diretamente ligadas à produção de materiais culturais dos departamentos de Comunicação de órgãos e entidades de governo, empresas, ONGs, organismos internacionais. Porém, a Comunicação Institucional ocupa papel importante nas mudanças histórico-sociais da atualidade. Ela remete a pesquisas junto ao que acreditam ser os diversos públicos da Biomedicina e, para isso, convoca todo tipo de registro da cultura como impressos, *sites*, Intranet, reuniões, eventos, boletins, estatísticas, exposições, documentários, filmes, DVDs, livros, teatro, produções artísticas, *e-mails*, comunicados, a propaganda institucional, o diálogo com os meios de comunicação, entre outros.

A Comunicação Institucional, como área multidisciplinar dentro das organizações, conquista maior espaço no campo da saúde na sociedade contemporânea, em função do aprimoramento das tecnologias de informação. Além disso, ela produz narrativas, histórias de vida e constrói imagens da saúde do corpo e das populações de acordo com uma lógica própria, que enfatiza os relacionamentos entre os diferentes consumidores e os produtores dos serviços e bens da Biomedicina.

Com isso a Biomedicina, por muito tempo a principal responsável pela transformação das narrativas pessoais em acontecimentos relacionados ao saudável e ao patológico, passa a

disputar o posto de principal produtora de acontecimentos em saúde com a Comunicação Institucional. A última se reforça cada vez mais como espaço autorizado a produzir enunciados ligados à saúde do indivíduo e das populações e ao repertório científico. A área de Comunicação Institucional se naturalizou por conta da extensão da idéia de indivíduos fortes e mobilizados não mais apenas aos grupos diretamente ligados aos órgãos e entidades governamentais, mas a todas as instituições. Graças à Comunicação Institucional, todas as entidades – governamentais ou não – podem semantizar a si próprias com o poder de produzir indivíduos fortes e preparados, conscientes de seus deveres e direitos e exigentes. Isso porque ela se insere socialmente como instrumento para a capacitação e produção desses grupos.

Antes havia a necessidade de construir uma idéia indivíduos capacitados, habilitados e saudáveis ligados à idéia de Estado nacional, que permitissem legitimar a guerra e a competição entre as várias nações. Hoje, graças ao reforço do posicionamento da Comunicação Institucional como veículo para a democracia, esse mito se naturalizou e se estende como intrínseco a todas as instituições.

A emergência da Internet ajudou a reforçar a ilusão de que várias instâncias sociais se reúnem e se transformam por si próprias, se tiverem as ferramentas adequadas para isso. Esses instrumentos de transformação, no caso da Comunicação Institucional, são os produtos culturais. Eles supostamente atendem aos vários públicos ou grupos sociais que participam direta ou indiretamente da missão institucional.

A noção de “públicos” que se relacionam por intermédio dos departamentos de Comunicação se fortaleceu nas últimas três décadas do século XX, junto com o reforço das idéias de cidadania e participação trazidas com o fim das ditaduras, a abertura dos mercados e com o crescimento das multinacionais. Ela sugere um possível (e aparente) aumento de poder para os consumidores e maior democratização de seu relacionamento com as instituições

autorizadas. Também pressupõe o retorno das expectativas e das demandas deles em relação a entidades factuais, como a saúde, a educação e o conhecimento. Atua como um novo modo de organização da cultura que institui novas hierarquias culturais entre os interessados nos bens simbólicos e materiais e as instituições autorizadas a produzirem esses bens (FAUSTO NETO, 1999, p. 12).

Esse mito pressupõe agentes conscientes e capazes de exigir seus direitos, que se encontram por conta de interesses distintos para buscar ganho comum negociando (RUBIM, 1998). Dessa forma, a Comunicação Institucional produz a si mesma como um lugar autorizado de mediação das tensões entre as autoridades ou instituições autorizadas e os diferentes grupos sociais.

Nos departamentos de Comunicação Institucional, presume-se um tipo de compromisso das autoridades das organizações, empresas e entidades governamentais com a verdade e as necessidades dos diversos grupos sociais – ações muitas vezes vulgarmente conhecidas como “de responsabilidade social”.

Essas práticas se apropriam de técnicas e estilos de publicidade e de administração como instrumentos não apenas de mobilização, mas de compromisso social. E elas, cada vez mais, ganham um caráter dito científico e democrático. A explicação de França no livro sobre metodologias da Comunicação na empresa ajuda a entender essa lógica:

A realização de um trabalho eficaz exige que se encontre uma definição de públicos que corresponda às suas notas constitutivas capazes de determinar o conteúdo das inter-relações das partes, de modo a se chegar com segurança à apuração de todas as fases da relação que envolvem o tipo e os objetivos da relação, a importância da dependência das partes, a temporalidade e as expectativas dessa interdependência. (FRANÇA, 2004, p. 25).

A preocupação com os interesses e necessidades dos diversos grupos sociais, carregada pela busca da cientificidade (ou da verdade) e da democratização dessa dita

“ciência”, é refletida nos estudos de caso sobre a Comunicação Institucional apresentados em congressos e publicados em livros e periódicos. Eles ordenam os critérios básicos para a pesquisa e seleção do conceito de público e dos grupos com que se deseja trabalhar, além dos modos como interagir com eles. Sem essa padronização, não existiria a produção em série de materiais culturais, como impressos, eventos, exposições, espetáculos, livros, filmagens, entre outros documentos da área.

A própria idéia de “estudos de caso” divulgados em eventos e publicizados por diferentes mídias aponta para uma preocupação com a democratização do conhecimento e do acesso aos instrumentos da Comunicação Institucional. Os estudos de caso permitiriam maior mobilização social, pois se justificam pela necessidade de ampliar a participação e a troca entre os diferentes profissionais que trabalham na área.

Os estudos de caso também retratam um cuidado com o desenvolvimento de regras e modelos para as produções da Comunicação Institucional. Os informativos voltados para a comunicação e promoção de uma questão da saúde junto aos grupos sociais em geral utilizam cores, fontes diversas, desenhos e fotos que seduzem. O vocabulário informal, pronomes e artigos indefinidos sugerem uma polidez e maior aproximação com os leitores. Pronomes demonstrativos realçam o que está sendo tratado e os verbos no imperativo convocam constantemente o interlocutor a agir e participar das ações, como uma campanha. Com isso, evocam entre o informativo e o destinatário uma cumplicidade.

Para legitimar a aproximação das instituições com os leitores, os informativos misturam as bases da publicidade – que evocam um discurso relacionado à sedução e intimidade – às da administração e do gerenciamento, ligadas a um discurso da utilidade da informação para a mobilização.

Segundo Nassar, inicialmente, a informação proveniente da Comunicação Institucional era o lugar da “venda de produtos e da propaganda” como aquela que “coloca os produtos e os consumidores no melhor dos mundos” (NASSAR; FIGUEIREDO, 1995, p. 9). Nas últimas décadas isso mudou, importando uma idéia de verdade que ajuda a compor a “cidadania”, “responsabilidade” e o “empoderamento” dos públicos. À idéia de imagem institucional, que englobava as ações de publicidade e relações públicas, acrescentou-se um vértice – importaram-se as idéias de verdade, objetividade, neutralidade, imparcialidade ligadas à mídia e ao jornalismo, e de *marketing*, ligado ao discurso da administração – e formou-se, com isso, o triângulo imagem-mídia-*marketing* de hoje, chamado por especialistas de “*mix* de comunicação”.

É desse composto que emergem os cuidados e padrões para o “gerenciamento da informação” institucional, termo da área bastante utilizado em relação aos diversos públicos. Além desses eixos de sustento, o modelo da Comunicação Institucional importa, de outras várias técnicas, profissões e ciências justificativas para suas próprias intervenções e produções culturais. Não são mais apenas dos jornalistas, produtores editoriais, publicitários, radialistas e relações públicas, entre outros profissionais da Comunicação, que ajudam a legitimar os materiais produzidos como registros de uma nova cultura. Também o fazem os estudiosos e técnicos das diferentes artes, ciências e práticas sociais, como o cinema, teatro, sociologia, história, psicologia, direito, economia, entre outras áreas.

Em comum entre todas as áreas, está a submissão à lógica do discurso administrativo e publicitário – não queremos dizer do publicitário e do administrador, mas de convenções ligadas a essas duas lógicas.

Por um lado, a Comunicação Institucional se diferencia da mera publicidade da instituição por conta da idéia de uma maior elaboração, da “administração”, do

“gerenciamento” de produtos culturais. Por outro, ela deixa de ser apenas uma gerência – a administração de produtos culturais – por se justificar como um lugar em que se ultrapassa a ligação entre administração e lucro, tal como sugere Nassar:

Os olhos da sociedade e dos consumidores querem ver o que move a empresa além do lucro. As linguagens da propaganda, relações públicas, jornalismo, atendimento ao consumidor, *lobby*, agindo de forma conjunta e integrada, devem mostrar a personalidade da organização para o social e todas as ações. (NASSAR, 1995, p. 13).

“A comunicação empresarial muito além do lucro é exemplificada por centenas de iniciativas empresariais” (NASSAR, 1995, p. 15). Dessa maneira, a Comunicação Institucional utiliza a si mesma e seus estudos de caso para se posicionar como lugar para a troca e a melhoria das relações entre consumidores e produtores. Define-se como uma nova cultura que permite outra forma de relacionamento entre os vários agentes. Para isso, ela sugere o uso dos eventos ou produtos culturais como instrumentos de mobilização social, e estimula o debate em torno de questões factuais ligadas à instituição. Constrói para si um espaço de participação e diálogo, e para seus produtos um modelo de uma nova maneira de organização e funcionamento da cultura.

Sabemos que a mobilização e gerenciamento que transpõem a idéia de lucro não são tão espontâneas e gratuitas assim. Os departamentos de Comunicação Institucional arregimentam equipes, recursos materiais e financeiros que são trocados pela produção cultural, pelo trabalho realizado e apresentado nos estudos de caso. Ela depende de questões sociais e econômicas que não são lembradas quando trata dos produtos culturais como um novo modo de organização da cultura. Essa lembrança é apagada no mesmo instante em que a Comunicação Institucional coloca o uso dos produtos culturais como sinônimo de troca e melhoria dos relacionamentos sociais. Os estudos de caso mostram o que supostamente seriam as demandas dos diferentes públicos destinatários. Mas esse foco sobre a recepção nos

estudos de caso negligencia as várias formas como a Comunicação Institucional integra as várias áreas, planeja seu trabalho, recebe recursos financeiros, materiais, o tempo gasto, entre outras coisas.

O caso da comemoração de 50 anos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES (NASSAR, 2004) mostra uma série de ações institucionais, como a produção de documentário, vídeo, livro, projeto de memória, exposições, concurso, *site*, que impactam positivamente na “qualidade de vida” do brasileiro. Fala-se em estimular e motivar equipes. Mas em nenhum momento é citado no artigo – que está inserido num livro sobre “memória das empresas” – o modo como departamento de Comunicação Institucional planejou e realizou essas ações, o tempo gasto, o trabalho construído, os materiais usados, as pessoas que as realizaram, a verba gasta com o projeto.

A publicação bimestral da Escola Superior de Propaganda e *Marketing*, *Revista da ESPM*, volume 12, ano 11, edição n. 3, é uma edição especial dedicada aos estudos de caso ligados ao “envelhecimento”, como o concurso do Banco Real “Talentos da Maturidade” e debates sobre os idosos como parte integrante de um mercado de consumo cada vez mais exigente e consciente. O envelhecimento e a qualidade de vida são entidades que ganham o caráter autônomo, como se elas existissem por si mesmas. E servem de mote para campanhas de promoção e os fatos ligados a elas. Com isso, sugerem o atendimento e a promoção das demandas e expectativas dos consumidores.

Nas ações de apresentação dos estudos de caso nos congressos e periódicos, mostram-se e naturalizam-se os fatos ligados à instituição como eles se fossem uma questão meramente de publicidade ou de apresentação dos materiais culturais. É lembrado que existem lógicas administrativas próprias, mas os recursos financeiros, materiais e as circunstâncias em que o trabalho foi realizado são deixados para outras ocasiões.

O chamado *marketing cultural* – a administração e gerência das circunstâncias em que se realiza o trabalho – aparece como uma questão meramente de domínio dos profissionais da Comunicação Institucional habilitados para isso. Dessa forma, reduz-se a maneira da Comunicação de trabalhar em dois pólos distintos. Um são as técnicas de linguagem – modos de mostrar, seduzir, mobilizar os destinatários das políticas. Outra forma são as tecnologias administrativas e gerenciais, que produzem modos de interagir internamente à Comunicação Institucional, entre os vários profissionais que se relacionam com o campo, e que têm como resultados relatórios e planejamentos estratégicos.

As tecnologias administrativas e gerenciais se tornam, dessa maneira, uma entidade separada das publicitárias. Os modos de interagir se separam das maneiras de se mostrar e seduzir. Por um lado, a Comunicação Institucional, como ferramenta de *marketing cultural*, é aparentemente um instrumento fiel aos interesses e demandas dos vários públicos. Mas, esse mito da fidelidade e compromisso com os interesses dos vários públicos pressupõe a capacidade de seus profissionais de administrarem as expectativas dos consumidores. Ignora-se que a idéia de que esses profissionais são conhecedores das demandas dos diferentes públicos é uma construção, baseada essencialmente na confiança. Concordamos com Rubim, em sua crítica à idéia de realização das demandas dos consumidores:

O reconhecimento desta mão-dupla entre produtor e consumidor não deve, entretanto, levar a uma ingênua suposição da plena realização dos interesses dos consumidores e do predomínio do consumidor sobre o produtor, inclusive porque na fase contemporânea do capitalismo, através de variados mecanismos [...], podem ser criadas demandas e expectativas de consumo. (RUBIM, 1998, s/p).

As decisões no que se deve investir ou não em termos de produtos culturais na Comunicação Institucional são realizadas em procedimentos separados, em momentos e

lugares diferentes. Esses processos, o modo como as produzem, é apagado no momento em que se interpreta o resultado final do trabalho da Comunicação, os produtos culturais. Essa negligência em relação às desigualdades dos processos de produção na interpretação dos produtos finais é bastante criticada pelos estudiosos do *marketing cultural* e das ações de incentivo à cultura e à mobilização social. Isso porque a Comunicação Institucional pressupõe uma mudança social e política apenas pelo uso de produtos culturais, ignorando os vários processos relacionados a produção, distribuição e interpretação deles.

É inegável a capacidade dos produtos culturais de estimularem o debate. Nem se pode ignorar a real necessidade, na sociedade contemporânea, de compreender os diversos grupos consumidores e melhorar as relações entre eles e as instituições legitimadas socialmente, mas que perdem prestígio com a crise das racionalidades científicas, como é o caso da Biomedicina. Também não se pode negar a capacidade dos materiais culturais de reforçar compromissos. Neles se oferece um lugar para a visibilidade de certas reflexões. Eles se submetem à idéia de arregimentação das pessoas, de convocação de uma campanha que visa a promover as aspirações e esperanças dos diferentes públicos. Esses fatos são apropriados das narrativas pessoais ou de grupos, e registrados na materialidade dos produtos culturais, como vídeos, cartilhas, folhetos, documentos, livros. Exemplos desses acontecimentos estão ligados ao “envelhecimento saudável” ou à “promoção da saúde”. Esses objetos dão uma idéia de algo que os diferentes públicos desejam ser ou ter.

Tende-se a esquecer os vários processos de produção, distribuição e leitura dos produtos culturais quando se concentra apenas na intervenção deles junto aos grupos. As campanhas da Comunicação Institucional se propõem a debater objetos que, aparentemente, são de interesse dos públicos aos quais ela se endereça. Mas em geral, quando se lê um informativo, não se sabe se o que é convocado é uma real aspiração e expectativa dos leitores

e dos grupos destinatários. Apenas acredita-se no que a Comunicação Institucional diz ser a demanda dos consumidores, confia-se no mito de que os departamentos de Comunicação Institucional são os espaços de interlocução, de diálogo com os vários grupos sociais. Trata-se de um contrato entre os leitores e os produtores da Comunicação Institucional, de que os fatos sobre os quais o debate está sendo proposto são exigências eleitas democraticamente pelos destinatários das campanhas.

Considerando essa contradição, a relação dos receptores das ações da Comunicação Institucional com o pedido de mobilização que lhes é feito se baseia essencialmente na confiança de que se trata de demandas e expectativas dos diferentes públicos. A idéia de que os produtos culturais são fundamentados em aspirações dos vários grupos confere ao discurso da Comunicação Institucional um certo efeito de sentido.

Dessa maneira, dentro da Biomedicina, a Comunicação Institucional para a Promoção da Saúde se transforma num novo modo de funcionamento da cultura no qual se acredita que os diferentes públicos se mobilizam e se capacitam para agir. A idéia de promoção da saúde e do envelhecimento saudável como algo que exige a participação social se transforma em parte da consciência dos indivíduos. E a Comunicação Institucional na Saúde impõe aos diversos grupos sociais – biomédicos, pacientes, entre outros – um registro de um mito de mobilização e da capacitação do que seriam suas demandas e expectativas.

A profissionalização da Comunicação Institucional não significa maior mobilização dos grupos e democratização do debate. Entretanto, ela possui um discurso de mobilização, de compromisso e de promoção das reflexões que atua como estratégia de enunciação a conferir legitimidade a si própria. Ela articula os acontecimentos relacionados às entidades/objetos mobilizados nas propostas de debates – como a promoção da saúde, da qualidade de vida – a uma transformação dos relacionamentos entre grupos e instituições. Mas esquece de dizer que

essa idéia de estudo das demandas e expectativas dos diferentes grupos sociais é essencialmente baseada na confiança nas pessoas que trabalham nessas instituições e nas técnicas de publicidade e administração de recursos financeiros e materiais.

O termo “promoção da saúde” foi naturalizado junto ao discurso da desmedicalização e da reforma sanitária como se fosse exigência de um público ativo e atuante. No entanto, essa naturalização também se vincula às técnicas de produção de uma idéia de mobilização e de campanha que os mecanismos da Comunicação Institucional impõem.

Difundido a partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, na qual se produziu o documento “Carta de Ottawa” (OMS, 2006), o conceito dialoga com o mito do empoderamento e da participação dos usuários da saúde. Isso pode ser lido na definição apresentada pela ONG Centro de Promoção da Saúde (Cedaps): “Promoção da saúde é definida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida. Entende-se a saúde como um direito humano fundamental, que deve valer de maneira equitativa para todos os cidadãos” (CEDAPS, 2006, s/p).

A carta da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em relação à saúde pública internacional, reconhece a complexidade de fatores que modelam o conceito de promoção da saúde: “[...] a saúde de populações e indivíduos é modelada por uma ampla gama de fatores econômicos, sociais, políticos, culturais e do ambiente natural que interagem entre si com as características biológicas e genéticas dos indivíduos de maneira complexa” (ABRASCO, 2006, s/p).

Esses conceitos de “promoção da saúde” firmam a Biomedicina como uma instância ligada à consciência e exigência dos indivíduos. Assim, ela se parece muito com o modo como a Comunicação Institucional constrói a si mesma como instância de mobilização de indivíduos preparados culturalmente para questionar. Produz-se, assim, a confiança na

Comunicação Institucional como um canal de produção de informação e conhecimento. E, dessa forma, ela desafia o conhecimento da Biomedicina. Vemos isso na citação de Teixeira (BUSS *et al.*, 2000 *apud* TEIXEIRA, 2002, p. 105): “é essencial capacitar as pessoas para que aprendam durante toda a vida, preparando-se para as diversas fases da existência que incluem o enfrentamento das enfermidades crônicas e das causas externas que afetam a saúde”.

Não é à toa que a Comunicação Institucional tem sido cada vez mais utilizada em pesquisas e ações da Biomedicina para a promoção da saúde. Os acontecimentos da saúde ligados à capacitação das populações para a promoção da saúde se relacionam com o modo da Comunicação de produzir efeitos de sentido ligados à mobilização e à participação. O uso da Comunicação Institucional para a promoção da saúde nas ações da Biomedicina é lembrado por Pitta:

Há uma tendência à estruturação de novos espaços institucionais para a área de comunicação nas instituições governamentais de saúde, desenhando-se espaços multiprofissionais [...]. Observa-se, de modo geral, uma tendência à formação de equipes multidisciplinares e multiprofissionais; um deslocamento das atividades antes restritas ao espaço dos gabinetes, para outros “lugares” institucionais – conselhos municipais de saúde, conselhos gestores de unidades de saúde, distritos de saúde; uma relação mais estreita com sistemas de informações em saúde e bases de dados *on line*, entre outras (PITTA, 1995, p. 253).

Assim, a Comunicação Institucional se transforma em instância crucial na produção de uma nova cultura da Biomedicina. O movimento de mudança que instituem a desmedicalização e a promoção da saúde como representante dos interesses dos diferentes grupos sociais, como biomédicos e pacientes se parece com a definição de Nassar sobre a atribuição da Comunicação Empresarial que é cuidar “da totalidade das tensões criadas nas relações entre organizações, consumidores e sociedade em geral” (NASSAR, 1995, p. 10). Ela se propõe a ser um espaço neutro de mediação dos diferentes agentes e utiliza as idéias de capacitação e participação dos diferentes grupos sociais para semantizar uma idéia de

consenso entre biomédicos e pacientes para mudança na cultura. Por aproximar biomédicos e pacientes e, ao menos aparentemente, facilitar o trabalho na saúde, a Comunicação Institucional torna-se uma esfera autorizada a semantizar acontecimentos da Biomedicina.

Com isso, é cada vez mais comum o uso da linguagem da Comunicação e dos registros da cultura na Biomedicina. O departamento de Comunicação da empresa farmacêutica Bayer produziu uma estratégia de *marketing* que chama a atenção dos médicos e pesquisadores da saúde sexual. Ela publicou informativos – um dos quais é objeto de análise no último capítulo deste trabalho – que chamou de “campanha de interesse público”, no qual definia um dos requisitos para se ter saúde: “ter uma vida sexual feliz é a expressão de sua saúde e uma parte muito importante do seu relacionamento a dois”. Com o nome de “Abra o jogo, converse”, a idéia de campanha exemplifica o interesse da empresa em reconhecer e formalizar determinado valor da cultura da saúde como parte da memória oficial.

A distribuição dos informativos foi conduzida, entre outros lugares, dentro de táxis na cidade do Rio de Janeiro. Os materiais ficavam guardados num recipiente amarrado na parte de trás do banco da frente, bem em frente aos passageiros, o que lhes forçava, ao menos, um olhar para as letras grandes que sugeriam “Abra o jogo, converse” e, quem sabe, puxar uma conversa com o taxista. O tema foi objeto de debate não apenas nos táxis da cidade, mas em pesquisas nacionais e internacionais, congressos e nos próprios consultórios médicos. Tornou-se lúcido o interesse da área de Comunicação Institucional da empresa em registrar, na cultura biomédica, como parte da memória oficial uma idéia de saúde relacionada à promoção de questões ligadas ao campo do pessoal, como, no caso, a ausência de disfunções sexuais.

A indústria químico-farmacêutica estimulou diversos congressos e financiou diferentes estudos sobre disfunção sexual, em particular o fenômeno da disfunção erétil, numa lógica de valorização da vida sexual entre as populações de faixa etária acima dos 50 anos, além da

construção simbólica de um produto e de seu lançamento no mercado mundial. Do ponto de vista científico, não é possível observar o significado da ampliação do conceito de disfunção erétil e da recomendação de um produto. Não existem estudos que demonstrem o que foi modificado no uso desse conceito. Mas uma pergunta emerge desse debate: será que os profissionais de saúde levam em conta o interesse político da Comunicação Institucional na hora de se posicionarem como instrumentos para a informação e a comunicação para a promoção da saúde? De que forma esses novos modos de organização e funcionamento da cultura vêm sendo usados e/ou podem ser usados pelo biomédico na emergência da preocupação com a promoção da saúde e a melhoria do relacionamento com o paciente?

A Comunicação tem estratégias próprias de produzir uma imagem do saudável, do corpo e das populações. E os profissionais da Biomedicina precisam lidar com as transformações que esse dispositivo impõe a sua profissão, sem esquecer sua própria posição na sociedade contemporânea. Urge a necessidade de criar uma forma de interpretar os documentos da comunicação em saúde de outra maneira, que abranja os jogos de força que estão envolvidos nos discursos sobre a saúde, para que se possa perceber a diferença entre as duas lógicas de produção de fatos, a da Biomedicina e a da Comunicação. Os textos da Comunicação que tratam dos problemas da saúde e da velhice devem ser desmontados, desestruturados, para que se enxergue a pluralidade de leituras existentes e, dessa maneira, eles não se tornem uma imposição dela aos cientistas da saúde.

Para compreender melhor as disputas entre as estratégias da Comunicação e da Biomedicina, sugerimos desconstruir a velhice e saúde naquilo que elas mais aparentam ser natural e universal, o que significa chegar próximo das tensões nesses campos de força.

CAPÍTULO 2

As produções culturais sobre a velhice saudável

As contradições da velhice saudável

Nem toda sociedade divide as etapas da vida em idades cronológicas, como faz a sociedade ocidental contemporânea, que institui quatro etapas principais – infância, adolescência, idade adulta e velhice –, dependentes de um sistema externo para medir o tempo, a partir do qual são pensados os direitos e deveres do indivíduo.

“Relações bastante complexas podem ser resolvidas sem referência à idade cronológica” (FORTES, 1984 *apud* DEBERT, 1999, p. 47). Em algumas sociedades, a vida é periodizada a partir da “idade geracional” dentro da família, ou seja, o *status* do indivíduo depende principalmente de sua identidade familiar, se é filho ou filha, pai ou mãe, avô ou avó ou outro parente. Nas sociedades tradicionais da cultura ocidental, as etapas da vida eram representadas pelas mudanças nos laços de parentesco ou pelas relações do tempo com a natureza – por exemplo, o ciclo solar, o ciclo lunar, as estações do ano (DEBERT, 2003). Não havia a noção fechada de “curso de vida” em nossa sociedade centrada no indivíduo. A idéia de uma vida após a morte prevalecia sobre a cronologia do indivíduo.

Nas sociedades “primitivas” (CLASTRES, 1988), que prescindem da mediação do Estado, o indivíduo não é considerado como uma unidade isolada dos outros. Não há relações de poder da forma predominante que conhecemos, entre dominantes e dominados, pois todos sofrem a dor dos rituais de passagem para aprender a não se diferenciar de outros. O chefe não tem o poder de mando, é simplesmente o representante do discurso que não pertence a ele, mas à sociedade. Nessas sociedades, os *status* e as atribuições do indivíduo são dados a partir de “níveis de maturidade”, medidos por testes ou rituais de passagem. Portanto, a institucionalização do curso de vida em idades cronológicas representa uma dimensão fundamental na modernidade. A velhice não é algo natural, universal e espontâneo, e sim uma

dimensão institucional da modernidade.

“As mulheres que chegaram à maturidade já não repetem o modelo de idosas de outras gerações”. Desta maneira, inicia-se a reportagem na coluna “Viva Mais e Melhor”, publicada em jornal carioca de grande circulação (CABRAL, 2004). A coluna se caracteriza como voltada para o público idoso. A matéria é um exemplo de como hoje se busca nos discursos transformar os sentidos relacionados às formas de envelhecer.

A reportagem trata das novas formas de envelhecimento hoje em oposição à velhice de antigamente como um tabu. Segundo ela, ser velho ou pedir aposentadoria, ontem, significava algo próximo de “retirar-se para seus aposentos” – como sugere uma possível etimologia da palavra – e aguardar o fim da vida. Hoje há uma “nova idosa”, que namora, desfila em escola de samba, trabalha. No texto, Neusa Badauê, aos 72 anos, “jura que não se sente velha” e conta, “discretamente”, que mora com o namorado. A porta-bandeira Dodô da Portela diz que tem 84 anos de vida e 69 de carnaval. Neusa e Dodô são exemplos “do novo perfil da mulher madura: ativa, saudável e consciente de seus direitos e papel social”.

Falar sobre a “velhice hoje” significa tratar, sobretudo, de alteridades, mudanças. É fazer implicitamente uma referência a um passado – ou de glórias e maior respeito ao velho, ou em que a velhice era um tabu e o velho era um excluído, entre outras possibilidades de tratar o atual e o antigo em relação à velhice. Ou seja, falar sobre “envelhecimento hoje” é, ao mesmo tempo, tratar do pressuposto de um passado diferente e, portanto, reconstruir a memória.

São muitos os que falam do envelhecimento em relação ao passado. Mas o passado de uns não é o mesmo para outros, assim como o presente também não o é. Passado, presente e futuro são referentes disputados. Os produtos culturais são lugares em que se apropriam e se disputam esses e outros referentes. E nessa disputa há muita tensão, contradições.

Elaboramos algumas interpretações sobre o que alguns autores de documentos heterogêneos – textos científicos, médicos, jurídicos (um tratado que orienta políticas internacionais), *sites*, reportagens, anotações de campo – falam sobre o envelhecimento. Eles são comentados de maneira despretensiosa, sem a intenção de tratar de uma única história nem de contar uma verdade. Foram inspiradas no trabalho de Costa (1998b), por sua vez, com base na filosofia neopragmática da linguagem.. Os comentários pretendem refletir sobre traços permanentes e marcas que orientam os sentidos desejados pelo campo de estudos da linguagem.

Os mecanismos da Comunicação Institucional têm nas técnicas e estudos da linguagem uma de suas principais práticas. É claro que esses estudos não se limitam à filosofia neopragmática, mas esta é, de certa forma, emblemática das bases fundantes dos estudos da área. A partir das próximas observações, mostramos que os pontos recorrentes que constituem estudos e técnicas da linguagem não são suficientes para interpretar o modo como o campo da Comunicação se articula com outros lugares sociais.

Nos próximos itens, não houve a preocupação em evidenciar as condições de produção dos discursos. O objetivo é chamar a atenção para a recorrência de formas contraditórias de pensar o envelhecimento saudável e, com isso, esclarecer por que as questões das identidades, da memória social e dos modos de diferenciação são tão importantes no entendimento das produções culturais sobre o envelhecimento saudável.

Versão idealista do envelhecimento saudável

A sociedade contemporânea oscila entre culpar agentes por seu fracasso, ou condenar o tema da velhice saudável por ser uma questão impossível, ou amar o envelhecimento saudável. No primeiro caso, as instituições como “a família, a religião, o pertencimento

político, o pertencimento nacional, segurança de trabalho, apreço pela intimidade, regras estritas de pudor moral, preconceitos sexuais” (COSTA, 1998b, p. 20) são responsabilizados pelo descaso, indiferença ou fracasso na questão do envelhecimento. No segundo caso, o complemento “saudável” que acompanha a idéia de uma “velhice saudável” é questionado, já que ser velho significa lidar diretamente não com a saúde, mas com o declínio das capacidades funcionais. E, no terceiro, o amor à velhice saudável não precisa ser justificado. Saúde aponta para a idéia de um desejo, tudo o que queremos ter, ser ou estar.

O trabalho de Costa lembra o que Foucault (1988) escreve sobre as contradições da sexualidade. Foucault sugere que os mecanismos que constroem a sexualidade se inclinam a oscilar como um pêndulo entre exaltação da sexualidade, a culpabilização dos sujeitos pela sexualidade reprimida ou das instituições, pela não-realização de promessas e prescrições que trariam uma sexualidade mais livre e a condenação do desejo sexual. Costa diz que a relação de exaltação e condenação também está presente nos discursos sobre o amor.

Debert (1999), em seu estudo sobre a velhice, identificou dois exemplos de formas idealizadas de construir o envelhecimento, que prescrevem modos de como deveria ser vivida a idade avançada. Uma das formas idealizadas de pensar a velhice estaria relacionada à feminilização dos programas da terceira idade, como as universidades abertas à terceira idade, políticas de lazer e de cultura, entre outros. Trata-se de um público predominantemente feminino que constrói a identidade da velhice hoje em oposição ao passado reprimido. Dentro dessa lógica de interpretação, há os que consideram que os discursos sobre velhice saudável transformaram as experiências das pessoas de idade avançada e representaram a libertação dos mais velhos do tabu da idade.

Segundo Hall (2004, p. 45), “o feminismo abriu para a contestação política arenas inteiramente novas da vida social: a família, a sexualidade, o trabalho doméstico, a divisão

doméstica”. Inclui-se aí a mudança na proliferação de anticoncepcionais, as novas políticas de reprodução ou, como bem relatou Perrot, sobre a história das mulheres: “a livre disposição de seu corpo, de seu ventre, de seu sexo, tornou-se no século XX uma reivindicação prioritária. O filho já não é mais a finalidade básica do casal. ‘Ter um filho quando quero, como quero’ foi o mais popular dos *slogans* do feminismo contemporâneo” (PERROT, 1993, p. 79).

Debert (1999) fala que as transformações na intimidade, principalmente as que se relacionam com a identidade da mulher, contribuíram para que se proliferassem na mídia discursos sobre o envelhecimento populacional, sobre a possibilidade de falência dos sistemas previdenciários no mundo e sobre a necessidade de buscar cuidados com o envelhecer. Outro elemento das transformações familiares está no fato de que, na maioria dos países industrializados, casa-se cada vez menos e cada vez mais tarde (PERROT, 1993). A juventude foi prolongada e, mesmo ao se chegar à idade adulta, leva-se mais tempo para sair da casa dos pais.

Segundo essa versão idealista feminina, antes, ser velho significava estar excluído, e hoje a pessoa de idade avançada tem a possibilidade de ser menos reprimida. Esses discursos falam do envelhecimento hoje em oposição ao passado como se atualmente fosse possível envelhecer com “espírito jovem”, em oposição ao idoso com “espírito velho” do passado.

Uma segunda e diferente forma de idealização do envelhecimento também citada por Debert (1999) está relacionada ao estudo com o público masculino presente nas associações de aposentados que lutam por melhores condições políticas e salariais. A autora sugeriu uma identificação dos homens de idade avançada pesquisados com um discurso contra uma crescente desvalorização dos direitos sociais das pessoas de idade avançada e a favor de uma luta por mudanças. No estudo, os homens contavam uma história da velhice como uma batalha em busca de mais respeito, como havia no passado mais glorioso, em que as relações

de autoridade eram mais bem demarcadas e os direitos sociais mais respeitados.

A velhice é considerada uma luta heróica, tentativa de reconquista de benefícios e vitórias perdidas ao longo do tempo. Vê-se a velhice dos tempos atuais como uma batalha em oposição ao passado glorioso, em que os velhos eram tratados com mais benefícios sociais, maior autoridade e mais respeito.

Ambas as formas apresentadas de construir a velhice, masculina e feminina, apontam, nos discursos sobre o envelhecimento, uma condenação, ou do passado repressor, no caso do discurso feminino, ou do presente que não atende às demandas dos desejos dos aposentados e pensionistas.

Ainda nessa idéia de versão idealista que prescreve modos de envelhecimento saudável, encaixa-se outro exemplo de movimento da Biomedicina. De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, citada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2003), o envelhecimento significa “os impactos do declínio da capacidade funcional”. Nessa concepção, nem todos os que têm idade avançada são velhos, pois nem todos sentem esse impacto. Essa interpretação desvincula o envelhecimento da faixa etária, mostra que é possível ter idade avançada e não se sentir velho ou ter menos de 60 anos e sentir os impactos do envelhecimento. Preocupações com o envelhecimento, antes predominantemente ligadas aos velhos, parecem, nessa versão idealista, cada vez mais ligadas a uma busca da saúde em todas as idades.

A proposta da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia é, de certa maneira, deixar de ser pensar a saúde no envelhecimento apenas em termos patológicos. Parece uma resposta à antiga percepção do clínico tradicional como aquele que foca sua avaliação nas doenças. Nessa versão, o interessado nas informações sobre saúde aparenta ser ativo, dotado de capacidades funcionais

e não mais visto apenas como uma patologia, como tradicionalmente se criticam os sistemas médicos. Criam-se termos para distinguir os indivíduos de idade avançada do “velho”, no sentido pejorativo: idoso, terceira idade, melhor idade, feliz idade. Prescrevem-se formas de envelhecer bem, com saúde e qualidade de vida.

Parece que essa versão prescritiva evoca a uma idéia de sentimento e/ou sensação relacionados à velhice como uma questão essencial. Podemos inferir essa valorização do sentimento ou sensação a partir da definição de paciente da geriatria apresentada no informativo *O que é o geriatra?* (SBGG, 2003): aquele que *sente* os impactos de um “declínio da capacidade funcional” deve procurar um geriatra para cuidar da saúde.

Voltemos ao discurso da “nova idosa” da reportagem: elas querem namorar, dançar, trabalhar. Não é à toa que no jornal, como em outros materiais institucionais, fala-se sobre a busca por atividade, sociabilização, promoção da saúde e da sexualidade, entre outras. Dentro dessa idéia, Ana Lucia Couto assinala que as particularidades da Gerontologia como uma *scienza nuova*, interdisciplinar, ainda em processo de delimitação de seu campo, pode significar a possibilidade de revisão dos estereótipos da velhice. Há uma tendência contemporânea de lutar contra as formas de sujeição. E o esforço nesse combate consiste na “recusa a abstrações que, através de violência ideológica, ignoram as individualidades e impõem modos de ser e de se reconhecer” (COUTO; ROCHA-COUTINHO, 2006, s/p).

Essa luta pode ser interpretada como uma necessidade essencial, como uma questão contra a qual não se pode abandonar. A versão idealista muitas vezes evoca o abandono dos referentes ligados à concretude do sentimento em prol do cientificismo, ou dos signos. Ela critica aqueles que, ao buscarem os sistemas de conhecimento, negam o que há de real no envelhecimento.

Versão racionalista da velhice saudável

Uma segunda versão não se relaciona com a crítica à repressão dos referentes pelos sistemas de conhecimento e de crença. Essa versão, que chamamos de “racionalista”, está ligada à vontade de verdade que interdita outros discursos sobre o envelhecimento.

Nessa concepção, as formas de pensar os discursos sobre a velhice como libertários em relação ao tabu do velho de antigamente podem significar que os idosos devem aparentar coisas que não sentem. Esse ponto de vista condena os modos de falar sobre a velhice. Seu mecanismo é de busca da libertação, pelo desvendamento da ilusão presente nos textos do tipo prescritivo.

Nessa interpretação, busca-se a verdade pela libertação em relação à ilusão dos outros discursos. Eles podem ser encontrados, por exemplo, na descrição que Debert (1999) fez sobre os mecanismos das ciências do envelhecimento, a Geriatria e a Gerontologia. Segundo Debert, os discursos da Geriatria e da Gerontologia parecem não se conformar com a idéia libertária da versão idealista. Dessa forma, parece que esse discurso buscaria uma verdade maior sobre o envelhecimento, que está além das formas comuns de falar sobre a velhice. Essa interpretação racionalista opta por descrever o que é a velhice e o que passam hoje os idosos que não têm nada a ver com o bem-estar e a qualidade de vida.

Entre as estratégias do racionalismo, está o questionamento das formas de se pensar a velhice e a juventude como valores. Este critica expressões adjetivas que segregam as pessoas de idade avançada entre os que têm o “espírito jovem” e o “espírito velho”. Ela é contra a simplificação, por exemplo, daqueles que dizem que o aposentado é um “guerreiro” que luta contra a desvalorização da pessoa de idade avançada. Suas formas sugerem que os que falam em desejos sobre a velhice saudável são idealistas, pois a velhice saudável é uma instituição impossível.

Para realizar essas críticas, os gerontólogos evocam a ausência de direitos sociais dos idosos, o abandono pelas famílias, a falta de asilos, de assistência previdenciária e de saúde, o empobrecimento dos mais velhos, em oposição aos discursos que valorizam os idosos, a terceira idade, a atividade para as pessoas de idade avançada. Às vezes insistem, por exemplo, que a velhice deve ser pensada como sinônimo de faixa etária avançada. Outras vezes, enfatizam a importância da aposentadoria, da assistência social e de saúde e outras atribuições jurídicas, como uma obrigação das instituições e do Estado, de valores “tradicionais”, como os cuidados das famílias, das associações profissionais, dos sindicatos.

Nesses casos, a interpretação aparentemente “verdadeira”, “racional”, afirma que a dicotomia “pessoa de idade avançada com espírito jovem”, em oposição a “espírito velho”, é uma construção que contribui para transformar os idosos em consumidores ou para diminuir os direitos conquistados por eles. Ou ainda para individualizar mais o curso de vida e torná-lo segregado das responsabilidades familiares, conjugais, profissionais, coletivas. Um argumento é que o idoso brasileiro, assim como em outros países, contribui significativamente na renda familiar e, nas famílias em que ele é o chefe, encontra-se parte expressiva dos filhos morando junto. Segundo Camarano: “Esta situação deve ser considerada à luz das transformações por que passa a economia brasileira, levando a que os jovens estejam experimentando grandes dificuldades em relação à sua participação no mercado de trabalho”. (CAMARANO, 1999, p. 4).

A questão da autoridade é freqüentemente lembrada quando se trata de relacionamentos intergeracionais e há bastantes contradições nessa área. Hoje, os pais se revelam liberados da antiga condição da função de transmissão de saber, assim como os avós também não necessitam mais exercê-la. Entretanto, muitas vezes, no Brasil, tanto pais quanto avós ainda se sentem com obrigações financeiras com os filhos.

Ameaçada assim pela efervescência dos seus, a família tradicional sofre igualmente o choque de fatores externos. A obsolescência das técnicas e dos saberes aniquila as possibilidades de transmissão. Há ruptura em todas as formas de transmissão de “capital”, seja ele econômico, social, cultural ou simbólico. Virtualmente não se transmite mais quase nada aos filhos: nem fortuna, nem profissão, nem crenças, nem saberes. Os pais fazem triste figura diante dos novos meios de comunicação, como a informática, que seus filhos dominam de olhos vendados. A desigualdade de saberes deixou de ser de cima para baixo: basta ver o número de adultos que frequentam cursos universitários. Os pais perderam seus papéis de iniciadores do saber de que os filhos precisam, o que altera profundamente o relacionamento familiar. Estamos condenados a inovar. (PERROT, 1993, p. 80).

A versão racionalista, às vezes, aparece sob a forma de crítica a um discurso da Comunicação Institucional associado à promoção da saúde, que segrega a experiência das próprias pessoas de idade avançada ou da família; como se os saberes técnicos se apresentassem apenas em prol do bem-estar individual e pudessem substituir a experiência das tradições.

Outras vezes, a versão racionalista critica a patologização e a apropriação da experiência pelos saberes técnicos. Ou aparece sob a forma de reclamação da participação social em espaços privados, como escolas, universidades da terceira idade, programas de lazer – ligada a um Estado demagógico ou a um mercado auto-regulador. Ela também toma a forma de requerimento de políticas de cidadania, de melhoria das condições de vida e de previdência social, de inclusão do idoso na família, valores que estariam ligados às instituições tradicionais e ao bem-estar social.

Outro exemplo da versão racionalista é o discurso que transforma o velho num substantivo, o sujeito que necessita se inserir na instituição familiar, das associações profissionais, de deveres e direitos sociais, como a previdência social, o atendimento ambulatorial e hospitalar, as ações de promoção da saúde, o cuidado da família, dos sindicatos e associações profissionais.

Nessa interpretação, enquadra-se a preocupação com um debate motivado por diferentes intenções e discursos – que os críticos denominam de “oba-oba” em torno dos idosos. Sugere que o discurso sobre o envelhecimento trata de transformar os idosos em objetos de políticas demagógicas. Questionam-se os termos “terceira idade”, “idoso”, “feliz idade”, “melhor idade”. Seriam esses vocábulos uma invenção que transforma os modos de olhar os idosos? Mudou a antiga visão estigmatizada dos mais velhos, e estes foram reinseridos na sociedade? Não parece que essa “transformação” ocorreu ao custo de uma certa ridicularização dos idosos “ativos”?

De acordo com esse ponto de vista, ao associar o envelhecimento a atividade, saúde, sexualidade, bem-estar, qualidade de vida, contribui-se para despolitizar a questão do envelhecimento. E ainda para fornecer prescrições prontas de envelhecimento, pouco adequadas à realidade do idoso, que esquecem as limitações naturais da idade e não permitem que a pessoa possa construir as próprias maneiras de envelhecer.

Para Groisman (2002), a Gerontologia, ciência que estuda a velhice, traz em seu bojo uma proposta extremamente contraditória: identificar os sintomas e sinais das doenças na velhice e, ao mesmo tempo, discutir a “patologização” da velhice. O autor considera a proposta de caráter político, pois se tornou a defesa da promoção da saúde na velhice e não o tratamento e a cura dos sintomas e sinais de patologias.

A prevenção parece ser a saída encontrada pela Gerontologia para escapar do binômio saúde-doença. Com o discurso da “prevenção”, todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de sua inserção na “normalidade”. Pela urgência da prevenção, não importa também quando começa a velhice, pois a prevenção deve começar muito antes. Lutando por um envelhecimento bem-sucedido, a Geriatria/Gerontologia parece delinear o seu mais ambicioso projeto, que é disciplinar a vida humana em toda a sua extensão (GROISMAN, 2002, p. 78).

Entre as formas de declarar culpados aqueles que falam sobre o “envelhecimento saudável”, sobre bem-estar e qualidade de vida, estão os mecanismos que mostram que a velhice saudável é produzida por uma cultura empresarial, ligada a interesses de mercado ou essas produções são responsáveis por políticas estatais demagógicas, para citar alguns exemplos. Evocam-se, com frequência, os inúmeros procedimentos pelos quais o capitalismo teria nos feito detestar a velhice saudável.

É uma estranha ironia que se, por um lado, fica-se alegre com a possibilidade de envelhecer e continuar participando da vida social, por outro, não são poucos os que olham com grande temor a possibilidade de não conseguir fugir da inapropriada tentativa de querer “aparentar” juventude de forma grotesca, seja pelas intervenções no corpo ou pelas atividades que se busca realizar.

Debert (1999) descreve o exemplo do discurso gerontológico dentro de uma inclinação a culpar pelo menos um dos quatro elementos pelo problema social da velhice: ou a longevidade dos idosos, ou o capitalismo, ou a cultura brasileira que valoriza o jovem, o Estado incapaz de resolver os problemas básicos da população. A autora sugere que essa tendência à culpabilização de um dos elementos faria parte de um conjunto de disputas presentes na constituição de um campo científico, tais como Bourdieu (1983) sugeriu no artigo “A juventude é uma palavra”.

Entre os vários exemplos há em comum, nessa versão racionalista, uma simultânea evocação dos sistemas de conhecimento e de crença e das falhas presentes nesses sistemas. Segundo ela, não podemos fugir dos signos, dos significados e significantes, e são eles que definem o que é a velhice saudável.

Já a versão idealista enfatiza que não poderemos nos libertar dos referentes ligados às crenças e aos conhecimentos relacionados ao envelhecimento. De que adianta *falar* da velhice

se estamos condenados a sempre estarmos presos ao que diz respeito à velhice? Não seria perda de tempo?

Tanto a versão racionalista quanto a idealista se prendem à oscilação entre condenar e absolver as interpretações ao pé da letra, ligadas à linguagem, ou as que enfatizam o que está fora da materialidade da linguagem, os referentes ligados a ela. O que inclui, é claro, o envelhecimento, a saúde, os agentes ligados a esses objetos concretos. A versão idealista sugere que, se prestarmos atenção menos à linguagem e mais àquilo a que ela diz respeito, é possível transformar as bases de poder entre os indivíduos de idade avançada. Ela nega os discursos que ignoram os referentes e enfatizam os sistemas de conhecimento e de crença.

A interpretação racionalista critica a primeira versão, pois esta, ao enfatizar o que há de real na velhice saudável, negaria a influência dos signos que constroem esses referentes. A versão racionalista critica a idealista, pois ela ignora os significantes e significados, ao sugerir que os referentes ligados às crenças são uma grande força capaz de remover os limites do uso da linguagem.

Mudança de foco

Observemos essas duas perspectivas contraditórias com outro olhar. A primeira perspectiva, idealista, enfatiza uma força que vem de baixo para cima, capaz de desbloquear qualquer coerção da linguagem. A segunda, racionalista, enfatiza os signos e os sistemas de conhecimento e de crença como poder autônomo, vindo de cima, capaz de liderar e impor o que acredita ser a verdade.

A versão idealista confunde o referencial concreto, como o sentimento de coerência da imagem, de unidade física e de pertencimento à velhice, com o Real. Só que o Real não está à

parte da linguagem, ele só existe na utilização da linguagem. Na versão idealista, os referentes implicam algo praticamente imutável. Já a forma racionalista vê os mesmos elementos como algo flexível e dependente da vontade. Esta é criticada por tratar os discursos reflexivamente de forma exagerada, como se fosse possível encontrar uma verdade passando por cima de outras verdades, desmerecendo os referenciais concretos e possíveis. A versão racionalista trata a linguagem como fosse um poder maior ou como se alguém ou um grupo tivesse sozinho o poder de transformar o Real pela ou através da linguagem. As duas perspectivas caminham em direções opostas, são contraditórias. Explicitar as contradições presentes nos estudos da linguagem, tal como fizemos aqui e como o fez Costa (1999) com o exemplo da filosofia neopragmática da linguagem, mostra o contexto social e histórico em que se encontram as ciências.

A oscilação entre exaltar ou culpar as instituições, os sujeitos ou os vários enunciados por serem falsos, manipuladores, são indícios dos modos próprios como a racionalidade ocidental organiza o conhecimento – em torno de dicotomias, polaridades, contradições. Até aproximadamente os anos 70, os recursos teóricos do campo da linguagem se dividiam em dicotomias entre significantes e significados, e os agentes ligados a eles se posicionavam em um dos pólos e desenvolviam seus estudos a partir deles.

Hoje, as próprias ciências da linguagem reconhecem seus limites e mostram como funcionam essas dicotomias de dentro delas. Barthes (1979) foi um dos autores que questionaram a ilusão de controle sobre as palavras presente nas ciências da linguagem, que se concentravam ou sobre dualidades, como os referentes, ou os signos – significantes e significados. Hoje os vários agentes reconhecem que esse pensamento oscila entre exaltar e condenar os agentes sociais.

Foucault (2004 e 1999) responde a essas dualidades, ao tomar a linguagem como um

sistema aberto e infinito, sobre o qual não temos controle e que anda junto com os referentes nas práticas sociais. Na sociedade contemporânea, difunde-se a ilusão de que é possível repetir, reproduzir significantes ou ainda captar significados ocultos, como se eles tivessem dono, pertencessem a alguém. Essa ilusão de controlar a relação entre as palavras e as coisas é uma contradição, uma necessidade social e política ligada à forma jurídica da sociedade capitalista ocidental de usar o simbólico para condenar ou absolver. Admitir a recorrência da quimera de controle sobre a relação entre as palavras e as coisas é, por si só, uma contradição. Sabe-se que não se tem controle sobre os textos, mas tenta-se apreender os modos de produzir os textos e admite-se que essa tentativa é inútil.

Esse movimento não se restringe às ciências da linguagem. Trata-se de algo mais amplo, de um contexto histórico e social em que a política se expande para outros campos da esfera social que não mais apenas o Estado. Dentro das várias instituições, públicas ou privadas, busca-se delimitar um lugar social para si. Nas instituições científicas, esse processo envolve o reconhecimento das tensões internas a cada ciência e a busca de soluções com o alargamento da articulação entre os diversos saberes e a disputa sobre o que pertence a cada campo. Dessa forma, abrem-se novas perspectivas, campos e possibilita-se que outras áreas se integrem e busquem também o status de ciência. Esse reconhecimento público das tensões internas ao seu campo faz parte de um movimento de ampliação da política, de apresentação do funcionamento dos sistemas de governo. Os campos científicos passam a ser expostos em seus mecanismos, nos modos como eles administram a si mesmos e precisam transformar a si mesmos e o modo como se relacionam com as outras áreas.

Rubim (1995, p. 84) diz que existe um movimento no qual “a política deixa – paulatina e conflituosamente, sem dúvida – de ser privilégio de dominantes e passa a abarcar também os de baixo, ainda que, por vezes, apenas formalmente”. Na sociedade

contemporânea, cada vez mais a política é mostrada e estendida, ainda que apenas formalmente, aos vários campos sociais. É recorrente o reconhecimento dos modos tensos como as práticas sociais se constituem e das técnicas de governo – de administração e publicizações dessas tensões. É o que fazem os estudos da linguagem, ao reconhecerem as dicotomias inerentes a seu campo.

Por um lado, esse reconhecimento permite a busca de soluções em outros campos científicos, ou seja, a articulação entre eles. É o que permite a emergência e legitimação da Comunicação Institucional como área que abrange diversas disciplinas. Por outro lado, a ampliação e o reconhecimento da política aumentam a disputa pela demarcação, a visibilidade e a legitimação do que pertence a que área.

Nesse movimento de apresentação das contradições dos saberes institucionalizados, há a superação da idéia de controle sobre as produções e as interpretações dos materiais da cultura. No caso da Comunicação Institucional, por muito tempo sua produção era associada à lógica da publicidade e do jornalismo, profundamente influenciados pelos estudos e técnicas da linguagem. Hoje, acredita-se que os produtos da Comunicação abrangem os modos típicos relacionados às várias disciplinas e não se limitam mais às técnicas e estudos ligados à publicidade, às relações públicas, ao *marketing*. Como afirmamos, eles envolvem diferentes especialidades e saberes, desde jornalistas, passando por cineastas até historiadores e sociólogos. Desse modo, a Comunicação Institucional tanto força a articulação desses vários campos científicos, como acirra a disputa entre essas várias especialidades profissionais que produzem materiais culturais dentro da mesma área.

Para se desfazer da imagem ligada à publicidade sem perder o caráter mobilizador, a Comunicação Institucional recorre às várias disciplinas como inerentes à sua função de promoção de campanhas sociais. A idéia de interdisciplinaridade é polêmica. Ela dá margens

a entendimentos diversos sobre o que eles sejam e a diferentes formas de lidar com a promoção e o gerenciamento da cultura, permitindo diversos modos de administrá-los e publicizá-los. Mas também diz respeito a uma normatização das tecnologias de gerenciamento e de publicidade como universais para todas as instituições, grupos e indivíduos. O movimento de ampliação do político e das técnicas de governo provoca muita ansiedade social.

Por outro lado, emergem também limites para essa ampliação (RUBIM, 1995). Os sistemas de conhecimento e de crença relacionados à intimidade se tornam o ponto extremo da política. Recorre-se a elas para diminuir o desconforto da universalização das tecnologias de administração e publicidade.

Nos informativos sobre o envelhecimento saudável coletados para este estudo, temas ligados à esfera do pessoal são apropriados dessa parte da cultura para outra - a Comunicação Institucional. Mas esse processo de transferência das narrativas pessoais para outras áreas da cultura ocorre não apenas com a Comunicação, mas também com a Biomedicina, as ciências da linguagem, a História, entre outras. Acreditamos que, nesse processo, a Comunicação Institucional se posiciona como uma das principais instituições da sociedade contemporânea e, por isso, a chamamos de um novo modo de mobilização, um novo modo de funcionamento e organização da cultura. Em estudo sobre o envelhecimento em dissertações de mestrado, teses de doutorado e de livre-docência defendidas entre 1975 e 2002 nas principais universidades brasileiras, Goldstein conclui:

[...] alguns temas que estão sendo estudados desde 1975 continuam interessando os pesquisadores, como o idoso institucionalizado, aposentados e aposentadoria, mulheres e identidade feminina, o idoso hospitalizado, memórias e reminiscências, corpo e imagem corporal, atitudes em relação à velhice, morte, luto e viuvez, relacionamentos familiares e sociais. Entre os temas que surgiram de 1990 para cá destacam-se: relação cuidador e cuidador, demências em geral e Alzheimer, cognição e memória, *stress*, opções de lazer, desejos e preferências de consumidores idosos, metas e

sentido de vida. Encontram-se também trabalhos que tratam da assistência farmacêutica ao idoso, do idoso dentro de uma empresa, que fazem considerações sobre ergonomia e terceira idade, e que se preocupam com o ensino de línguas estrangeiras para idosos e sobre turismo para o idoso. (GOLDSTEIN, 2002, s/p).

Exercício feito durante a elaboração e divulgação desta pesquisa consistia em convidar os ouvintes das apresentações a “pensar na primeira palavra que vem a cabeça quando ouvem falar em informação sobre o envelhecimento saudável”. Já falaram em aposentadoria, cirurgia plástica, ginkgo biloba, saúde financeira, casa de campo, treinamento cognitivo, entre outros. Todas essas associações lembram os saberes ligados às ciências políticas, sociais, econômicas, à Farmácia, à Biomedicina.

A intimidade e o pessoal parecem se relacionar cada vez mais e de forma dialética com o modo como os saberes técnicos e científicos - Biomedicina, Comunicação Institucional - e os sistemas de crença – como religiões e partidos políticos – gerenciam e publicizam suas próprias teorias e metodologias e, com isso, disputam legitimidade e visibilidade.

Na Comunicação Institucional, isso é feito através da idéia de compromissos com os laços sociais e os fatos ligados à vida pessoal que unem os relacionamentos entre os vários agentes. A Comunicação encena para si, através dos produtos culturais, um papel de mediadora compromissada com os laços sociais entre os agentes. E, nessa encenação, apaga - ou naturaliza - a própria participação nesse processo de produção e distribuição de seus produtos.

Existem desigualdades entre o cotidiano do profissional da Comunicação Institucional na produção de materiais culturais e o dos leitores destinatários que sentem afinidade com os fatos tratados nesses produtos. Mas elas são suprimidas pela idéia de que os produtores da Comunicação Institucional sabem ouvir demandas e expectativas deles próprios destinatários e as transformaram em produtos culturais. E isso ocorre porque a Comunicação Institucional

produz os interesses dos destinatários como se fossem entidades que dizem respeito a desejos universais, como é o caso da velhice saudável ou da qualidade de vida. Dessa maneira, os laços sociais entre os vários grupos se confundem com o próprio cotidiano e interesse dos profissionais da Comunicação Institucional.

Por isso, as críticas que remetem a Comunicação Institucional ao atendimento de interesses privados ou ao disfarce das deficiências das administrações das instituições não são mais suficientes, pois a idéia de um novo funcionamento e organização da cultura é real. Ela exige uma nova ética para legitimar suas próprias ações. Há a vigilância sobre os profissionais desse campo. A Comunicação Institucional se relaciona com transformações irreversíveis em várias áreas da sociedade, inclusive na Biomedicina. Não há mais como voltar atrás e ignorar os relacionamentos da cultura biomédica com diferentes instâncias, como laboratórios, indústrias de equipamentos médicos, universidades, hospitais e clínicas, a mídia, entre outras. Nem tentar separar, dentro da Comunicação, as instituições “boas” e “más”, as que atendem a vontades particulares, as que disfarçam falhas. Apesar de cada instituição ter seu próprio estilo organizacional e de funcionamento, a Comunicação Institucional tem uma maneira própria de negociar e impor às outras áreas efeitos de sentido. Ela utiliza a apropriação das narrativas ligadas à vida pessoal e as articula a uma idéia de campanha, de mobilização, de promoção e compromisso com os laços sociais. É isso que lhe confere a possibilidade de se posicionar e se impor como instância produtora de outro tipo de Biomedicina, de outra cultura.

Ao falar em informações sobre a saúde, o envelhecimento saudável ou sobre a qualidade de vida, as informações podem ser entendidas como um apontamento para diferentes formas de envelhecer ou de se ter qualidade de vida ou promover a saúde – portanto, maior democratização do debate. Ao mesmo tempo, também dizem respeito a uma normatização desses fatos como naturais e únicos para todos os indivíduos. Nesse sentido,

falar em promoção da saúde pode ser tanto a idéia de diferentes modos de governo da própria saúde como impor aos médicos e pacientes um modo único de gerenciar a vida saudável, de se ter qualidade de vida e envelhecer.

O uso das produções da Comunicação Institucional dentro das instituições de pesquisa científica e dos consultórios biomédicos não significa uma melhora ou uma piora no tratamento, no diagnóstico médico. Assim como acontece com as tradicionais fontes científicas, como livros, artigos e periódicos, hoje é difícil, ao menos numa cidade grande como o Rio de Janeiro, procurar uma unidade médica ou um médico e não se deparar com informativos produzidos pelos profissionais da Comunicação Institucional, sejam de empresas privadas ou de governos, sobre doenças, exames ou modos de prevenir no consultório ou na sala de espera. Os exemplos não se limitam aos informativos. A linha que demarcava o que pertence ao campo da Biomedicina se encontra cada vez mais tênue e passa a ser invadida pela Comunicação Institucional.

Dentro da idéia de promoção da saúde, a concepção de fonte da Biomedicina foi alargada e deixa de significar apenas as tradicionais bibliografias, fontes científicas. Qualquer material da cultura ou documento, seja da Internet, distribuído nos consultórios médicos e clínicas ou visto no cinema, é passível de se tornar fonte de informação das ciências da saúde e não mais só as tradicionais fontes bibliográficas e científicas. Está em curso um novo desafio ao pesquisador em saúde:

O desafio do pesquisador não estaria apenas em buscar informação no mundo bibliográfico, mas em encontrá-la também no universo dos documentos heterogêneos. Não se pode dizer [...] que uma informação deste último gênero, pelo simples fato de não ser científica não seja válida, ou que seja necessariamente inválida. Na verdade, podemos estar diante de uma informação que simplesmente não foi objeto de investigação científica, seja por se tratar de uma banalidade, seja por se tratar de algo realmente novo. Então, para se pesquisar no universo dos documentos heterogêneos, é preciso um tipo de competência diferente daquela que se requer para uma pesquisa em bases bibliográficas. (BIREME, 2006, s/p).

Assim como nas outras mudanças no campo científico, amplia-se a idéia de que os cientistas e profissionais da saúde devem dialogar e se comunicar com outros universos sociais, com diferentes formas de conhecimento. Para isso devem buscar outras fontes. Essa consciência não é mobilizadora para todos os profissionais do campo da saúde, mas influencia instituições e especialistas da área. Considerando que, na tradição da Biomedicina, a condição *sine qua non* para a construção coletiva dos sintomas e sinais da doença e da saúde eram a informação e a comunicação tradicionalmente consideradas científicas, nas últimas três décadas, essas fontes de informação científica se transformaram e não são mais consideradas as únicas. E a Comunicação Institucional assume cada vez mais o papel de organizadora dessas fontes de informação.

A Biomedicina foi, por muito tempo, a principal responsável pela organização das fontes de informação em saúde. Hoje, a Comunicação Institucional negocia de maneira não-pacífica, com a Biomedicina, modos próprios de transformar as narrativas pessoais em acontecimentos relacionados a representações da imagem do “eu”, do corpo e das populações, e é cada vez mais autorizada pela sociedade a produzir esses tipos de enunciado.

Como podem os profissionais de saúde se posicionarem em relação à proliferação de produtos culturais e lugares de memória da Comunicação sem se tornarem meros engrandecedores da intervenção dela ou, em oposição, apenas críticos dessa nova cultura da saúde? Uma das possibilidades é conhecer o lugar que os produtos culturais ocupam nos processos sócio-históricos e aprender a buscar, no conhecimento interdisciplinar, outra forma de crítica e de análise da leitura e distribuição dessas produções, que permita identificar as possíveis interpretações.

Encontrar um referencial teórico-metodológico que possa orientar a leitura do conhecimento na Comunicação Institucional para a promoção da saúde permite modos de

crítica e de contextualização desses lugares de memória que ganham uma importância cada vez maior na preservação e transformação das identidades.

CAPÍTULO 3

**O dispositivo da Comunicação Institucional
e a Análise Crítica do Discurso**

Interdiscurso ou Memória Social na Análise Crítica de Discurso

Este capítulo trata das práticas de produção e interpretação de textos como instrumentos de ação social e política. Os produtos culturais da Comunicação Institucional não são meros resultados de técnicas de produção de textos. Ou melhor, essas técnicas estão inseridas dentro de orientações de sentido e de relações sociais.

Nos últimos anos, o interesse pelos estudos em Memória Social aumenta. Com a ampliação da política, dos modos das próprias instituições de publicizarem e gerenciarem a si mesmos, os produtos culturais são valorizados como lugares de memória, nos quais se busca fixar representações sociais e colonizar o futuro. Existe uma proliferação de lugares de memória. Huyssen afirma que há cada vez mais necessidade de se recorrer aos diferentes arquivos e testemunhas como provas da memória para “construir uma proteção contra a obsolescência e o desaparecimento, para combater a nossa profunda ansiedade com a velocidade de mudança.” (HUYSSSEN, 2000, p. 280).

Essa necessidade de proteção, acreditamos, deve ser combatida. Hoje, exige-se do profissional de Biomedicina a consulta a diferentes documentos de informação em saúde. Só que os mesmos documentos adquirem formas diferentes, dependendo de quem os lê e como relaciona a materialidade simbólica dos documentos com os outros textos e as outras práticas. Os produtos culturais não são como um lugar seguro. As interpretações não são processos mecânicos, como se supõe quando se faz proliferar uma infinidade de textos como lugares de memória, sem contextualizá-los. Concordamos com Huyssen:

A memória é sempre transitória, notoriamente não confiável e passível de esquecimento, ela é humana e social. Dado que a memória pública está sujeita a mudanças [...] ela não pode ser armazenada para sempre nem protegida em monumentos [...] não devemos esquecer de que o tempo não é apenas passado, sua preservação e transmissão. Se nós estamos, de fato,

sofrendo de um excesso de memória, devemos fazer um esforço para distinguir os passados usáveis dos passados dispensáveis. [...] precisamos não permitir que o medo e o esquecimento nos dominem. Aí, talvez, seja a hora de lembrar o futuro, em vez de nos preocuparmos apenas com o futuro da memória (HUYSSSEN, 2000, p. 37).

Mais importante do que usar os documentos para tentar fixar registros de um passado, é saber que as interpretações dos produtos culturais não são fixas, únicas. Elas variam de acordo com as condições de possibilidade de emergência de modos de construir representações hegemônicas e silenciadas ou esquecidas, de formas de demarcação de pontos de apoio e de espaços rarefeitos na Memória Social.

Produzir ou interpretar produtos culturais significa mais do que compreender a simples existência de um texto como objeto, arquivo, registro do passado. Em suas práticas de produção e interpretações, estão presentes vestígios e projeções de acontecimentos referentes ao tempo vivido pelo sujeito ligado a outras ações de produção e leitura do documento e a outras vivências, realizadas por outras pessoas, em outros momentos.

O sentimento de pertencimento a um grupo ou a uma unidade está presente nessa contradição, os vários tempos. Na Memória Social, compreende-se que o simbólico, as representações sociais, caminham junto com o Real, assim como as projeções dos acontecimentos vividos por tabela estão juntos dos acontecimentos vividos. A diferenciação da lembrança e do esquecimento na Memória diz mais respeito ao espaço social do que à pluralidade de tempos.

Podemos evidenciar essa questão na discussão sobre os produtos musicais. Reconhece-se que o processo de criação desses produtos envolve vários tempos. Uma mesma música pode ser composta, interpretada e ter sua letra alterada e regravada. Os produtores que fixaram no CD ou DVD ao vivo podem resolver gravar em estúdio. Em outro momento, o intérprete e

o executante participam do processo de produção de sentidos. O intérprete pode tocar junto com o disco de um outro intérprete já falecido. Uma música pode se transformar em um *medley*. Escrever, reproduzir, cantar, elaborar novas leituras: o mesmo material traz vestígios de práticas realizadas em tempos diferentes, em diferentes lugares da Memória Social. Cada autor interpreta a música de forma diferente, produzindo uma nova criação intelectual.

O exemplo da música mostra como os suportes materiais não são suficientes para dar conta do processo de atribuição dos sentidos de pertencimento à criação intelectual. As interpretações dos produtos culturais devem levar em conta não apenas o suporte, mas os diferentes tempos em que ocorre a produção de sentidos. Os sentidos não são produzidos em um único tempo, mas em acontecimentos anteriores e subseqüentes – por exemplo, no caso da música, o processo envolve o registro, a execução, a gravação, entre outros.

A preocupação de hoje com as leituras e interpretações dos textos não é mais em perpetuar os documentos contendo informações, transformando-os em lugares de memória – já que existem muitos deles. Mas em compreender os modos próprios como se produzem as informações e saber dar continuidade a eles. Ou os modos como se produzem, conservam, distribuem, interpretam os produtos culturais correm o risco de se proliferar excessivamente (inconscientemente) ou de se perder. Desse modo, a materialidade dos produtos culturais não é mais importante do que encontrar uma maneira de interpretar essa materialidade, descobrir como os vestígios dessa materialidade se relacionam com os modos como se produzem sentidos.

“Não se trata mais de lidar com os fatos sociais como coisas, mas de analisar como os fatos sociais se tornam coisas” (POLLAK, 1988, p. 4). Os fatos da saúde não são mais vistos como dados, objetos fixados em um produto, os quais se sabe exatamente a quem pertencem. Hoje, apesar de, nos produtos culturais, tentarem marcar lugares sociais para as várias

instituições do conhecimento, especificando a autoria deles, delinear as fronteiras de pertencimento dos fatos semantizados ao profissional da Biomedicina ou à Comunicação é uma questão controversa.

Antes, os textos das ciências da saúde pertenciam à Biomedicina. Hoje eles pertencem a uma enormidade de fontes, da mesma forma como a Biomedicina não consulta mais apenas as fontes tradicionais. O modo como a Biomedicina produz os fatos médicos também não é o mesmo. Compreende-se que existem diversas formas – racionalidades médicas.

Se as interpretações tradicionais dos produtos culturais não dão mais conta de estabelecer que fatos sociais pertencem a que atores, é necessário buscar outra forma de leitura que possa ajudar a localizar o sentimento de pertencimento do sujeito na esfera social e nos sistemas de conhecimento e de crença a partir das marcas dos produtos culturais.

Nesse sentido, acreditamos que os vários conceitos da Análise Crítica do Discurso, sobretudo a noção de interdiscurso, que chamamos de Memória Social, podem contribuir para entender um novo modo de ler os informativos da saúde. A idéia de interdiscurso da Análise Crítica do Discurso – que estamos tomando como sinônimo de Memória Social – permite buscar nos documentos, entre os diferentes sistemas de conhecimento, crenças e modos de produção de identidade, marcas dessa convivência de temporalidades em diferentes níveis e ritmos. E, sobretudo, encontrar indícios dos investimentos dos diferentes agentes – instituições e sujeitos – para demarcar para si lugares de pertencimento e, com isso, tentar fixar sentidos para os produtos culturais.

Os recursos teórico-metodológicos da Memória Social em sua relação com a Análise de Discurso se propõem, de certa forma, a compreender as mudanças no modo de se diferenciar. Entendem as práticas de produção e interpretação de acontecimentos vividos pessoalmente ou por tabela ligados a vários sistemas de conhecimento e de crença. Esses

instrumentos teóricos admitem que as mudanças no modo como se compreendem os conhecimentos presentes nos materiais culturais estão relacionadas dialeticamente com questões subjetivas, sociais e políticas mais amplas, como a confusão entre política – o discurso da administração e publicidade – e a esfera da intimidade.

As pesquisas em Análise Crítica do Discurso se utilizam do auxílio de outros recursos teóricos e metodológicos das próprias instituições técnicas e científicas – o que inclui a História, a Ciência Política, a Sociologia, a Lingüística. E são esses estudos que nos interessam ao falarmos de uma dimensão a mais nas interpretações dos produtos da Comunicação Institucional que esteja além do foco só no agente – instituição ou indivíduo – ou apenas na materialidade do texto. Uma interpretação que faça emergir dos textos as contradições, as vozes hegemônicas e esquecidas na Memória Social. Ainda que isso dependa, em grande parte, do contexto em que estão sendo analisados os materiais, os recursos teórico-metodológicos da Análise Crítica do Discurso podem ajudar a desnaturalizar os modos hegemônicos de produzir e ler os informativos da Comunicação Institucional.

Na Análise Crítica do Discurso, o conceito de hegemonia, que tratamos ao falar de memórias oficiais e subterrâneas, remete à Sociologia e à Ciência Política, a Gramsci. O de interdiscurso ou Memória Social percorre pensadores com formação não apenas em ciência da linguagem, mas também em História e/ou Filosofia, como Bakhtin e Foucault.

Não é objeto deste trabalho um estudo mais prolongado desses conceitos. Encontramos essas questões nas obras que discutem os pressupostos da Análise de Discurso, como em Araújo (2000), Mariani (1989), Medeiros (2003), Orlandi (2005 e 2004), Pinto, (2002), Ribeiro, (1995), entre outros. Ao se apropriar de instrumentos teóricos que vão além dos limites de cada disciplina e programar suas leituras, a Análise Crítica do Discurso representa papel importante para compreendermos novas tecnologias de leitura. Esse

referencial teórico-metodológico é uma tecnologia própria que ajuda a acrescentar outra dimensão, construir outros efeitos de sentido, agindo política, social e historicamente.

A noção de interdiscurso parte do pressuposto de que o sujeito – no sentido contraditório do termo – ao qual é atribuída a produção ou a interpretação do texto programa para si, consciente e inconscientemente, espaços de circunscrição dos sentimentos de pertencimento à própria experiência e à do outro. Existem razões subjetivas, sociais e políticas para essa programação. Como parte de um referencial que não é mais a própria Comunicação Institucional ou a disciplina à qual o profissional que trabalha na área está ligado, a Análise Crítica do Discurso ajuda a sair do lugar aparentemente seguro do profissional e da Comunicação Institucional de produzirem sujeitos e conhecimentos.

Assim, a noção de interdiscurso ou Memória Social ajuda a lembrar que os modos próprios da Comunicação Institucional de se relacionar com outros modos de conhecimento estão além da mera produção de relatórios, informativos, filmes, anúncios publicitários ou outros produtos com lógicas industriais de produção, ligados às diferentes disciplinas que compõem a área.

A noção de dialogismo de Bakhtin contribui ainda mais para entender o mecanismo do interdiscurso (cujo conceito também foi concebido por Bakhtin e apropriado pela Análise Crítica do Discurso). Segundo Bakhtin (1997), há nos textos marcas de modos típicos como os autores respondem dialogicamente ao que eles acreditam que sejam os fatos vividos e semantizados por eles e os pertencentes aos outros agentes. Bakhtin chama os outros agentes com os quais o autor interage dialogicamente de co-enunciadores, pois o autor constrói junto com eles limites para o que pertence a si mesmo e ao outro. A produção dos textos é moldada por enunciados anteriores – acontecimentos aos quais os textos respondem – e por subseqüentes que eles antecipam.

Nessas redes de enunciados e enunciadores, as quais o autor antecipa e responde, são criadas convenções – o dispositivo que constrói para o autor um lugar social (RIBEIRO, 1995). Pollak (1992) diz que existem processos que são retomados e transformados e produzem convenções discursivas que são quase unidades dentro da Memória Social. Quase porque não são fechadas. Há sempre a possibilidade de transformação e emergência de memórias subterrâneas.

Os documentos deixam marcas dos dispositivos construídos pelos sujeitos aos quais se atribui a ação, a produção do texto. São vestígios das estratégias dos autores para definir dialogicamente lugares para si mesmo e para o outro nos textos e fora deles.

Nos textos da saúde de sua autoria, a Comunicação responde dialogicamente a estratégias de acontecimentos supostamente produzidos pela Biomedicina. A Análise Crítica do Discurso funciona como uma possibilidade não de definir os limites de pertencimento dos diferentes agentes aos fatos, pois eles são controversos, mas de evidenciar recorrências de indícios de procedimentos que visam a marcar esses limites e, com isso, construir para si um lugar social, uma esfera de pertencimento. É claro que sabemos que a generalização de um modo de funcionamento da Comunicação não abarca as particularidades de cada instituição. Porém, se por um lado, a Comunicação Institucional em saúde não é a mesma em todos os departamentos ou organizações, por outro, ela age de maneira bastante recorrente sobre as representações da promoção da saúde na velhice ou o envelhecimento saudável.

Nas próximas páginas, evidenciamos os recursos teórico-metodológicos utilizados para encontrar nos textos as pistas das operações discursivas da Comunicação Institucional e de relação com os diferentes enunciadores. Em seguida, apresentamos um exercício de mapeamento da forma como as mudanças sociais e discursivas no campo da Comunicação em Saúde estão presentes nos discursos do informativo “Abra o jogo, converse”, sobre disfunção

erétil no envelhecimento.

Instrumentos metodológicos para um exercício de Análise Crítica do Discurso

Elaboramos três passos para evidenciar os vestígios das disputas por pontos de apoio na Memória Social. Os três foram realizados simultaneamente. Em primeiro lugar, concentra-se na análise do vocabulário, que evidencia a pluralidade de discursos dentro do texto. Em segundo, a análise superficial de como foram posicionados dentro do texto os sujeitos-enunciadores e os co-enunciadores – o que Authier-Revuz (1990, 1998a e 2004) chama de quadro da enunciação. Falamos em posicionamento porque tomamos a idéia de “encenação” mostrada por Revuz, apropriada do conjunto da obra de Bakhtin.

Na relação dialógica do autor/enunciador, os vários sujeitos sobre quem ele fala e com quem ele supõe falar são chamados de co-enunciadores do texto, por participarem, ainda que dialogicamente, de sua construção. Os enunciadores e co-enunciadores encenam dentro do texto limites para a própria fala e a do outro. Essa encenação produz efeitos de sentido que chamamos de discursos. No caso do informativo analisado, o enunciador é o informativo, que interpreta para si o discurso da Comunicação. Os co-enunciadores são o médico que, obviamente, encena o discurso da Biomedicina e as figuras do paciente – como homem com mais de 40 anos e como homem em geral – e sua parceira, que representam o discurso da vida pessoal. Foi feita a análise do modo como os diferentes discursos interagem, como se fosse um quadro dentro do qual o sujeito-enunciador constrói a si mesmo e pede certas coisas aos co-enunciadores.

Em terceiro lugar, procuramos as marcas do discurso relatado, que aparecem sobretudo nos discursos direto e indireto. O uso do travessão, das aspas, dos parênteses, das formas, das cores, das tipografias, das ilustrações, entre outros procedimentos gráficos, são

meios para separar o que pertence a cada sujeito no texto utilizado pelo autor. Mas não são usualmente analisados como recursos para a leitura dos textos. No contexto da recepção e do consumo, analisa-se o texto naquilo que ele se refere a si mesmo, ou tenta-se contextualizá-lo sem buscar as marcas textuais. Authier-Revuz compreende que as marcas dos procedimentos que constroem os documentos também remetem à rede interdiscursiva, esse sistema aberto, não-controlável, que anda junto com o Real. Essas convenções são as marcas da tendência dos enunciadore de projetar a si mesmos como sujeitos-unos, o que é uma ilusão. Os modos dos autores tentarem controlar os textos remetem ao que está fora deles.

O discurso direto e indireto, entre outros modos de delimitação do relato, fazem parte das estratégias do próprio autor/enunciador de se posicionar em relação aos outros, com a ilusão de que ele tem controle sobre si mesmo, sobre os modos de demarcação. E assim, ao separar o que pertence a cada um, o autor deixa marcas de dialogismo, da suposição de se produzir e controlar fielmente o diálogo entre o “eu” e os outros personagens que encenam discursos nos textos. Há, nos procedimentos do discurso relatado, entre outras marcas da tentativa de controle do autor, a ilusão de que ao “eu” correspondem certas idéias, saberes fechados e, ao outro, outros sistemas de conhecimento e de crença. Esses vestígios mostram como o “eu” negocia com os outros – tanto os sujeitos quanto os saberes técnico-científicos.

Authier-Revuz (1990) nos mostra que, no quadro da enunciação – o modo como os discursos e o enunciador e co-enunciadores estão posicionados discursivamente –, pode-se compreender o modo como o texto tenta intervir socialmente. E a análise do vocabulário e a compreensão dos vestígios deixados pelo discurso relatado pode evidenciar as estratégias de funcionamento dos discursos – o modo como o texto se relaciona com outros discursos fora do texto, que chamamos de marcas de heterogeneidade mostrada. As estratégias de funcionamento dos discursos e de intervenção social do texto não se encontram separadas,

elas são analisadas conjuntamente.

Os três passos de análise mencionados levam em conta três dimensões presentes na Memória Social (PINTO, 1999). A primeira dimensão é a textual – evidenciada pela articulação dos textos no ambiente físico – por exemplo, a diagramação, as imagens, a organização em uma sala de espera de consultório médico. Inclui, além dos símbolos gráficos como parênteses, travessão, aspas, tamanho e tipos das fontes, cores que têm *status* semelhante às evocações do tom, timbre e intensidade da voz na fala. São essas formas fundamentais para compreender as operações de linguagem e de referenciação e as outras duas dimensões.

Na segunda dimensão está a propriedade da intertextualidade: os modos como os sentidos são produzidos ultrapassam o documento e estão presentes em outras instâncias. Trata-se da articulação dos sentidos nos discursos e entre os discursos, que realizamos ao evidenciar o quadro da enunciação e das marcas de heterogeneidade mostrada. Evidenciar essas marcas depende da análise textual realizada anteriormente e das formas de mobilização do universo de referência. A terceira dimensão da análise também depende das duas primeiras. São as estruturas sócio-históricas. Essa parte se articula a três tipos de contextualização. A primeira é a situacional, diz respeito a como são as estratégias de poder no ambiente em que se produz, circula e se interpreta o *corpus* – no caso, as instituições onde circulam o informativo. A segunda são os modos típicos de construção dos agentes e instituições envolvidas nesse ambiente situacional, como quem tem o controle da tomada de turnos (quem fala e em que momento), quem oferece predominantemente a pauta, a agenda das falas. E a terceira são as estratégias de interpretação do texto tal como normalmente realizamos, por exemplo, quando, no consultório médico, aguardamos o atendimento e folheamos um encarte sobre saúde. Dito isso, passemos ao exercício de análise de discurso.

Exercício de análise de discurso

Informativo “Abra o jogo, converse”, sobre disfunção erétil

“Campanha de interesse público

Sei que é difícil, mas preciso conversar.

Sua vida sexual poderia ser melhor?

Abra o jogo, converse.

O bom desempenho sexual é resultado de hábitos de vida saudáveis, boa saúde física/emocional, relacionamento autêntico e harmonioso com a(o) parceira(o), além de autoconfiança.

Portanto, a qualidade de vida sexual, para ser preservada ou recuperada, exige que o homem valorize a intimidade com a parceira e a franqueza com seu médico. Abra o jogo com as pessoas certas. Tome a iniciativa! Viva melhor!

“93% dos médicos sentem-se à vontade para conversar com seus pacientes sobre dificuldades de ereção”*

“Os médicos afirmam que sua prioridade número 1 é fazer com que seus pacientes fiquem à vontade”*

“Quatro entre cinco homens que conversaram com seus médicos disseram que seus sentimentos foram respeitados”*.

“Sou o único a ter dificuldades de ereção?”

Não, você não é o único. Com o passar dos anos, você pode encontrar maior dificuldade para conseguir ereções adequadas rapidamente e todas as vezes que o momento surgir. Entretanto, ter dificuldades de ereção é um problema comum: muitos homens com

mais de 40 anos poderão ter essa dificuldade em algum momento de suas vidas.

A dificuldade de ereção pode ser causada por uma série de fatores, tais como:

- problemas de saúde que prejudiquem a circulação sanguínea (por exemplo, diabetes, problemas cardíacos, colesterol alto e pressão alta);
- distúrbios hormonais;
- depressão, ansiedade e estresse;
- efeitos colaterais de alguns medicamentos;
- maus hábitos e estilo de vida, tais como fumo e consumo de bebidas alcoólicas em demasia.

O que posso fazer a respeito do problema?

Existem atualmente tratamentos eficientes com resultados rápidos para ajudá-lo a recuperar sua vida sexual com confiança. Se você tem problemas para conseguir e manter as ereções durante a relação sexual – mesmo que não aconteça sempre –, você deve conversar com seu médico.

Muitos homens demoram para procurar ajuda, alguns até tentam sozinhos descobrir a causa do problema. Há também os que receiam que as dificuldades de ereção possam ser um indicador de outro problema de saúde mais sério. Há outros, ainda, que hesitam, achando que suas dificuldades de ereção não são um problema real de saúde. Entretanto, este é certamente um problema de saúde a respeito do qual você pode tomar alguma atitude.

Devo conversar com minha parceira a respeito?

Sim, pense nisso. Estudos demonstram que na relação de um casal o sexo é importante tanto para a mulher quanto para o homem. Seu problema de saúde provavelmente está incomodando tanto quanto a você, e ela pode até se sentir culpada. Assim, converse com ela,

faça com que ela saiba que não é culpa de ninguém, e que você quer encontrar uma solução que seja boa para ambos.

Por que sinto dificuldade em conversar sobre esse assunto com meu médico?

Não é fácil conversar sobre este tipo de problema. A simples idéia pode fazer com que você fique nervoso, envergonhado ou ansioso. Você pode até achar que seu médico não vai levar você a sério, que não respeitará seus sentimentos, ou não será capaz de ajudar. Mas este não é o caso. Seu médico já teve este tipo de conversa inúmeras vezes, conhece o assunto e pode encontrar a solução mais adequada para você.

Um problema conversado é um problema resolvido

Conversar a respeito de dificuldades de ereção pode ajudar. Os homens que conversaram com seus médicos afirmaram que se sentiram aliviados e, ainda mais importante, esperançosos. Seu médico terá a solução mais adequada para você. Por isso, abra o jogo e converse com seu médico.

Conversando, vai ser fácil resolver este problema

[...]

Não queria que ela entendesse errado.

Ter uma vida sexual feliz e saudável é a expressão de sua masculinidade e é uma parte importante do seu relacionamento a dois. Entretanto, se você e sua parceira forem um dos muitos casais que não podem desfrutar de uma vida sexual normal, devido a dificuldades de ereção (os médicos chamam isso de disfunção erétil - DE), você pode prejudicar sua relação se não falar sobre isso. Pode parecer mais fácil não encarar o problema, ou esperar que ele se resolva por si só. Contudo, não conversar a respeito do assunto só pode tornar as coisas mais

difíceis.

Este folheto foi idealizado para lhe dar algumas informações sobre dificuldade de ereção e aconselhá-lo sobre como você pode recuperar sua vida sexual. Você não precisa continuar sofrendo em silêncio.

Dicas para ajudá-lo a tomar a iniciativa e conversar com seu médico:

- 1 Existem medicamentos por via oral que trazem resultados rápidos e confiáveis para muitos homens. Pergunte ao seu médico se esse tipo de solução é adequada para seu caso.
- 2 O problema de dificuldades de ereção pode algumas vezes, mas não sempre, estar relacionado a outros problemas de saúde, tais como diabetes, pressão alta, colesterol alto e depressão. Somente seu médico poderá dizer o que acontece no seu caso.
- 3 Médicos podem falar de forma mais “técnica” ou “científica” que a sua maneira de falar. Não tenha medo de pedir para que seu médico explique, usando termos mais simples.
- 4 Vá para a consulta preparado. Escreva antes uma breve lista de questões que você gostaria de perguntar, e não perca tempo para conversar sobre cada um desses pontos com seu médico.
- 5 Para iniciar mais facilmente a conversa com seu médico sobre sua dificuldade de ereção, responda ao “Questionário para Avaliação” que acompanha este folheto, e entregue a ele no início de sua consulta.

ProSex recomenda:

- Consulte seu médico sobre a necessidade de tratamento para dificuldades de ereção.
- Não adquira medicamentos sem a orientação e prescrição do seu médico

- Não faça uso recreacional de medicamentos.

Abra o jogo. Converse.

* ‘Abra o jogo. Converse’ é uma iniciativa mundial de educação para a saúde, com o objetivo de promover a comunicação entre homens com disfunção erétil (DE), suas parceiras e seus médicos. Esse estudo foi conduzido por um painel de especialistas internacionais das áreas da Medicina, Psicologia e Comunicação, e recebeu o endosso de importantes organizações mundiais. A campanha é baseada numa pesquisa de larga escala envolvendo centenas de homens com dificuldades de ereção, parceiras de homens com dificuldades de ereção e médicos em sete países.

Campanha: ProSex

Apoio: Bayer

Microaspectos da prática discursiva

Estrutura do informativo

Em relação à dinâmica do texto, ao que dá a ele coerência e coesão, o informativo/enunciador transita entre conversar com o médico, mediar o diálogo entre o médico e o paciente, conversar com o paciente, depois o médico de novo e, então, o paciente novamente. Podemos fazer uma analogia dessa dinâmica com um debate político, no qual o mediador/informativo se dirige aos dois pólos, médico e paciente, e os aproxima.

As imagens do médico, do paciente e da parceira do paciente são todas representadas sob a forma de desenhos e esses sujeitos não olham para as “câmeras”, indicando que a estratégia retórica é a de teatralização. Não há um apelo, uma convocação direta ao leitor, mas

uma sugestão de identificação com o que está sendo proposto. Por outro lado, a explicação do informativo “campanha de interesse público” já remete, de certa forma, ao interdiscurso da política.

No início, o informativo apresenta a proposta sem falar em agentes, mas tratando de nominalizações como o “bom desempenho sexual”, a “qualidade de vida sexual”. Há um diálogo entre o informativo e o leitor. Em seguida, há entre aspas citações de médicos que afirmam a importância de um bom relacionamento entre médico e paciente, sem menção ao leitor e, depois, a representação de um diálogo entre médico e paciente que será aqui analisada. Por fim, o informativo reassume o papel de enunciador com uma formulação (“um problema conversado é um problema resolvido”) e fornece um modo de avaliação da dificuldade de ereção para os pacientes e instruções para os médicos.

Para construir o universo de referência, há um ciclo de perguntas e respostas no qual o informativo se dirige ao paciente para convocá-lo a uma conversa com o médico. Está dividido em cinco blocos de texto, nos quais a fala do paciente é marcada pela letra em negrito violeta e em tamanho maior. Essa idéia de convocação do diálogo entre médico e paciente se reforça com a disposição, ao lado do texto, de um desenho de um homem de óculos, jaleco branco e estetoscópio, acompanhada de um balão – no estilo de revista em quadrinhos – no qual está a frase “conversando, vai ser fácil resolver este problema”. O paciente é representado graficamente em um desenho junto à parceira com os escritos: “não queria que ela entendesse errado”. Ao lado dessa imagem, há “dicas para ajudá-lo a tomar a iniciativa e conversar com seu médico”.

Os médicos e os comunicadores assumem uma posição hierarquicamente superior. Propõe-se aos destinatários que se insiram nas posições de interessados nos problemas publicizados, daqueles que buscam o conhecimento que pertence ao médico e ao informativo.

O último se posiciona como mediador entre o médico e o paciente, fornecendo instruções tanto para os médicos como para os pacientes se relacionarem entre si. E, embora aparentemente o informativo se apresente como mediador com o interesse de “promover a comunicação”, o modo como se dirige a cada um dos pólos é diferente.

Sobre a representação do discurso direto entre médico e paciente

Na representação do discurso direto entre especialista e paciente, as respostas muitas vezes sugerem que não se trata de uma conversa entre o paciente e seu médico pessoal, já que o especialista se refere ao médico do paciente com pronomes em terceira pessoa, como na frase “você pode até achar que seu médico não vai levar você a sério”.

Cabe ao paciente a posição de interrogador e ao especialista a posição daquele que responde. Há aqui uma inversão do clássico ciclo de perguntas e respostas da entrevista médica, a anamnese, na qual normalmente o médico começa e termina a transação, elaborando os tópicos e as explicações sobre as respostas.

Por um lado, o paciente seleciona os tópicos. Ao dar ao paciente essa permissão, o informativo sugere uma mudança discursiva que imputa maior poder ao paciente. A seleção de tópicos cabe à representação do paciente e indica uma possível autonomia e automotivação do paciente na busca da informação em saúde.

Por outro lado, a mudança de tópicos – a definição de como e onde começa e termina a explicação, a resposta à questão do paciente – é atribuída à representação do médico. E, se a seleção dos tópicos é dada ao paciente, por outro lado, podemos questionar a importância que tem a seleção dos tópicos em um jogo de regras impostas pelo informativo. A seleção dos tópicos é feita pela representação do paciente, mas as respostas são dadas às representações

dos médicos e a entrada e a finalização são assumidas pelo informativo.

Harvey Sacks (1968) nota que “conversar seguindo o ‘tópico’” não consiste em blocos de conversa sobre um “tópico”. E quando se apresenta um tópico, exceto em circunstâncias bastante especiais, pode-se ter certeza de que os outros tentarão falar seguindo o tópico sobre o qual se falou, mas não se pode ter certeza de que o tópico que você pretendia será o tópico que eles falarão” (FAIRCLOUGH, 2001a, p. 195).

Os tópicos selecionados pela representação do leitor/paciente sempre começam pela figura da primeira pessoa do singular, o “eu”: “Sou o único [...]?”, “O que posso fazer [...]?”, “Devo conversar [...]?”, “Por que sinto [...]?”, em destaque por conta do negrito e da cor violeta. São cinco blocos de perguntas e respostas. No último bloco, a informação em negrito e violeta não é mais uma pergunta do paciente, mas uma afirmação que não está mais na primeira pessoa: “um problema conversado é um problema resolvido”. Nesse momento, o paciente perde a fala, que passa a ser do enunciador, o informativo. Apesar de a definição dos tópicos aparentemente ser dada ao paciente, há sempre o controle dos tópicos pelo informativo.

Apesar da aparente atribuição da seleção de tópicos à representação do paciente, o informativo está sempre no controle e no policiamento da agenda e dos tópicos na representação do discurso direto. Na oração “um problema conversado é um problema resolvido”, desloca-se o interesse sobre o “eu” do leitor/paciente para o problema, para a dificuldade de ereção que está em questão. A fala do paciente atua como a simulação de um espaço no qual se pode aproximar médico e paciente. Porém, as explicações são das representações do médico e o controle das regras é do informativo.

Fairclough (2001a, p. 188) resume bem a estratégia discursiva de simular a aproximação entre médico e paciente por meio da encenação de um diálogo entre os dois. Ele diz que essa estratégia está associada a

Mudanças na construção do “eu médico” distante da autoridade e da competência explícitas, mudanças no poder, distanciando-o dos produtores de bens e serviços e aproximando-o dos consumidores ou clientes, saindo da formalidade em direção à informalidade, e assim por diante.

Nessas mudanças, o médico assume o papel de representante político de uma classe, pois a ele foi dada a competência de atuar com o conhecimento da saúde. O informativo não é imparcial diante dessas mudanças no papel do médico. O informativo contribui para impô-las, construindo uma certa imagem moral para o médico. É na caracterização da relação médico-paciente que o informativo realiza o papel de mediador da aproximação entre médico-representante político do conhecimento científico e paciente. O informativo-mediador não apenas incentiva o relacionamento médico-paciente nesses termos, mas – o que é importante – regula esse debate. Esse regulamento não é simples e, no caso do informativo “Abra o jogo, converse”, o enunciador-regulador condiciona as representações do médico e do paciente às próprias regras de controle interacional e da estrutura de tópicos.

Operações de modalização e polidez

O uso de verbos, advérbios ou adjetivos que indicam possibilidade, probabilidade ou dever são indícios de graus de afinidade com uma proposição. “Com o passar dos anos, você *pode* encontrar maior dificuldade para conseguir ereções adequadas [...]” ou “A dificuldade de ereção *pode* ser causada por uma série de fatores” (grifos nossos).

Em geral, na representação do diálogo entre médico e paciente, o grau de afinidade com as proposições é baixo. A baixa afinidade ou modalidade não-categórica não representa a falta de convicção no que é dito, mas cuidados na relação de poder.

Há uma relação entre os leitores como participantes do discurso e os homens acima de

40 anos como participantes do discurso. O informativo/mediador oscila entre adotar a perspectiva dos médicos e a dos homens que sentem dificuldades de ereção como um problema do avanço da idade. Quando adota a perspectiva destes últimos, não é exatamente a perspectiva dos leitores, mas a do médico que se insere como pessoa capaz de compreender os sentimentos do outro, a do médico humano. A voz do mundo da vida aparece sempre ao lado de termos médicos, o que mostra que é o médico que fala, mas a partir da voz da intimidade, do seu lado humano. Para diminuir o peso dos termos médico-científicos, há o abrandamento da informação pelo uso do verbo “poder”, pelas modalizações com menor grau de afinidade. Há muitos verbos que indiciam possibilidade, probabilidade, sentimento, querer. Há muitas perguntas também.

A exceção no baixo grau de afinidade é o informativo como sujeito do enunciado. Ele se permite, em certos momentos, a utilização da modalidade categórica e até do imperativo: “abra o jogo, converse”; “abra o jogo com as pessoas certas. Tome a iniciativa! Viva melhor!”; “instruções para os médicos”; “some os números correspondentes às respostas das questões 1 a 5”; “dicas para ajudá-lo a tomar a iniciativa e conversar com seu médico”. O informativo se posiciona como mediador de maneira autoritária, reforçando seu papel como o dono das regras, o regulador da “campanha de interesse público”.

Os sinais de um grau de afinidade baixo com as proposições, de modalizações mais brandas, pelo médico e pelo paciente, lembram o conceito de polidez, da pragmática norte-americana. Segundo Fairclough (2001a, p. 203), a polidez é “conjuntos de estratégias da parte dos participantes do discurso para mitigar os atos de fala que são potencialmente ameaçadores para sua própria ‘face’ ou para a dos interlocutores”. Ele esclarece a teoria de Brown e Levinson (1987 *apud* FAIRCLOUGH, 2001a, p. 203): “As pessoas têm ‘face positiva’ – querem ser amadas, compreendidas, admiradas, etc. – e ‘face negativa’ – não querem ser

controladas ou impedidas pelos outros. [...]”.

Existe uma diversidade de práticas de polidez, muito maior do que a variedade apresentada pela pragmática anglo-americana. Tentamos mostrar algumas formas com as modalizações. O uso de “você pode encontrar” e “conversar a respeito das dificuldades de ereção pode ajudar” – em vez de ajudam, por exemplo – são alguns usos da polidez negativa, de tentativa de evitar a invasão da intimidade do outro. No caso da polidez positiva, o especialista também se aproxima positivamente do paciente, como na frase: “os médicos afirmam que a sua prioridade *número 1* é fazer com que seus pacientes fiquem à vontade”.

No informativo, existem marcas de polidez que implicam representação de uma maior aproximação do médico com o paciente e vice-versa, através da mitigação da polidez negativa. O médico, ao utilizar a voz do mundo da vida, a voz do humano, diminui a distância do paciente, tornando menos necessárias cerimônias entre eles, muitas vezes forçando uma aproximação e eliminando as barreiras que protegem o paciente da superexposição de sua intimidade.

Dessa maneira, o informativo constrói um modelo de *ethos* do médico que o associa tanto ao discurso científico – ao posicioná-lo como especialista – quanto – e principalmente – ao mundo da vida. Evidenciamos as marcas dessa construção do *ethos* médico ligada à intimidade, graças à polidez evidenciada no discurso dele, que o caracteriza por seu lado humano, de pessoa e não de autoridade científica.

Vocabulário

Evidências das relações coesivas que os produtores do texto estabelecem com tipos particulares de discurso ligado ao mundo da vida, inclusive para produzir a imagem moral do

médico, estão no vocabulário ligado à promoção da saúde. Algumas palavras representam essa ligação com um tipo de discurso que não é médico-científico, mas está ligado à intimidade: desempenho sexual, hábitos de vida saudáveis, boa saúde física/emocional, relacionamento autêntico e harmonioso, autoconfiança, qualidade de vida, intimidade, franqueza, iniciativa, viva melhor, vida sexual feliz e saudável, expressão de masculinidade, desfrutar, envergonhado, nervoso, ansioso, ansiedade, estresse, dificuldades, difíceis, sofrendo em silêncio, as coisas, maus hábitos, confiança, aliviados e esperançosos.

Há nos itens “léxicos” uma relação entre aqueles que têm hábitos de vida saudável, bom desempenho sexual, boa saúde física/emocional, relacionamento autêntico e harmonioso e autoconfiança e os leitores que buscam a comunicação, a informação e a educação para a saúde, leitores que buscam conjuntamente soluções para os problemas, dificuldades, distúrbios, sofrimentos, etc.

Ao estabelecer tais conexões entre informação, comunicação, campanha de interesse público e educação para a saúde e o bem-estar, o relacionamento saudável e a qualidade de vida, existe um trabalho ideológico do produtor que pressupõe um médico preocupado com as questões humanas e da intimidade.

Conectivos e argumentação

No diálogo entre médico e paciente, a estrutura de argumentação é feita na seguinte seqüência (o texto está reproduzido nas páginas 74 a 76): primeiramente, o paciente pergunta, o médico nega e explica a partir da enumeração. O médico faz concessão. O paciente conclui e pergunta. O médico responde afirmativo e explica com exemplos, em seguida, faz concessão. O paciente conclui e pergunta, com uma explicação baseada na lógica tradicional. O médico faz concessão, conclusão e sugestão do médico; o paciente conclui e pergunta; o

médico nega, dá três explicações, faz uma concessão e conclui. Resumindo: o médico concede e o paciente conclui, e o informativo, com isso, está reforçando sua idéia de mediação, de uma força necessária no diálogo entre médico e paciente.

Na estrutura argumentativa da pequena simulação de diálogo entre médico e paciente, é o médico que explica, faz concessões ao paciente e conclui. A exceção são algumas vezes em que a conclusão cabe ao paciente. Porém, ao concluir, o paciente segue a agenda e os tópicos do médico. Há um esforço da parte do paciente para concluir antes do médico, mas essa relação ocorre com o controle e a permissão do médico. É ele que afirma, nega e explica. Vejamos o texto do diálogo entre médico e paciente.

Nas estruturas de argumentação do primeiro parágrafo do diálogo, a resposta à questão “Sou o único a ter dificuldades de ereção?”, entre “não, você não é o único” e “com o passar dos anos, você pode encontrar maior dificuldade [...]”, está implícita uma idéia de explicação. Tanto que podemos encaixar conectivos explicativos “como”, “pois”, “já que”, “porque”. Na continuação do parágrafo, a conjunção alternativa “entretanto” inverte a proposição negativa “sou o único” para “é um problema comum”. Entre “ter dificuldade de ereção é um problema comum” e “muitos homens com mais de 40 anos poderão ter...” novamente a idéia de explicação está implícita. Ao enfatizar a explicação, o médico se mostra compreensivo e disposto a informar, como se reafirmasse o papel da Medicina como ordenadora dos fatos, como produtora de verdades.

O conectivo “entretanto” é normalmente utilizado na língua portuguesa para indicar uma alternativa. Porém, a oposição que está implícita é uma concessão. É como se tivesse dito “embora”, “mesmo que você pense”, “apesar de você pensar que é o único”, “ter dificuldades de ereção é um problema comum”. Nesse implícito, há uma idéia de concessão que se repetirá nos próximos blocos.

Entre as orações “muitos homens com mais de 40 anos poderão ter essa dificuldade [...]” e “a dificuldade de ereção pode ser causada por muitos fatores [...]”, há uma relação de alternativa. São muitos homens com mais de 40 anos, *mas* (aquí está a relação de alternativa) não apenas eles. Portanto, a dificuldade de ereção não tem a ver apenas com a idade, são muitas as causas. Já que foram relatadas as causas das dificuldades de ereção, o paciente conclui com a pergunta “O que posso fazer a respeito do problema?”.

Os conectivos do segundo bloco de texto repetem essa primeira estrutura de argumentação, com orações subordinadas que tornam as explicações ainda mais minuciosas. Em “Atualmente, existem tratamentos eficientes com resultados rápidos para ajudá-lo a recuperar sua vida sexual com confiança”, a preposição “para” tem valor semântico de restrição, como se dissesse “não são quaisquer resultados mas apenas os resultados para ajudá-lo”. Em “se você tem problemas para conseguir manter as ereções”. Novamente a preposição “para” atua como uma restrição de problema, que mais uma vez especifica o que está sendo tratado. Como se dissesse: não são quaisquer problemas, mas são aqueles para conseguir manter as ereções. Novamente, expõe-se a relação de alternativa – ou um ou outro – que enfatiza a dicotomia – entre os problemas quaisquer e aqueles para manter as ereções – e ressalta um dos lados da questão, no caso, a importância de admitir e tratar da disfunção erétil.

Nesse intervalo há uma voz que aparece em “mesmo que não aconteça sempre”, que passa a idéia de concessão do médico ao paciente. E, dentro mesmo dessa idéia de concessão, há uma conclusão lógica: “se você tem problemas [...] você deve conversar com seu médico”.

No parágrafo seguinte, a mesma estrutura: explicação nos três primeiros períodos (sob a forma de exemplos e enumeração) seguida de concessão e conclusão seguindo a lógica tradicional, se x então y .

Explicação na forma de exemplos e enumeração:

“Muitos homens demoram para procurar ajuda, alguns até tentam sozinhos descobrir a causa do problema. Há também os que receiam que as dificuldades de ereção possam ser um indicador de outro problema de saúde mais sério. Há outros, ainda, que hesitam, achando que suas dificuldades de ereção não são um problema real de saúde”.

Concessão (mesmo que isso ocorra/apesar desse fato/embora isso ocorra):

“Entretanto este é certamente um problema de saúde a respeito do qual você pode tomar uma atitude”.

O próprio paciente tira a conclusão: “Devo conversar com minha parceira a respeito?”. Depois disso, a resposta do médico é afirmativa e segue com explicações e conclusões. “Sim, pense nisso”. E continuam as explicações seqüenciadas logicamente – novamente, se *x* então *y*:

(*Se*) “estudos demonstraram que na relação de um casal o sexo é importante tanto para a mulher quanto para o homem” e “seu problema” (*mesmo que, apesar de existir um problema que é seu*) “provavelmente a está incomodando tanto quanto a você” (*logo*) “ela pode até se sentir culpada”.

(*logo*) “assim, converse com ela, faça com que ela saiba que não é culpa de ninguém e que você quer encontrar uma solução que seja boa para ambos”.

Após as conclusões lógicas, na pergunta seguinte, o paciente é levado a buscar novamente as explicações (com o “porquê”):

“Por que sinto dificuldade em conversar sobre esse assunto com meu médico?”

E o médico novamente a explicar:

“Não é fácil conversar sobre esse tipo de problema”.

(*porque*) “A simples idéia pode fazer com que você fique nervoso, envergonhado ou ansioso”.

(*porque*) “Você pode até achar que seu médico não vai levar você a sério, que não respeitará seus sentimentos ou não será capaz de ajudar”.

Negação do que o paciente acha:

“Mas este não é o caso”.

(*porque*) “Seu médico já teve este tipo de conversa inúmeras vezes, conhece o assunto e pode encontrar a solução mais adequada para você”.

O médico percebe que o paciente está concluindo o desejado e continua as explicações, seguindo o encadeamento lógico tradicional. Com isso, fica implícito logicamente que o paciente concorda com “uma solução que seja boa para ambos”. A mensagem transmitida é a de que o paciente também participa das conclusões, a de que, juntos, médico e paciente concluem o que é melhor para ambos. Porém, quem coordena a agenda temática é o médico, já que o conhecimento científico pertence a ele. Quem evoca a participação do paciente é o médico.

Transitividade e tema

A transitividade recebe muita atenção em análises por parte da lingüística crítica. Segundo o dicionário *Aurélio*, é a propriedade que têm alguns verbos de se fazerem

acompanhar de complementos. O tema é a dimensão textual da gramática da oração dedicada aos modos pelos quais os elementos da oração são posicionados de acordo com sua proeminência informacional. Tema é a parte inicial, o “ponto de partida do produtor do texto” (FAIRCLOUGH, 2001a, p. 227).

Quando os sujeitos são tema

Leitores, homens e as parceiras

Os homens quase não são referidos, a não ser quando se trata dos homens que conversaram com seus médicos. Esses, sim, são agentes – ao contrário dos homens em geral, que “receiam”, “demoram”, “hesitam”, “acham”. São esses os verbos que acompanham o substantivo homem quando ele não tem o complemento “conversaram com seus médicos”.

Os homens que conversaram com seus médicos agem. Dizem e afirmam no texto que seus sentimentos foram respeitados, que se sentiram aliviados e, ainda mais importante, esperançosos.

Pressupõe-se que os homens são os principais destinatários do texto. Nesse caso, são os leitores que assumem a posição da terceira ou da primeira pessoa (o “você” ou o “eu”). Esses aparecem como tema (explícito ou implícito) de várias orações:

“Você tem problemas”.

“Você deve conversar”.

“Pense (*você*) nisso”.

“Converse (*você*) com ela”.

“Faça (*você*) que ela saiba [...] que você quer encontrar uma solução”.

“Você pode achar que seu médico não vai levar você a sério”.

“Abra (*você*) o jogo”.

“Converse (*você*) com seu médico”.

As escolhas marcadas pelo tema mostram estratégias retóricas. O uso de “você” como tema indica um leitor que é o tempo todo convocado a agir. Porém, não há objetivo explícito nessas convocações. As frases “você deve conversar”, “converse com ela”, “faça com que ela saiba que não é culpa de ninguém”, “abra o jogo” e “converse com seu médico” não dirigem o leitor para a ação, simplesmente a convocam. O uso do imperativo como apelo para que o leitor tome uma atitude é recorrente. Esse apelo ao leitor passivo sugere que está implícito o que se deve conversar, fazer, saber. Dessa forma, o informativo se apresenta como uma “campanha”, como um instrumento de luta, uma campanha como o próprio informativo se autodenomina, “campanha de interesse público”. A sugestão é que, por mediar a relação entre leitor e médico, seria capaz de mobilizar o leitor, de fazê-lo participar da questão. O informativo se posiciona como uma dimensão necessária no relacionamento médico-paciente.

Quando não há o imperativo ou a terceira pessoa, o leitor se transforma na figura de um “eu” cheio de dúvidas: “O que (eu) posso fazer a respeito do problema?”; “Devo conversar [...]?”; “Por que sinto dificuldade [...]?”

A parceira do leitor é mencionada duas vezes e sempre relacionada a verbos que indicam processos mentais (sentir, saber). Na primeira vez, o verbo “sentir” (“ela pode até se sentir culpada”) transmite uma idéia de passividade. Na segunda, diz respeito a uma convocação ao leitor-destinatário: “faça com que ela saiba que não é culpa de ninguém”. A oração é bastante contraditória, pois, ao se pedir para que o leitor faça com que ela saiba que não é culpa de ninguém, ele e a parceira são revestidos de responsabilidades sobre o que eles sentem e pensam. Há uma negociação com a entidade “relacionamento a dois” e uma

imposição de maior participação desta nas questões de saúde.

Os médicos

O médico também é tema de várias orações. A atribuição de verbos relacionais aos médicos – que envolvem relações entre entidades – é recorrente: “seu médico teve esse tipo de conversa”, “seu médico terá a solução”, (*seu médico*) “não será capaz de ajudar”. O médico tem uma relação de domínio com a solução, a conversa, a ajuda. Além disso, os verbos e predicados ligados ao poder – ser capaz, ter a solução, conhecer o assunto, levar a sério, encontrar a solução – estão relacionados ao médico:

“...médicos sentem-se à vontade para conversar...”

“...médicos afirmam...”

“...seu médico não vai levar você a sério...”

“...(seu médico) conhece...”

“...(seu médico) pode encontrar a solução mais adequada para você”.

O apagamento do informativo como agente

Ao contrário dos médicos e do paciente, o informativo não aparece como tema. Ele se coloca no papel de organizador da comunicação das relações médicos-família, porém, ao mesmo tempo, apaga a si mesmo como agente, ao criar entidades abstratas e, por exemplo, utilizá-las na voz passiva, como em “para (*a qualidade da vida sexual*) ser preservada e recuperada [...]”. A qualidade da vida sexual se torna um tema próprio, independente de quem a preserve ou recupere. Ou ainda: “Este folheto foi idealizado para lhe dar algumas

informações [...]”. Os editores do informativo não aparecem, os profissionais da Comunicação como autores não se mostram.

A escolha do tema e o uso da voz passiva permitem não apenas a omissão da ação do informativo – e, portanto, a causalidade e a responsabilidade. Também permite que, nesse processo, se apresentem algumas informações de modo pouco questionável. “A dificuldade de ereção pode ser causada por uma série de fatores”. A voz passiva faz com que a “série de fatores” ocupe uma posição de menor importância na oração, assim como se escondem os agentes que atribuem a essa série de fatores a dificuldade de ereção. A “dificuldade de ereção” é o tema, a parte em destaque.

Ao nominalizá-la, há um pressuposto de que a ereção é ou se torna uma dificuldade. Porém, em vez de utilizar uma asserção (“a ereção é uma dificuldade”) ou outro verbo que possa ligar a palavra ereção e dificuldade, opta-se pela nominalização “dificuldade de ereção”. A dificuldade de ereção é tomada como dado, como algo pronto, já existente. Quando ganha aspecto de pressuposição, de informação dada, há menos permissão para questionamentos do que se fosse uma asserção, do que se fosse uma afirmativa em forma de oração, como em “a ereção é/pode ser uma dificuldade”.

No bloco “Instruções aos médicos”, encontra-se a seguinte oração: “[...] o assunto disfunção erétil (DE) deve ser abordado [...]”. A forma de nominalização “assunto disfunção erétil” é um pressuposto, portanto permite menor margem para questionar a disfunção erétil como um assunto. Se, em vez da nominalização, estivesse no lugar “a disfunção erétil é um assunto” seria mais fácil a produção da afirmativa em forma de questionamento. Afinal, a disfunção erétil é um assunto? Para se conversar com os médicos? Desde quando? Por que agora?

A voz passiva é utilizada sobretudo na valorização dessas entidades abstratas: “as perguntas seguintes devem ser respondidas e entregues ao médico”. Ao iniciar a oração com “as perguntas seguintes” e esconder o agente da passiva, aquele que deve responder as perguntas, o informativo diminui o peso da ação pedida ao leitor, que responda às perguntas. Naturaliza “as perguntas seguintes” como parte do cotidiano dos médicos, como mais um pressuposto que o leitor assumirá e compreenderá, pois faz parte da rotina de exames do médico.

A “qualidade de vida”, o “assunto disfunção erétil”, “as perguntas seguintes”, o “folheto”, quando inseridos como tema das frases, correspondem ao que se pode considerar a informação já conhecida. O informativo toma como pressupostos que o leitor já conheça e esteja familiarizado com esses temas. Acredita, portanto, que eles fazem parte da ordem social, da ordem médico-científica e realça essa ordem, pois pressupõe que a importância desses temas seja generalizada. Essas intervenções não são ingênuas. Há aqui uma negociação e uma disputa do informativo com a ordem médico-científica e com o mundo da vida, da intimidade dos leitores.

O significado das palavras

As palavras têm vários significados potenciais e estes são instáveis. A palavra “desempenho” em “o bom desempenho sexual” poderia sugerir o sentido de comportamento, como está no dicionário. No entanto, ela aparece complementada por “resultado de hábitos de vida saudáveis” e logo depois se fala em exigências, preservação e recuperação, valores semânticos relacionados à idéia de continuidade, de trabalho, à atividade, empreendimento. Desempenho aqui está também relacionado ao comprometimento e à qualidade: “a qualidade de vida sexual, para ser preservada ou recuperada, exige...”.

Há uma ambigüidade de valor semântico na palavra “desempenho”. Trata-se de um exercício de interdiscursividade estratégica e contribui para relacionar a idéia da conversa com o médico com o espírito empreendedor, de um negócio, de um gerenciamento de si, da própria saúde. Há uma idéia de desempenho e trabalho como um negócio.

“Sei que é difícil, mas preciso conversar” é o pensamento indicado sob a forma de balão das histórias em quadrinhos, por cima da imagem de um homem grisalho, aparentando meia-idade, na frente de um outro homem de jaleco e estetoscópio. A própria metáfora do título do informativo-campanha – “Abra o jogo, converse” – sugere a analogia com um negócio, um jogo. Há uma associação do médico com o “eu” empresarial, da gestão de si como uma empresa.

Podemos fazer um paralelo com o que Fairclough escreveu sobre a palavra “empreendimento”, num conjunto de discursos de Lord Young, ministro de Estado e Indústria do governo Thatcher, no Reino Unido. “O movimento dos discursos caminha na direção de uma reestruturação do significado potencial da palavra” (FAIRCLOUGH, 2001a, p. 234). “Desempenho”, assim como a palavra “empreendimento”, deixa de tratar da qualidade em sentido amplo e passa a se referir a qualidades pessoais gerais. Constrói-se, assim, ligado ao desempenho sexual ou à qualidade de vida sexual, um sujeito autônomo e automotivado, capaz de gerenciar suas qualidades pessoais como em um negócio, uma empresa, um jogo.

Estratégias de funcionamento do discurso sobre a velhice

O envelhecimento como objeto de referência é produzido em duas etapas. A primeira é a velhice como declínio da capacidade funcional, e a segunda, a velhice como uma etapa da vida, seja ela simplesmente idade cronológica, ou fase de maturidade, experiência ou mesmo de diferenciação em relação às outras etapas do curso de vida.

A Comunicação joga com duas perspectivas: a do sujeito que participa da Medicina – para este, o envelhecimento é o declínio da capacidade funcional – e a segunda é do enunciador universal – que apresenta o envelhecimento como uma etapa da vida. O enunciador universal representa tanto a concepção de envelhecimento para o médico quanto para a pessoa que o procura, ligada ao mundo da vida. Duas instâncias de interesses distintos, médicos e pacientes, aparecem juntas na transmissão da informação em cada informativo. Um exercício relacionado à teoria polifônica de Ducrot (*apud* ORLANDI, 2004), que divide os enunciados em várias perspectivas, cada uma correspondendo a um enunciador, ajuda a compreender como o informativo se posiciona em relação ao envelhecimento:

Enunciador 1 se tornará pessoa de idade avançada depois da pergunta: *Sou o único a ter dificuldades de ereção?*

Enunciador 2 – (posicionado o enunciador 1 como pessoa de idade avançada, que sofre os efeitos do envelhecimento como declínio): *Não, você não é o único. Com o passar dos anos, você pode encontrar maior dificuldade para conseguir ereções adequadas rapidamente e todas as vezes em que o momento surgir.*

Enunciador 3 (a conjunção “entretanto” é um indicador de mudança de perspectiva, do envelhecimento como declínio para a idéia de que não é a idade avançada a causa da dificuldade de ereção, pois a disfunção sexual é um problema comum e tem muitas causas): *Entretanto, ter dificuldades de ereção é um problema comum: muitos homens com mais de 40 anos poderão ter essa dificuldade em algum momento de suas vidas.* (grifo nosso).

Não importa a idade, se você tem mais de 40 anos, poderá ter essa dificuldade em algum momento da sua vida. O enunciador 3 apaga a contradição entre “em algum momento da vida” e “mais de 40 anos” para chamar a atenção para o problema, para a dificuldade. Dessa forma, se consegue a publicização do problema, da disfunção sexual como um

transtorno.

As estratégias do dispositivo da Comunicação, no informativo “Abra o jogo, converse”, apagam o sentido da contradição do envelhecimento como uma questão relacionada ao declínio da capacidade funcional (saúde no contexto da Medicina), em oposição ao envelhecimento como idade cronológica. Esquece-se a questão do envelhecimento e ilumina-se o problema que deve ser prevenido.

O envelhecimento deixa de ser uma questão pública, ligada à instituição Medicina e passa a ser utilizado dentro da esfera do mundo da vida, na tentativa de produzir identidade e diferenciação entre os leitores. Para isso, a velhice é esfacelada e inventada, transformada em várias velhices, que são apropriadas e disputadas.

Estratégias de ação

A imagem construída do médico é do detentor de conhecimento e do usuário dos serviços de saúde como o sujeito dependente do conhecimento do médico. O paciente não possui capacidade de se posicionar em relação aos efeitos do estado patológico, aos sinais e sintomas do que sente. Ele não sabe se o que ele sente os outros também sentem, não sabe relacionar o que ele sente, nem atuar na definição do que seja o estado patológico e normal; deixa essa prerrogativa aos médicos e especialistas. O informativo confere essas funções ao leitor, em sua relação com as informações (com o próprio informativo) e com os médicos. O médico aparece como sendo o organizador de sintomas e sinais que obedeceriam à ordem natural das coisas, e o informativo a instância necessária de aproximação do paciente com o conhecimento médico-científico. Ao usuário dos serviços de saúde é retirada qualquer possibilidade de ação, a não ser aceitar as proposições do informativo e dos médicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na rede interdiscursiva que chamamos de Memória Social, evidenciamos marcas de como o informativo compartilha com o conhecimento médico em todos seus aspectos positivos: tratamento, cuidados paliativos, reabilitação. No entanto, ele está acima do conhecimento médico, e remete a outro contexto. Ele une o conhecimento médico com o conhecimento do mundo da vida. É capaz de posicionar as identidades e as competências de cada um e de organizá-las, regular, estabelecer valores aceitos ou impostos como verdadeiros e pretende, inclusive, fazer cumpri-los.

A Comunicação Institucional propõe aos leitores que se insiram na condição de sujeitos autônomos e automotivados, mas, para tal, ela apaga os próprios mecanismos de produção de fatos e de registro nos materiais culturais. Ao se preocupar com o controle das palavras por meio de técnicas de produção de acontecimentos e de seu registro em suportes materiais, a Comunicação produz tipos de *ethos*, de posições de sujeito, sobretudo preocupadas com os fatos do mundo da vida.

É a partir desse papel de mediador e regulador das narrativas pontuais que os informativos da Comunicação organizam e constroem aproximações entre os diferentes “eus”, o médico e o paciente. As duas esferas são desiguais, pois entre o médico e o paciente existem relações de autoridade, mas elas são homogeneizadas ao tratá-los, ambos, como conscientes de suas ações e exigentes em relação a elas. Esses sujeitos são separados do modo como a Comunicação semantiza a si mesma como reguladora e organizadora dos relacionamentos entre os vários agentes conscientes e exigentes – as maneiras como ela funciona, como organiza e gerencia seu planejamento, demandas e orçamento. Ela se posiciona como uma autoridade já firme e importante, como se não coubesse aos agentes da Biomedicina e aos pacientes discutir seu papel.

Nos informativos, a imagem moral e técnico-científica do médico e dos usuários da saúde é produzida a partir da noção de competência na saúde – o médico possui o conhecimento – e o paciente se identifica com esse conhecimento científico. Porém, o informativo constrói os dois sujeitos como se nenhum dos dois pudesse sobreviver sem a Comunicação, sem os fatos e acontecimentos produzidos e registrados em produções culturais, pois neles ambos se vêem como agentes políticos, gerenciadores de si. É por meio dos acontecimentos produzidos pela Comunicação Institucional que os agentes se inserem coletivamente dentro de políticas. Não é à toa que a Comunicação Institucional se legitima com o mito da participação e da mobilização social. O informativo se posiciona não apenas como o veículo regulador da participação social, mas como condição necessária para o relacionamento entre médico como produtor de conhecimento e os leitores.

Nos produtos culturais, as marcas textuais, como o uso dos verbos, também indicam o modo como informativo insere a si próprio nos textos. O uso da primeira pessoa e dirigir-se aos outros com o verbo no imperativo são indícios de como a Comunicação Institucional não se deixa envolver com os outros agentes do texto – no caso, o paciente e o médico.

Nesses materiais, os acontecimentos produzidos se apropriam do que acreditam ser interesses e expectativas dos destinatários e essas crenças dizem respeito ao campo do pessoal. O problema do envelhecimento é emblemático da apropriação e transformação que a Comunicação Institucional realiza. Com isso, ela diminui a distância entre autoridades médicas e leitores/pacientes, e constrói para si a imagem de mediador do relacionamento entre as duas instâncias. O conhecimento técnico na área da Comunicação passa a inserir o profissional da medicina num diálogo com a esfera da vida pessoal, no qual, tal como um debate político, os profissionais da informação são o principal regulador. No produto da Comunicação Institucional analisado, o envelhecimento, assim como a saúde, não é entendido

como acontecimento da medicina científica, cujas práticas exigem o cumprimento de várias etapas, como o exame, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados. O envelhecimento e a saúde são iluminados como problemas que devem ser pontual e coletivamente resolvidos. Ao se sublinhar a solução para o problema da disfunção sexual, a velhice e a disfunção não são vistas como processos, mas como condições pontuais que podem ser solucionadas se houver mobilização coletiva. Dessa forma, o informativo apaga a imagem tradicional da Medicina e institui a própria como um lugar de intervenção.

A Medicina tem modos próprios de se aproximar da esfera da vida pessoal, que estão relacionados aos acontecimentos médicos – as técnicas de exame, de pesquisa, de elaboração e legitimação do saber médico. O informativo tenta estabelecer com a Medicina um contrato e dar expressão à racionalidade e padronização das técnicas próprias da Comunicação de organizar os textos. Assim, ela participa do movimento de expansão da política ao campo do pessoal e impõe suas representações como registros de memórias para o futuro.

Com as ferramentas de diferentes áreas do conhecimento, este trabalho buscou evidenciar algumas marcas deixadas pelas estratégias do dispositivo da Comunicação na produção de uma representação do médico. Seus produtos constituem um dos principais registros da memória da saúde na sociedade contemporânea. A produção nessa área disputa o estatuto de porta-voz de verdades relacionadas à saúde. A Comunicação Institucional é estratégica na constituição do século XXI e fundamental na produção de uma mudança no campo da Biomedicina.

Estudar as articulações entre os diferentes dispositivos é relevante para fugir do olhar técnico sobre os produtos culturais, que os entendem apenas como objetos, e não para compreender os processos que circundam sua produção, distribuição e consumo. Os estudos sobre a Memória Social se propõem a ajudar no aprendizado de sua própria localização nas

práticas que produzem os fatos sociais.

Ao estudar o lugar social da Comunicação em relação à Biomedicina, reafirmamos a necessidade de analisar os lugares de memória com um outro olhar sobre as relações entre passado e presente, que inclua as questões sociais e políticas e que não tente fixar um único modo de interpretar os informativos em saúde. A Comunicação Institucional tende a pensar uma relação com os destinatários “previstos”, ligada ao papel de regulador, mediador e organizador dos fatos. Mas, admitindo a importância que os vários mecanismos das diversas disciplinas que compõem a Comunicação Institucional exercem em nossa sociedade, é necessário reconhecer que existe “vida” além deles. Os fatos em saúde não são produzidos de forma mecânica, mas são articulados em vários processos que disputam hegemonia na Memória Social oficial ou se transformam em memórias subterrâneas que um dia emergirão.

Se, por um lado, as leituras dos produtos culturais caminham em diferentes direções que disputam espaços de diferenciação, por outro, não há mais a percepção de que é necessário um único modo de interpretar os textos da Comunicação Institucional. São diversos caminhos. Buscamos sugerir uma maneira de compreender as formas como eles são articulados, apropriados, disputados e enfrentados.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Considerações da Associação Brasileira de Saúde Coletiva sobre Saúde Pública Internacional com vistas às novas direções gerais da Organização Pan-americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.** Disponível em <http://www.abrasco.org.br/Mais%20Noticias/ops-oms.pdf>. Arquivo Acessado em nov. 2006.

ALMEIDA, Cândido J. M.; DA RIN, Silvio. **Marketing cultural ao vivo: depoimentos.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

ARAÚJO, Inesita. **A reconversão do olhar.** São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2000.

AUTHIER-REVUZ, Jacqueline. O lugar do outro em um discurso de falsificação da história.

In: _____. **Entre a transparência e a opacidade: um estudo enunciativo do sentido.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 239-257.

_____. A encenação da comunicação no discurso de divulgação científica. In: _____. **Palavras incertas: as não-coincidências do dizer.** Campinas: Ed. UNICAMP, 1998a. p. 107-131.

_____. Heterogeneidade(s) enunciativa(s). **Caderno de Estudos Lingüísticos**, n. 19, Campinas, 1990. p. 25-42.

_____. Observações no campo do discurso relatado **Palavras incertas: as não-coincidências do dizer.** Campinas: Ed. UNICAMP, 1998b. p. 133-163.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

BARBOSA, M. Memória e tempo: arcabouços do sentido da contemporaneidade. **Ciberlegenda**, v. 1, 1998.

BARROS, Myriam Lins de (org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

BARTHES, Roland. **Elementos de Semiologia**. São Paulo: Cultrix, 1979.

BIREME. Guy Casteignau discute a Sociedade da Informação na BIREME. Newsletter Biblioteca Virtual em Saúde. 26 de maio de 2006. Disponível em <http://newsletter.bireme.br/new/index.php?lang=pt&newsletter=20060526>. Acessado em jan. 2006.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade:** lembranças de velhos. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. p. 77-82.

BOURDIEU, Pierre. A “juventude” é apenas uma palavra. In: _____. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112-121.

_____. **A economia das trocas lingüísticas:** o que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 1996.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2004a.

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

BRANDÃO, Helena Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. Campinas: Ed. UNICAMP, 1994.

BROWN, P.; LEVINSON, S. **Politeness:** Some Universals in Language Use. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

BUSS, P. M. **Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe.** Rio de Janeiro: Abrasco (mimeo), 2000b.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-167, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014.

Acessado em nov. 2006.

CABRAL, Sérgio. Elas roubam a cena. **O Dia.** Rio de Janeiro, 8 de março de 2004. Geral. p. 7.

CAIAFA, Janice. **Jornadas urbanas: exclusão, trabalho e subjetividade nas viagens de ônibus na cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia *et al.* **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Disponível em www.ipea.gov.br/pub/td/1999/td_0681.pdf. Acessado em 7 jul. 2005.

CAMPELLO, Beatriz V.; KREMER, Jeannette M. **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000.

CEDAPS. Centro de Promoção da Saúde. Sem título. Disponível em www.cedaps.org.br. Acessado em nov. 2006.

CLASTRES, P. Da tortura nas sociedades primitivas. In: _____. **A sociedade contra o Estado.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 123-131.

COHEN, Lawrence. Não há velhice na Índia: os usos da Gerontologia. In: DEBERT, Guita G. **Antropologia e Envelhecimento.** Campinas: IFCH, 1994. p. 65-118 (Textos didáticos n.

13).

_____. **No Aging in India: Alzheimer', The Bad Family, and Other Modern Things.** Berkeley: University of California Press, 1998. Disponível em <http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft658007dm/>. Acessado em nov. 2006.

COSTA, Icléia T. M. Memória institucional e representação: da árvore ao rizoma. In: LEMOS, M. T. T. B.; BARROS, L. F. P. (Org.). **Memória, representações e relações interculturais na América Latina.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998a. p.105-116.

COSTA, Jurandir Freire. **Sem fraude nem favor:** estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco, 1998b.

COUTO, Ana L. A.; ROCHA-COUTINHO, Maria L. **Gerontologia: Scienza Nuova?** Reflexões acerca do discurso científico sobre o envelhecer. Disponível em <http://www.sbggrj.org.br/artigos/scienza.htm>. Acessado em dez. 2006.

COUTO, Ana Lúcia Azeredo. **Reconstruções do Dizer:** um Estudo Psicossocial da Velhice através da Análise de Discursos de Geriatras. Dissertação (Mestrado) - UFRJ/CFCH/IP/EICOS, 2003.

DEBERT, Guita. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Myriam M. L. (org). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

_____. A antropologia e os novos desafios nos estudos de cultura e política. **Revista Política e Trabalho.** João Pessoa, n. 13, p. 165-177, set. 1997.

_____. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do

envelhecimento. São Paulo: EdUSP, 1999.

_____. **Antropologia e envelhecimento**. Campinas: IFCH, 1994 (**Textos didáticos** n. 13).

_____. **Novas etapas da vida adulta e a velhice**. 2002. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/eventos/54ra/TEXTOS/SBPC/SPBC%20Guita%20Debert.htm> .
Arquivo consultado em março de 2004.

_____. **O idoso na mídia**. 2002. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env12.htm>. Acessado em mar. 2004.

FAIRCLOUGH, Norman. A análise crítica do discurso e a mercantilização do discurso público: as universidades In: MAGALHÃES, Célia M. (org.). **Reflexões sobre a análise crítica do discurso**. Belo Horizonte: UFMG, 2001b. p. 31-82.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: EdUnB, 2001a.

FAUSTO NETO. Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação. In: PITTA, Aurea M. R. (org.). **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 267-293.

_____. **Comunicação e mídia impressa**. Estudo sobre a AIDS. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

FORTES, Meyer. Age, Generation and Social Structure. In: KERTZER, D.; KEITH, J. (orgs.). **Age and Anthropological Theory**. Ithaca, Cornell University Press, 1984.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da Medicina Social. In: _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. p. 1-79.

_____. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 1999.

_____. **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: Nau Ed. 1996. p. 79-126.

_____. **História da sexualidade: a vontade de saber.** v. 1. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. Outros Espaços. **Ditos e Escritos**, v. 3. Estética: literatura e pintura, música e cinema. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. p. 411-422.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

FRANÇA, Fábio. **Públicos: como identificá-los em uma nova visão estratégica.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2004.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade.** São Paulo: Ed. UNESP, 1993.

_____. **Modernidade e identidade.** Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GOFFMAN, Ervin. Identidade social. In: _____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988, p. 7-50.

GOLDSTEIN, Lucila L. **A Produção científica brasileira na área de Gerontologia.** 2002. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env17.htm>. Acessado em dez. 2006.

GREGOLIN, Maria do Rosário. **Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos & duetos.** São Carlos: Editora Claraluz, 2004. p. 65-110.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan/abr. 2002.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

_____. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HOBBSAWM, Eric; RANGER, Terence (orgs.). A invenção das tradições. In: _____. **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1984. p. 9-25.

HUYSEN, Andreas. Passados presentes: mídia, política, amnésia. In: _____ **Seduzidos pela memória: arquitetura, monumentos, mídia**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2000. p. 9-40.

KELLNER, Douglas. **A cultura da mídia: estudos culturais: identidade e política entre o moderno e o pós-moderno**. Bauru: EDUSC, 2001.

LIMA, Marcelo A. **A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a UNATI/UERJ**. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAINGUENEAU, Dominique. **Termos-chave da Análise do Discurso**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

MARIANI, Bethania. **O PCB e a imprensa: os comunistas no imaginário dos jornais**. Rio de

Janeiro: Revan, 1989.

MEDEIROS, Vanise G. Trajeto histórico de dois tipos de discurso relatado: o discurso direto e o discurso indireto. **Revista Philologus**. Rio de Janeiro, ano 9, n. 27, p. 125-143, set./dez. 2003.

MORAES, Nilson A.; CARVALHO, Alexandre M. **Memória da previdência nos jornais**. Imprensa e notícias da saúde na previdência: déficit, fraude, rombo e buraco. S/d. Disponível em <http://web.cip.com.br/nmoraes/nm/NM-3pdf.pdf>. Acessado em dez. 2006.

MORAES, Nilson A. **Conversando com-sobre Bourdieu**: poder simbólico como ponto de partida. Rio de Janeiro: MMSD, 29-30 ago. 2004.

NASSAR, Paulo (org.). **Comunicação interna**: a força das empresas. V. 1. São Paulo: ABERJE, 2003.

NASSAR, Paulo; FIGUEIREDO, Rubens. **O que é a comunicação empresarial**. São Paulo: Brasiliense, 1995. (Coleção Primeiros Passos, 297).

NASSAR, Paulo. **Memória de empresa**: história e comunicação de mãos dadas para construir o futuro das organizações. São Paulo: ABERJE, 2004.

NORA, Pierre. Entre memória e história: a problemática dos lugares. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História. São Paulo, v. 10, p. 7-28, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa. **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acessado em nov. 2006.

ORLANDI, Eni. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2005.

_____. **Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. São Paulo: Pontes, 2004.

ORTEGA, Francisco. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

ORTIZ, Renato. A procura de uma sociologia da prática. In: _____ (org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983. p.7-37.

PERROT, Michelle. O nó e o ninho, In: HARAZIM, D. (org.). **Veja 25 anos: reflexões para o futuro**. São Paulo: Editora Abril, 1993. p. 74-81.

PINTO, Milton José. **As marcas lingüísticas da enunciação**. Rio de Janeiro: Numen, 1994.

_____. **Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos**. São Paulo: Hacker Editores, 2002.

PITTA, Aurea M. R. (org.). Interrogando os campos da Saúde e da Comunicação: notas para o debate. **Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1995. p. 239-267.

POLLAK, Michael. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 200-215, 1992.

_____. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 3-15, 1988.

RABINOW, Paul. Ordonnance, discipline, regulation. In: LOW, Setha M.; ZUÑIGA, Denise L. (org.). **The anthropology of space and place: locating culture**. Blackwell Publishing,

2003. p. 353-362.

RAMONET, Ignacio. **A tirania da comunicação**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 39-50.

REGO, Francisco G. T. **Comunicação empresarial, comunicação institucional**: conceitos, estratégias, sistemas, estrutura, planejamento e técnicas. São Paulo: Summus, 1986.

RIBEIRO, Ana P. G. **A História do seu tempo**: a imprensa e a produção do sentido histórico. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

RUBIM, Antonio A. C. Dos sentidos do marketing cultural. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, v. 21, n. 1, 1998, p. 141-149.

_____. Mídia, política e democracia. In: PITTA, Aurea M. R. (org.). **Saúde & Comunicação**: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 81-98.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **O que é um geriatra?** Impresso. Rio de Janeiro: 2003.

SILVA, Tomaz T. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000.

SILVA, Wilma M. **Navegar é preciso**: avaliação de impactos do uso da internet na relação médico-paciente. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, Mirna B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Disponível em
http://portaldeses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003401&lng=pt&nrm=iss

o. Acessado em nov. 2006.

TOURAINÉ, A. Prefácio. In: _____. **Le déclin du social: formation et crise de politiques de la vieillesse**. Paris: PUF, 1986.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença; uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz T. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-72.

ANEXOS

ANEXO 1

Corpus de análise

- 1 Abra o jogo, converse. Folheto. Campanha ProSex. Apoio: Bayer. s/d.
- 2 Viver mais e melhor. Livreto. Guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida. Ministério da Saúde. s/d.
- 3 Quando? Agora! Na hora H, conte conosco. Cartão. Bayer. s/d.
- 4 Como controlar o diabetes? Folheto. Grupo Sanofi-Aventis. s/d.
- 5 Orientações sobre a Doença de Alzheimer. Cuidados com o paciente. Livreto. Novartis Neurociências. s/d.
- 6 Exame de próstata. É preciso tocar nesse assunto. Folheto. Sociedade Brasileira de Urologia. s/d.
- 7 Doença de Alzheimer. Folheto. Lundbeck. s/d.
- 8 Osteoporose... você corre risco? Informações para mulheres na pós-menopausa. Lilly. Folheto. s/d.
- 9 Caderneta do Envelhecimento Saudável. Livreto. Prefeitura Municipal de Sobral. 2002.
- 10 O que é um geriatra? Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Folheto. s/d.
- 11 Programa SESC-Rio para a Terceira Idade. Folheto. SESC Rio de Janeiro. s/d.
- 12 Procure apoio na APAZ. APAZ – Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes. Folheto. Apoio: Novartis. s/d.
- 13 Conhecendo a UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade. Livreto. UNATI - UERJ. 2002.
- 14 Viver + / Saúde. Longevidade. Qualidade de vida. Informativo do Instituto de Bio-Integração e Núcleo Antienvhecimento. Mini-jornal. Fevereiro, 2006.

- 15 Programa Maturidade Saudável. Retrospectiva – 1998, 1999, 2000. Programação 2001. Fundação Bemge de Seguridade Social. BEMGECAIXA - Caixa de Assistência dos Empregados do Bemge. Livreto. 2001.
- 16 Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Apostila. 2002.
- 17 Respeito ao idoso é bom e a prefeitura gosta. Prefeitura Rio. Terceira Idade. Livreto. s/d.
- 18 Centro de Referência do Envelhecimento. SESC – Rio Grande do Sul. Livreto. s/d.
- 19 Instituto de Gerontologia. Universidade Cândido Mendes. Folheto. s/d.
- 20 Vida Pró-Peru. Livreto. Setembro, 1989.
- 21 O SESC e o trabalho social com idosos. Livreto. S/d.
- 22 A segurança do caminhar está no trajeto da caminhada. Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade. Universidade Potiguar. Folheto. S/d.
- 23 SAI - Subsecretaria para Assuntos do Idoso. CVI – Central de Valorização do Idoso. Brasília - DF. Folheto. S/d.
- 24 Vacinação na 3ª Idade. Universidade Estadual de Londrina. Projeto UNATI. Folheto. S/d.
- 25 Gerocultura. Nueva Especialidad Técnica en La Atención Del Adulto Mayor. Provida Peru. Folheto. S/d.

ANEXO 2

CAMPAÑA DE INTERESSE PÚBLICO

Dicas para ajudá-lo a tomar a iniciativa e conversar com seu médico

1. Existem medicações por via oral que trazem resultados rápidos e confiáveis para muitos homens. Pergunte ao seu médico se esse tipo de solução é adequada para o seu caso.
2. O problema de dificuldades de ereção pode algumas vezes, mas não sempre, estar relacionado a outros problemas de saúde, tais como diabetes, pressão alta, colesterol alto e depressão. Somente seu médico poderá dizer o que acontece no seu caso.
3. Médicos podem falar de forma mais "técnica" ou "científica" que a sua maneira de falar. Não tenha medo de pedir para que seu médico explique, usando termos mais simples.
4. Vá para a consulta preparado. Escreva antes uma breve lista de questões que você gostaria de perguntar, e não perca tempo para conversar sobre cada um desses pontos com seu médico.
5. Para iniciar mais facilmente a conversa com seu médico sobre sua dificuldade de ereção, responda ao "Questionário para Avaliação" que acompanha este folheto, e entregue a ele no início da sua consulta.

ProSex recomenda:

- Consulte seu médico sobre a necessidade de tratamento para dificuldades de ereção.
- Não adquira medicamentos sem a orientação e prescrição do seu médico.
- Não faça uso recreacional de medicamentos.

abra o jogo. converse.

SEI QUE É DIFÍCIL, MAS PRECISO CONVERSAR.

Sua vida sexual poderia ser melhor?

* "Abra o Jogo. Converse." é uma iniciativa mundial de educação para a saúde, com o objetivo de promover a comunicação entre homens com disfunção erétil (DE), suas parceiras e seus médicos. Esse estudo foi conduzido por um painel de especialistas internacionais das áreas de medicina, psicologia e comunicação, e recebeu o endosso de importantes organizações mundiais. A campanha é baseada numa pesquisa de largo escopo envolvendo centenas de homens com dificuldade de ereção, parceiras de homens com dificuldade de ereção e médicos em sete países.

CAMPAÑA: **ProSex** APOIO: **BAYER**

O bom desempenho sexual é resultado de hábitos de vida saudáveis, boa saúde física/emocional, relacionamento autêntico e harmonioso com a(o) parceira(o), além de autoconfiança.

Portanto, a qualidade de vida sexual, para ser preservada ou recuperada, exige que o homem valorize a intimidade com a parceira e a franqueza com seu médico. Abra o jogo com as pessoas certas. Tome a iniciativa! Viva melhor!

“93% dos médicos sentem-se à vontade para conversar com seus pacientes sobre dificuldades de ereção.”*

“Os médicos afirmam que a sua prioridade **Número 1** é fazer com que seus pacientes fiquem à vontade.”*

“Quatro entre cinco homens que conversaram com seus médicos disseram que seus sentimentos foram respeitados.”*

Sou o único a ter dificuldades de ereção?

Não, você não é o único. Com o passar dos anos, você pode encontrar maior dificuldade para conseguir ereções adequadas rapidamente e todas as vezes em que o momento surgir. Entretanto, ter dificuldade de ereção é um problema comum: muitos homens com mais de 40 anos poderão ter essa dificuldade em algum momento de suas vidas¹.

A dificuldade de ereção pode ser causada por uma série de fatores, tais como:

- Problemas de saúde que prejudiquem a circulação sanguínea (por exemplo: diabetes, problemas cardíacos, colesterol alto e pressão alta).
- Distúrbios hormonais.
- Depressão, ansiedade e estresse.
- Efeitos colaterais de alguns medicamentos.
- Maus hábitos e estilo de vida, tais como fumo e consumo de bebidas alcoólicas em excesso.

O que posso fazer a respeito do problema?

Atualmente existem tratamentos eficientes com resultados rápidos para ajudá-lo a recuperar sua vida sexual com confiança. Se você tem problemas para conseguir e manter as ereções durante a relação sexual – mesmo que não aconteça sempre –, você deve conversar com seu médico.

Muitos homens demoram para procurar ajuda, alguns até tentam sozinho descobrir a causa do problema. Há também os que acreditam que as dificuldades de ereção possam ser um indicador de outro problema de saúde mais sério.

Há outros, ainda, que hesitam, achando que suas dificuldades de ereção não são um problema real de saúde. Entretanto, este é certamente um problema de saúde a respeito do qual você pode tomar alguma atitude.

Devo conversar com minha parceira a respeito?

Sim, pense nisso. Estudos demonstraram que na relação de um casal o sexo é importante tanto para a mulher quanto para o homem. Seu problema de saúde provavelmente a está incomodando tanto quanto a você, e ela pode até se sentir culpada. Assim, converse com ela, faça com que ela saiba que não é culpa de ninguém, e que você quer encontrar uma solução que seja boa para ambos.

1. Finkelstein HA, Goldstein I, Herzog-Davatz DG et al. Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994; 151:54-61.

Por que sinto dificuldade em conversar sobre esse assunto com meu médico?

Não é fácil conversar sobre este tipo de problema. A simples ideia pode fazer com que você fique nervoso, envergonhado ou ansioso. Você pode até achar que seu médico não vai ouvir, você o sente, que não respeitará seus sentimentos, ou não será capaz de ajudar. Mas este não é o caso. Seu médico já teve este tipo de conversa inúmeras vezes, conhece o assunto e pode encontrar a solução mais adequada para você.

Um problema conversado é um problema resolvido.

Conversar a respeito de dificuldades de ereção pode ajudar. Os homens que conversaram com seus médicos afirmaram que se sentiram aliviados e, ainda mais importante, esperançosos. Seu médico terá a solução mais adequada para você. Por isso, abra o jogo e converse com seu médico.

CONVERSANDO, VAI
SER FACIL RESOLVER
ESTE PROBLEMA.



QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO**

Este questionário foi preparado para ajudar (o(a) seu(s) médico(a)) a avaliar sua saúde sexual e determinar se você possui dificuldade de ereção. As perguntas seguintes devem ser respondidas e entregues (o(a) médico(a)) no início da consulta de forma que ele(a) possa aconselhá-lo sobre qualquer futura providência.

Cada pergunta tem 5 respostas. Marque com um círculo o número que descreve melhor a sua situação. Marque somente uma resposta para cada pergunta.

Durante os últimos 6 meses:

1. Como você classifica sua confiança em manter uma ereção?

1 Muito baixa 2 Baixa 3 Moderada 4 Alta 5 Muito alta

2. Quando você tem ereções com estímulo sexual, com que frequência suas ereções atingem a rigidez para penetração (penetrar sua parceira)?

1 Quase nunca ou nunca
2 Poucas vezes (menos de metade das vezes)
3 Algumas vezes (metade das vezes)
4 A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
5 Quase sempre ou sempre

3. Durante a relação sexual, com que frequência você consegue manter sua ereção após ter penetrado sua parceira?

1 Quase nunca ou nunca
2 Poucas vezes (menos de metade das vezes)
3 Algumas vezes (metade das vezes)
4 A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
5 Quase sempre ou sempre

4. Durante a relação sexual, qual o nível de dificuldade para manter sua ereção até o final da relação sexual?

1 Extremamente difícil 2 Muito difícil 3 Difícil 4 Pouco difícil 5 Nada difícil

5. Quando você teve a relação sexual, com que frequência ela foi satisfatória para você?

1 Quase nunca ou nunca
2 Poucas vezes (menos de metade das vezes)
3 Algumas vezes (metade das vezes)
4 A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
5 Quase sempre ou sempre

** Adaptado a partir do Levantamento da Saúde Sexual Masculina – 100M (Global Health Inventory for Men – GHIM)

Instruções para os médicos

Somme os números correspondentes às respostas das questões 1 a 5. Se o resultado for 21 ou menos, o assunto de disfunção erétil (DE) deve ser abordado. O resultado do questionário LSSM*** caracteriza o grau de DISFUNÇÃO ERÉTIL do paciente da seguinte maneira:

22-25	Sem DISFUNÇÃO ERÉTIL
17-21	DISFUNÇÃO ERÉTIL Leve
12-16	DISFUNÇÃO ERÉTIL Leve a Moderada
8-11	DISFUNÇÃO ERÉTIL Moderada
5-7	DISFUNÇÃO ERÉTIL Grave

Resultado:

Objetivo do LSSM

- Com o advento dos tratamentos por via oral para a disfunção erétil, mais do que nunca se faz necessário um diagnóstico preciso e correto.
- O Questionário LSSM (também conhecido como IIEF - 5) é uma versão resumida e ligeiramente modificada do Questionário do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) de 15 perguntas, idealizado para que os médicos possam facilmente diagnosticar a presença e a gravidade de DISFUNÇÃO ERÉTIL em consultas clínicas.
- Este instrumento de diagnóstico pode reduzir o número de casos diagnosticados incorretamente ou subdiagnosticados. Tem o propósito de complementar o exame físico e o histórico do paciente para detectar a disfunção erétil.

*** LSSM – Levantamento de Saúde Sexual Masculina

 abra o jogo.
converse.

Com a colaboração de: Brown RC, Cappelan JC, Green MD, Lavery J, Peña BA
Desenvolvimento e validação de uma versão resumida do IIEF do Índice Internacional de Função Erétil (International Index of Erectile Function) IIEF-5 neste instrumento de diagnóstico de disfunção erétil. In: J. Mayo. Proc. 1999; 11:319-326.

NÃO QUERIA QUE ELA
ENTENDESSE ERRADO.



Ter uma vida sexual feliz e saudável é a expressão de sua masculinidade e é uma parte muito importante do seu relacionamento a dois. Entretanto, se você e sua parceira forem um dos muitos casais que não podem desfrutar de uma vida sexual normal, devido a dificuldades de ereção (os médicos chamam isso de Disfunção Erétil – DE), você pode prejudicar sua relação se não falar sobre isso. Pode parecer mais fácil não encarar o problema, ou esperar que ele se resolva por si só. Contudo, não conversar a respeito do assunto só pode tornar as coisas ainda mais difíceis.

Este folheto foi idealizado para lhe dar algumas informações sobre dificuldade de ereção e aconselhá-lo sobre como você pode recuperar sua vida sexual. Você não precisa continuar sofrendo em silêncio.