

A

comunicação institucional e a mudança na organização da cultura O caso da comunicação e a cultura biomédica

Simone Vaismann Muniz 

Resumo: Os informativos da área de Comunicação em instituições ligadas à biomedicina são lugares emblemáticos de investimentos políticos na produção de representações sociais que se perpetuam como um registro, para as sociedades futuras, de mudanças na cultura biomédica. Este trabalho se propõe a discutir esses investimentos como parte de lutas simbólicas na Memória Social pela legitimização e visibilidade das produções culturais da Comunicação Institucional, e apresentar os instrumentos teóricos da Análise Crítica do Discurso como um recurso importante no trabalho de reconhecimento dessas disputas. Assim, mostramos um exercício de análise do informativo sobre saúde produzido no formato de Comunicação Institucional.

Palavras-chave: *Comunicação e Saúde, Memória Social, Análise de Discurso*

Abstract: The news produced by Communication Area in institutions related to Biomedicine are emblematic repositories of political investments in the production of social representations that perpetuate themselves as a record of biomedical culture changes for the future societies. This work aims to argue these investments as part of symbolic fights in Social Memory for the legitimization and visibility of cultural productions made by Organizational Communication, and presents the theoretical instruments of Critical Analysis of Discourse as an important resource in the work of recognition of these disputes. In this way, we present an analysis exercise of a health news produced in the format of Organizational Communication.

Key-words: *Communication and Health, Social Memory, Critical Analysis of Discourse*

 Jornalista especializada em Comunicação e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz e mestre em Memória Social pela UniRio. Este artigo é uma versão reduzida de capítulo da dissertação “Memória Social e a Promoção do Envelhecimento Saudável: a Comunicação Institucional como registro de um novo tipo de mobilização”, defendida em março de 2007 na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio).

A Memória Social e a Comunicação nas instituições biomédicas

Nos últimos anos, o interesse pelos estudos em Memória Social aumenta. Os produtos culturais são valorizados como lugares de memória, nos quais se busca fixar representações sociais e diminuir a apreensão em relação ao futuro. A maneira como Comunicação Institucional se insere como uma área cada vez mais na vida das pessoas, como uma área legitimada, é um exemplo disso. Ela transforma os acontecimentos em produtos culturais e, com isso, promove-os à condição de interesse público, levando ao conhecimento mais amplo do público os fatos que a instituição considera importantes. O mesmo o faz a Biomedicina com as fontes científicas, os livros, enciclopédias, dicionários e outros instrumentos autorizados a guardarem a memória de tal conhecimento.

Esse procedimentos de fixar a Memória Social em arquivos e testemunhas legitimadas é tanto cada vez mais comum quanto menos pacífico. O ato de 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.” (HUYSEN, 2000, p. 280) não se realiza sem controvérsias. 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 Huysen:

A memória é sempre transitória, notoriamente não confiável e passível de esquecimento, ela é humana e social. (...) 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 (HUYSEN, 2000, p. 37).

Hoje, mais importante do que usar os documentos para tentar fixar registros de um passado, do que buscar uma unidade por meio de produtos culturais, é saber que as interpretações dos produtos culturais variam de acordo com as condições de possibilidade de emergência das representações sociais. Os estudos da Memória Social compreendem os lugares em que estão presentes o simbólico, as representações sociais são projeções, vividas pessoalmente ou por tabela. Nelas, os vários acontecimentos vividos em tempos e por pessoas diferentes coexistem. Alguns aparecem com mais evidência e outros menos, alguns são ressaltados, outros esquecidos ou silenciados. Os fatos lidos não são unidades fixas e sem contradição, no próprio ato de produção e leitura dos fatos existem disputas pelas representações que ficarão projetadas no futuro. Por isso, a materialidade dos produtos culturais não é mais importante do que as maneiras de interpretar as representações contidas nessa materialidade, de descobrir como seus vestígios se relacionam com outros vestígios e os modos como se produzem sentidos. Essa função os estudos da Memória Social vêm assumindo, como lembrou Pollak (1988, p. 4): “não se trata mais de lidar com os fatos sociais como coisas, mas de analisar como os fatos sociais se tornam coisas”.

Voltemos à Comunicação Institucional em sua relação com a Biomedicina. Hoje, apesar de, nos produtos culturais, tentarem marcar lugares sociais para as várias instituições do conhecimento, especificando a autoria deles, e, assim, delinear as fronteiras de pertencimento, não se deixa de lidar com a discordância em relação à produção e interpretação dos acontecimentos marcados nos produtos culturais. Tomemos, por exemplo, os novos fatos projetados pela

Comunicação Institucional como acontecimentos na área da saúde. A promoção da saúde, o envelhecimento saudável, a qualidade de vida, o bem-estar são alguns dos motes que a área de Comunicação de instituições ligadas à Biomedicina - empresas farmacêuticas, sociedades médicas, universidades, hospitais, entre outras - utiliza para realizar sua função de divulgar os fatos e, dessa forma, reforçar seu papel de instância mediadora e promotora da difusão da informação de interesse público. Essas temáticas aparecem junto aos novos suportes físicos como a internet, a comunicação eletrônica, os recursos audio-visuais e eles impõem ao profissional da Biomedicina mudanças. O biomédico percebe que o paciente não consulta mais apenas as fontes tradicionais da Biomedicina, ele utiliza as várias fontes disponíveis: mídia, Comunicação Institucional, produções culturais. Como resistência, o profissional da Biomedicina pode oscilar entre a rejeição das fontes tradicionais da Biomedicina e uma crítica radical ao *modus operandi* dessas fontes como a Comunicação Institucional, muitas vezes, argumentando que se tratam de lugares de reprodução de interesses particulares.

Se simplesmente os produtos culturais à disposição não são suficiente para lidar com as transformações sociais, é necessário buscar outra forma de leitura deles que possa ajudar a localizar o sentimento de pertencimento do sujeito na esfera social e nos sistemas de conhecimento e de crença, sem o prender em uma interpretação pendular tal como no exemplo da Biomedicina. Nesse sentido, acreditamos que os vários conceitos da Análise Crítica do Discurso (FAIRCLOUGH, 2001, PINTO, 1994 e 2002), sobretudo a noção de interdiscurso, que aqui chamamos de Memória Social, podem contribuir com um modo de ler os produtos culturais da Comunicação Institucional.

As pesquisas sobre a Memória Social em sua relação com a Análise de Discurso se propõem, de certa forma, a compreender o modo atual de se produzir e se diferenciar política e socialmente (RIBEIRO, 1995). Elas 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 - para analisar "dispositivos" construídos pelos campos sociais para interpretar a si próprios. E são esses estudos que nos interessam ao falarmos das interpretações dos produtos da Comunicação Institucional. A intenção é buscar uma interpretação que traga as condições de possibilidade de de ir além do foco só no agente - instituição ou indivíduo - ou apenas na materialidade do texto, e fazer emergirem as contradições, os nós, as tensões, as vozes esquecidas na Memória Social, suprimidos na necessidade do saber da Comunicação Institucional organizar um modo de funcionamento para si mesmo.

Os recursos teórico-metodológicos de uma metodologia em construção, como se propõe a ser a Análise Crítica do Discurso, podem ajudar a desnaturalizar os modos hegemônicos de a Comunicação Institucional produzir e consumir a si mesma e ao Outro. Se, por um lado, a Comunicação Institucional na área de Biomedicina não é a mesma em todos os departamentos ou organizações, por outro, ela age de maneira bastante recorrente sobre as representações de si mesma, do biomédico e do paciente, em movimentos constantes de olhar para si como uma unidade, buscando fechar para si própria uma campo de ação. Esses movimentos recorrentes pode ser desconstruídos e evidenciados, contribuindo para as mudanças sociais e políticas nos relacionamentos entre a Comunicação Institucional e as outras esferas da sociedade, como a Biomedicina. A Análise Crítica do Discurso funciona como uma possibilidade 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.

Em trabalho anterior (MUNIZ, 2007), apresentamos um exercício de desconstrução, com a análise das marcas textuais em um informativo da

Comunicação utilizado para falar da disfunção erétil chamado “Abra o jogo, converse”. Ele foi produzido em parceria entre uma empresa de medicamentos e um projeto de pesquisas na área de sexualidade de uma universidade pública. Embora não possamos medir os efeitos desta campanha e de outras semelhantes, acreditamos que o trabalho da Comunicação Institucional em torno da questão da disfunção erétil também contribuiu para uma mudança no modo como os biomédicos vêem e tratam o problema, fazendo-o emergir como questão dentro da área biomédica. Mostraremos a análise ao reproduzir alguns trechos do informativo (bastante resumido e sem algumas das marcas gráficas) e, em seguida, realizar algumas observações.

Isso foi feito em três etapas para a análise. O primeiro passo se concentrou nas marcas do vocabulário, que evidencia a pluralidade de tipos, gêneros e ordens (convenções) de discursos - efeitos de sentido - dentro do texto. O segundo iluminou algumas marcas dessa pluralidade de discursos e como elas aparecem nos chamados pela gramática “discurso direto” e “indireto”, ou “discurso relatado”. Como terceiro passo, foi feita a análise de como a Comunicação se posiciona nos vários discursos já existentes, encena para si um lugar social e se projeta no futuro ao posicionar dentro das fronteiras textuais dos relatos, de modo diferente, os vários sujeitos que aparecem, como o médico, o paciente, sua parceira e o próprio comunicador.

Na análise, utilizamos como recursos para desconstruir a unidade da Comunicação Institucional desde os microaspectos da prática discursiva - a diagramação, as imagens, símbolos, cores e outras as marcas gráficas, lingüísticas e gramaticais, que se assemelham às evocações do tom, timbre e intensidade da voz na fala - até os macroaspectos como a articulação dos sentidos fora dos textos, nos discursos e entre os discursos, as formas de mobilização do universos de referência e as estruturas sócio-históricas - como as estratégias de poder no ambiente em que se produz, circula e se interpreta o *corpus*.

No informativo analisado, os universos de referência remetem, entre outras, à Biomedicina, à Comunicação Institucional e ao “mundo da vida”. Falar em estratégias de poder pressupõe saber como a Comunicação Institucional produz o controle da tomada de turnos (quem fala e em que momento) e aqueles que oferecem predominantemente a pauta, a agenda das falas. Em que contexto a Comunicação imagina essas estratégias de poder? Como ela imagina, por exemplo, o consultório médico, lugar comum em que folheamos um encarte sobre saúde? E como os analistas podem interpretar essa produção de estratégias de poder da Comunicação? Como os textos apresentam a ilusão da unidade do autor que faz com que ele se projete para o futuro? Como essa projeção está cada vez mais presente no modo de produzirmos e interpretarmos os textos da Biomedicina? Desconstruir essa tendência a naturalizar o autor como algo uno nos ajuda a buscar outras interpretações sobre o trabalho social e político da Comunicação Institucional e seu relacionamento com outros campos sociais como a Biomedicina. O modo como os autores tentam controlar os textos por meio da limitação entre o que pertence a si mesmos e ao Outro remete ao que está fora deles, a outros modos de delimitação do relato. Mostrar essas demarcações por meio da pesquisa teórico-metodológica que busca interagir com outros campos de estudo significa reconhecer a importância do Outro sem deixar de projetar o próprio espaço social. O controle dos próprios relatos e dos do Outro pelo texto é uma ilusão que é reconhecida como tal pela Análise Crítica do Discurso. Apesar disso, ele é aceito como minimamente necessário para que se produzam efeitos de sentido que possam relacionar o momento presente com o futuro e com outros efeitos de sentido no presente.

O modo como a Comunicação Institucional produz a si mesma como instância compromissada com o interesse social é importante para que ela possa se legitimar como lugar de difusão das informações sobre a instituição e continuar seu trabalho. Por outro lado, o interesse público é um mito. De tanto se projetar como instância de responsabilidade social, a Comunicação Institucional tende a apagar outras instâncias também compromissadas com os interesses sociais, como a Biomedicina que costumava ser a principal fonte autorizada de informação na área. Por isso, desconstruir esse dispositivo típico de se autoprojetar é importante pois permite que se leia a Comunicação Institucional como um lugar social e político que busca se firmar junto a outros lugares, assim como a própria Biomedicina. Isso reforça a interdisciplinaridade sem negar as diferenças entre as várias áreas. Vamos ao texto.

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 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.

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.

Abra o jogo. Converse.

(...) Campanha: ProSex. Apoio: Bayer".

Análise 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. 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.

O enunciador 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 enunciador 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. Nele, o paciente seleciona os tópicos. Ao dar ao paciente essa permissão, o enunciador 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, 2001, 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 (2001, 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.

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 (2001, 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*, 2001, 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 protegiam 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.

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 do interesse social e da intimidade. 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 organizadora 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 (aqui 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.

Aparece a 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”.

Este parágrafo termina com a 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”. Em seguida, nega-se o 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.

Outro instrumento lingüístico que recebe muita atenção em análises é a transitividade. 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, 2001, p. 227).

Os sujeitos como o tema também são um recurso a ser estudado. 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.

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”.

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.

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, 2001, 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.

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:

O Enunciador 1 se tornará pessoa de idade avançada depois da pergunta: *Sou o único a ter dificuldades de ereção?* Surge, então, o 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.* O Enunciador 3 responde (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 tradicional da Biomedicina), 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 Biomedicina 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.

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 obedecem 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

As idéias de autonomia da área de promoção dos acontecimentos da organização, e de esses acontecimentos representarem um compromisso com a sociedade, a partir da mediação entre os saberes especializados e o mundo da vida, se difundem como efeitos de sentido que se relacionam com outras áreas como a Biomedicina. A Comunicação Institucional as constrói como projeções de si mesma, representações coletivas produzidas e lidas em seus materiais e eventos. Interpretamos nessas projeções que os acontecimentos da biomedicina, o biomédico e o paciente tendem a ser inseridos como agentes conscientes e exigentes do trabalho da Comunicação Institucional de regulação da informação como conhecedora tanto das questões da intimidade quanto do interesse público. Ela, assim, se reafirma social e historicamente como um novo e legítimo modo de organização e funcionamento da cultura, que associa o consumo de certos tipos de informação a agentes autônomos e a certas escolhas de estilos de vida. Mas essas escolhas, na verdade, são o que ela acredita representar as demandas desses públicos. Ela cria efeitos de interesse e expectativas (RUBIM, 1998) e enquadra os consumidores em responsáveis por uma parte do todo social, a parte que eles consomem. E nem sempre investiga com profundidade o que o público realmente quer, porque sua rotina produtiva segue certos critérios de seleção e produção da informação, certos padrões e exigências.

Acreditamos que, ao iluminar micro e macroaspectos das marcas dos limites impostos pelo Comunicador para a própria fala e a do Outro no texto, conseguimos mostrar como a área da Comunicação Institucional procura inserir a si mesma nos modos hegemônicos de se produzir representações sociais sobre a Biomedicina e a saúde. Esse conhecimento é importante pois a Comunicação Institucional vêm se tornando um dos principais registros de uma nova cultura que, como dissemos, influencia cada vez mais a produção das fontes tradicionais biomédicas.

Referências bibliográficas

- FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Brasília: EdUnB, 2001.
- HUYSEN, Andreas. Passados presentes: mídia, política, amnésia. In: _____ *Seduzidos pela memória: arquitetura, monumentos, mídia*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2000. p. 9-40.
- MUNIZ, Simone Vaisman. *Memória Social e Promoção do Envelhecimento Saudável: a Comunicação Institucional como registro de um novo tipo de mobilização*. Orientador: Nilson Alves de Moraes. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Memória Social, UniRio, 2007.
- 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.
- POLLAK, Michael. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, v. 10, p. 3-15, 1988.
- 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.

