

JENICE TASQUETO DE MELLO

**REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO EM ARTIGOS DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA
SOBRE INFARTO DO MIOCÁRDIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Letras

Área de concentração: Linguística Aplicada
Linha de pesquisa: Discurso e Relações Sociais

Orientadora:
Profª Drª Susana Bornéo Funck
Universidade Católica de Pelotas

Pelotas/RS

Outubro de 2011

M527r Mello, Jenice Tasqueto de

Representações de gênero em artigos de divulgação científica sobre infarto do miocárdio. / Jenice Tasqueto de Mello. – Pelotas : UCPEL , 2011.

212f.

Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas , Programa de Pós-Graduação em Letras, Pelotas, BR-RS, 2011. Orientadora : Funck, Susana Bornéo.

1.gênero. 2.discurso. 3. representação. 4. atores sociais. 5. divulgação científica. 6. transitividade I. Funck, Susana Bornéo, or. II. Título.

c

JENICE TASQUETO DE MELLO

**REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO EM ARTIGOS DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA
SOBRE INFARTO DO MIOCÁRDIO**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Susana Bornéo Funck (UCPel/UFSC) – Orientadora

Profa. Dra. Débora Figueiredo (UFSC)

Profa.Dra. Eliane Terezinha do Amaral Campello (UCPel)

Profa. Dra. Márcia Ondina Vieira Ferreira (UFPel)

Prof.^a Dra. Vera Lúcia Pires (UniRitter)

Pelotas/RS
Outubro de 2011

AGRADECIMENTOS

A TUDO que o UNIVERSO personificou e colocou a minha disposição para realização desta tese, em especial:

- às professoras, Drda. Clóris Dorow – atual Diretora de Ensino do Instituto Federal Sul-rio-grandense – campus Pelotas e Drda. Gisela Loureiro Duarte – Diretora Geral do Instituto Federal Sul-rio-grandense – campus Pelotas, no ano de 2008, por fazerem-se presentes quando de meu encaminhamento ao curso;

- à Dra. Carmen Lúcia Barreto Matzenauer - coordenadora do PPGL, (UCPEL), por sua receptividade e, em seu nome, todos os professores e colegas de curso por seu convívio intelectual e amigo;

- à Valquíria Mendes - funcionária do PPGL e, em seu nome, todas as outras funcionárias do curso, pela prontidão e acolhida;

- aos amigos presentes e às inomeáveis amigas “irmãs”, pelo estímulo, impulso, amparo, compreensão e carinho;

- à minha família, pelo apoio e,

INCONDICIONALMENTE,
a minha orientadora **Profª Drª Susana Bornéo Funck**

GRATIDÃO!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE QUADROS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	1
1 DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA: prática discursiva contemporânea	6
1.1 Gêneros discursivos/textuais	7
1.2 Considerações sobre a ciência	9
1.3 Prática da divulgação científica	11
1.4 Marcando posição	18
2 O DISCURSO E SUA ANÁLISE	21
2.1 Os conceitos de Fairclough.....	22
2.2 Das formas simbólicas à ideologia.....	26
2.3 Produção / interpretação dos discursos.....	33
2.4 Categorias de análise.....	34
2.4.1 Representação dos atores sociais.....	35
2.4.2 Transitividade.....	40
3 GÊNERO: a instabilidade do discurso sobre o masculino e o feminino	44
3.1 Teorização feminista: alguns apontamentos sobre gênero.....	44
3.2 Gênero e Sexo.....	49
3.3 Desnaturalizando o natural.....	51
3.4 Gênero e Ciência.....	54
4 ANÁLISE	61
4.1 Estrutura dos artigos.....	62
4.2 Análises.....	63
4.2.1 O coração bate mais forte.....	65
4.2.2 Aviso às balzaquianas.....	79
4.2.3 Coração e mente.....	85
4.2.4 Só para mulheres.....	89
4.2.5 A paixão machuca.....	95
4.2.6 Cerco aos males do coração.....	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	117

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Concepção tridimensional do discurso em Fairclough.....	23
FIGURA 2 – Inclusão dos atores sociais – 1.....	37
FIGURA 3 – Inclusão dos atores sociais – 2.....	38
FIGURA 4 - Categorias selecionadas na rede de sistemas de van Leeuwen.	40

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Categorias analíticas propostas no modelo tridimensional...	23
QUADRO 2 - Etapas do enquadre para ADC de CHOULIARAKI e FAIRCLOUGH (1999).....	24

RESUMO

As representações discursivas de mulheres e homens são importantes para o estabelecimento de relações de gênero e para a cristalização dos significados socialmente atribuídos ao feminino e ao masculino. Buscando verificar como essas representações ocorrem no âmbito da divulgação ou popularização do conhecimento médico em revistas de circulação nacional, este trabalho analisa seis artigos sobre problemas cardíacos publicados na revista semanal *Veja* entre 1999 e 2005. A base teórica é a Análise Crítica do Discurso (Fairclough, 2001), com ênfase na representação dos atores sociais (van Leeuwen, 1997) e na transitividade (Fuzer; Cabral, 2010). Após verificação de quais atores eram (mais) representados, de como se efetuou essa representação e de quais processos foram a eles atribuídos, os resultados indicam uma sub-representação da mulher e nenhuma mudança na histórica construção do feminino como alteridade, mesmo em questões relativas à saúde/doença.

Palavras-chave: gênero, discurso, representação, atores sociais, transitividade, divulgação científica

ABSTRACT

The discursive representations of men and women are important factors for the establishment of gender relations and of the meanings attributed to femininity and masculinity. In order to investigate how such representations occur in articles dealing with the popularization of medical knowledge in Brazilian weekly magazines, this research analyzes six articles about heart problems published in *Veja*, between 1999 and 2005. The theoretical basis is Critical Discourse Analysis (Fairclough, 2001), with emphasis on the representation of social actors (van Leeuwen, 1997) and on transitivity (Fuzer and Cabral, 2010). After determining which social actors were (more) represented in the texts and in which ways, and identifying the types of processes attributed to them, the results have shown that women are under-represented in this kind of text, in which we find no change in the historical construction of women as the other, even when it comes to issues of health and illness.

Keywords: gender, discourse, representation, social actors, transitivity, popular science

INTRODUÇÃO

Tomei como objeto de minha tese de doutorado “representações de gênero” pelo fato de essa temática acompanhar minha trajetória profissional, que inicialmente, permeando a área de ciências físicas e biológicas, biologia, vai sendo atravessada por problematizações em nível mais amplo possibilitadas por um curso de mestrado em educação. Nesse percurso meu olhar sobre questões relativas à(s) sexualidade(s) e gênero foi se ampliando, do anatômico e funcional, visão estritamente biológica, para uma visão mais ampla do comprometimento social e político na construção dos sexos e dos gêneros. Esse último elemento fez com que minha atenção se voltasse também para a linguagem e tudo o que ela poderia expressar intencionalmente. Foi então que uma notícia veiculada em jornal televisivo de âmbito nacional chamou minha atenção. Segundo ela, pesquisas recentes haviam comprovado que, embora o infarto de miocárdio continuasse sendo mais frequente entre pessoas do sexo masculino, ele era mais letal entre mulheres pelo fato de que, nessas, os sintomas eram “atípicos”. Como professora de biologia, fiquei deveras intrigada com o emprego da palavra “atípico”. Com as mulheres constituindo pelo menos metade da população mundial, por que razão seus sintomas seriam “diferentes”? O que se consideraria “típico” no universo da medicina?

Algum tempo mais tarde recebi um e-mail (Anexo 1), daqueles que circulam como uma corrente pelo correio eletrônico, que reforçou ainda mais minha curiosidade. Narrava ele incidentes dramáticos sobre o infarto em mulheres, enfatizando que “os ataques cardíacos nas mulheres são diferentes” e descrevendo “a versão feminina do infarto”.

Pude perceber pelos exemplos acima a marca distintiva que a ciência médica vem ao longo dos tempos imprimindo sobre os sujeitos masculinos e femininos e o quanto isso se reflete na forma de diagnosticar e tratar as doenças, inclusive a cardíaca. As duas situações referidas possibilitaram a reflexão inicial para o **problema** que me proponho analisar: *as representações de gênero em artigos de divulgação científica (popularização da ciência) que abordam infarto do miocárdio.*

A divulgação científica, como todo discurso, pode ser situada no campo das representações e, como tal, traz embutidas as questões de gênero e sexualidade, produzidas e/ou alicerçadas cultural e historicamente pela ciência ao longo dos tempos, por meio da linguagem.

O surgimento de revistas populares do gênero “divulgação científica” comprova a crescente popularização do conhecimento científico. Na categoria “revistas de divulgação científica” na web¹, por exemplo, encontram-se oito referências: Elektor, Galileu, Mundo Estranho, Popular Mechanics, Science News, Scientific American, Scientific American Brasil e Superinteressante. Além disso, é constante presença de tópicos sobre saúde em programas televisivos contemporâneos, tais como o “Globo Repórter”, “Vida e saúde” e “Bem estar”, na TV Globo, a “Liga – Saúde mental no Brasil”, na rede Bandeirantes, o “Programa Eliane” na SBT, entre outros. O que ficava restrito à comunidade científica passa a ser socializado de maneira irrestrita, e, se prestarmos atenção, aumentando mais ainda a visão da mulher e do corpo feminino como anômalos ou especiais.

O mais assustador é o fato de perceber que a própria ciência médica ainda revela muitos desequilíbrios nesse sentido. A questão da sintomatologia, por exemplo, área muito explorada pela “divulgação científica”, baseia-se geralmente em pesquisas realizadas com pessoas do sexo masculino que, na verdade, não representam a maioria, uma vez que as mulheres têm historicamente sido excluídas destas pesquisas. Não surpreende, portanto, o que tem sido dito sobre as mulheres apresentarem sintomas “não usuais” ou “atípicos” associados à doença cardíaca. Veja-se, por exemplo, o que diz Rodrigo Diaz Olmos em MedicinaNET (2010) sobre as questões de gênero (Anexo 2). Sua proposta de discussão de artigos “que avaliam as diferenças de gênero em vários aspectos dos cuidados médicos e do prognóstico de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM)” revela que as mulheres não são tratadas precocemente em casos de IAM, o que aumenta a mortalidade desse grupo de pacientes. No final do artigo, o autor aponta que considera questões de gênero, etnia e classe social essencial para alcançar a

¹ http://pt.wikipedia.org/wiki/Categoria:Revistas_de_divulga%C3%A7%C3%A3o_cient%C3%ADfica, acesso em 22 de agosto de 2010.

equidade e universalidade da saúde, questão que julgo extremamente significativa para incitar políticas públicas que considerem a heterogeneidade das mulheres e dos homens como fator importante nas pesquisas médicas-científicas. Se anteriormente não havia um olhar mais específico sobre o corpo feminino e se agora está ocorrendo um despertar da medicina neste sentido, isso tende a se refletir nos artigos sobre medicina ou saúde publicados em revistas populares.

Como uma prática discursiva contemporânea de alcance bastante amplo, tais artigos merecem atenção, pois seu discurso, como todo e qualquer outro, não é ideologicamente neutro e precisa ser investigado em suas premissas para que as assimetrias sociais nas relações de gênero possam ser percebidas e, quem sabe, minimizadas. O **objetivo geral** deste trabalho é, portanto, *investigar os discursos (sobre a sintomatologia de doenças cardíacas e o infarto do miocárdio) presentes em artigos de divulgação científica (popularização da ciência), buscando identificar e analisar as representações do masculino e do feminino neles veiculados*. Para tanto, viso mais especificamente *verificar nos textos como os diferentes atores sociais são visibilizados (objetivo específico 1), bem como quais os processos (ações ou estados) em que estão envolvidos os atores com maior representatividade (objetivo específico 2)*. Parto da **hipótese** de que *as representações do masculino e do feminino veiculadas em discursos sobre sintomatologia de doenças cardíacas tenham como referência principal o corpo masculino*.

Para a análise, selecionei no acervo digital VEJA², pela chamada “infarto do miocárdio”, a princípio dez artigos publicados entre 1997 e 2007 (anos disponíveis na WEB). A revista VEJA foi escolhida por ser de ampla circulação. Após leitura e análise dos artigos, optei por seis destes, levando em consideração o problema específico a ser investigado e os objetivos do trabalho. A seção onde os artigos haviam sido publicados (Saúde ou Medicina) não se mostrou relevante e, portanto, não foi considerada na seleção. Os artigos selecionados são: “O coração bate mais forte”³ (anexo 3), “Aviso às balzaquianas”⁴ (anexo 4), “Coração e mente”⁵ (anexo 5), “Só para mulheres”⁶ (anexo 6), “A paixão machuca”⁷ (anexo 7), “Cercos aos males do coração”⁸ (anexo 8). Considerações gerais sobre esse tipo de texto e algumas de suas características discursivas serão apresentadas no Capítulo 1.

² www.veja.com.br/AcervoDigital

³ VEJA, 6 de outubro de 1999, edição 1618, p.120-125.

⁴ VEJA, 16 de maio de 2001, edição 1700, p.94.

⁵ VEJA, 9 de maio de 2002, edição 1750, p.65.

⁶ VEJA, 11 de fevereiro de 2004, edição 1840, p.86.

⁷ VEJA, 16 de fevereiro de 2005, edição 1892, p.55.

⁸ VEJA, 7 de setembro de 2005, edição 1921, p.114-115.

A análise foi realizada dentro do arcabouço teórico da Análise Crítica do Discurso (ACD), tendo como ferramentas metodológicas a *representação dos atores sociais* segundo categorias selecionadas da rede de sistemas proposta por Theo van Leeuwen (1997) e a *transitividade*, isto é, ações ou estados em que estão envolvidos os atores com maior representatividade. Para a transitividade foi utilizada a explicitação de Cristiane Fuzer e Sara Regina Scotta Cabral (2010), tendo em vista que esse trabalho, baseado em Halliday, adapta as categorias da Gramática Sistêmica Funcional para a língua portuguesa. A base teórica será mais bem explicitada no Capítulo 2, que trata sobre o discurso e sua análise.

O capítulo seguinte, Capítulo 3, examina as relações entre gênero e ciência, buscando situar como as ciências em geral e as ciências biológicas em particular têm historicamente tomado o masculino como norma para a representação do ser humano. Aliás, conforme aponta Attico Chassot, “parece que [...] não é apenas a Ciência que é predominantemente masculina, mas a civilização, há alguns milênios” (2004, p.20). Basta lembrar que, ainda hoje, em livros de Biologia, por exemplo, a representação feminina de corpo aparece quase que unicamente quando se trata do aparelho reprodutor. As outras representações, referentes a outras partes do corpo humano, mostram ou insinuem (pelo fato de às vezes isso ser feito esquematicamente) um corpo que, indiscutivelmente, é masculino. Para que mudanças possam ocorrer, como argumenta Londa Schiebinger, “o que é necessário é um entendimento crítico de gênero, de como ele funciona na ciência e na sociedade” (2001, p.39), pois a hierarquização do masculino sobre o feminino traz importantes consequências para as relações sociais, com as mulheres ocupando posição secundária, sendo representadas como a “diferença” em relação ao homem, ou como o “segundo sexo”, tão bem descrito por Simone de Beauvoir (1949) já em meados do século passado.

Feitas as considerações teóricas sobre o tipo de texto a ser analisado, os instrumentos utilizados na abordagem analítica e a relação entre gênero e discurso, apresento no Capítulo 4 a análise dos textos selecionados, incluídos integralmente nos anexos, conforme já indicado. Para facilitar o entendimento de como foi realizada a análise, optei por colocar também nos anexos o desmembramento por frases de cada um dos textos trabalhados⁹, com a classificação dos atores sociais e da transitividade. Incluí, ainda, dois quadros comparativos dos dados levantados¹⁰.

Uma das premissas básicas que informa este trabalho é a de que a linguagem além de expressar relações, poderes, lugares, os institui, não apenas veiculando, mas principalmente produzindo e fixando diferenças. E isso se aplica também à

⁹ Anexos: 3-A, 4-A, 5-A, 6-A, 7-A e 8-A

¹⁰ Anexos 9 e 10

demarcação de lugares de gênero. Segundo Teun van Dijk (2003), comentando sobre sexismo, não temos necessariamente um grupo dominado e um dominante e sim formas hegemônicas de discurso e discursos de transgressão, resistência e oposição. O discurso discriminatório de gente com poder (em que estão embutidos o discurso médico-científico e das mídias) sustenta posições hegemônicas, embora exista um discurso contra-hegemônico que trabalha no sentido de revelar e dismantelar situações de poder. A importância da análise de textos popularmente veiculados consiste exatamente na possibilidade de desvendar a maneira como relações, estruturas e representações são estabelecidos ou mantidos pelos discursos dominantes como indicadores de processos sociais. Tendo em vista que a construção do feminino e do masculino é naturalizada, sua dimensão ideológica é difícil de identificar. Torna-se necessário, portanto, trabalhar contra-hegemonicamente no sentido de favorecer a desnaturalização do corpo, revelando o seu papel como suporte de representações, discursos e práticas sociais.

Ao examinar como o discurso popularizado sobre a sintomatologia de doença cardíaca apresenta marcas de sua construção discriminatória ao longo dos tempos, penso estar contribuindo para o desenvolvimento de uma visão crítica sobre a desigualdade, objetivo principal da ACD, segundo van Dijk (2003), Fairclough (2001), e outros teóricos.

1. DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA: prática discursiva contemporânea

A mídia [...] se coloca na posição de 'mediadora' entre o cientista, o Estado e a Sociedade. (GUIMARÃES, 2003, p.8)

A “divulgação científica”, empregada aqui no sentido de popularização da ciência, utiliza discursos que diferem do discurso científico. Para alcançar seu objetivo de popularização do conhecimento, ela se vale de diferentes estratégias discursivas para aproximar o público leigo a saberes especializados. Na verdade, ao entrar em contato com alguns autores que tiveram como objeto de interesse o discurso de divulgação científica, percebi que há uma variedade de considerações sobre como situá-lo no campo dos gêneros discursivos. Lílian Zamboni (2001), por exemplo, vê na divulgação científica um gênero discursivo particular, proposta que é utilizada por Ana Paula Leibrunder (2003) e Flávia Ferraz (2007) como base para suas discussões. Leibrunder (2003), contrapondo-se a Zamboni, considera que o texto de divulgação científica se constitui a partir da intersecção de dois gêneros discursivos: o discurso da ciência e o discurso do jornalismo. Ferraz (2007), por sua vez, ocupando-se da divulgação científica na Internet, considera que a atividade de divulgação científica se vale de diferentes gêneros discursivos, como entrevista, reportagem, artigo, entre outros, para compor o seu discurso. Uma outra autora, Eliane Rangel (2007), considera o texto de divulgação científica como gênero textual tipicamente midiático, com vários recursos de linguagem a serem explorados, carecendo de estudos mais aprofundados. Como se pode observar nesse breve panorama inicial, não há

consenso sobre esse tipo de texto que ocupa cada vez mais espaço nos veículos jornalísticos, se constituindo numa verdadeira prática discursiva contemporânea.

1.1 Gêneros discursivos / textuais

Muitos são os parâmetros para observação da noção de gênero discursivo/textual, por ser ele um fenômeno complexo envolvendo aspectos lingüísticos, históricos, pragmáticos, discursivos, sócio-interacionais, dentre outros. J.L. Meurer, Adair Bonini e Désirée Motta-Roth (2005), por exemplo, classificam essas diferentes abordagens aos estudos de gênero em sócio-semióticas, sócio-retóricas e sócio-discursivas, buscando oferecer um panorama variado desse campo de estudos em termos de práticas sociais e contextos específicos. A obra por eles organizada deixa bastante claro que muitos e diferentes são os olhares de quem se aventura no campo da análise do discurso e que há uma variedade de conceitos e posições teóricas que perpassam o estudo de gêneros textuais/discursivos.

Percebi, entretanto, que Bakhtin, em graus diferenciados, é utilizado pela maioria dos teóricos da área: “o trabalho precursor de Bakhtin (1992) é amplamente citado por todos os estudiosos desse campo” (MEURER, BONINI e MOTTA-ROTH, 2005, p.10), inclusive por Norman Fairclough, provavelmente por ter sido Bakhtin pioneiro no estudo sobre gêneros do discurso.

Dentre os elementos comuns a várias teorizações compatíveis com as propostas bakhtinianas, resalto a percepção tanto do conteúdo ideológico que os gêneros carregam quanto de sua dinamicidade (SOBRAL, 2009). Quanto a uma possível distinção entre gênero textual e gênero discursivo, pode-se afirmar, com base no estudo de Adail Sobral (2009), que independentemente de sua materialidade (imagens, sons, etc.), o *texto* pode ser entendido como “unidade lingüístico-composicional” e o *discurso*, como “processo de mobilização de textos para a realização de projetos enunciativos” (SOBRAL, 2009, p.5).

Embora considerando a divulgação científica como sendo uma prática discursiva contemporânea que abarca vários tipos de texto, compreendo que para estabelecer alguns parâmetros teóricos para desenvolver o estudo, faz-se necessário discorrer um pouco sobre gêneros, especialmente no que se refere à Análise Crítica do Discurso (ACD), área de investigação em que se coloca o presente estudo, situando a vertente sócio-semiótica, e, mais especificamente, as idéias de Fairclough com suas considerações sobre linguagem e poder, cuja proposta instrumentalizará nossa perspectiva de análise.

Reconhecendo adotar também uma visão “essencialmente bakhtiniana” de gênero, Fairclough (2001, p.161) vê nisso a vantagem de que, a partir dessa perspectiva, o conceito de gênero “nos permite dar o devido peso não só ao modo como a prática social é limitada pelas convenções, como também à potencialidade para mudança e criatividade” (ibid). Diz o autor:

Vou usar o termo *gênero* para um conjunto de convenções relativamente estável que é associado com, e parcialmente representa, um tipo de atividade socialmente aprovado, como a conversa informal, comprar produtos em uma loja, uma entrevista de emprego, um documentário de televisão, um poema ou um artigo científico. [...] Um gênero implica não somente um tipo particular de texto, mas também processos particulares de produção, distribuição e consumo de textos. (FAIRCLOUGH, 2001, p.161)

Esse é o caso, por exemplo, da diferença entre artigos de jornal e poemas: trata-se de atividades sociais diferentes e sua produção também é feita de forma diferente, isto é, um sendo produto coletivo e outro sendo produto individual. Além disso, também diferem na distribuição e no consumo.

Para Fairclough as mudanças que ocorrem na prática social são manifestadas, no plano da linguagem, nas mudanças no sistema de gêneros e também são, em parte, provocadas por tais mudanças. Ao se referir ao sistema de gêneros o autor ressalta que aplica o princípio da primazia das ordens do discurso: “uma sociedade – ou uma instituição particular ou domínio dentro dela – tem uma configuração particular de gêneros em relações particulares uns com os outros, constituindo um sistema” (FAIRCLOUGH, 2001, p.162). Acentua, no entanto, que tanto a configuração quanto o sistema estão abertos a mudança.

Um gênero particular é associado para Fairclough a “um *tipo de atividade particular*” (idem) e possui o que Bakhtin chama de “*estrutura composicional particular*” (idem). Um tipo de atividade, em vez de especificar um só padrão rígido, delimita um conjunto de opções. Fairclough exemplifica: “a atividade de comprar produtos em uma mercearia envolve o(a) *freguês(a)* e o(a) *vendedor(a)* como tipos de sujeitos designados, e uma seqüência de ações, alguma das quais podem ser opcionais ou repetidas” (idem, p.162).

Nesse sentido, poderia dizer que a atividade de divulgação do conhecimento científico pode ser especificada em termos de uma sequência estruturada de ações pelas quais ela é composta, bem como em termos dos participantes que se envolvem nessa atividade, isto é, “o conjunto de posições de sujeito que são socialmente constituídas e reconhecidas em conexão com o tipo de atividade” (idem). Tenho

assim, o posicionamento ideológico do veículo (revista, jornal, etc), a visão do autor ou do conjunto de autores do texto, o tipo de público a que se dirige, o momento histórico em que é produzido, entre as muitas variáveis que determinam o texto propriamente dito.

Como, para Fairclough, o texto é manifestação de uma prática discursiva, que por sua vez está inserida em uma prática social, posso dizer que ele conceitua gênero como um tipo particular de texto, implicando processos particulares de produção, distribuição e consumo. Assim, os textos devem ser estudados em sua interação com as estruturas sociais. O estilo pode variar de acordo com o tipo de relação existente entre os participantes (formal, informal, casual, etc), de acordo com o modo (escrito, falado ou os dois), bem como de acordo com o modo retórico (argumentativo, descritivo, expositivo).

Embasada na concepção de gênero de Fairclough e acentuando a percepção de que a popularização da ciência abarca vários gêneros textuais/discursivos, passo a tecer a seguir algumas considerações sobre a ciência que possam contribuir para alargar o entendimento de como o discurso de divulgação científica é parte de uma prática social maior na contemporaneidade.

1.2 Considerações sobre a ciência

Estamos vivendo hoje um período de revolução científica em que, pela teoria da relatividade, tomou-se consciência de que o tempo e o espaço absoluto propostos pelo físico Isaac Newton não existem. Pela mecânica quântica de Werner Heisenberg e Niels Bohr estipulou-se que o observador interfere no fenômeno, não sendo possível observar-se ou medir um objeto sem interferir nele. Pela teoria da complexidade, a teoria do caos e os fractais, a matemática de Galileu e Descartes foi posta em questionamento. Pelos avanços da microfísica, da química e da biologia, tem-se uma nova concepção da matéria e da natureza.

Thomas Kuhn, em sua obra *A estrutura das revoluções científicas*, uma das mais influentes sobre a filosofia da ciência do século XX, publicada em 1962, descreve a ciência não como algo estático, mas como uma constante revolução intelectual, em que após cada revolução, a visão do mundo conceitual é substituída por outra. As transições sucessivas de um paradigma a outro, num processo de revolução, é para ele o padrão típico de desenvolvimento de uma ciência. Quando ocorre uma troca de paradigma, o mundo dos cientistas é transformado qualitativa e quantitativamente, enriquecido por novos fatos e teorias. Há que se falar então em crises da comunidade

científica em função das novas teorias apontarem falhas na teoria existente. Entretanto, a revolução acontece de forma invisível porque as mudanças de paradigmas não são percebidas como revolução, mas como adição de conhecimento científico.

Kuhn (2003) argumenta que, ao contrário do que se pensava, a ciência não se desenvolve de acordo com um processo sistemático ou bem organizado, no qual a aquisição de novos conhecimentos é feita de forma contínua e cumulativa. Ao contrário, as ciências, bem como várias outras áreas do conhecimento humano, progredem de forma irregular e relativamente imprevisível, sem seguir as regras do método científico. Em sua visão, uma revolução científica é um evento violento não-cumulativo por meio do qual um paradigma ultrapassado é substituído por outro que, por sua própria natureza, é incompatível com o primeiro.

Kuhn nos alerta que quando encontramos algo que dizem ser mudança de paradigma precisamos nos certificar de três coisas em relação à nova teoria: 1. não compartilhar os pressupostos com o paradigma predominante; 2. ser atacada pelos praticantes do paradigma predominante e; 3. ter sido criada por alguém que não é um perito do paradigma atual. Assim, quando a tradição científica muda, a percepção do cientista deve ser reeducada, ele deve aprender a ver uma nova forma. A visão depende tanto daquilo que é olhado como daquilo que a experiência visual conceitual prévia o ensinou a ver.

A obra de Kuhn desencadeou um terremoto na filosofia da ciência, inaugurando um discurso inovador, que privilegia os aspectos históricos e sociológicos da prática científica, desvalorizando aspectos lógico-metodológicos, ou seja, fundamentando-se numa certa subjetividade e até mesmo numa irracionalidade que acaba tendo um papel decisivo na imposição de determinadas teorias em detrimento de outras. Portanto, a pseudo neutralidade e objetividade das ciências exatas, característica do conhecimento dito científico que nos levava a distinguir este saber do saber das ciências humanas ou sociais, são claramente postas em causa pela teoria dos paradigmas.

Boaventura Santos, em seu livro *Um discurso sobre as ciências*, mostrou que “nos inícios da década de oitenta, o debate epistemológico sobre as condições de validade e o rigor do conhecimento científico deixara de ser um debate entre filósofos e cientistas [...] e passara a ser um debate entre cientistas, [...] resultado do avanço extraordinário da ciência desde o início do século XX” (2002, p.1). O positivismo científico entrou em crise com a entrada na ciência, da história, da contingência, da incerteza, da irreversibilidade e da complexidade, como produtos do desenvolvimento

científico. Novas perspectivas foram abertas às relações entre as ciências físico-naturais e as ciências sociais com o debate epistemológico.

O mesmo autor, contrapondo os termos ciência moderna e ciência pós-moderna, ressalta que “a ciência moderna produz conhecimentos e desconhecimentos. Se faz do cientista um ignorante especializado, faz do cidadão comum um ignorante generalizado” (SANTOS, 2008, p.88). O autor fundamenta essa afirmação na consideração de que a ciência moderna constitui um conhecimento exíguo e que, portanto, nos ensina pouco sobre nossa maneira de estar no mundo. Já a ciência pós-moderna tenta dialogar com outras formas de conhecimento, especialmente o conhecimento do senso comum. Enquanto “a ciência moderna construiu-se contra o senso comum, que considerou superficial, ilusório e falso” (idem), a ciência pós-moderna reabilita o senso comum, que, apesar de ser mistificado, mistificador e conservador, tem uma dimensão libertadora e utópica, dimensão essa que, segundo Santos, “pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico” (2008, p.88). Compreendo, no entanto, que a divulgação científica não deve ser vista como um diálogo, mas como informações provenientes de sistemas peritos mediados para o público leigo pela mídia. Portanto, não há um real diálogo com o senso comum, como propõe Boaventura Santos, mas uma via de mão única – a mídia – que “populariza a ciência”. Esse movimento não deve ser visto como radical, mas como resultado da reflexividade que caracteriza as sociedades da modernidade tardia. Pondero entretanto que a popularização ou democratização do conhecimento torna-se um fator positivo na medida em que possibilita que o conhecimento científico seja partilhado por um número expressivo de pessoas não pertencentes à comunidade científica. Daí explica-se o número expressivo de revistas pseudocientíficas, tais como, Superinteressante, Ciência e Saúde, etc. e de artigos de divulgação científica veiculados em revistas de grande circulação nacional tais como Veja, Isto é, Época, etc. Essa prática, em última análise, dá origem ao que geralmente se denomina como divulgação científica.

1.3 Prática da divulgação científica

Embora a divulgação científica não seja considerada um gênero, mas uma prática discursiva contemporânea, como já ressaltado anteriormente, Sírio Possenti, na apresentação do livro de Zamboni (2001), considera que a contribuição mais relevante do trabalho da autora centra-se na hipótese de que a divulgação científica é antes de tudo um gênero com autonomia relativa, como qualquer outro. A autora

defende a idéia de que o discurso de divulgação científica constitui um gênero de discurso específico, resultante de um trabalho efetivo de formulação discursiva que parte de um discurso anterior e que se dirige para outro destinatário. A atividade discursiva ligada à difusão dos conhecimentos científicos é examinada pela autora sob a ótica da análise do discurso da Escola Francesa. Embora nossa ótica de análise seja a Análise Crítica do Discurso, julgamos pertinente relacionar seu trabalho aqui, pelo fato de ele dar uma contribuição substancial à compreensão do discurso de divulgação científica.

Entende, pois, a autora que, por se desenvolverem em cenários enunciativos diferentes, o discurso científico e o discurso da divulgação científica são entidades diferentes. O enunciador, que no discurso científico era um cientista, passa, na cena enunciativa da divulgação científica, a ser um divulgador, de certa forma incorporando as propriedades enunciativas de um jornalista. O destinatário, ressalta a autora, que no primeiro caso é a comunidade científica, passa a ser num segundo momento um público aberto, leigo na especialidade daquela área do conhecimento. Logicamente, o discurso produto dessas enunciações não será o mesmo, pois no discurso da divulgação científica a linguagem do cientista tende a se adequar ao ouvinte, favorecendo sua compreensão. Assim, o discurso passa a ser diferente de acordo com seus destinatários, havendo, portanto, um discurso científico e um de divulgação científica. Neste último, o locutor deverá agenciar recursos de linguagem capazes de promover a compreensão do conteúdo científico pelo público leigo.

Por exemplo, no nível macro (o texto como um todo) a maioria dos textos científicos apresenta uma estrutura com partes claramente delimitadas: “circunscrição do problema / material e métodos / resultados / discussão e conclusão” (ZAMBONI, 2001, p. 17). Ao passar para a divulgação científica, esse esquema se subverte, privilegiando os resultados e relegando a metodologia a um plano inferior ou suprimindo-a.

Conforme a autora, as escolhas ocorrem também em outros níveis. Por exemplo, as transformações nos níveis sintático, semântico e lexical desconsideram nominalizações, denotações, nomenclatura especializada, fazendo surgir construções com verbos, conotações e o léxico da linguagem cotidiana. Tudo isso é explicado pela teoria do estilo, ou seja, de que um tipo de formulação sintática ou um item lexical são mais fáceis de serem compreendidos por um determinado destinatário se representado de uma certa maneira, enquanto outros são tidos como mais difíceis. Assim, as escolhas respondem a graus diferentes de compreensibilidade. Portanto, o “estilo” a que se refere a autora tenderia a adaptar textos, tornando-os mais adequados ao conhecimento lingüístico do destinatário.

Zamboni (2001), referindo-se aos efeitos estilísticos, ou seja, às marcas nos enunciados, considera que estes tendem a pormenorizar o locutor e o discurso em termos de classe, região, nível de educação, etc, não podendo, portanto, ser escolhidos por acaso. Pode-se dizer que este seria um dos níveis dos efeitos estilísticos. Outros dois níveis dos efeitos estilísticos seriam a negociação de recursos gramaticais específicos em enunciados que gramaticalmente seriam previsíveis e a negociação de recursos para produção de efeitos não gramaticais.

Zamboni evidencia a ocorrência na divulgação científica da concessão de espaço para a escolha por parte do locutor de recursos expressivos que agreguem um valor social (mais fácil, compreensível, assimilável), operando tanto na organização textual quanto na sintaxe, semântica e léxico. Salaria a autora, com base em Authier-Revuz, que a divulgação científica seria um lugar privilegiado de reformulação do discurso em que, usando o discurso científico, o locutor o reproduz diferentemente por meio de uma série de estratégias e recursos retóricos. Dentre essas estratégias e recursos retóricos têm-se o envolvimento com o leitor que o discurso científico não permitiria pelo fato de a ciência se constituir num fazer discursivo-argumentativo cuja condição de legitimidade e atribuição de autoridade da enunciação está na sua produção. Nesse sentido, a divulgação científica é muito importante por veicular informações científicas e tecnológicas, partilhando socialmente o saber com o público em geral, dessa forma dando uma maior visibilidade ao conhecimento científico.

Portanto, a divulgação científica tem um caráter informativo e educativo na formação da opinião pública e na divulgação do saber, vencendo a ruptura cultural entre a elite e as massas. Por isso o jornalista, o repórter, seria um “tradutor”, um facilitador da linguagem científica no sentido de tornar acessível às pessoas comuns um saber técnico e especializado. Dessa forma a divulgação científica assume

os contornos de uma prática fundamentalmente comunicativa, em que seus agentes são chamados a dissolver problemas de incompreensão, para que se estabeleça a ponte de interligação entre os dois grupos historicamente apartados: o dos cientistas e o dos leigos. (ZAMBONI, 2001, p.50)

A autora supõe que essa ponte de interligação permite a partilha do saber através de “um trabalho de mediação essencialmente discursivo” (idem). Há que se considerar que essa mediação não é neutra, pois há todo um caráter político-ideológico do discurso de popularização da ciência a ser questionado, bem como sua unilateralidade. A prática de reformulação textual-discursiva referida pela autora consiste em buscar adaptar determinado conteúdo para certo nível de audiência ou de

formular determinadas análises para um determinado grupo social. Trata-se de outra enunciação, com características específicas. Na verdade, a enunciação do discurso científico aparece sob a forma de discurso indireto, em que o nome dos enunciadores, o tempo de enunciação, bem como sua especialidade, são descritos com rigor.

O discurso de divulgação científica, ou seja, o discurso vulgarizador, na expressão de Zamboni, associa o jornalista e o leitor num mesmo ato de comunicação, resultante de um trabalho de reformulação. Aqui cabe ressaltar que, obviamente, a relação entre os dois – jornalista e leitor - é uma relação de poder exercida em primeira mão pelo jornalista. Entretanto, embora comum, por ser um discurso de transmissão de informações especializadas, o discurso de divulgação científica busca imprimir um caráter de seriedade e autoridade à voz dos cientistas, reforçado muitas vezes pela explícita nomeação desses cientistas, da pesquisa, das instituições filiadas, etc.

Tem-se, portanto, duas situações de comunicação, uma em que o enunciador é o cientista e o destinatário seus pares cientistas, e outra em que o enunciador é um divulgador (jornalista, repórter, etc.) e o destinatário é o leitor leigo, o que transforma a comunicação “científica” num discurso vulgarizado. Trata-se de diferentes cenários enunciativos, ou, nos termos da ACD, de práticas sociais distintas.

O discurso da ciência ocupa um lugar muito específico, seja pela caracterização de sua linguagem (hermética e esotérica), seja por desfrutar um lugar socialmente privilegiado devido a sua representação como um discurso de verdade. Embora no discurso de divulgação científica se encontrem presentes em maior ou menor grau a busca da objetividade e da impessoalidade da linguagem, conforme salienta Leibrunder (2003), ele não se identifica com o discurso da ciência, situando-se no âmbito do discurso jornalístico.

O discurso jornalístico, por ser um discurso de transmissão de informação, segundo Leibrunder (2003, p. 232), “caracteriza-se, num primeiro momento, pela objetividade, clareza e concisão da linguagem”. Poderia ser comparado ao discurso científico na medida em que também busca camuflar a presença do autor, dando um caráter de impessoalidade e distanciamento à linguagem. Exemplifica alguns mecanismos dessa operação, tais como, o emprego do discurso relatado (inclui a voz do cientista em discurso direto e o relato elaborado pelo jornalista como discurso indireto que relata aquele), o emprego da partícula se depois de verbos na terceira pessoa do singular, a descritividade, etc. Porém, para chamar a atenção do leitor, despertar seu interesse, se faz necessário muito mais que o emprego da função referencial da linguagem; os recursos expressivos da língua também são fundamentais e dependem do público alvo ao qual o texto se dirige. Por meio de um

linguajar coloquial, seja como for, cada qual faz uso de subjetividade, tenta captar idéias e preferências do leitor com a intenção de aproximá-lo do que está sendo dito, uma vez que o discurso jornalístico se localiza “num *continuum* entre a tradição escrita e a oral, o registro formal e o informal, a objetividade e a subjetividade, o envolvimento e o distanciamento” (LEIBRUDER , 2003, p. 233). Considero essa visão sobre o discurso jornalístico um tanto apolítica, uma vez que ele funciona a serviço das elites dominantes e que, portanto, todos os recursos expressivos da língua legitimam essas elites.

O discurso jornalístico e o discurso científico, por conseguinte, se interseccionam, na visão de Leibrunder, constituindo o texto de divulgação científica, em que o divulgador realiza uma espécie de tradução intralingual “no sentido de buscar equivalência entre o jargão científico e o jornalístico” (p.229), incorporando ao discurso elementos relacionados com a experiência do leitor, visando aproximá-lo da temática abordada. Este novo discurso “didatizante” apresenta características e finalidades próprias. O jornalista poderá ter desde o público infantil até o público adulto como seu alvo, dependendo da publicação em que escreve. Para tanto, diferentes recursos textuais serão utilizados nos quais o cientista não pensaria ao formular o seu trabalho.

Corroborando o que já foi dito por Zamboni, Leibrunder ressalta que no discurso científico o cientista empresta voz aos objetos, apagando textualmente o autor e imprimindo dessa forma um caráter de neutralidade a seu discurso, embora tal neutralidade e objetividade venham sendo cada vez mais questionadas em nossos dias.

No discurso de divulgação científica, o jornalista divulgador de ciência poderá proceder de forma semelhante, tentando imprimir um caráter de neutralidade a seu discurso. Isto se dá quando a voz do cientista surge explícita ou implicitamente através de citações. Em geral, porém, deve ser prezada a informalidade, pois o texto deve ser o mais acessível e interessante possível. Para isso poderão ser utilizados muitos recursos lingüísticos pelo jornalista, tais como, metalinguagem, narratividade, título e resumo, bem como recursos extralingüísticos visuais, dentre eles fotos, tabelas, esquemas, gráficos, etc.

Segundo Leibrunder, após análise dos índices de subjetividade e objetividade no texto de divulgação científica, constata-se que nele não há predominância de um ou outro índice e sim a coexistência de ambos. Dessa forma, “o modo como a subjetividade e objetividade se justapõem no fio do discurso, concomitantemente aproximando e distanciando o leitor em relação ao que está sendo dito, permite-nos depreender a característica definitiva do texto de divulgação científica: a

argumentatividade” (LEIBRUDER, 2003, p. 238). Salienta, porém, que esta aproximação do leitor não tem a ver com participação ativa, já que a ele não cabe opinar sobre o que está sendo dito. É importante, entretanto, que ele tenha consciência da força ideológica de tal discurso (ou de qualquer outro), questão que é de suma importância para a ACD. Porém, como despertar essa consciência é uma questão ainda um tanto nebulosa, pois se percebe que o acesso de indivíduos leigos ao domínio da ciência visa, através da prática discursiva, a persuadi-los da legitimidade do conhecimento por ela postulado. Portanto, para Leibrunder (2003), o discurso de divulgação científica se constitui da incorporação e intersecção de partes do discurso da ciência e do discurso jornalístico.

Ferraz (2007), por sua vez, traz para reflexão a divulgação científica na Internet, questionando sobre quão confiáveis são as fontes utilizadas e qual seu verdadeiro papel na prática da divulgação científica. Salienta a autora que, apesar de serem feitas referências à esfera científica, corre-se o risco de não se ter uma fundamentação científica correta e sólida, e não se fornecerem informações a respeito dos pesquisadores responsáveis pelos estudos.

Outro fator problemático nomeado pela autora, decorrente da má formulação de hipertextos, diz respeito à dificuldade do leitor usuário para ter acesso a avaliar as informações. Apoiada em Mônica Macedo-Rouet¹¹, sustenta que o desafio para esta prática jornalística de divulgação científica na Internet é de oferecer ao leitor fontes e links apropriados para uma boa navegação, transformando-se num guia do leitor pelo emaranhado de informações da web. Ao divulgador da ciência, ou seja, ao jornalista, cabe organizar uma leitura que seja confiável e interessante ao leitor, sendo que o grau de escolaridade e a cultura científica dos indivíduos, isto é, a familiarização com a tecnologia, uso do computador e seus programas e a inserção do indivíduo no processo de cultura científica são determinantes para o uso da web. Isto é, são fatores importantes para a recepção da divulgação científica na internet. Percebo que autora caracteriza a tecnologia apenas como ferramenta e não como um espaço modelador de conhecimentos e identidades. A visão da tecnologia como progresso a despe de seu papel sócio-construtivo.

Ferraz (2007) se diz contrária a ver a divulgação científica como a reformulação de um discurso fonte do modo como sugere Authier-Revuz, já indiretamente mencionada neste capítulo, bem como a divulgação científica ser um gênero

¹¹ MACEDO-ROUET, Mônica. *Divulgação científica na Internet: mais e melhores fontes?* Disponível em www.comciencia.br
MACEDO-ROUET, Mônica. Novos meios, velhas práticas: conseqüências da Internet para a divulgação científica. In: GUIMARÃES, Eduardo. *Produção e circulação do conhecimento*. Vol. II – Campinas.

específico conforme afirmação de Zamboni. A autora assume a concepção bakhtiniana de esfera. Considera a divulgação científica como prática discursiva que transita nas esferas científica e jornalística e que participa do processo de produção e circulação da ciência, pois segundo a teoria do Círculo de Bakhtin, a divulgação científica se vale de diferentes gêneros discursivos, ou seja, entrevista, reportagem, artigo, entre outros.

Como a informação veiculada pela Internet não se constitui no foco da presente investigação e o interesse de Ferraz são os gêneros de divulgação científica na Internet, optamos em não nos aprofundar quanto ao conjunto de gêneros do discurso que podem ocorrer em ambiente digital. Somente alertamos que Ferraz (2007), ao posicionar-se sobre a divulgação científica na Internet, deixa claro que em sua compreensão a divulgação científica se vale de diferentes gêneros discursivos.

Rangel (2007, p.4), ao tratar sobre gênero textual e texto de divulgação científica, destaca que a divulgação científica

compreende um texto reformulado, o qual pode ter sido originado a partir de um artigo ou relatório acadêmico-científico, de uma entrevista ou até mesmo de uma tradução de um texto em língua estrangeira, direcionado para a população distanciada do vocabulário e das práticas científicas, mas que deseja e necessita do conhecimento das ciências.

Na verdade, é um discurso com o fim específico de informar que emprega uma linguagem simplificada diferente da linguagem usada pela comunidade científica. Diferentes vozes o constituem, emanadas de diferentes locutores, a saber, o senso comum, pesquisadores, pesquisas anteriores, etc., e diversos recursos lingüísticos são utilizados.

Algumas dessas características são expostas por Leibrunder (2003), com o intuito de trabalhar a divulgação científica em sala de aula. Embora não seja esse o nosso propósito, algumas das características apontadas podem nos ser úteis no entendimento dessa formulação discursiva, uma vez que, para Fairclough, o texto é pista para uma compreensão da prática discursiva da qual emana.

Voz do cientista: A incorporação da voz do cientista, especialmente de renome, tende a legitimar o ponto de vista exposto no texto, atribuindo um caráter de confiabilidade e veracidade aos argumentos que são defendidos. Exemplo: o pesquisador, fulano de tal, do Instituto de Cardiologia, defende a idéia que... Neste caso são empregados verbos mais assertivos, tais como, defender, descobrir, verificar. Quando o conteúdo é predominantemente especulativo, o tom categórico cede lugar

para a hesitação, a dúvida, empregando-se verbos de opinião tais como sugerir, especular, etc. Exemplo: o pesquisador sugere que...

Apagamento do sujeito: O espaço reservado ao sujeito é preenchido por idéias e pela voz dos objetos tratados pelo texto, sendo que eles falam por si só, não havendo a interferência de uma instância subjetiva. Ao texto é conferido caráter de universalidade e neutralidade, legitimando o discurso. O ponto de vista do sujeito é substituído por uma perspectiva supostamente universal e objetiva, por ser proveniente das próprias coisas. Exemplo: vacinas diminuiriam possibilidade de infestação pelo vírus.

Quanto aos índices de subjetividade, Leibrunder os agrupou em uma subseção que intitulou de elementos didatizantes, nomeando-os de: *definição, nomeação, exemplificação, comparação, metáforas, parafraseagem*, dos quais trataremos resumidamente a seguir.

Definição: É um dos recursos utilizados para explicação de termos científicos pouco conhecidos. Consiste em enunciar características de um objeto ou idéia. Requer exatidão, embora a linguagem deva se aproximar ao leitor leigo do assunto. Leibrunder (2003) comenta sobre as funções *denotativa* e *conotativa* da definição, conforme a gramática tradicional, com a função *denotativa* definindo o objeto segundo seu sentido usual e a função *conotativa* empregando sentido figurado na definição do objeto. Exemplo: O DNA (*ácido dioxirribonucleico*) é uma espécie de fita que contém a informação genética do indivíduo.

Nomeação: é um processo inverso ao da definição, pois, neste caso, as características do objeto já foram enunciadas e somente denomina-se o objeto ou idéia. Exemplo: O DNA (ácido dioxirribonucleico) é uma espécie de fita que contém a informação genética do indivíduo: *seu código genético*.

Exemplificação: Geralmente ocorre para tornar compreensíveis conceitos abstratos. Exemplo: por meio da análise de um pedaço da fita de DNA, *por exemplo*, podem-se detectar anomalias genéticas.

Comparação: Recurso empregado para explicar fenômenos e conceitos pouco familiares ao leitor leigo. Exemplo: *Da mesma forma* que a memória do computador guarda todos os seus dados, a fita de DNA guarda todos os dados do indivíduo.

Metáforas: Ocorre quando há transferência de um termo para um campo de significação diferente daquele ao qual comumente é associado. Exemplo: O DNA é uma espécie *de fita* no formato de uma mola espiralada que contém a informação genética do indivíduo.

Parafraseagem: Explicação de termos ou expressões técnicas através de outros do uso comum. Formalmente expressões tais como *isto é, ou seja*, etc., é que

introduzem este elemento. Exemplo: O DNA de um indivíduo representa sua herança genética, *isto é*, herança herdada do pai e da mãe deste indivíduo.

Leibrueder (2003, p. 248) considera que “a ciência, ao interpretar o mundo segundo o prisma da razão, nos revela somente um aspecto da realidade, jamais abarcando toda a sua complexidade”. Assim sendo, seu discurso supostamente neutro é uma estratégia argumentativa, com o objetivo de persuadir o leitor/interlocutor sobre seu ponto de vista. Com esta visão, o autor sugere algumas questões que julga interessantes para que se identifiquem os índices de argumentatividade presentes num texto de divulgação científica supostamente neutro, tais como: qual o ponto de vista defendido pelo texto? É possível uma perspectiva isenta de quaisquer posições pessoais? O conhecimento não seria produto da relação entre o sujeito e os objetos enunciados? Se a perspectiva do sujeito é o ponto de partida para tudo não seria coerente dizermos que todo o saber é subjetivo por ser uma construção humana?

1.4 Marcando posição

Tendo em vista a relevância da divulgação científica como uma prática discursiva e social contemporânea, e a polêmica ao tentar classificá-la como um gênero específico ou concebê-la como abarcando diferentes gêneros discursivos, saliento que minha posição é quanto à última assertiva, ou seja, o discurso de divulgação científica, a meu ver, abarca diferentes gêneros discursivos (entrevista, reportagem, artigo, etc.) com o intento de popularizar um conhecimento historicamente centrado na figura do cientista e na instituição que representa. Entretanto, mesmo que discursivamente híbrida, a divulgação científica apresenta características “relativamente estáveis”, como será visto na análise do corpus selecionado.

O conhecimento divulgado por meio dessa prática deve, entretanto, ser situado, como todo o conhecimento, no campo das representações, conforme o interesse do divulgador, seja ele um jornalista ou repórter. Na verdade, compreendo que ocorre uma luta para que sejam impostos princípios de visão sobre práticas científicas, para que sejam reconhecidas como relevantes e significativas pelo público alvo. As construções sociais que se pretendem com determinados discursos (inclusive o discurso de divulgação da ciência) são representações destinadas a fazer valer um determinado conhecimento ou fato para uma determinada realidade (a realidade do leitor, no caso).

Pierre Bourdieu (2004) ao falar da divulgação científica trata da relação do pesquisador com a divulgação dos resultados de seu trabalho, no sentido de que esse

processo deva ser controlado tanto quanto possível, pois seus resultados podem ser usados num debate bem ou mal estabelecido.

Um editorialista vai tomar posição, um outro vai lhe responder, o campo jornalístico vai se por a funcionar plenamente, e vocês terão assim um “debate da sociedade” que produzirá uma demanda social etc.; e, finalmente, serão vocês os pesquisadores intimados a responder aos jornalistas. (p.80)

Há um poder do discurso científico e um contra poder do discurso de divulgação da ciência que a meu ver não se contrapõem, mas que, ao contrário, se articulam de forma que o conhecimento antes exclusivo da comunidade científica se popularize.

Nesse contexto, torna-se significativa a seguinte afirmação de Rubem Alves (2000, p.39): “não importam as diferenças que separam o senso comum da ciência: ambos estão em busca de *ordem*”. Cabe ao analista de discurso desvendar que ordem é essa. Assim, é importante atentar para os princípios da Análise Crítica do Discurso (ACD), cuja concepção tridimensional de discurso como prática discursiva, prática social e texto, apontam para a investigação de um dizer não só na materialidade das palavras, mas também nas condições de produção e no contexto que influencia sua significação.

Para a presente análise, considero, então, a divulgação científica como uma prática discursiva contemporânea que busca levar conhecimentos científicos para um público amplo, além dos limites da comunidade científica em que são produzidos. Como toda prática discursiva envolve práticas sociais, a divulgação científica, também referida como popularização da ciência ou vulgarização do conhecimento, ao levar conhecimentos para o público, carrega com ela pressupostos ideológicos presentes na própria ciência. Isso possivelmente acontece também, como será investigado, com relação às questões de gênero (social), que na ciência é predominantemente masculino, ou seja, o masculino é apresentado como universal.

2. O DISCURSO E SUA ANÁLISE

*Nós vos pedimos com insistência:
Nunca digam – Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia.
Numa época em que reina a confusão,
Em que corre o sangue,
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza...
Não digam nunca: isso é natural!
A fim de que nada passe por ser imutável.*
(BERTOLT BRECHT, Aranha, 1993, p.40)

O desvelamento do discurso para a ACD está relacionado com a (des)naturalização dos acontecimentos, com o olhar para além do que está posto, com tudo o que o discurso pode construir ou destruir. Nesse sentido, o poema do poeta e dramaturgo Bertold Brecht que serve de epígrafe a este capítulo nos permite direccionar nosso olhar. Já dizia Roland Barthes (1993), em síntese simplificada, que a língua poética, por permitir questionar algumas coisas, resiste tanto quanto possível ao mito que busca acabar com o questionamento. Tendo isso em mente, creio ser de fundamental importância conceituar a ACD, bem como situar o trabalho de Norman Fairclough, para a compreensão das ideias que pretendo desenvolver a seguir.

A Análise Crítica do Discurso “opera com uma abordagem de discurso em que contexto é uma dimensão fundamental [...]; conceptualiza o sujeito [...] como sujeito construído por e construindo os processos discursivos a partir da sua natureza de actor ideológico” (PEDRO, 1997, p.20). Isso quer dizer que o sujeito opera apenas com graus relativos de autonomia, e que a linguagem está inserida em contextos sociais, determinando-os e sendo determinada por eles. Daí o carácter eminentemente

ideológico dessa prática de análise discursiva, que segundo van Dijk (2008, p.113), “é um tipo de investigação analítica discursiva que estuda principalmente o modo como o abuso de poder, a dominação e a desigualdade são representados, reproduzidos e combatidos por textos orais e escritos no contexto social e político.” A ACD busca, portanto, examinar as formas pelas quais as estruturas discursivas confirmam, legitimam, desafiam, produzem ou reproduzem relações de poder e dominação na sociedade.

Segundo Maria Carmen Gomes (2007), os trabalhos elaborados por Norman Fairclough (Language and Power, 1989), Teun van Dijk (Prejudice in Discourse, 1984) e Ruth Wodak (Language, Power and Ideology, 1989), além dos de Gunther Kress, que se centram na opacidade discursiva para tentar desnaturalizá-la, foram as obras pioneiras dos estudos discursivos críticos. Dentre esse grupo de teóricos da ACD, destaca-se Norman Fairclough, lingüista britânico conhecido por sua Teoria Social do Discurso, com significativa contribuição à linguística do final do século XX. Sua teoria é considerada inovadora “quando propõe examinar em profundidade não apenas o papel da linguagem na reprodução das práticas sociais e das ideologias, mas também seu papel fundamental na transformação social” (PEDRO, 1997, p.10).

Para Fairclough, *discurso* é uma forma de prática social que está em uma relação dialética com outras estruturas sociais e que tem um poder constitutivo, isto é, cria crenças e formas de conhecimento, identidades e relações sociais. *Textos*, as manifestações concretas dos discursos, são perpassados por relações de poder, naturalizando muitas vezes os sentidos, o que privilegia a interligação entre poder e ideologia. *Gênero textual/discursivo*, como já foi visto ao se tratar sobre a divulgação científica, além de implicar um tipo particular de texto, implica também processos particulares de produção, consumo e distribuição de textos, que deverão ser estudados por sua interação com as estruturas sociais.

Pensando na ACD e em todas as possibilidades de análise que seus princípios possibilitam, creio que sua perspectiva emancipatória torna-se muito significativa para que pressupostos ideológicos presentes em textos de qualquer natureza (divulgação científica, no caso do presente trabalho) sejam evidenciados e analisados para um entendimento do discurso de que são parte.

2.1 Os conceitos de Fairclough

Considerando que o que quer que queiramos comunicar sempre assume um ponto de vista e uma perspectiva que demonstra nossa identidade (camufladamente

ou não) e expressa e reproduz a estrutura social de que somos parte e as ideologias que abraçamos, torna-se necessário, conforme proposto por Fairclough (1992/2001), analisar o discurso em três dimensões: *texto*, *prática discursiva* e *prática social*, (conforme apresentado no esquema que segue) não necessariamente nessa ordem.

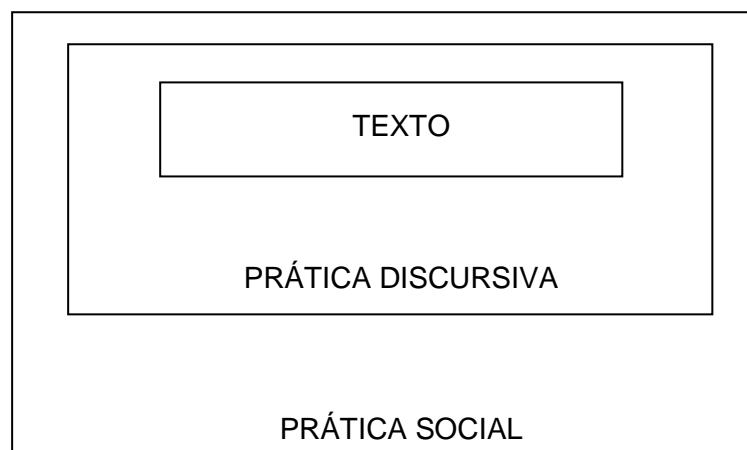


Figura 1 – Concepção tridimensional do discurso em Fairclough (FAIRCLOUGH, 2001, p.101).

As categorias analíticas para cada uma das dimensões da Análise do Discurso propostas acima são representadas pelo quadro abaixo.

TEXTO	PRÁTICA DISCURSIVA	PRÁTICA SOCIAL
vocabulário	produção	ideologia
gramática	distribuição	sentidos
coesão	consumo	pressuposições
estrutura textual	contexto	metáforas
	força	hegemonia
	coerência	orientações econômicas
	intertextualidade	políticas, culturais, ideológicas

Quadro 1 – Categorias analíticas propostas no modelo tridimensional (RESENDE E RAMALHO, 2006, p.29).

Esse modelo foi apresentado por Fairclough em inícios da década de 1990 e desenvolvido em vários trabalhos subsequentes. Como podemos observar, segundo esse modelo, para analisar o *texto* que, seja falado ou escrito, expressa a organização da realidade do mundo bem como a da realidade social dos sujeitos, parte-se de categorias tais como a gramática, a coesão, a estrutura textual, o vocabulário, e remete-se, portanto, a sua materialidade linguística.

Na *interação/prática discursiva*, analisam-se categorias de produção, distribuição, consumo, contexto, força, coerência, intertextualidade, estabelecendo-se

a organização da realidade social do sujeito por meio de estruturas e regras das relações interpessoais.

Seguindo essa proposta, o *contexto/prática social* reflete as condições sociais de interpretação e de produção a partir das práticas sociais. Seria a dimensão da ação social, refletindo a organização da realidade do mundo por meio de questões relacionadas à hegemonia política, cultural, ideológica e econômica, sendo importante avaliarem-se aqui elementos como pressuposições e metáforas, por exemplo.

O dispositivo analítico para considerarem-se as três áreas apresentadas acima inclui, conforme Fairclough (2001/1992), procedimentos de descrição, interpretação e explanação, três dimensões que se inter-relacionam no processo de análise.

Esse modelo foi ampliado em Chouliaraki e Fairclough (1999), considerando que toda a análise deve ter uma reflexão crítica sobre si própria (pesquisa auto-reflexiva), ou seja, um questionamento sobre como poderá contribuir para a emancipação social. São mantidas as três dimensões do discurso de forma mais pulverizada, porém há um privilégio da análise da prática social. As autoras Viviane Resende e Viviane Ramalho (2006, p.37) apresentam esse novo enquadre, representando-o pelo quadro abaixo.

ETAPAS DO ENQUADRE PARA ADC DE CHOULIARAKI E FAIRCLOUGH (1999)		
1) Um problema (atividade, reflexividade)		
2) Obstáculos para serem superados	(a) análise da conjuntura	
	(b) análise da prática particular	(i) práticas relevantes (ii) relações do discurso com outros momentos de prática
	(a) análise de discurso	(i) análise estrutural (ii) análise interacional
3) Função do problema na prática		
4) Possíveis maneiras de superar obstáculos		
5) Reflexão sobre a análise		

Quadro 2

Esse enquadre para a ACD, segundo as autoras, além de possibilitar maior abertura nas análises, estimula “o interesse na análise de práticas problemáticas decorrentes de relações exploratórias” (idem, p.37) além de captar “a articulação entre discurso e outros elementos sociais na formação de práticas sociais” (p.38). As três principais maneiras pelas quais o discurso figura em práticas sociais são gêneros,

discursos e estilos. Esses elementos permitem que se compreendam as ideologias como representações que “podem ser legitimadas em maneiras de *ação social* e inculcadas nas *identidades* de agentes sociais” (idem, p.53). Esses três elementos também, de acordo com essa nova proposta de Fairclough que se embasa no funcionalismo¹² de Halliday, fundamentam a abordagem do discurso “em termos de três principais tipos de significados: o significado *representacional*, ligado a discursos; o significado *acional*, ligado a gêneros; e o significado *identificacional*, ligado a estilos” (idem, p.53). Eles surgiram da ampliação do diálogo teórico entre a Análise Crítica do Discurso (ACD) e a Lingüística Sistemico Funcional (LSF), substituindo as funções da linguagem propostas por Halliday: ideacional (de representação), interpessoal (significado como ação) e textual.

É Interessante também ressaltar a estreita ligação da ACD proposta por Fairclough com a perspectiva dialógica de Bakhtin, “no que diz respeito à *corrente* ou *cadeia de textos*: cada texto é precedido por/responde a textos anteriores e é seguido por outros textos. Os textos são parte de um diálogo em andamento” (Meurer, 2005, p.93). Conforme resalta José Luiz Fiorin (2006), “o dialogismo é sempre entre discursos. O interlocutor só existe enquanto discurso. Há, pois, um embate de dois discursos: o do locutor e o do interlocutor” (p.166).

Como a linguagem faz a mediação com a realidade, os discursos é que atribuem sentido às coisas, embebendo-se de outros discursos cujas palavras também são cercadas de outras palavras, alternando-se os sujeitos falantes. Os sentidos, sempre “dialógicos” dos enunciados, é que vão compor os discursos embebidos de ideologias que os constituem. Portanto, a dimensão que determina o que é um enunciado é a alternância dos sujeitos falantes e a relação que se estabelece entre enunciados na comunicação verbal é uma relação dialógica, que é constitutivamente contraditória, pensando-se o dialogismo, assim, como um embate entre vozes sociais onde circulam jogos de poder dentro das esferas de exercício (e de exclusão) do poder.

Fairclough e Bakhtin também se aproximam quando se trata da intertextualidade, fato destacado por vários pesquisadores. Adriana Rosa (2010), por exemplo, ao analisar as marcas da intertextualidade, centrando-se especificamente no discurso citado, a seu ver, típicas do gênero “conselho de auto-ajuda”, recorre aos fundamentos da Análise Crítica do Discurso, co-articulando essa perspectiva com a teoria enunciativa e a Teoria dos Gêneros do Discurso de Bakhtin/Volochínov. A autora resalta que a definição de gênero em Fairclough é compatível com a de

¹² A gramática funcionalista analisa as relações entre as formas e as funções lingüísticas; nessa abordagem o discurso é definido como a linguagem em uso.

Bakhtin, que como se sabe, tem nas relações dialógicas o princípio constitutivo dos gêneros. Também Christine de Carvalho (2010) trabalhando o CD-ROM em práticas de linguagem como gênero discursivo, usa estudos de gênero de Bakhtin e Fairclough como bases teóricas para análise. Adota no trabalho as bases da teoria crítica que vê a linguagem como prática social, ponderando que “essa teoria destaca a análise intertextual e interdiscursiva como fundamental para a compreensão dos gêneros discursivos na sociedade contemporânea” (p.797). Percebo, assim, o quanto autores da área do discurso, ao embasarem suas pesquisas, buscam um diálogo com as teorias de Bakhtin, embora seu foco central seja outras vertentes de análise do discurso.

2.2 Das formas simbólicas à ideologia

O discurso tem papel fundamental na produção e reprodução de ideologias, assinala van Dijk (2003). As ideologias determinam os diferentes níveis de estruturas do discurso, “por exemplo, a entonação, a sintaxe, as imagens, os aspectos relacionados com os significados dos temas, a coerência, as suposições, as metáforas e a argumentação, dentre outros” (van Dijk, 2003, p.9). Esse mesmo autor, ao tratar em outro momento (van Dijk, 2003a) sobre a ACD, considera o poder das elites como um poder discursivo, sendo que, a seu ver, é através de estudos do discurso que se podem compreender os recursos de manipulação e dominação utilizados pelos grupos sociais hegemônicos.

Tendo em mente a assertiva anterior, torna-se importante verificar como a ideologia se reflete no discurso e como o sentido, construído e usado pelas formas simbólicas, pode servir ou não para manter relações assimétricas de poder. Conforme pondera Slavoj Zizek (1996, p.26),

a realidade nunca é diretamente ‘ela mesma’; só se apresenta através de sua simbolização incompleta / falha. [...] a ‘realidade’, tal como a verdade, nunca é, por definição, ‘toda’.

A realidade é, pois, estruturada por meio de mecanismos simbólicos, que sempre fracassam por não conseguir abarcar inteiramente o real. E os mecanismos simbólicos são construídos discursivamente.

Segundo John Thompson (1995) a ideologia é parte integrante da luta que se trava na vida social tanto por meio de palavras e símbolos como pelo uso da força física. Tendo semelhante entendimento, Terry Eagleton (1997) sustenta que as

batalhas sociais e políticas são travadas pelos indivíduos no âmbito dos signos, significados e representações.

Ao concentrarmos, como analistas críticos do discurso, o estudo da ideologia no terreno das formas simbólicas contextualizadas, nas maneiras como essas são usadas para estabelecer e sustentar relações de poder, estamos estudando um aspecto da vida social que “é tão real quanto qualquer outro” (THOMPSON, 1995, p.19). Temos que aceitar que, na verdade, nunca lidamos com a realidade, e sim com ficções simbólicas, com uma pluralidade de universos discursivos, e essa atitude, argumenta Zizek (1996), é ideológica por excelência.

Sendo assim, “o conceito de ideologia pode ser usado para se referir às maneiras como o sentido (significado) serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações de poder que são sistematicamente assimétricas” e que são chamadas por John B. Thompson (1995, p.16) de “relações de dominação”. Terry Eagleton (1997, p.44) reforça que “a ideologia é essencialmente uma questão de significado”. Na verdade, ideologia, é “*sentido a serviço do poder*” (THOMPSON, 1995, p.16; ênfase no original), poder que está em toda parte, conforme salienta Eagleton (1997), com base em Nietzsche e Foucault. Resta questionar se o sentido (construído e usado pelas formas simbólicas) serve ou não para manter relações de poder sistematicamente assimétricas.

O sentido é mobilizado de formas complexas para a manutenção de relações de dominação. Segundo Thompson (1995, p.17), “as formas simbólicas, ou sistemas simbólicos, não são ideológicos em si mesmos: se eles são ideológicos, e o quanto são ideológicos, depende das maneiras como eles são usados e entendidos em contextos sociais específicos”.

Portanto, num determinado contexto, podemos olhar uma forma simbólica ou um sistema como conservador e noutro contexto como radical, subversivo e contestador. Segundo Thompson, só poderemos dizer se os fenômenos simbólicos servem, ou não, para estabelecer e sustentar relações de dominação, quando examinarmos as maneiras como as formas simbólicas são empregadas, transmitidas e compreendidas por pessoas situadas em contextos sociais estruturados. Thompson usa o termo formas simbólicas para se referir “a uma ampla variedade de fenômenos significativos, desde ações, gestos e rituais até manifestações verbais, textos, programas de televisão e obras de arte” (idem, p.183). O autor propõe uma concepção interessada pelas maneiras como as formas simbólicas se entrecruzam com relações de poder (intencionalmente, convencionalmente, estruturalmente, referencialmente e contextualmente). Não podemos determinar a verdade ou a falsidade das formas simbólicas, mas as maneiras como o sentido serve para *estabelecer e sustentar*

relações de dominação. *Estabelecer* significa que o sentido pode criar ativamente e instituir relações de dominação; *sustentar* significa que o sentido pode servir para manter e reproduzir relações de dominação através de um processo contínuo de produção e recepção de formas simbólicas por meio de práticas sociais, entre as quais as práticas discursivas, das quais algumas estratégias serão examinadas a seguir.

Sendo o discurso uma prática ideológica por natureza, o exame de estratégias discursivas típicas de construção simbólica torna-se procedente. Há que se considerar que “a abordagem de ideologia de Thompson, aliada ao arcabouço da ADC, fornece ferramentas para se analisar, linguisticamente, construções discursivas revestidas de ideologia” (RESENDE; RAMALHO, 2006, p.52-53).

Em seu estudo sobre a ideologia, Thompson reconhece algumas estratégias, dentre as quais destaco a *legitimação*, *dissimulação*, *unificação*, e *reificação*. Como essas estratégias são efetivadas discursivamente, torna-se interessante verificar como são por ele explicitadas. A *legitimação* designa o reconhecimento, pelas instituições do poder e segundo articulações discursivas que esse mesmo poder domina, de determinados fatos sociais. Para Thompson ela pode efetivar-se por meio de fundamentos racionais, que fazem apelo à legalidade das regras dadas, de fundamentos tradicionais à sacralidade de tradições imemoriais e de fundamentos carismáticos e ao caráter excepcional de uma pessoa individual que exerça autoridade. Outra estratégia de legitimação, conforme o autor, é a *universalização*, pela qual acordos que servem a interesse de alguns indivíduos são apresentados como servindo aos interesse a todos. Eagleton (1997) refere-se a esse processo, salientando que não se trata apenas da imposição de idéias por aqueles que estão acima e sim de garantir a cumplicidade das classes e grupos subordinados. Essa *mistificação*, para ele “assume a forma de camuflagem ou repressão dos conflitos sociais” (p.19), sendo que um dos problemas “com a tese da ‘ideologia como legitimação’ diz respeito à própria natureza do poder” (p. 20), que pode gerar uma crise de legitimidade, mediante a constatação de que ninguém é crédulo o bastante para deixar-se enganar por ela.

O segundo grupo de estratégias apresentado por Thompson é a *dissimulação*, ou seja, ocultar, negar, obscurecer, desviar a atenção, passar por cima, forma muito utilizada em discursos especialmente orientados para a ação. Dentre estas estratégias têm-se a *eufemização*, que facilita a dissimulação das relações sociais quando “ações, instituições ou relações sociais são descritas ou redescritas de modo a despertar uma valoração positiva” (1995, p. 84). O autor cita exemplos, tais como a supressão violenta de um protesto sendo descrita como a “restauração da ordem”; o campo de concentração ou a prisão sendo descrito como um “centro de reabilitação”;

desigualdades institucionalizadas, baseadas em divisões étnicas, sendo descritas como “desenvolvimento paralelo”; trabalhadores estrangeiros sem direitos de cidadania sendo descritos como “trabalhadores hóspedes”.

Também na categoria de dissimulação, segundo Thompson, temos os *tropos*, cujas formas mais comuns são a *sinédoque*, a *metonímia* e a *metáfora*. Na *sinédoque*, a fim de se referir ao todo, alguém usa o termo que está no lugar de uma parte, ou a fim de se referir a uma parte, usa um termo que se refere ao todo. O autor exemplifica: “termos genéricos como ‘os ingleses’, ‘os americanos’, ‘os russos’, passam a ser usados para se referir a governos particulares ou a grupos dentro de um estado nação” (p.85). Ou então, termos como os “homens”, as “mulheres”, são usados genericamente para se referir a um ou outro grupo de homens e de mulheres. A dissimulação das relações sociais nesta técnica se dá por meio da inversão ou confusão das relações entre coletividades e suas partes, entre grupos particulares e formações sociais e políticas mais amplas. A *metonímia* é uma prática comum na propaganda pela qual o sentido é, muitas vezes, mobilizado de maneiras sutis e sub-reptícias, sem tornar explícitas as conexões entre os objetos referidos ou supostos pelo anúncio. Consiste no uso de um termo (que toma o lugar de um atributo, adjunto ou característica) para se referir à própria coisa “embora não exista conexão necessária entre o termo e a coisa” (p.84). Exemplificando, ao dizer *sou alérgica a cigarro* nas entrelinhas estou querendo dizer que sou alérgica a fumaça, mas não ao cigarro, pois o cigarro é a causa e a fumaça, o efeito.

A *metáfora* implica a aplicação de um termo ou frase a um objeto ou ação à qual ele literalmente não pode ser aplicado. Dissimula relações sociais através de sua representação ou da representação de indivíduos e grupos nelas implicados, como possuidoras de características que eles não possuem, como no caso de “dama-de-ferro”, metáfora que conferia à primeira ministra britânica uma determinação sobre-humana, uma firmeza de vontade. Seria como uma câmera que poderia criar distorções “mediante alguma espécie de interferência embutida na imagem”, salienta Eagleton (1997, p. 76).

Thompson, ao chamar a atenção para esses vários tipos de tropo, não quer sugerir que o uso figurativo da linguagem é sempre o mesmo ou predominantemente ideológico. Quer somente afirmar que o uso figurativo da linguagem é uma característica bastante comum do discurso cotidiano. Eagleton (1997) reconhece que, mediante a dissimulação, as idéias e crenças ajudam a legitimar interesses de um grupo ou classe dominante. Também nesse caso existe a probabilidade que se observem, nos artigos postos para análise, construções de linguagem que nos permitam reforçar a legitimação de idéias e crenças por dissimulação.

A *unificação*, o terceiro grupo de estratégias apresentado por Thompson, pode ser entendida como construção no nível simbólico de uma forma de unidade que interliga os indivíduos numa identidade coletiva, independentemente das divisões e diferenças que podem separá-los. Ela pode ser expressa pela *padronização* (linguagem nacional para criar uma identidade coletiva) e pela *simbolização da unidade* (bandeiras, hinos, emblemas, distinções, ligadas ao processo de narrativização das origens). Pode ser expressa também pela padronização de regras básicas para que se mantenha a saúde do coração, por exemplo, sem que se diferenciem homens e mulheres e até se aponte perfis dos homens e das mulheres que podem apresentar doenças do coração.

Finalmente, a *reificação*, ou seja, a retratação de uma situação transitória, histórica, como se essa situação fosse permanente, natural e atemporal, elimina ou ofusca o caráter sócio-histórico dos fenômenos. Pode ser expressa, segundo Thompson, em formas simbólicas através das estratégias da *naturalização*. É o processo, reconhecido por Roland Barthes em *Mitologias* (1993, p.163), que transforma “uma intenção histórica em natureza, uma contingência em eternidade”. Por exemplo, a divisão socialmente instituída do trabalho entre homens e mulheres passa a ser retratada como resultante das diferenças fisiológicas entre os sexos. A reificação assume para Eagleton (1997, p.19), “a forma de camuflagem ou repressão dos conflitos sociais”.

Na visão de Eagleton (1997), as ideologias bem-sucedidas tornam naturais e evidentes suas crenças, identificando-as de tal modo com o senso comum da sociedade que ninguém a imaginaria diferente. Para Barthes (1993) a naturalização constitui em si o mito, ou seja, um modo de significação que, “é vivido como uma fala inocente, não que suas intenções estejam escondidas: se os estivessem, não poderiam ser eficazes; mas porque elas são naturalizadas” (idem, p.152). O mito é a prostituição da linguagem. “O que o mundo fornece ao mito é real, histórico [...] e o que o mito restitui é uma imagem *natural* deste real” (idem, p.163). Torna-se necessário que façamos uma leitura diferente, contra ideológica, crítica.

Fairclough (2001) acentua que, embora a naturalização das ideologias em senso comum seja eficaz, essa propriedade não deve ser muito enfatizada porque a luta ideológica como dimensão da prática discursiva tende a remoldar essas práticas e as ideologias nelas construídas. Aí se torna significativa a luta hegemônica, desnaturalizando convenções e práticas discursivas e as substituindo por outras. Nesse intento

qualquer exemplo de prática discursiva pode ser interpretado à luz da relação que estabelece, não apenas com as ordens de discurso e práticas discursivas já existentes [...] [reproduzindo-as ou transformando-as] mas também com as estruturas sociais, ideologias e relações de poder existentes (FAIRCLOUGH, 1997, p.82).

A *reificação* torna-se significativa na medida em que também pode ser expressa pela cristalização de costumes, tradições e instituições, sem questionamento sobre sua finalidade, o que Thompson classifica como *eternalização*. Porém, para Zizek (1996), a forma de reificação que consiste em manter um pensamento como um bem estável opõe-se ao seu próprio sentido, uma vez que as idéias têm que dissolver visões cristalizadas dos objetos.

É importante salientar ainda que a ideologia como reificação pode ser expressa por meio de recursos linguísticos, tais como a *nominalização* e a *passivização*, que concentram a atenção do ouvinte ou leitor em certos temas com prejuízo de outros. Apagam os atores e a ação, e tendem a representar processos como coisas ou acontecimentos que ocorrem na ausência de um sujeito que produza essas coisas. “Em condições não revolucionárias”, salienta Eagleton (1996, p.188), “a consciência da classe trabalhadora fica passivamente submetida aos efeitos da reificação”, pois para ele, “também a consciência é um tipo de reificação” (1997, p.171).

Ao tratar desses recursos linguísticos, Fairclough afirma que “a nominalização transforma processos e atividades em estados e objetos, e ações concretas em abstratas” (2001, p.277). Exemplifica: uma coisa é nos referirmos, na gravidez, a processos concretos que não estão se desenvolvendo normalmente; outra coisa é fazer referência a estes como anormalidades quaisquer que podem estar presentes, criando dessa forma “nova categoria de entidades abstratas” (idem).

Com relação à voz passiva, segundo o autor, existem muitas motivações para escolhê-la, dentre elas o fato de permitir a omissão do agente, ou por ele ser evidente, irrelevante ou desconhecido, ou ainda com o intuito de ofuscar a responsabilidade e a causalidade. Ressalta, ainda, que “a nominalização divide com a voz passiva a possibilidade de omitir o agente e a variedade de motivações para fazê-lo” (idem, p.226).

Thompson ainda nos permite compreender que se pode analisar o caráter significativo das formas simbólicas através de várias outras estratégias. Ele as nomeia como intencional, convencional, estrutural, referencial e contextual. Os próprios termos tecem referência aos processos mentais utilizados para fazê-lo. Essa atitude passa a ser um desafio para o qual se torna necessário compreender a noção de sentido, o conceito de dominação e maneiras como o sentido pode servir para estabelecer e

sustentar relações de dominação. Como, segundo van Dijk (2008), as formas de dominação que resultam em desigualdades e injustiças sociais são de interesse dos estudos críticos do discurso, tornam-se significativas as práticas investigativas sobre, por exemplo, de que modo um pronome, uma entoação específica, um tópico, uma manchete jornalística, uma cor ou ângulo de câmera, dentre outras propriedades semióticas do discurso, “se relacionam a algo tão abstrato e geral como as relações de poder na sociedade” (van Dijk, 2008, p.9).

Até o momento, foram apresentados, com base substancial em Thompson, dentre outros autores citados, os vários modos de operação da ideologia e algumas das estratégias típicas de construção simbólica por meio das quais esses modos podem ser expressos. Possivelmente serão úteis para aclarar, em minha análise, os efeitos ideológicos do discurso nas representações de gênero em artigos de popularização de ciência. Nesse sentido, torna-se oportuno observar que,

se as formas simbólicas assim produzidas servem para sustentar relações de dominação ou para subvertê-las, se servem para promover indivíduos e grupos poderosos ou para miná-los, é uma questão que só pode ser resolvida examinando como essas formas simbólicas operam em circunstâncias sócio-históricas particulares, como elas são usadas e entendidas pelas pessoas que as produzem e recebem nos contextos socialmente estruturados da vida cotidiana (THOMPSON; 1995, p.89).

Também se torna oportuno considerar que as identidades, relações e objetos são criados e recriados no mundo social por meio da ideologia presente nos discursos. Essas considerações me remetem a avaliar a ideologia como um fenômeno discursivo ou semiótico, isto é, enfatizar simultaneamente sua materialidade (pois signos são entidades materiais), e “preservar o sentido de que ela diz respeito essencialmente a significados” (EAGLETON, 1997, p.171). Em outras palavras, a ideologia trabalha sobre a situação real (material) de maneiras transformadoras (significando-as). “A ideologia é antes uma questão de ‘discurso’ que de ‘linguagem’ - mais uma questão de certos efeitos discursivos concretos que de significação como tal” (idem, p.194). Seria um grande campo discursivo de conflitos e colisões de poderes sociais acerca de questões que visem à reprodução do poder social como um todo.

O uso da linguagem e do discurso é uma das práticas sociais mais importantes para adquirir, apreender ou modificar as ideologias, salienta van Dijk (2003). Conforme ele, grande parte de nosso discurso expressa opiniões com fundamento ideológico, especialmente quando falamos como membro de um grupo. No entanto, isso não significa que tenhamos consciência da ideologia expressa em nosso discurso. Como

sujeitos institucionais, não temos consciência de nossas formas de falar, a menos que sejamos forçados a isto. Inclusive, observa Fairclough (2001), em consonância com van Dijk, mesmo que nossa prática contribua para mudança ideológica, sendo interpretada como de resistência, não estamos necessariamente conscientes de sua significação ideológica. Isso quer dizer que “não se deve pressupor que as pessoas têm consciência das dimensões ideológicas de sua própria prática” (idem, p. 121). Fairclough defende a posição dialética entre o fato de os sujeitos serem posicionados ideologicamente, de um lado, e, de outro, serem capazes de agir criativamente reestruturando práticas e estruturas posicionadoras. Esse equilíbrio, segundo o autor, depende das condições sociais. De qualquer forma, uma ação criativa vai depender de uma consciência crítica sobre o discurso, objetivo central da ACD.

2.3 Produção / interpretação dos discursos

Se o discurso é “uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 91), devo ressaltar que ele contribui para a construção das posições de sujeito e das identidades sociais, para a construção das relações sociais entre as pessoas e para a construção de sistemas de crença e conhecimento. Por outro lado, conforme enfatiza Thompson (1995, p.201), os “indivíduos [...] estão situados em contextos sócio-históricos específicos, e as características sociais desses contextos moldam as maneiras pelas quais as formas simbólicas são por eles recebidas, entendidas e valorizadas”. São essas relações entre produção e recepção, com as implicações ideológicas delas resultantes, que a Análise Crítica do Discurso busca desvendar.

Dentre os elementos que a Análise Crítica do Discurso pode utilizar ao analisar o texto como pista para o entendimento do discurso, Fairclough destaca o *vocabulário*, a *gramática*, a *coesão* e a *estrutura textual* (vide Quadro 1). No trabalho com o *vocabulário* focalizam-se seu significado político e ideológico, as implicações das metáforas, bem como as disputas entre sentidos nas palavras, em suma, as escolhas lexicais. No estudo da *gramática* examinam-se as estruturas sintáticas, as nominalizações, os processos de agência e estruturação dos verbos. Na *coesão* observam-se os operadores argumentativos, ou seja, a ligação entre orações e frases, que, por exemplo, podem ocorrer por repetição de palavras, sinônimos próximos, pronomes, artigos definidos, conjunções, etc. Na *estrutura textual* examina-se o

processo de organização global do texto, ou seja, suas propriedades organizacionais, suas convenções e estruturas.

Trata-se de um processo de análise bastante complexo, envolvendo um grande número de categorias que podem ou não ser mobilizadas em diferentes momentos, conforme o tipo de texto sob escrutínio ou mesmo o contexto de interação em que se situa. O que é importante destacar é que essa análise ocorre a partir da materialidade linguística, ou seja, das formas efetivamente presentes no texto e que revelam escolhas (conscientes ou não) de base ideológica. Em suma, por meio de uma análise linguística da materialidade discursiva, a Análise Crítica do Discurso objetiva descrever, explicar e interpretar o discurso, com o objetivo de revelar posicionamentos ideológicos, especialmente os que envolvem preconceito, discriminação e outras assimetrias de poder, tais como o racismo, os conflitos étnicos, as relações de gênero, nas quais centro meu interesse.

2.4 Categorias de análise

Conforme já indicado no capítulo introdutório, a presente pesquisa visa investigar as representações de gênero presentes em artigos de divulgação científica (popularização da ciência) que abordam problemas cardíacos. Tenho como hipótese que as representações do masculino e do feminino veiculadas em discursos sobre sintomatologia de doenças cardíacas têm como referência principal o corpo masculino.

Nesse trabalho sobre representação discursiva, serão privilegiados o significado *acional* e o significado *representacional* que, como já foram mencionados, surgiram da ampliação do diálogo teórico entre a Análise Crítica do Discurso (ACD) e a Linguística Sistêmico Funcional (LSF).

O significado *acional* diz respeito a gêneros. Sabe-se que eles diferem na escala de atuação bem como no grau de homogeneização e estabilização (alguns mais rigorosos outros mais flexíveis). No capítulo sobre divulgação científica, ao tecermos considerações sobre gênero textual/discursivo, foi exposto que o gênero como “tipo de enunciado” se refere a certos traços (regularidades) que são comuns a ele. Com base em Zamboni e Leibrunder, vimos em 1.3, que trata sobre a prática de divulgação científica, que existem certas regularidades nos textos que nos permitem identificá-los como pertencentes a um mesmo sistema, percepção que se acentua à medida que se começa a analisá-los.

Nesses textos de divulgação científica pode-se perceber claramente, por exemplo, a inclusão das vozes dos cientistas, mesmo de forma indireta, a fim de

legitimar a informação. Nesse encontro de vozes sociais (dialogismo) organizam-se os jogos de poder. Portanto, ao considerarmos a estrutura do texto podemos verificar quais os elementos que são observados com certa regularidade e quais as vozes que neles são articuladas com maior ou menor grau de autoridade.

O *significado representacional* se refere ao fato de que discursos, ao construírem diferentes representações do mundo, projetam diferentes possibilidades de posicionamento ideológico frente a ele, interpelando o leitor a ocupar (ou a rejeitar) uma posição específica. Esse significado me é particularmente interessante, pois ao analisar amostras de artigos de divulgação científica (popularização da ciência), prática comum nos veículos de massa contemporâneos, é de meu interesse verificar quais as representações de gênero constatadas nesses artigos sob análise que abordam infarto do miocárdio. Isso se torna especialmente importante se considerar que as representações são também construções, como será visto no capítulo sobre gênero, apresentado a seguir.

Os procedimentos de descrição, interpretação e explanação, como três dimensões que se inter-relacionam no processo de análise, segundo Fairclough (2001), serão avaliados conjuntamente. Para tal, utilizarei duas categorias principais: a da representação dos atores sociais, conforme proposta por van Leeuwen, e a da transitividade, que examina os tipos de ações atribuídas aos diferentes atores, centrando nosso olhar especificamente no texto escrito, muito embora possam ser traçadas relações com as imagens apresentadas nos artigos. Outras categorias poderão ser utilizadas, sempre que se revelarem importantes para a análise ou contribuírem para esclarecimentos interpretativos.

2.4.1 Representação dos atores sociais:

Objetivando verificar (objetivo específico 1) como os diferentes atores sociais são visibilizados nos textos, utilizarei as categorias propostas por Theo van Leeuwen no artigo “A representação dos atores sociais” de 1997. Embora mais recentemente van Leeuwen tenha republicado sua teoria em *Representing Social Actors* (2008), coletânea que recolhe 15 anos de trabalhos do autor no campo de estudos em ACD, optou-se por utilizar o artigo original, tendo em vista que a classificação é exaustiva e serve perfeitamente os propósitos da presente análise.

O estudo de van Leeuwen (1997) é importante por relacionar primeiramente os aspectos sociais dos atores para depois analisar o modo como são representados. Justifica-se essa opção pelo fato de o autor acreditar não haver exata correlação entre categorias sociológicas e lingüísticas. Uma outra justificativa embasa-se no fato de o

significado estar na cultura e não na língua. A língua pode representar de modo impessoal ou pessoal, por exemplo, o papel dos atores sociais, dependendo da visão de mundo de determinada cultura. As representações, portanto, “podem dar aos atores sociais papéis ativos e/ou passivos”, isto é, “recolocar os papéis e rearranjar as relações sociais entre os participantes” (Pedro, 1997, p.35).

A representação dos atores sociais no discurso pode ocorrer, segundo van Leeuwen (1997), no seu nível mais genérico, por **inclusão** ou **exclusão**, dependendo das intenções do autor em relação aos leitores. Embora esse processo de inclusão e exclusão parta de categorias sociológicas, ele abrange fenômenos lingüísticos e retóricos que podem servir para manipular o ouvinte preservando interesses do emissor. Essas categorias são as mais gerais e, no caso das **exclusões**, elas tanto podem colocar em segundo plano os atores sociais (**exclusão por encobrimento**), ao fazerem menção a eles de forma indireta ou ambígua, quanto podem suprimi-los (**exclusão por supressão**), não deixando marcas textuais dos atores ou de suas atividades, sendo nesse caso radicais. Na materialidade lingüística do texto a supressão pode se dar, por exemplo, por meio do apagamento do agente da passiva, das nominalizações, bem como de orações infinitivas cujo verbo no infinitivo funciona como um participante gramatical. Todos esses elementos dentro de um contexto nos possibilitam pressupor a identidade dos atores sociais suprimidos, porém nunca nos dão certeza sobre sua identidade.

Na categoria **inclusão**, os papéis atribuídos aos atores sociais podem ser ativos ou passivos. Tem-se a **passivação** quando os atores sociais são representados como sendo receptores (**beneficiação**) ou submetidos (**sujeição**) a determinada atividade. Tem-se a **ativação** quando os atores sociais são representados como ativos em referência a determinada atividade. De acordo com van Leeuwen, a ativação e a passivação de um ator social pode se realizar pela **participação**, **circunstancialização**, isto é, por meio da de circunstâncias preposicionadas ou da **possessivação** – a ativação se dá por uso de pronomes possessivos. Exemplo: “A quantificação do perigo que ocorre com o coração de uma pessoa, por meio de um simples teste, é fruto da mais ambiciosa pesquisa já realizada com uma grande população:...”. Observa-se o sujeito como agente do processo verbal sendo que essa agência realiza-se por meio da nominalização em *quantificação*, embora se saiba que ela foi necessariamente realizada por alguém.

Na tipologia de van Leeuwen, além da representação por ativação ou passivação, no processo de inclusão são distinguidas duas outras categorias: a **generalização** e a **especificação** apresentadas no esquema abaixo.

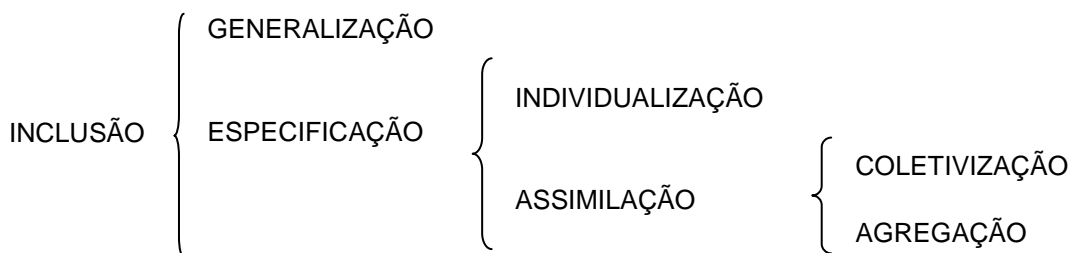


Fig. 2 – Inclusão dos atores sociais - 1 (Adaptado de van Leeuwen 1997, p.219)

A **generalização** tende a colocar os atores sociais em classes ou grupos, podendo realizar-se gramaticalmente através do plural sem artigo ou do singular com artigo definido ou indefinido, como nos exemplos: “As mulheres são irracionais [...] são bruxas que enlouquecem qualquer um” (Veja, 2/3/2005, p.85) e “os homens, ao contrário, são seres equilibrados, [...] e de bom senso” (idem).

Na **especificação** podem-se reconhecer os processos de **individualização**, quando os atores sociais são referidos como indivíduos, e de **assimilação**, sendo este último subdividido em **assimilação por agregação**, quando são referidos por grupos agregados, e **assimilação por coletivização**, quando são referidos por grupos coletivizados, dando a idéia de que o grupo é homogêneo em atitudes e idéias. Exemplos:

a - ...”Mileva Maric: brilhante cientista, Mileva foi abandonada por Einstein e nunca mais se casou. (Veja, 2/3/2005, p.87). (individualização)

b – A pesquisa sobre redução de colesterol deu que 70% dos casos são evitados com a associação de aspirina e antidepressivos e apenas 30% sem o uso desses medicamentos. (assimilação por agregação)

c – Pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas bem como do Instituto do Coração de São Paulo vêm realizando estudos que têm contribuído para a melhoria da longevidade e da qualidade de vida. (assimilação por coletivização)

Os atores sociais podem ainda ser **personalizados** ou **impersonalizados** como pode se ver no esquema abaixo.

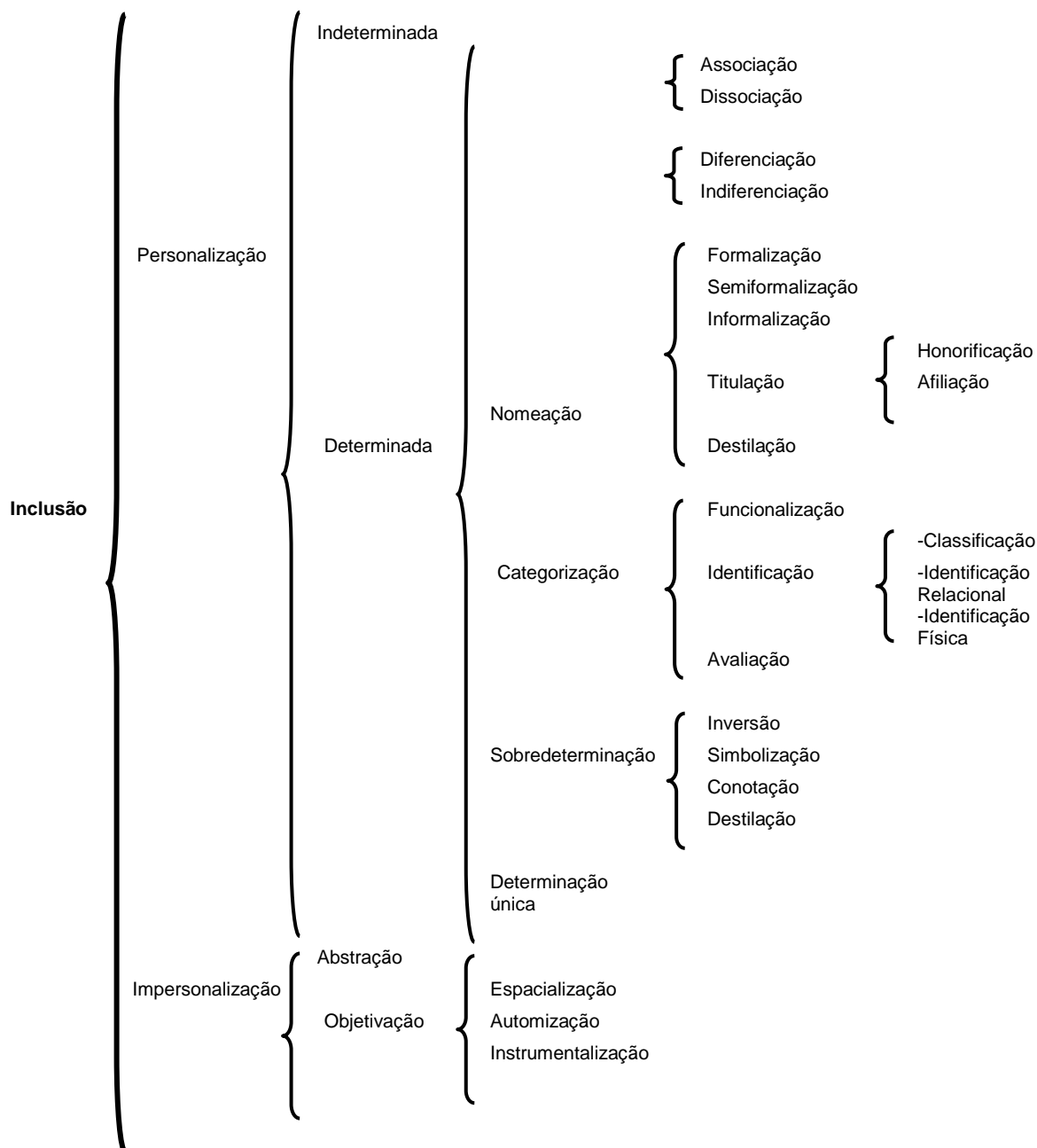


Fig. 3 – Inclusão dos atores sociais - 2

(Adaptado de van Leeuwen 1997, p.219)

Com relação à **personalização** dos atores sociais, estes podem ser apresentados de forma **indeterminada** e de forma **determinada**. Pronomes indefinidos ou referências de grande influência coercitiva podem apresentar os atores sociais de forma **indeterminada**. Exemplo: “Umas bruxas enlouquecem qualquer um” (referência feita ao efeito que mulheres podem provocar nos homens). Na representação discursiva **determinada**, o papel dos atores sociais, segundo van Leeuwen, pode se dar por **associação** ou **dissociação**, quando grupos não classificados no texto, mesmo que nomeados de forma genérica ou específica, estarão

sempre sendo referidos pela intercessão de idéias que um grupo de atores sociais consegue manter em relação a determinada situação. Exemplo: “Amo as mulheres brasileiras: mulheres italianas, alemãs, índias, polonesas.... Isso é meu país!” Aqui “italianas, alemãs, índias, polonesas” estão associadas à idéia de mulheres brasileiras.

A **determinação** pode se dar por diferenciação ou indiferenciação, isto é, pode ser **diferenciada** ou **indiferenciada**. Quando as pessoas do discurso são distinguidas como atores sociais individualizados diferenciados de seu grupo a determinação é diferenciada. No entanto, quando é feita a comparação entre um grupo social e outro semelhante, a determinação pode ser diferenciada ou indiferenciada. Como exemplo desse último item podem-se citar as pesquisas de opinião pública em que cada item pesquisado é diferenciado pelo nome e sua relativa porcentagem, porém, itens pouco mencionados recebem a nomenclatura de *outros*. Esses *outros* seriam os que se indiferenciam entre si por terem sido pouco nomeados nas pesquisas.

Quando o ator social estiver **determinado** no texto pode-se reconhecê-lo mais expressivamente por **nomeação** (**formal**, **semiformal** ou **informal**) através de **titulação** (**honorífica** ou **afiliada**). Como exemplo podemos ter a referência feita em um discurso de formatura a determinado reitor de universidade: “digníssimo reitor”, “reitor”, “Jorge Gomes”, “o Gomes” (como amigavelmente o chamávamos)”. No entanto, o ator social pode ser determinado também por **categorização** que pode se dar por **funcionalização** e por **identificação**, isto é, quando a referência é feita à função que exercem ou à forma com que os mesmos se identificam. Retomando o exemplo anterior, “Jorge Gomes, reitor da universidade, representante da Sociedade Brasileira de Medicina”.

Com relação à **impersonalização**, ela pode ocorrer por **abstração** (substantivos abstratos) ou por **objetivação**. No segundo caso, os atores sociais têm sua referência associada a um local ou coisa que se relacione a eles, impersonalizando o verdadeiro responsável por determinada atividade.

Como pode ser observado acima van Leeuwen, concentrado na metafunção representacional (ideacional), esboçou diferentes modos de representação de atores sociais em termos sócio-semânticos, além de diferentes possibilidades de realização lingüística dessas representações. Para fins do presente trabalho, que aborda um conjunto relativamente amplo de textos, não serão utilizadas todas as categorias apontadas por van Leeuwen. Optei por selecionar apenas as mais abrangentes, conforme especificado no quadro abaixo.

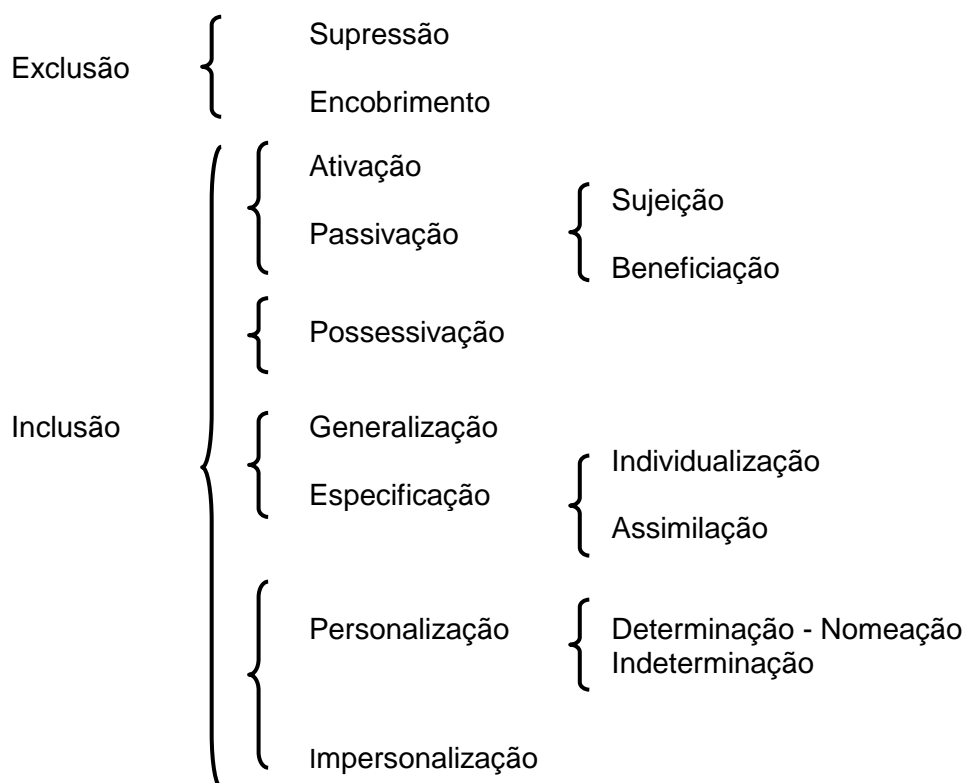


Fig. 4 – Categorias selecionadas na rede de sistemas de van Leeuwen

2.4.2 Transitividade:

Complementando a representação dos atores sociais, objetivo verificar (objetivo específico 2) também quais os processos (ações ou estados) em que estão envolvidos os atores com maior representatividade nos textos. Embora este trabalho não se insira especificamente no âmbito da Gramática Sistêmico Funcional, tomarei de empréstimo a Halliday a categoria da **transitividade**, principalmente no que diz respeito aos **três tipos principais** de processo pelos quais a experiência pode ser representada: **materiais, mentais e relacionais**. Para embasar esta parte da análise, utilizarei a explicitação de Cristiane Fuzer e Sara Regina Scotta Cabral em *Introdução à Gramática Sistêmico-Funcional em Língua Portuguesa* (2010), selecionando algumas categorias principais.

Transitividade é um sistema de relação entre componentes que formam uma oração, ou seja, **processo, participantes envolvidos e circunstância**. O **processo** pode ser definido como sendo “o elemento central da configuração, indicando a experiência se desdobrando através do tempo” (p.27). A categoria gramatical que o tipifica são os grupos verbais. As autoras exemplificam: “A mãe *mata* o recém-nascido, durante o parto ou logo após sob a influência do estado puerperal” (p.27). Os

participantes são os envolvidos que são afetados pelo processo ou levam sua ocorrência, ou seja, pessoas ou coisas, seres animados ou inanimados. A categoria gramatical que tipifica os participantes são os grupos nominais. Usando o exemplo anterior: “A mãe mata o recém-nascido, durante o parto ou logo após, sob a influência do estado puerperal” (p.27). A **circunstância** é tudo o que dá indicação de modo, tempo, lugar, causa, isto é, o campo onde o processo é desdobrado. Mantendo-se o mesmo exemplo: “A mãe mata o recém nascido, *durante o parto ou logo após, sob a influência do estado puerperal*” (idem).

Os **processos** que particularmente me interessam, como já mencionei, são os três tipos principais de processos representativos da experiência humana: **materiais, mentais e relacionais**.

Os **processos materiais** representam a experiência externa, ou seja, ações e eventos, tais como “fazer, construir, acontecer” (p.30). Esses processos se desdobram em orações materiais que, por sua vez, podem ser **transitivas** ou **intransitivas**, dependendo do número de participantes envolvidos. As **transitivas** envolvem dois participantes sendo que as **intransitivas** envolvem apenas um participante. As autoras exemplificam: “*Michelangelo* pintou a *Divina Comédia*” (p.34) (material transitiva); “*Michelangelo* pintava maravilhosamente” (idem) (material intransitiva). Têm-se, assim, os dois principais participantes de uma oração material, ou seja, **Ator** e **Meta**. O **Ator** “é o participante que pratica a ação, inerente às orações transitivas e intransitivas” (p.38). A **Meta** “é o participante que recebe o impacto da ação (é afetado pelo processo), inerente apenas às orações transitivas” (idem). As autoras exemplificam: “*Eu (Ator) limpei (Processo material) toda a casa (Meta)*” (idem). Esses processos geralmente apresentam um Ator, porém ele pode não ocupar o lugar do Sujeito ou não estar explícito na oração. Esse caso pode ocorrer quando da escolha de uma oração passiva. No entanto, “o participante ao qual o processo é dirigido é ainda classificado como Meta, uma vez que sua relação semântica com o processo não mudou” (p.40). As autoras exemplificam: “*Estádio do Morumbi (Meta) foi descartado (Processo material) pela Fifa (Ator)*”; “*Novo estádio (Meta) será construído (Processo material) em 18 meses (Circunstância)*” (p.40). Como já mencionado, as circunstâncias dizem respeito a advérbios ou locuções adverbiais e podem ocorrer em todos os processos “referindo localização de eventos no tempo (quando?) ou espaço (onde?), modo (como) ou causa (por quê?)” (p.44).

Os **processos mentais** representam a experiência interna, ou seja, lembranças, reações, reflexões, estados de espírito, tais como “lembrar, pensar, imaginar, gostar, querer” (p.30). Esses processos podem indicar “afeição, cognição, percepção, desejo” (p.49). As orações que os representam, orações mentais, mudam

a percepção que se tem da realidade. Os participantes são chamados de **experenciadores** pelo fato de serem humanos ou coletivos humanos (a vila, a comunidade) que sentem, pensam, percebem, desejam. Porém, entidades criadas pela consciência humana, embora inanimadas, tais como um ser, objeto, instituição ou uma substância, podem exercer também o papel de experienciador. “O complemento do processo, que se refere ao que é sentido, [...] percebido ou desejado chama-se **fenômeno**” (p.49), que pode ser realizado por grupos nominais. Exemplos: “Dunga (experenciador) imaginava (processo mental) que poderia ficar na seleção (oração)”; “Abelhas (experenciador) não gostam (processo mental) de celulares (fenômeno)” (idem, p.50).

Os **processos relacionais** são os que representam as relações tais como “ser, estar, parecer, ter” (p.31), que identificam e caracterizam. Estabelecem relação entre duas entidades diferentes, sendo inerente a sua representação dois participantes. Podem ser do *tipo intensivo* quando qualificam uma entidade ocorrendo tipicamente com verbos ser e estar; do tipo *circunstancial* quando clareiam a circunstância, ou seja, modo, lugar, tempo...; do *tipo possessivo* quando expressam idéia de posse: pertencer a , ser de, possuir, etc. Alguns exemplos citados pelas autoras são: “Lula era sindicalista” (intensiva); “Governo tem avião presidencial” (possessiva), “A eleição é num domingo” (circunstancial) (p. 69).

Além dos processos **materiais, mentais e relacionais**, já tratados, as autoras ressaltam ainda outros três processos: **verbais** (representam os dizeres, tais como responder, afirmar...), **comportamentais** (representam comportamentos, tais como comer, dormir, bocejar...) e **existenciais** (representam a existência de um participante, ou seja, existir, haver...) que se situam nas fronteiras dos três processos principais. Embora não seja de meu interesse examinar os textos sob a ótica desses outros três processos, optei por fazer superficialmente uma abordagem desses no intuito de ilustrar as diferentes possibilidades de análise que podem ser realizadas por intermédio da categoria transitividade.

Os processos **verbais**, processos do dizer, ajudam em diferentes tipos de discursos: narrativo, informativo, referencial. Os participantes das orações verbais são o **Dizente** (o próprio falante), a **Verbiagem** (o que é dito e pode representar), o **Receptor** (representa o participante a quem a mensagem é dirigida) e o **Alvo** (a entidade atingida pelo processo do dizer). Vejam-se esses dois exemplos: “O *aluno* (Dizente) *perguntou* (Processo Verbal) *a hora* (Verbiagem) *para o professor* (Receptor)” (p.81); “*Polícia Federal* (Dizente) *acusa* (Processo Verbal) *Dantas* (Alvo) *de intimidação e corrupção* (Verbiagem)” (p.82).

Os processos **comportamentais**, expressos em orações comportamentais, dizem respeito, como já explicitado, a comportamentos tipicamente humanos tanto fisiológicos como psicológicos. São processos não tão evidentes quanto os outros por terem geralmente um pouco de material e um pouco de mental. Alguns exemplos citados pelas autoras tendo aproximações com processo material: “cantar, dançar, levantar, sentar” (p.89); tendo aproximações com processo mental: “olhar, assistir, fitar, escutar, observar” (idem); tendo aproximações com o processo verbal: “tagarelar, murmurar, gritar, assobiar, respirar, tossir, dormir” (idem). As autoras complementam salientando que o **comportante** é o participante típico dos processos comportamentais, um ser consciente que “realiza processos que apresentam características materiais (fazer), mentais (sentir, perceber) ou verbais (dizer)” (idem). Exemplificam: “*Dilma* (Comportante) *repousa* (Processo Comportamental) *em casa* (Circunstância) *depois das sessões de quimioterapia* (Circunstância)” (idem).

Os processos **existenciais**, expressos em orações existenciais, representam algo que existe ou acontece. São orações que normalmente aparecem em pequeno número em um discurso cujo verbo típico é o verbo *haver* no sentido de existir contendo freqüentemente circunstâncias de localização e modo. Essa oração não apresenta sujeito e seu participante típico é o **Existente** que pode representar pessoa, objeto, instituição, abstração, ação ou evento. Veja-se o exemplo: “*No interior do veículo* (Circunstância de localização) *havia* (processo existencial) *a droga embalada* (Existente) *em fardos espalhados pelos bancos* (circunstância de modo)” (p.96).

É interessante mencionar que, segundo as autoras, não há roteiro estipulado para o estudo dos tipos de orações. Pode-se iniciar examinando qualquer um dos componentes, não havendo prioridade de um processo sobre o outro. Acentuam também que processos diferentes podem ser realizados por um mesmo grupo verbal. Exemplificam: “Meu amigo *toca* violão (material)” / “A música me *toca* profundamente (mental)” (p.31). Vejamos duas outras frases: “A mãe *sugere* que brinquemos de observar as nuvens. (verbal) / O formato daquela nuvem *sugere* um pombo. (relacional) (p.31). Assim, o tipo de processo está vinculado ao contexto em que se usa a linguagem.

Assim como a representação dos atores sociais, a transitividade deixa transparecer as escolhas linguísticas feitas pelos produtores do texto, podendo ser um caminho para a percepção de atitudes ou ideologias subjacentes. As categorias tanto de van Leeuwen quanto de Halliday (via Fuzer e Cabral) oferecem um arcabouço bastante útil para a análise que propomos realizar neste trabalho.

3 GÊNERO: a instabilidade do discurso sobre o masculino e o feminino

O termo gênero manifesta relações de poder entre os sexos, referindo-se tanto a homens quanto a mulheres. “Denota entendimentos multidimensionais e mutáveis do que significa ser um homem ou uma mulher no interior de um determinado ambiente social. [...] é historicamente contingente e constantemente renegociado em relação a divisões culturais tais como status, classe e etnia” (SCHIEBINGER, 2001, p.46). É uma categoria que vem se modificando ao longo de sua utilização. Pensar sobre gênero e discurso é externar a compreensão de que um está imbricado no outro de tal maneira que, se o gênero é socialmente construído, como na realidade o é, os diferentes tipos de discurso são responsáveis por sua construção.

3.1 Teorização feminista: alguns apontamentos sobre gênero

Feminismo define uma perspectiva, não um sexo.
(SCHIEBINGER, 2001, p.45)

A teórica norte-americana Joan Scott, em seu texto “Gênero: uma categoria útil de análise histórica” (1990), apresenta uma síntese das teorias feministas na busca de uma definição do conceito de gênero. Guacira Lopes Louro (1995), tecendo comentário sobre esse estudo, considera que quando esse artigo tornou-se conhecido havia muita cautela e vacilações entre estudiosos que lidavam com questões feministas. Porém, o artigo provavelmente tenha representado um caminho seguro de

introdução ao conceito de gênero e levado a pensar e refletir sobre sua aplicabilidade para estudos históricos e para as humanidades em geral.

Foi a partir da década de sessenta (passeatas nos Estados Unidos reivindicando o fim da guerra no Vietnã, universitários franceses cobrando mudanças nas universidades), ressalta Scott (1990), que a história das mulheres passou a ter mais visibilidade e que as mulheres foram aos poucos encontrando espaços para fazerem reivindicações e serem ouvidas. As acadêmicas feministas engajaram-se em direção a uma atividade política mais ampla. O empenho intelectual de teóricas e teóricos fez com que ocorressem avaliações, discussões e investigações, estabelecendo e fortalecendo um novo campo de estudos.

Aos poucos a mulher foi se tornando visível como agente social e histórico, e o conceito de gênero foi sendo difundido em textos acadêmicos. A mulher estava lutando para ter mais visibilidade nas mais diferentes instâncias, como sujeito da história.

De acordo com Scott (1990, p. 8), “as(os) historiadoras(es) feministas têm empregado toda uma série de abordagens na análise do gênero, mas estas podem ser resumidas a três posições teóricas”: do patriarcado, marxistas e psicanalíticas.

A primeira posição teórica, buscando explicar as origens do patriarcado, tem priorizado a subordinação das mulheres, justificando-a pela necessidade de os homens dominarem as mulheres. Esses estudos, de acordo com Scott, além de não mostrar o que a desigualdade de gênero tem a ver com outras desigualdades, continuam presos à noção de diferença sexual. Isso ocorre tanto quando a dominação toma a forma da objetivação sexual das mulheres pelos homens ou quando se dá pela apropriação do trabalho reprodutivo da mulher. Basear-se teoricamente apenas na diferença física é um problema para historiadores/as, reconhece Scott, porque pressupõe um significado permanente inerente ao corpo humano, tendo como consequência a a-historicidade do próprio conceito de gênero por desconsiderar a construção social ou cultural.

A segunda posição teórica tem uma abordagem mais histórica, alicerçada na teoria marxista. Baseando-se nas ideias de Engels e nos estudos da economista Heidi Hartmann, Scott apresenta a argumentação de que mudanças nos modos de produção seriam a base para a organização tanto da família quanto da sexualidade (1990, p.9). Embora o patriarcado e o capitalismo sejam dois sistemas separados, eles interagem entre si de modo que “a causalidade econômica torna-se prioritária e o patriarcado está sempre se desenvolvendo e mudando em função das relações de produção” (SCOTT, 1990, p.9).

Scott assinala que os problemas em torno dos quais giraram os primeiros debates entre as feministas marxistas, foram

a rejeição do essencialismo daqueles que sustentavam que as exigências da reprodução biológica determinavam a divisão sexual do trabalho sob o capitalismo; o caráter fútil da integração dos modos de reprodução nos debates sobre os modos de produção (a reprodução permanece uma categoria de oposição e não um status equivalente ao modo de produção); o reconhecimento de que os sistemas econômicos não determinam de maneira direta as relações de gênero e que, de fato, a subordinação das mulheres é anterior ao capitalismo e continua sob o socialismo; a busca, apesar de tudo, de uma explicação materialista que exclua as diferenças físicas naturais (1990, p.9).

A terceira posição teórica é a psicanalítica, destacando-se duas escolas: uma que trabalha nos termos das teorias de relação de objeto (Object-relation theories), a Escola Anglo-americana; e outra, trabalhando com as teorias de linguagem, baseando-se em leituras estruturalistas e pós-estruturalistas de Freud, a Escola Francesa. As duas preocupam-se com o processo de construção da identidade do sujeito, concentrando-se nas primeiras etapas do desenvolvimento da criança, para analisar a formação da identidade de gênero.

Conforme Scott, a posição teórica da Escola Anglo-Americana é excludente, porque sonega a linguagem da formação da identidade do sujeito. Já a posição teórica da Escola Francesa tem como centro a linguagem, sendo que é por meio dela que é construída a identidade de gênero que, na verdade, é bastante instável. Essa teoria é considerada por Scott como instrutiva por trabalhar com o sujeito em constante processo de construção. Porém, Scott incomoda-se com a tendência a reificar, como aspecto central do gênero, o antagonismo subjetivamente produzido entre os homens e as mulheres, pela fixação exclusiva em questões relativas ao sujeito individual. As categorias e as relações entre o masculino e o feminino são universalizadas por essa teoria.

Scott ressalta que “temos necessidade de uma rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária, de uma historização e de uma desconstrução autênticas dos termos da diferença sexual” (SCOTT, 1990, p.13). Para ela, a recusa da construção hierárquica entre o masculino e o feminino é a história do pensamento feminista em seus contextos específicos. Na verdade, o termo gênero é de certa forma uma tentativa por parte das feministas contemporâneas de reivindicar um terreno de definição para explicar desigualdades que persistem entre homens e mulheres.

Para Scott, o núcleo da definição de gênero repousa sobre a relação entre duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (idem, p.14).

Com relação à primeira proposição, o gênero implica quatro elementos: o primeiro são os símbolos disponíveis em nossa cultura que evocam representações simbólicas, exemplo, Eva e Maria como símbolos da mulher, mitos da luz e escuridão, da inocência e da corrupção. Na verdade, as representações simbólicas, presentes nas diferentes culturas, servem para reforçar as oposições binárias do masculino e do feminino.

O segundo elemento diz respeito a conceitos normativos (expressos nas doutrinas religiosas, educativas, políticas ou jurídicas) que colocam em evidência as interpretações do sentido dos símbolos, tentando limitar e conter suas possibilidades metafóricas, reafirmando incontestavelmente o significado do homem e da mulher nas sociedades. E aqui cabe lembrar que as “certezas” científicas e filosóficas colocaram a mulher em posição subalterna em relação ao homem. Cabe também considerar as normas religiosas, que com coerção vêm definindo ao longo da história o que é ou não adequado para a mulher realizar.

A concepção de política bem como uma referência às instituições e à organização social é o terceiro elemento elencado por Scott referente à primeira proposição sobre gênero. Nesse elemento julgo significativo ressaltar que o parentesco (universo doméstico e a família fundamentando a organização social) constrói o gênero, porém não exclusivamente. A economia, a organização política também o constrói, operando, em nossa sociedade, independente do parentesco. A ideologia, na verdade, vai se difundindo implícita ou explicitamente, reforçando as diferenças de gênero no seu caráter de oposição binária, a-histórico, biologista e essencialista.

O quarto elemento do gênero é a identidade subjetiva. Scott considera que a teoria lacaniana pode ser útil para a reflexão sobre a construção da identidade sexuada, observando porém que “as(os) historiadoras(es) têm necessidade de trabalhar de maneira mais histórica” (p. 15), pois a identidade de gênero baseada exclusivamente no medo da castração tende a negar a relevância da investigação histórica.

Ao fazer referência a esses quatro elementos relacionados a sua primeira parte da definição de gênero, Scott salienta que nenhum deles pode operar sem os outros, muito embora não operem simultaneamente.

A segunda proposição de Scott é a de que o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder, embora não seja o único campo para essa articulação. As mudanças na organização das relações sociais correspondem a mudanças nas representações do poder, porém a mudança não é unidirecional. A noção de que o poder social é unificado, centralizado e coerente deve ser substituída, segundo Scott, pela noção de poder como relações desiguais discursivamente constituídas em campos de força sociais (referência a Michel Foucault). O conceito de Foucault sobre poder diferencia-se do conceito tradicional de poder na medida em que propõe o entendimento do poder não como um elemento que se possui ou não, mas como uma relação, constantemente em tensão. Louro (1995), tratando também sobre esse conceito, ressalta que a partir dele haveria inúmeros lugares de poder e não um lugar fixo. O poder não seria único e singular, atuaria como uma rede se desenvolvendo por toda a sociedade. As múltiplas relações de poder no contexto social é que permitiriam a compreensão das disputas de poder entre os gêneros na construção histórica. Com isso, reflete Louro, são abandonadas a centralidade das lutas dos teóricos marxistas e a centralidade das lutas de gênero das(os) teóricas(os) do patriarcado. O conceito de relações de poder, tal como exposto, supõe sujeitos em luta pelo poder, porém não livres, uma vez que lutam dispondo de recursos materiais e simbólicos desigualmente distribuídos na sociedade.

Para Rachel Soihet (1998), embora a proposta de Scott seja de extrema relevância por incorporar contribuições inovadoras no terreno teórico e no próprio conhecimento histórico, “alguns elementos essenciais ao desvelamento da atuação concreta das mulheres tornam-se dificilmente perceptíveis” (1998, p.82). O importante, segundo essa autora, é que se examinem contribuições de outros historiadores que recorrem a outras esferas, como o cotidiano, não se limitando a abordar o domínio público, ampliando dessa forma concepções acerca da problemática do gênero. Nesse sentido, menciona as abordagens de outras historiadoras (Michelle Perrot, Natalie Davis, Arlette Farge, Silva Dias, etc.) que conseguiram aproximar-se de domínios nos quais se evidenciava maior participação feminina, ao buscar a mulher como agente histórico. Ressalta que essas historiadoras não se ativeram unicamente à esfera pública, pois reconheceram que no privado e no cotidiano, por ali se desenvolverem múltiplas relações de poder, está também o político.

Soihet (1998) enfatiza que a questão não é a exclusão da abordagem das mulheres no terreno da política formal, mas a inclusão de manifestações informais, “típicas da resistência dos segmentos populares” (p.84), que podem ter conferido às mulheres uma base de poder na comunidade. Esse tipo de manifestação não deve ser

ignorado para que não se corra o risco de focalizar as mulheres “apenas sob a ótica da classe e do sexo dominante” (idem).

Uma outra crítica feita por Soihet (1998) à proposta de Scott é a de que ela não permite que as sutilezas existentes na relação entre os sexos, tais como alianças e consentimentos, sejam visibilizadas. Conforme Soihet, a noção de resistência é fundamental nas abordagens sobre as mulheres, pois, “a aceitação pelas mulheres de determinados cânones não significa, apenas, vergarem-se a uma submissão alienante, mas, igualmente, construir um recurso que lhes permitam deslocar ou subverter a relação de dominação” (p.85). Seria uma tática que mobiliza para seus fins uma representação que foi imposta – aceita, porém desviada indo contra a ordem que a produziu. De certa forma, trata-se de uma reapropriação, um desvio de instrumentos simbólicos que instituem a dominação masculina indo contra seu próprio dominador.

Ao focalizarem as ações do cotidiano, historiadoras contemporâneas buscam novas pistas para a reconstrução da experiência concreta das mulheres em sociedade. Nessas experiências, as relações complexas e contraditórias com os homens desempenham papel ativo na criação da história das mulheres.

Entre outras categorizações interessantes para se entender o conceito de gênero, podemos citar ainda as apresentadas por Schiebinger (2001, p. 46). Para a autora existem as “ideologias de gênero”, a “identidade de gênero”, e a “atribuição de gênero”. As “ideologias de gênero” preceituam comportamentos e características aceitáveis para homens e mulheres e são específicas a religião, idade, região, etnia, etc. A “identidade de gênero” tem a ver com a apropriação por um homem ou uma mulher individualmente de aspectos de ideologias de gênero “como parte de seu senso de eu”. E “atribuição de gênero” diz respeito a comportamentos esperados de um indivíduo pelo fato de ele ser homem ou mulher.

De qualquer forma, para que as relações de gênero possam ser úteis como categorias de análise social, devemos investigar, conforme ressalta Jane Flax (1991), a difícil relação existente os conceitos de gênero e sexo, questão abordada a seguir.

3.2 Gênero e Sexo

Individualmente [temos] um sexo e apresentações de gênero.
(adaptado de SCHIEBINGER, 2001, p.47)

Entre os biólogos o termo gênero é empregado para designar características sexuais secundárias enquanto que o termo sexo pode apresentar variados significados. Esse termo pode fazer referência, segundo Schiebinger (2001, p.47), “a

encontros românticos altamente ritualizados; [...] a um intercâmbio de material genético entre organismos; [...] a biologia de um indivíduo (‘macho’ significando produzir gametas equivalentes a esperma e ‘fêmea’ significando produzir óvulos).” Ao comentar um trabalho sobre história do corpo em medicina e saúde pública, em que Nancy Krieger e Sally Zierlerque sugerem conceitos complementares visando esclarecer a relação de interdependência entre biologia e expressões sociais de gênero, Schiebinger (idem) esclarece: “A expressão da biologia em termos de gênero”, para essas autoras, refere-se, por exemplo, a quando a capacidade de engravidar das mulheres foi usada para restringir seu emprego; por sua vez “a expressão do gênero em termos biológicos” refere-se a como o gênero imprime-se diretamente no corpo, de formas que podem não se associarem ao sexo biológico, no culto da beleza, por exemplo.

Foi nos anos setenta e oitenta do século XX, segundo Donna Haraway (2004), que o discurso das diferenças de sexo/gênero explodiu na literatura sociológica e psicológica nos Estados Unidos, a partir do debate político e científico com relação a esses conceitos como categorias e realidades históricas emergentes. Esse binarismo homem-mulher, em meados dos anos oitenta, ficou sobre suspeita, pois mantê-lo possivelmente representava aceitar a heterossexualidade como obrigatória, questão central no entendimento da opressão das mulheres.

Linda Nicholson (2000), também pronunciando-se sobre sexo e gênero, alega que de um lado, “‘gênero’ [...] é sempre usado em oposição a ‘sexo’, para descrever o que é socialmente construído, em oposição ao que é biologicamente dado” (p.9). De outro lado, cada vez mais se usa gênero com referência a qualquer construção social que tenha a ver com a diferença masculino/feminino, incluindo construções que separam corpos femininos de masculinos. Porém ressalta que, se o corpo é interpretado socialmente, sexo não pode ser independente do gênero, muito embora permaneça na teoria feminista como aquilo que fica de fora da cultura e da história. “O conceito de ‘gênero’ foi introduzido para suplementar o de ‘sexo’, não para substituí-lo” (p.11).

Para Flax (1991, p. 236), sexo “significa as diferenças anatômicas entre macho e fêmea” e “relações de gênero [...] dois termos opostos ou dois tipos distintos de seres – homem e mulher”, crença de que há somente dois tipos de seres humanos e que cada pessoa só pode ser um deles. Associa-se às mulheres a maternidade, a alimentação, a educação, a preservação. Suas mentes também são vistas como qualidades de seus corpos, daí o entendimento de que as mulheres têm interesses, motivos e raciocínio diferentes dos dos homens, que se interessam mais pelo abstrato, em dominar a natureza (incluindo os corpos) e serem agressivos.

Na última década, alguns teóricos envolvidos com o binômio sexo/gênero passaram a considerar não só o gênero mas também o conceito de sexo como uma construção cultural. Thomas Laqueur (2001), em *Inventando o Sexo*, esclarece que no Ocidente, da Antiguidade ao século XVIII, havia a concepção de um sexo único. A mulher era vista como um homem invertido e inferior. O homem representava o sexo perfeito enquanto a mulher representava o sexo imperfeito (um homem imperfeito). O sexo era a prova da diferença “para menos” das mulheres. Assim, o sexo naturalizou-se, com propriedades definidas e comportamentos morais prescritos. Havia um tipo de prazer sensual para os homens e um tipo para as mulheres, diferenças também na conduta social e na vida emocional.

Apenas com o avanço do conhecimento sobre os corpos a partir do século XIX e com as mudanças sócio-econômicas da modernidade é que se começou a desenvolver a noção de dois sexos. No início do século XX, Freud apontou o gozo vaginal como característica estritamente feminina, marcando a diferença sexual da mulher e possibilitando a construção de outras identidades possíveis para o homem e para a mulher.

Laqueur vem nos mostrar que as noções de “diferença biológica de sexo” e “diferença cultural de gênero” são idéias informadas por crenças científicas, políticas, filosóficas, religiosas, etc, sobre a natureza dos seres humanos. Seu trabalho investigativo revela que a realidade que conhecemos é sempre realidade por descrição, marcada pelo imaginário e não por uma realidade bruta. São nossas crenças, desejos e interesses culturais que produzem a realidade, tanto do senso comum quanto da ciência. Portanto, se o sexo é construído, essa idéia não ocorre em função do avanço da ciência, mas como resposta às necessidades políticas e ideológicas fundamentais para a construção da sociedade liberal moderna.

3.3 Desnaturalizando o natural

Uma anatomia e fisiologia de incomensurabilidade substituiu uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem. (LAQUEUR, 2001, p.17)

Como foi possível verificar na breve discussão sobre a obra de Thomas Laqueur, uma das dicotomias fundamentais da cultura ocidental que vem sendo questionada é a oposição natureza/cultura. Vários teóricos contemporâneos, entre os quais Haraway (1991), argumentam que o que tomamos como natural é historicamente construído, sendo passível de ser alterado ou reinventado. A natureza,

tal como reconhece Flax (1991), “se torna objeto e produto da ação humana; ela perde sua existência independente” (p.237).

Os discursos com seu poder constitutivo normatizam essa construção. Experiência e consciência também são normatizadas pelos discursos (terapêuticos, psicológicos, psicanalistas, médicos, biológicos, sociológicos, etc.) tanto quanto o sexo. Pensa-se em corpos heterogêneos criados e formatados por novas ferramentas, tais como as tecnologias de comunicação e as biotecnologias que, de certa forma, impõem novas relações sociais.

Neste cenário, em que novas ferramentas produzem discursos corporificando e impondo novas relações sociais para as pessoas em todo o mundo, Haraway (1991) percebe que não está claro quem faz e quem é feito na relação entre o humano e a máquina. Compreendo que uma coisa é certa, tanto o discurso formal, biológico, por exemplo, quanto os discursos proferidos pelas “máquinas”, permitem que nos descubramos híbridos, marcados historicamente por discursos naturalizantes de raça, sexo e classe.

O importante é se ter consciência de que as diferenças acontecem dentro de campos discursivos pré-estruturados, ou cristalizados, e que a linguagem, sendo uma construção humana, não é inocente. Os discursos “habitam corpos [...] se acomodam em corpos; os corpos na verdade carregam discursos como parte de seu próprio sangue” Judith Butler (2002, p.10). Mas, se somos constituídos pelo(s) discurso(s), também podemos constituir-los. Conforme vimos na seção anterior, o uso da linguagem “implica uma relação dialética entre o discurso e a estrutura social” (Fairclough 2001, p.90). O discurso como uma prática representa e significa o mundo, contribuindo para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que por sua vez o moldam e restringem. Isso equivale dizer que o discurso não é apenas representação do mundo, mas construção do significado do mundo, contribuindo para construir as relações sociais, bem como para construir os sistemas de conhecimento e crença.

Nesse sentido, Fairclough salienta que

é importante que a relação entre discurso e estrutura social seja considerada como dialética para evitar os erros de ênfase indevida; de um lado, na determinação social do discurso e, de outro, na construção social do discurso (2001, p.92).

A constituição discursiva da sociedade emana de uma prática social enraizada em estruturas sociais materiais e isso nada mais é do que a ideologia. Portanto, considerar o discurso como prática social ideológica implica bem mais do que “ser o

discurso um modo de ação” (idem, p.91), implica também em ser o discurso “um modo de representação” (idem).

Teresa de Lauretis (1994) propõe que também se pense o gênero “como representação e como auto-representação” (p.208) por ser ele produto de tecnologias sociais diferenciadas tais como o cinema, os discursos, as práticas da vida cotidiana e também as “epistemologias e práticas críticas institucionalizadas” (idem). Ressalta a autora que esse pensamento advém de uma visão da teoria foucaultiana, em que a sexualidade é vista como *tecnologia sexual*. Adverte, no entanto, que esse pensamento vai além de Foucault pelo fato de ele não ter levado em consideração, em sua compreensão crítica da tecnologia sexual, diferentes apelos de sujeitos femininos e masculinos, fato que não inviabiliza, porém exclui a consideração sobre gênero.

Reforça a autora, através de quatro proposições, sua compreensão do gênero como representação:

(1) Gênero é uma representação [...] - (2) A representação do gênero é a sua construção [...] - (3) A construção do gênero vem se efetuando hoje no mesmo ritmo de tempos passados [tanto onde se espera que aconteça, quanto em lugares menos óbvios] – (4) A construção do gênero também se faz por sua desconstrução (LAURETIS, 1994, p.209).

Com relação à primeira proposição, a autora acentua que o gênero representa não propriamente um indivíduo isoladamente e, sim, um indivíduo por meio de uma classe. Como essa classe apresenta uma variedade de representações e práticas discursivas, têm-se aí a produção das diferenças sexuais, contemplando com essa idéia a segunda proposição. Porém, observa a autora, há uma contradição inerente à condição de existência da teoria feminista, ou seja, a eterna dualidade e tensão entre, por um lado, a mulher como representação e, por outro lado, a mulher como um ser histórico governado por relações sociais reais nas quais o gênero está predominantemente incluído.

Ao comentar sobre sua terceira proposição, a autora assim a reescreve:

a construção do gênero ocorre hoje através de várias tecnologias do gênero (p. ex., o cinema) e discursos institucionais (p. ex., a teoria) com poder de controlar o campo do significado social e assim produzir, promover e “implantar” representações de gênero. (p.229)

No entanto, no entendimento da autora, nas margens dos discursos hegemônicos existem possibilidades de construção diferente do gênero no nível de

resistências tanto na subjetividade quanto na auto-representação. Pode-se pensar num processo de desconstrução do gênero, enfatizado na quarta proposição, para o qual colaboram pequenas práticas do dia-a-dia e as produções culturais de mulheres que revelam mudanças, inscrevendo o movimento feminista dentro e fora da ideologia.

Assim, o conhecimento, a cultura e a política, bem como o próprio corpo, podem ser ambientes discursivos de contestação, desestabilizando qualquer representação. As mulheres, por exemplo, na posição de corpos políticos são organicamente subservientes pela reprodução, como bem observa Haraway (1991). As diferenças que parecem naturais justificam a dominação e a essa idéia de corpo político (estabelecendo relações de produção e reprodução) está acoplada a natureza individual dos instintos. Haraway (1991) também ressalta a reprodução centrada no trabalho, isto é, na divisão sexual do trabalho, na institucionalização da família. Dentro de limites e espaços permitidos o corpo vai se adaptando biológica e sociologicamente. A ciência, ou melhor, a administração científica passa a regular a sociedade, sendo que nossos corpos passam a ser objeto de investigação. No entanto, o conhecimento produzido em uma linguagem patriarcal mantém o sexismo da ciência. Devemos, reconhece a autora, desmistificar a ciência como masculina, fazendo o trabalho que se fizer necessário, propondo novos modos de ver os fatos e interpretá-los.

Para que se tenha um novo olhar sobre os fatos creio ser significativa a abertura da consciência das mulheres do pessoal para o global, possibilitando uma nova localização para as categorias gênero, sujeito e identidade. Para Haraway (1991), o trabalho é uma categoria que permite essa tomada de consciência, possibilitando o conhecimento da subjugação e da alienação. É possível, no entanto, que à medida que novos espaços são conquistados e viabilizados para as mulheres, o masculino se insurja, afirmando-se, veladamente, nos discursos que circulam.

As imagens, as palavras, as idéias naturalizadas pelo senso comum reafirmam o lugar secundário das mulheres nos mais diferentes espaços, onde o conhecimento que se constrói ainda reforça o masculino por este ter sido usado como parâmetro ao longo dos séculos. Embora tenha havido uma constante e incessante luta para mudança desse padrão, as diferenças entre masculino e feminino são reforçadas por meio do que Bourdieu (1999, p.7) identifica como “violência simbólica, violência suave, insensível, invisível”, em termos de dominação masculina. E nesse processo o discurso tem uma importância fundamental.

3.4 Gênero e Ciência

o gênero pode tornar-se um organizador silencioso de teorias e práticas científicas, estabelecendo prioridades e determinando resultados (SCHIEBINGER, 2001, p. 284).

Como a ciência é um tema que atravessa minha intenção de pesquisa, neste momento busco fazer um elo entre a ciência, ou melhor, as mulheres que fizeram ou fazem ciência, e questões relativas ao corpo e à saúde.

A relação entre mulheres e ciência tem sido bastante ambígua. Sua incorporação à prática científica, além de ter ocorrido com conturbações na ordem vigente por demandar profundas mudanças estruturais na cultura, nos métodos e também no conteúdo da ciência, como bem reconhece Schiebinger (2001), também exigiu das mulheres comportamentos e posturas que as masculinizassem um pouco como forma de serem aceitas comodamente na comunidade científica. Neste caso, a corporalidade está associada a uma necessidade de se fazer ser aceita num espaço eminentemente masculino.

É importante ressaltar, no entanto, que “imagens idealizadas de cientistas nem sempre foram masculinas” (idem, p. 157). A ciência, a verdade, o conhecimento eram retratados como majestosas e místicas mulheres através dos séculos XVII e XVIII. Porém, historiciza a autora, para trabalharem como sérias cientistas algumas mulheres vêm obscurecendo completamente seu sexo, negando sua feminilidade. Essa atitude talvez seja consequência das mudanças ocorridas no final do século XVIII, quando ideais opostos de ciência e feminilidade foram cultivados por europeus e americanos, que propunham tanto a privatização da família quanto a profissionalização da ciência, tornado território masculino. Entre as alegações para que as mulheres não fizessem parte dele encontram-se: “o trabalho criativo nas ciências jaz além das capacidades naturais das mulheres” (idem, p.143); “as mulheres careciam de gênio” (idem, p. 144); as mulheres “eram repositários para tudo o que não era científico” (idem); a feminilidade era concebida “como um contrapeso necessário à masculinidade” (idem).

O iluminismo idealizava as mulheres européias de classe média como anjos do lar. Às mulheres de origem não européia, bem como às de origem africana, não se aplicavam a teoria dominante da raça nem a do sexo. Isso equivale dizer que elas não se adaptavam aos ideais de gênero europeus e, portanto, não eram incluídas nas definições de feminilidade.

A entrada das mulheres na ciência é tão problemática quanto a entrada das mulheres na esfera pública. Elizabeth Blackwell, primeira mulher a frequentar faculdade de medicina nos Estados Unidos na década de 1850, foi aconselhada por um de seus professores a disfarçar-se de homem para frequentar as aulas, relata

Schiebinger (2001). A autora também faz menção ao historiador Kennet Manning, que fala sobre uma mulher que, para graduar-se em medicina em 1812, vestia-se como um rapaz. Após formar-se, tornou-se oficial médico das forças militares coloniais. Até depois de sua morte o sexo de James Barry, como era chamada, não havia sido descoberto.

Pensando-se no Brasil e em questões relativas a mulheres/gênero e ciências, percebe-se que as mulheres não têm sido historicamente tratadas de forma diferente da de outros países. Os estudos históricos sobre mulheres e ciências naturais são incipientes, seja do ponto de vista historiográfico ou de uma perspectiva feminista, conforme reconhece Maria Margaret Lopes (1998). Mulheres naturalistas e engenheiras tiveram um papel político e profissional atuante no Rio de Janeiro, nas primeiras décadas do século, porém, ressalta a autora, desde o final da década de 1970, os movimentos feministas, no Brasil, “não incorporaram ou geraram qualquer tipo de contingente expressivo de mulheres que se dedicassem ou viessem a se dedicar às ciências naturais e exatas” (p.364). O fato de ter aumentado o número de mulheres nessas carreiras não significou mudança nem nas ciências e nem na criação de análises “‘engendradas’”, ou seja, marcadas pelo gênero sobre as ciências.

Há muito por ser feito no Brasil, reconhece Lopes (1998), no que diz respeito à questão mulheres/gênero e ciências. Primeiramente seria necessária uma sistematização do que existe relacionado ao tema. Porém, é preciso que se rompa com a negação de que nos séculos passados não existiram atividades científicas no país. Se os homens não fizeram ciência, então o que se falar das mulheres que foram admitidas ao ensino superior (com direito de obter um título acadêmico) somente a partir de 1879, embora o curso de parteiras tenha sido criado em 1832, na Faculdade de medicina do Rio de Janeiro?

No Brasil, prossegue a autora, não se dispõe nem de trabalhos sobre a zoóloga Bertha Lutz (1894-1976), que atuou como pesquisadora científica no Museu Nacional e que foi uma das pioneiras do feminismo no país. Os primeiros estudos feministas sobre ela centram-se na sua atuação política (luta pelo voto feminino, mudanças na legislação trabalhista) na Federação Brasileira para o Progresso Feminino. Isso mostra como os estudos de gênero conferiram pouca atenção às ciências. Torna-se necessário “recuperar, avançar e criar novas tradições, que nos permitem tornar visíveis as mulheres e as relações de gênero em nossos fazeres científicos” (LOPES, 1998, p.366).

As mulheres de ciências têm pagado altos preços por nem sempre terem sido esposas devotadas, por auxiliarem seus maridos que às vezes lhes roubaram créditos de trabalhos científicos, por nem sempre serem filhas de pais famosos para lhes abrir

as portas, por, em alguns casos, terem transcendido sua sexualidade devido às marcas masculinas da ciência com as quais se identificavam, enfim, por terem ousado nas ciências, território considerado masculino. Porém, foi justamente pelo fato de terem ousado que novos caminhos foram abertos nas ciências.

Muitos historiadores feministas e estudiosos de gênero contemporâneos negam a existência de práticas científicas no Brasil ou consideram pouco expressivas e relevantes “para as análises culturais, sócio políticas e econômicas sobre o país” (LOPES; COSTA, 2010). Portanto, se as análises feministas das ciências ainda, para os estudos de gênero no Brasil, aparecem de forma emergente e exploratória, cabe discutir este quadro.

Em um estudo mais recente, Hildete Melo e André Oliveira (2006) buscaram analisar a intensidade da atividade científica das mulheres e homens no País, bem como a cooperação existente na produção científica nacional sob o prisma de gênero. Utilizaram para análise a produção científica nacional a partir da base de dados SciELO¹³ dos anos de 1997 a 2005. Não objetivando me deter no estudo, resalto entretanto que um dos dados apontados por ele é que “há um aumento significativo da participação feminina nas áreas de ciências exatas e da terra e mesmo nas engenharias” (p.324). “As mulheres representam 32,28% dos autores identificados”. Lembrem, porém, os autores que, embora avancem a ciência e a participação feminina, “as mulheres ainda continuam sujeitas a padrões diferenciados por gênero na escolha de carreiras profissionais próximas do estereótipo do *ser mulher*” (p.328).

Embora hoje se percebam mudanças alentadoras nas imagens da ciência, Schiebinger ressalta que “muitos dos problemas com que as mulheres se deparam na ciência são comuns a outras profissões” (2001, p.160). Sem intenção, homens e mulheres, exibindo comportamentos esperados, reforçam a subordinação feminina e se adaptam a expectativas estereotipadas sem terem consciência disso.

No capítulo III de seu livro, Schiebinger trata do gênero no cerne da ciência, tecendo considerações históricas sobre medicina, primatologia, arqueologia e origens humanas, biologia, física e matemática. Embora considere todos esses tópicos atraentes e de fundamental importância para quem se seduz pelo tema, optei por desenvolver apenas considerações sobre medicina, ramo que especificamente me interessa por estar contido nele meu objeto de pesquisa.

Hoje se sabe que foi construído um conhecimento inadequado do corpo feminino. Mais do que contribuir para a saúde e bem estar da mulher, as pesquisas,

¹³ Livraria eletrônica que agrupa um grande número de periódicos brasileiros, coleção de títulos individuais, que iniciou sua implantação em 1997 e atualmente é a maior referência sobre o assunto na literatura nacional.

examinando minuciosamente a diferença sexual, tentavam resolver questões sobre o papel adequado das mulheres tanto na sociedade quanto nas profissões. Portanto, a saúde não era exatamente e somente o foco principal.

Andreas Vesalius, pai da anatomia moderna, em 1543, apresentava corpos femininos e masculinos com um padrão que ainda persiste, ou seja, “os corpos de homens e mulheres são considerados biologicamente intercambiáveis, exceto por aquelas partes que se relacionam diretamente com a reprodução” (SCHIEBINGER, 2001, p.208). Isso não quer dizer que ele ignorava o corpo feminino, pois desde o século XIV as mulheres já eram dissecadas. Porém, as parteiras na realidade eram as especialistas na saúde da mulher. Na França, em 1560, elas eram requeridas a assistir dissecação de corpos femininos para terem mais capacidade de prestar declarações em casos de aborto. Além disso, as parteiras assistiam as mães enquanto se recuperavam do parto, fato que não mais ocorria quando os homens parteiros passavam a dar assistência às mães e, depois, quando as mulheres passaram a dar a luz em hospitais.

Porém, ressalta a autora, as parteiras modernas não foram muito úteis para as mulheres, pois eram empregadas pela igreja ou pelo governo para, geralmente, regularizar os nascimentos considerados ilegítimos. Às vezes, forçavam a mulher a revelar o nome do pai durante as dores do parto. No século XIX essas profissionais foram excluídas das escolas médicas.

Para Aristóteles “as mulheres eram frias e úmidas” (SCHIEBINGER, 2001, p.211), para Darwin, a “mulher [é] como um homem cuja evolução parou” (idem) e para Galeno “embora uma mulher pudesse tornar-se um homem, um homem não podia tornar-se uma mulher, [pois] a natureza luta sempre pela perfeição” (idem, p.212).

No século XVIII, como já vimos ao apresentar o trabalho de Laqueur, houve uma revolução na ciência sexual. Médicos do sexo masculino deixaram de considerar o corpo feminino como uma versão menor do masculino, ressaltando um modelo de diferença radical que possibilitou a apreciação do caráter sexual único da mulher: “a diferença sexual não era mais uma questão de genitália, mas envolvia cada fibra do corpo” (SCHIEBINGER, 2001, p.208).

Historicamente, segue comentando Schiebinger (2001), “os modelos médicos das diferenças sexuais operaram de vários modos” (p.215). A desigualdade social das mulheres foi defendida, por provas médicas, por um paradigma da diferença física e intelectual. Esse paradigma da diferença radical pode ser confirmado em atestados de óbito e nos registros de serviços de saúde, nos quais o diagnóstico registrado (em número bem maior para as mulheres do que para os homens) era de sintomas e sinais

não específicos. De modo geral, na medicina, quando a saúde estava em jogo, a pesquisa vacilou entre ressaltar a diferença e a igualdade. Devido a isso, pesquisadores atuais supõem, às vezes, que existem semelhanças entre doenças de homens e mulheres quando, na verdade, não existem, ou então, que existem diferenças quando na verdade existem semelhanças. Como exemplo pode-se citar a terapia de estrógeno e doenças cardiovasculares.

Creio ser interessante ressaltar que o corpo masculino foi tomado como objeto básico de pesquisa, independente dos corpos terem sido construídos por paradigmas de similaridade ou de diferença. Isso justifica o fato de os resultados de pesquisas médicas com homens serem aplicados a mulheres. Apenas recentemente médicos se conscientizaram que a negligência de pesquisas sobre as mulheres veio em prejuízo a sua saúde.

Tendo então a medicina oficial, no final da década de 1980, despertado para os interesses da saúde da mulher, houve críticas a estudos que omitiram as mulheres como objeto de pesquisa. Um dos mais notáveis, segundo Schiebinger (2001, p.216), foi sobre a aspirina e doença cardiovascular quando foram feitas experiências com 22.071 médicos homens estudados e 0 mulheres. Também houve o Experimento de Intervenção de Fatores de Múltiplo Risco em 12.866 homens e 0 mulheres, bem como o Estudo de Acompanhamento de Profissionais de Saúde de doença cardíaca e consumo de café em 45.589 homens e 0 mulheres. Um Estudo Longitudinal de Envelhecimento, iniciado em 1958 pelo Instituto Nacional de Baltimore, não inclui nenhum dado sobre mulheres, embora o estrógeno tenha sido considerado importante na prevenção de doença cardíaca.

Cabe ressaltar, no entanto, que também houve um estudo sobre a correlação entre ingestão de aspirina e risco de ataque cardíaco entre enfermeiras: o “Estudo de Saúde das Enfermeiras do final de 1980” (SCHIEBINGER, 2001, p.216), em que foram acompanhadas 87.000 enfermeiras registradas durante seis anos. Foi mais dispendioso que o Estudo de Saúde dos Médicos por ter sido uma investigação observacional, não experimento clínico ao acaso. Porém, em ambos os estudos, foram consideradas populações predominantemente brancas.

Como consequência, “os resultados de estudos sobre homens, os diagnósticos decorrentes, medidas preventivas e tratamentos foram, de modo geral, extrapolados para as mulheres” (SCHIEBINGER, 2001, p.217), de forma que, em idade considerada adequada, as mulheres eram encorajadas a tomar uma aspirina por dia para prevenir doenças do coração, embora se saiba pouco sobre seus efeitos.

A escolha de homens como sujeitos de pesquisa, acentua a autora, foi defendida pelos pesquisadores pelo fato de os homens serem mais baratos, fáceis de

estudar e fazerem parte de populações disponíveis, tais como estudantes de medicina, prisioneiros, militares e pacientes em hospitais de Administração dos Veteranos. Além disso, ter os homens como sujeitos de pesquisa facilitava o estudo porque algumas drogas que eram benéficas para tratamento em homens poderiam ser maléficas para as mulheres por causar-lhes sangramento, como algumas drogas que dissolvem coágulos, utilizadas em tratamento de ataques do coração.

No final da década de 1980 e na década de 1990, o governo federal dos Estados Unidos promoveu uma reforma feminista em pesquisa biomédica. Houve exigências de que mulheres fossem incluídas como objeto em experimentos de pesquisa médica, sendo que um mandado incluía também as minorias. O triunfo do feminismo no campo da medicina é apontado pela autora como sendo “a fundação em 1990 do Departamento de Pesquisa sobre a Saúde da Mulher dos NIH - National Institutes of Health (Institutos Nacionais de Saúde) e da Women`s Health Initiative (Iniciativa de Saúde da Mulher)” (SCHIEBINGER, 2001, p.206). Vinte e cinco itens de legislação foram decretados pelo Congresso dos Estados Unidos entre 1990 e 1994, para melhorar a saúde das mulheres americanas. Essa reforma em aspectos da pesquisa médica requereu vontade política e julgamentos novos em torno do valor social da pesquisa.

O enfoque liberal dado pelo feminismo de que as mulheres deveriam obter parte justa de dólares de pesquisa como pesquisadoras ou como objetos de pesquisa, bem como uma nova concepção de diferenças sexuais no corpo humano, foram fatores importantes que contribuíram para os avanços na saúde da mulher.

Porém há críticos que não concordam que a saúde das mulheres requer atenção especial. Segundo eles, os homens são um grupo apropriado para o estudo de doenças cardíacas, por serem acometidos mais cedo desse mal. Outros acusam que já são gastos milhões de dólares destinados as “desordens específicas das mulheres” (13 por cento do orçamento anual), “tais como, câncer de mamas e ovários, assistência ginecológica e obstétrica e osteoporose, [sendo] que apenas 6,5 por cento vão para doenças específicas de homens” (SCHIEBINGER, 2001, p.224).

Por todas essas considerações pode-se inferir que as relações de poder instauradas pelos discursos persistem fortemente ainda hoje, especialmente na ciência – território demarcado historicamente como masculino.

4. ANÁLISE

Os intérpretes são, é claro, mais do que sujeitos do discurso em processos de discurso particulares: eles são também sujeitos sociais, com experiências sociais particulares acumuladas e com recursos orientados variavelmente para múltiplas dimensões da vida social, e essas variáveis afetam os modos como vão interpretar textos particulares. (FAIRCLOUGH, 2001, p.173)

Tendo tomado a revista VEJA como objeto de estudo pelos motivos já elencados na introdução desta tese, creio ser significativo ressaltar que, embora a referida revista não seja especificamente de divulgação científica, seus artigos sobre “Saúde” e “Medicina” têm contribuído para o processo de popularização do conhecimento, traduzindo para o público leigo informações e dados sobre pesquisas e estudos formais. Como uma das revistas de maior vendagem no país, supõe-se que ela proporcione uma ampla circulação de idéias e que algumas de suas seções colaborem com a criação de uma mentalidade “científica” entre seus leitores, aproximando a ciência do domínio público para que, de certa forma, possa ser garantido um “mínimo controle social da ciência pela população” (Germano, 2005, p.3). Marcelo Germano (2005) também ressalta algo que considero de fundamental importância: que essa aproximação da ciência do domínio público pode ser muito importante no combate a mitos e charlatanices frequentes ainda no mundo contemporâneo, embora não possa ser descartada a possibilidade de que novos mitos

e preconceitos estejam sendo criados e divulgados, tendo em vista que nem a ciência e nem o jornalismo estão imunes a ideologias e a interesses políticos ou corporativos.

Partindo, pois, da hipótese de que muitas assimetrias sociais ainda permanecem subjacentes tanto ao discurso médico-científico quanto à sua divulgação e popularização pela mídia, passo a analisar as representações de gênero presentes em uma amostra de artigos sobre Medicina e Saúde da revista VEJA.

Os artigos selecionados (Anexos 3 a 8), listados abaixo pelo ano de publicação, são os seguintes:

O coração bate mais forte. VEJA, 6 de outubro de 1999, edição 1618, p.120-123.

Aviso às balzaquianas. VEJA, 16 de maio de 2001, edição 1700, p.94.

Coração e mente. VEJA, 9 de maio de 2002, edição 1750, p.65.

Só para mulheres. VEJA, 11 de fevereiro de 2004, edição 1840, p.86.

A paixão machuca. VEJA, 16 de fevereiro de 2005, edição 1892, p.55.

Cerco aos males do coração. VEJA, 7 de setembro de 2005, edição 1921, p.114-115.

4.1 Estrutura dos artigos

Embora sua extensão seja variável (quatro de apenas uma página, um de duas e outro de seis páginas), as matérias selecionadas apresentam uma tipologia semelhante, que permite identificá-las como artigo de divulgação científica ou popularização da ciência. Seus títulos, como se pode observar, são de cunho popular (não necessariamente científico), usados como efeito de chamamento, para atrair e prender a atenção do leitor comum. Isso pode ser explicado pela teoria do estilo, tomando idéias de Zamboni (2001) já apresentadas no capítulo sobre divulgação científica. Certos tipos de formulação sintática ou um item lexical são mais fáceis de serem compreendidos por um determinado destinatário se representado de certa maneira, enquanto outros são tidos como mais difíceis. Ao apresentar o coração como situado entre o físico e o emocional, a maioria dos títulos evita uma cientificidade fria, capitalizando um interesse mais humano – a afetividade, como em “A paixão machuca” e “O coração bate mais forte”, por exemplo. Dois deles, “Só para mulheres” e “Aviso às balzaquianas”, nem chegam a abordar o tópico central do artigo, e os outros dois, “Coração e mente” e “Cerco aos males do coração”, mantêm o que pode se chamar de neutralidade, indicando apenas o assunto a ser tratado, com a palavra “coração” definindo o tema.

Diferentemente, os lides, abaixo do título, especificam os detalhes que serão abordados nos artigos, utilizando para isso expressões mais “científicas”, embora

distanciadas do jargão acadêmico. É uma forma de, após o chamamento geralmente informal do título, dar um colorido mais sério ao assunto, por meio de palavras como “prevenção”, “fator de risco”, “saúde”, “ocorrência de infarto”, “Associação Americana do Coração”, etc. Ao mesmo tempo, evitam-se os termos e as construções de frase extremamente técnicos, conforme assinala Zamboni (2001), adequando os textos ao conhecimento lingüístico do destinatário.

As imagens (figuras, tabelas, quadros e esquemas) funcionam como um chamamento ao leitor, uma forma mais gráfica de leitura, e servem também para fazer surgir a voz do cientista e ilustrar idéias com dados supostamente “exatos”, acrescentando um teor de veracidade aos textos. Conforme Leibrunder (2003) e Zamboni (2001), tais recursos expressivos tendem a tornar o texto mais didático, atraente, interessante e acessível ao leitor, visando suscitar seu interesse.

Nos artigos selecionados, têm-se quadros de destaque geralmente estatísticos. No entanto, em um deles, *O coração bate mais forte*, há imagens de pessoas importantes (diretor de uma grande empresa paulista) e populares (atriz Cláudia Jimenez) como exemplos de pessoas que se submeteram a procedimentos cirúrgicos por problemas cardíacos. Essas escolhas, recorrendo novamente a Zamboni (2001), respondem a graus diferentes de compreensibilidade por parte dos leitores. Observa-se que, nesses dois destaques citados, não há apelo a autoridade. Simplesmente são pessoas importantes e populares, cuja imagem interpela tipos diferentes de leitores.

O apelo a autoridade ocorre geralmente no decorrer dos textos, por recurso às palavras de especialistas. E parece existir uma norma implícita na seleção dessas pessoas, já que na maioria dos textos são citados especialistas estrangeiros, imediatamente referendados por um especialista brasileiro, aproximando a pesquisa ao leitor. Vê-se, por exemplo, no artigo *Aviso às balzaquianas*: “A pesquisa de Pttsburgh mostra...` [...] afirma Mário Maranhão, presidente da Federação Mundial de Cardiologia” (segundo parágrafo). Como um todo, os textos oscilam, constantemente, entre informações populares e informações científicas, apoiando-se em argumentos de autoridade para sustentar suas afirmações.

Esses textos constituem, portanto, uma prática discursiva contemporânea, dentro do discurso jornalístico, apresentando características comuns e podendo ser reconhecidos como artigos de divulgação científica para leigos, ou seja, popularização da ciência.

4.2 Análises

As análises seguirão uma sistemática semelhante. Primeiro será feita uma apresentação geral do artigo, para que se perceba a abordagem de leitura feita pela analista, já que o processo de análise discursiva envolve uma atitude interpretativa particular. A seguir serão apresentados e discutidos os atores sociais, e a transitividade, ou seja, os processos atribuídos aos atores mais representados, sempre com a preocupação de destacar questões relativas ao feminino e ao masculino uma vez que a representação de gênero é o objetivo central do trabalho. Caso haja outros aspectos importantes a serem destacados, eles serão incluídos ao final da análise como “outros aspectos relevantes”.

4.2.1 O coração bate mais forte

Apresentação

O coração bate mais forte é o primeiro e também o mais longo dos artigos selecionados para análise, tendo sido publicado na sessão Medicina da Revista Veja em outubro de 1999. Seu título, chamada para o tema central, tem como núcleo semântico a palavra “coração”, reforçada graficamente pela cor vermelha que a distingue das outras palavras do título que são na cor branca. Pode-se aferir pela lide, na entrada da página (canto superior esquerdo), logo abaixo do título, que a palavra “coração” associa-se à prevenção ao “risco do infarto”. Há uma associação positiva, ao ser enfatizado que há novidades a esse respeito: “mais hospitais, remédios melhores e novos métodos”. O tom afirmativo estabelecido pela comparação com o passado (mais, melhores e novos) e pelo verbo (“reduzem”) induz o leitor a interessar-se de imediato pelo tema, pois não coloca dúvidas de que há possibilidades de redução do risco do infarto. O que foi apresentado de forma geral pelo título vai se afunilando na lide, especificamente em sua última palavra: infarto.

No lado esquerdo, em toda a extensão da página, tem-se a ilustração de uma cirurgia cardíaca que continua a se estender por mais da metade da segunda página do artigo, reforçando o chamamento a *hospitais* dado pela lide, porém, não a *prevenção*, já que é uma cirurgia. Pode-se inferir que tenha sido escolhida para dar ao leitor, à primeira vista, certo medo de ter que se submeter a tal procedimento. Ao mesmo tempo, informa, no canto final esquerdo, que hoje há centros habilitados em várias regiões do país para realizar cirurgias de ponta, reforçando dessa forma as duas primeiras palavras da lide, “mais hospitais”. Ainda, no canto superior direito da ilustração, superpondo-se parcialmente a ela, na segunda página, é apresentada em relevo uma tira expondo “as boas notícias da prevenção” onde são listados cinco itens. Percebe-se o investimento na cor vermelha, tanto na ilustração, quanto na tira (sua chamada inicial), cor que associada ao vermelho da palavra coração no título reforça que ele é o centro da atenção no artigo.

Ainda descrevendo as figuras que o texto apresenta, na terceira página, no canto inferior esquerdo encontra-se a figura de meio corpo de um homem vestido com um blazer, camisa social e gravata, segurando com as duas mãos a camisa aberta, deixando à vista o peito. Ele é identificado pelo nome e pela idade (59 anos), e por ter recebido um transplante de coração há 15 anos, que salvou sua vida. Hoje, conforme o texto, “faz natação e é diretor de uma grande empresa paulista”. Portanto, se a

ilustração inicial dava literalmente um susto, apresentando uma cirurgia, essa ilustração proporciona a sensação de alívio: alguém já fez a cirurgia e deu certo! Um pequeno quadro explicativo situado na parte superior, um tanto mais à direita, reforça que poucas pessoas antigamente sobreviviam a ataques cardíacos depois de operadas (duas em cada dez) e que hoje “de cada dez nove sobrevivem”. O diretor de empresa paulista é um exemplo. Mais uma vez, o leitor apressado que passa os olhos nas fotos e figuras pode sentir-se tentado a ler o texto pelo chamamento ilustrativo e de autoridade que apresenta.

Outro forte argumento de autoridade que pode vir interessar o leitor é apresentado na quarta página, em boa parte do canto superior direito. Trata-se da figura da atriz Cláudia Jimenez, que aos 40 anos, após ter sofrido um infarto, “recebeu cinco pontes no coração”. A atriz é apresentada ao lado de um carro, sendo empurrada em uma cadeira de rodas. Como ela faz um aceno positivo com as duas mãos, provavelmente ao fotógrafo, pode-se presumir que esteja saindo do hospital após tudo ter dado certo. Na parte inferior da página, um pouco mais à direita um pequeno quadrinho explicativo informa a expectativa de vida de um safenado: de 10 anos de vida na década de 1970 a 30 anos de vida hoje. Ambos, a figura e o quadro explicativo, além de estarem em sintonia textual pela conexão e relação das informações que apresentam, reforçam o título “o coração bate mais forte” pelo fato de os procedimentos apresentados com sucesso referirem-se a ele.

Já no canto superior direito da quinta página, estendendo-se um pouco para o canto superior esquerdo da sexta página, é apresentada a figura de um jogador de tênis, “o primeiro no ranking paulista de amadores” (novo argumento de autoridade), que tem 43 anos e “um moderno marcapasso em seu coração”. Ele está sorrindo e elevando a raquete por detrás de sua cabeça. No fundo percebe-se uma rede e uma bolinha de tênis. Na quinta página ainda há um pequeno quadrinho explicativo, um pouco mais abaixo e à esquerda, sustentado pela autoridade da Universidade de Chicago, fazendo menção ao fato de que “com o avanço dos métodos de prevenção e dos remédios, a pessoa que trabalha pela própria saúde nunca vai ter um infarto”. Pode-se inferir que o “trabalha pela própria saúde” também tem a ver com a prática de exercícios físicos, incluindo o tênis que a figura da página apresenta.

Na sexta página, além da extensão no canto superior esquerdo da figura do tenista, como já foi mencionado, há a apresentação de um teste para calcular o risco de se sofrer um ataque do coração. Esse teste em forma de quadro que ocupa dois terços do lado direito em toda a extensão da página propõe oito perguntas para serem respondidas e um gabarito indicando o resultado aproximado para cada pontuação feita. O cálculo, que pode ser feito pelo leitor, do risco que tem de sofrer um ataque

cardíaco é uma forma palpável de verificar se realmente o seu “coração bate mais forte”, tal como afirmado no título.

Percebe-se que o artigo investe na cor vermelha tanto na maioria das figuras quanto nos elementos escritos aos quais quer chamar atenção, fazendo dessa forma um fechamento com a palavra “o coração” no título, que também está impressa em vermelho.

O texto principal é constituído por treze parágrafos, os menores com cinco frases e os maiores com até 23 frases, num total de 158.

Representação dos atores sociais

A primeira frase do **primeiro parágrafo** tem como ator social “os brasileiros endinheirados” que antes iam receber ponte de safena nos Estados Unidos. Embora o ator social seja representado de forma genérica, sem ser nomeado, pode-se inferir pelas ilustrações do artigo (diretor de uma grande empresa paulista, atriz Cláudia Jimenez e tenista André Vitor Dias) que as pessoas que hoje têm um padrão de vida mais elevado em relação à grande maioria da população brasileira já se submetem a procedimentos aqui no Brasil. Inclusive a frase acena que no Brasil o tratamento pode ser tão bom quanto em Cleveland, nos Estados Unidos, centro de excelência da cirurgia cardíaca mundial. Aqui, o tratamento apresenta-se legitimado pela expressão “centro de excelência da cirurgia cardíaca mundial”.

O ator social também é representado de forma genérica na segunda frase, sem ser nomeado: “os que não podiam pagar”, em oposição aos endinheirados. O predicado da frase, “partiam em busca de uma vaga no centro cirúrgico do Instituto do Coração, Incor, ou do Instituto Dante Pazzanese, em São Paulo”, indica ser esse um dos melhores lugares para tratamento no Brasil. A legitimação do tratamento pelo nome do Instituto pretende completar a idéia “há bem pouco tempo”, que inicia a primeira frase, muito embora não se tenha referência precisa sobre a quanto tempo se refere.

Já a terceira frase nos dá uma referência mais precisa de tempo, “hoje”, no entanto uma referência imprecisa do ator social, “ninguém” acompanhado da locução verbal “vai operar-se” em Cleveland. A afirmação, “fora intervenções especialíssimas”, nos remete à compreensão de que, apesar de no Brasil haver centros de qualidade, é necessário ainda deslocar-se para fora do País em casos especiais.

Nota-se que o parágrafo parte de uma representação genérica dos atores sociais, apresentando-os por associação: os endinheirados e os que não podiam pagar – grupos que “hoje” não mais precisam “submeter-se às filas dos hospitais

cardíacos de São Paulo” ou deslocar-se para os Estados Unidos, na maioria dos casos.

Em sua primeira frase, o **segundo parágrafo** prossegue com a idéia de apresentar o país com centros cirúrgicos bons que podem ser encontrados pelos “pacientes”. Essa informação é reforçada pela autoridade do “mais respeitado cirurgião cardíaco brasileiro”, identificado por nomeação: “Adib Jatene”. Têm-se, portanto, dois atores sociais na frase: “pacientes” e “Adib Jatene”.

A segunda frase aponta uma indeterminação do ator social ao mencionar que “há um número que resume os avanços da cardiologia de qualidade no Brasil”, porém não esclarece a que se refere este número. Só se tem clareza desta informação na indicação dada pelo ator social da penúltima frase do parágrafo, a sexta frase: “*oito em cada dez brasileiros* moram hoje a menos de seis horas de distância de um bom centro cardíaco”.

A terceira, quarta e quinta frases descrevem o ataque cardíaco “a partir da primeira pontada de dor” (terceira frase), até o músculo cardíaco começar a morrer (quarta frase), atentando para a importância do atendimento nas seis primeiras horas com 95% de chance de sobreviver (quinta frase). Aqueles que sofrem de ataque cardíaco são representados como sendo “algumas vítimas” (ator social genérico) e “pacientes”. Ambos, pela indeterminação, permitem entender que tanto homens quanto mulheres se encaixam nessa representação. A descrição do início da morte do “músculo cardíaco” (ator social na quarta frase) também se aplica para as pessoas em geral: “alimentação de oxigênio subitamente interrompida pelo bloqueio de uma ou mais coronárias”.

O parágrafo se encerra, em sua sétima frase, focalizando os prontos-socorros brasileiros, embora de forma indeterminada, e conseqüentemente pouco específica, pelo uso do pronome indefinido e ausência de nomeação: “Alguns dos melhores são prontos-socorros ligados a grandes hospitais públicos e universidades e, portanto, gratuitos”. Se, nos dois primeiros parágrafos, a idéia central é o Brasil e sua possibilidade de oferecer bons tratamentos a pacientes cardíacos, a falta de especificidade na representação dos atores sociais diminui a força de convencimento do texto.

O **terceiro parágrafo** é apresentado com doze frases. As sete primeiras ocupam-se em descrever pormenorizadamente o coração, seu funcionamento e sua morte, que seria o infarto do miocárdio. Pela generalização presente em “males [...] do coração” (1ª frase), subentende-se que pessoas em geral podem ser acometidas desses males, independente de serem homens ou mulheres.

O texto usa linguagem figurada para facilitar a compreensão do leitor, tal como:

“funciona como [...] bomba hidráulica” (2ª frase), “acumulando sujeira (4ª frase), “gorduras vão se amontoando” (5ª frase). Os atores sociais que acompanham ou compõe essas descrições são, em sua maioria, ativados e impersonalizados, tais como: “poucos males” (1ª frase), “ele” e “que” [o coração] (2ª frase), “as paredes dos vasos” e “o sangue” (4ª frase), “essas gorduras” (5ª frase), “uma artéria [...]” e “o músculo do coração” (6ª frase). Essa impersonalização ativada, típica do discurso científico, colabora para dar às descrições das doenças cardíacas um tom determinista, como se o corpo e suas partes agissem por conta própria em detrimento da saúde do indivíduo.

Da oitava à décima primeira frase, o parágrafo ocupa-se em esclarecer que o infarto é a doença que mais mata no mundo: “estima-se que os problemas cardíacos tirem 300 000 vidas por ano, uma a cada dois minutos” (nona frase), “a parada cardíaca é mais mortal ainda do que o câncer, a malária ou a tuberculose” (décima frase), “o coração mata mais ainda do que tiroteio e atropelamento” (décima primeira frase). Novamente, o agenciamento é delegado a atores impersonalizados, com os agentes possivelmente personalizados suprimidos pelo uso da voz passiva, como em “estima-se” (quem estima?) e “considerando-se” (quem considera?). O parágrafo encerra com um questionamento em sua décima segunda frase: “onde está a melhoria, então?”. O ator social impersonalizado e genérico “a melhoria”, nessa frase interrogativa, acena para a existência de uma solução.

O início do **quarto parágrafo** procura dar resposta à questão proposta anteriormente: “o progresso aparece quando se analisa a situação levando-se em conta a idade dos pacientes”, seguindo o mesmo modelo de impersonalização ativa (aparece) e personalização suprimida (se analisa, levando-se). Se o critério é a idade, pode-se inferir que os pacientes podem ser tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino. O ator social “o progresso” responde à provocação do ator social “a melhoria” da frase anterior, ou seja, a melhoria está no progresso. A seguir, os atores sociais, “a situação” e “a idade dos pacientes” complementam o sentido que guia esse progresso.

A segunda frase ressalta que, em idade avançada, “a maioria das mortes naturais [ator social] ocorre por parada cardíaca, quando quase nunca o culpado [novo ator social] é o coração, mas a falência geral dos órgãos minados pelo tempo”. A impersonalização dos atores sociais continua evidente, bem como a universalização e abrangência da linguagem ao referir-se sem diferenciação às “vítimas de doenças fulminantes no coração” (3ª frase).

O período de vida mais vulnerável para o coração seria entre 40 e 59 anos; porém, como assinala a terceira frase, no Brasil as vítimas diminuíram muito em seis

anos. Levando-se em conta que a publicação desse artigo ocorreu em 6 de outubro de 1999, conclui-se que desde 1993 há progressos na diminuição de vulnerabilidade do coração com a referida idade. Ressalta-se novamente que, sendo o critério a idade em geral para ambos os sexos, por enquanto o texto continua a não apresentar nenhum diferencial quanto a homens e mulheres.

A quarta frase já acena com uma distinção entre os dois grupos ao mencionar homens e mulheres, embora sem diferenciá-los: “[...] constata-se uma diminuição de 10% nos ataques cardíacos fatais de homens e mulheres nessa faixa de idade”. A passiva “constata-se”, no entanto, deixa a noção um tanto vaga, problema que é minimizado na frase seguinte, por meio de um argumento de autoridade: a inclusão de um ator social personalizado e nomeado – “o médico Paulo Lotufo”, do Hospital das Clínicas de São Paulo – que afirma: “*A redução dos índices entre pessoas dessa idade é um sinal de queda generalizada*”. Embora a afirmação não acrescente dados importantes e continue a apresentar referências genéricas (pessoas), temos a identificação de um médico credenciado.

Na entrada do **quinto parágrafo**, em sua primeira frase, é estabelecida estreita relação entre os dois atores sociais que são apresentados: “os pacientes” e “idade”. Pacientes com idade que varia dos 40 aos 60 anos são observados muito de perto pelos médicos. Embora o ator social “os pacientes” indique generalização, o ator social a “idade”, por seu complemento, dos 40 aos 60 anos, já dá indicativo de especificidade. O texto prossegue nomeando características dessa faixa etária em linguagem bem grotesca: “período em que acaba a garantia” (2ª frase) e período “conturbado” (3ª frase). A partir da quarta frase começam a ser mencionadas as conturbações: “no campo pessoal e profissional, [...] *homens e mulheres* [atores sociais personalizados] costumam estar em plena ascensão, com filhos adolescentes ou crianças” (4ª frase); “são muito cobrados, o *stress* [ator social impersonalizado] está no auge e muitos enfrentam a última chance de obter uma aposentadoria tranquila” (5ª frase); “*poucos* [ator social indeterminado] se animam a mudar os hábitos alimentares e exercitar-se de acordo com a boa norma da saúde” (6ª frase). Pode-se observar que esses critérios incluem tanto homens quanto mulheres e que, portanto, ambos tornam-se mais suscetíveis a possíveis problemas do coração.

Porém, é interessante ressaltar que, embora homens e mulheres costumem estar em plena ascensão e ainda com filhos adolescentes ou crianças, geralmente são as mulheres que mais se sobrecarregam cotidianamente. Se separadas de seu parceiro, geralmente ficam com a guarda dos filhos e duplica a responsabilidade. Se casadas ou junto com seus companheiros, geralmente ainda assim a responsabilidade

maior sobre o gerenciamento do cotidiano familiar recai sobre elas. Tendo em vista esses fatores, seu nível de stress tenderia a ser bem maior que o dos homens.

A sétima frase prossegue falando de mudança de hábitos que são necessárias: “a redução de certas gorduras nas dietas”, e mais, “parar de fumar” (ator social da 8ª frase) como sendo um dos fatores mais decisivos, reforçados pela locução verbal, “ajuda a diminuir”: “ajuda a diminuir” riscos da doença em 30%. Como esses hábitos podem ser atribuídos tanto a homens quanto a mulheres, infere-se que o texto, neste aspecto, está contemplando a ambos.

Um estudo (mencionado na nona frase) “da Associação Cardíaca Britânica” assinado pelo cardiologista Rory Collins, professor da Universidade de Oxford, vem trazer um argumento forte de autoridade ao texto, especialmente a respeito da necessidade de parar de fumar. Relata que ao terem sido estudados cerca de 26 000 pacientes se chegou à seguinte conclusão: “o cigarro é responsável por 80% dos casos de ataque cardíaco em pessoas com menos de 50 anos” (10ª frase). O ator social “*Collins*”, pela ativação indicada pelo verbo “estudou”, facilita o convencimento do leitor sobre o mal que pode ser causado pelo ator social “o cigarro”. Os termos “pacientes” e “pessoas” deixam em aberto a possibilidade de serem homens ou mulheres.

O texto prossegue explicando porque nessa faixa de idade (menos de 50 anos) “a biologia” (outro ator social impersonalizado) não ajuda: os vasos auxiliares que poderiam entrar em ação caso uma coronária se entupisse ainda não tiveram tempo de se formar. Devido a isso “os *ataques cardíacos* [ator social na 14ª frase] costumam ser fulminantes em pessoas jovens”. No entanto, o parágrafo se encerra, em sua 16ª frase, com um alento dado pela locução verbal “está ocorrendo”: no Brasil os médicos comemoram boas notícias envolvendo essa faixa etária.

O **sexto parágrafo** vem expor quais são essas boas notícias: muito dos avanços da cardiologia mundial vem beneficiando o Brasil já que “o mal cardíaco é uma invenção deste século” (3ª frase). Esse ator social escrito entre aspas, na frase anterior, explica “em parte porque as pessoas antes morriam de outras causas, como as doenças infecciosas e não tinham tempo de desenvolver um ataque cardíaco” (5ª frase). Novamente, a generalização, na expressão “as pessoas”.

O texto segue com as justificativas científicas para este fato, porém, antes de mencioná-las, torna-se interessante refletir sobre fatores que poderiam ser significativos na diminuição do número de ataques cardíacos no século passado. Menores exigências cotidianas tanto aos homens quanto as mulheres; grande parte das mulheres, ainda dando conta somente de afazeres “do lar” e, portanto, pouco suscetíveis ao stress que a combinação trabalhar fora e atender a casa produz; aos

homens, a exigência maior seria a de ser provedor da casa, o resto ficaria por conta de sua ambição profissional e pessoal. Essa reflexão é reforçada pela justificativa que o texto nos dá em sua sétima frase, ainda no sexto parágrafo: “o século XX praticamente venceu a tuberculose, a varíola e as formas fatais da gripe, mas sua agitação típica introduziu a dura realidade do infarto na rotina das famílias”. Atribuem-se ao ator social “sua agitação típica”, muitos dos elementos elencados em nossas considerações anteriores.

O aceno de uma notícia boa vem logo a seguir ditada pelo ator social “os médicos”: os médicos calculam que no novo milênio “*as mortes provocadas pelo coração* [nova impersonalização] se reduzirão à metade em relação ao começo do século”. O verbo “calcular” não expressa 100% de certeza, porém, a palavra “médicos”, embora não se refira a que médicos especificamente, não deixa de ser, nesse caso, também um argumento de autoridade que antecede a outro, o do presidente do Incor, *José Ramirez* (ator social identificado por nomeação). Segundo ele, “*o tratamento das doenças cardíacas* [outro ator social impersonalizado] passa por uma revolução”.

Com relação a questões de gênero, o **sétimo parágrafo** é interessante. Inicia assinalando um fenômeno que “os cardiologistas” (ator social no masculino genérico na 1ª frase) consideram extremamente negativo: a “chegada das mulheres em grande número ao grupo de pacientes com doenças do coração”. A palavra “chegada” está indicando que anteriormente o número de mulheres com doenças do coração nem era computado por ser insignificante. Ou então que a morte de mulheres por problemas cardíacos não era diagnosticada como tal. Em termos linguísticos, que é o que nos interessa aqui, é importantíssimo notar que, embora haja finalmente uma diferenciação na representação de mulheres, na distribuição de papéis sociais elas são passivadas por meio de uma nominalização em que aparecem como atributo do ator social impersonalizado “chegada”. Dessa forma, deixam de ser ativadas, como ocorreria se disséssemos “as mulheres chegaram”. Na 4ª frase, temos que “*Uma mulher cardíaca* era coisa rara”, em que o ator é parte de um processo relacional, e que esse fato “está se tornando mais comum” (5ª frase). O foco recai a seguir no grupo de “mulheres com mais de 50 anos”, que são (novamente processo relacional) “o grande quebra-cabeça dos cardiologistas”, como ressalta o texto em sua sexta frase deste parágrafo.

O texto prossegue informando: “duas décadas atrás, em cada dez vítimas de infarto, nove eram homens e apenas uma era mulher” (7ª frase), contrastando com a proporção apresentada na 9ª frase, ou seja, que são em média, hoje, “quatro homens para uma mulher”. O ator social “a explicação” (10ª frase deste parágrafo) vem elucidar esses percentuais: “a explicação está na mudança do estilo de vida”, ou seja,

o trabalho fora de casa que aumentou na proporção de 14 (no final da década de 1970) para 27 milhões, sendo que no mercado de trabalho (*O mercado de trabalho expõe* as mulheres) as mulheres ficam expostas aos mesmos fatores de risco que os homens. Essa última afirmação é do diretor do Núcleo de Estudos de Problemas do Coração da Mulher, Antônio Mansur, que reforça: "A questão é que muitas mulheres ainda acham que a doença de coração é masculina e não se previnem." "A questão" e "a doença do coração" são dois atores sociais impersonalizados que juntamente com "muitas mulheres" (ator social personalizado) compõem a 14ª frase deste parágrafo. Até o momento, é nesse parágrafo que "as mulheres" são contempladas e incluídas literalmente.

Com relação à pouca busca de cardiologistas pelas mulheres, realmente, pode-se dizer que a maioria das mulheres procura ir com "certa regularidade" ao ginecologista, até por que os meios de comunicação fazem chamamento sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama e de colo do útero. Porém, quase nunca se ouve dizer que uma mulher tenha marcado um check-up com o cardiologista; "são raríssimas", como expressa o texto, apesar de haver "poucas diferenças entre os conselhos que um cardiologista pode dar a um homem e a uma mulher". Portanto, "se a diferença é de atitude" como expressa a 16ª frase, "a mudança também está na atitude", isto é, as mulheres devem se habituar a ir a um cardiologista.

Observa-se que os próprios meios de comunicação ainda não atentaram para a importância desse chamamento, muito embora também não façam chamamento aos homens para a importância de visitarem regularmente o "urologista". Essas questões de gênero estão tão arraigadas culturalmente que é muito difícil desconstruir-se em pouco tempo o que séculos de discursos vêm construindo.

No início do **oitavo parágrafo**, apresenta-se uma constatação: "a ciência ainda tem o que desvendar em relação à manifestação feminina da doença". Mas quem é a ciência? Por que impersonalizar uma atividade eminentemente humana? Não são cientistas, pesquisadores, cardiologistas que fazem a ciência? Essa abstração ideologicamente encobre os verdadeiros atores sociais, que deveriam ser incluídos, mesmo que por uma indeterminação. Sua supressão é bastante significativa, especialmente se considerarmos o ar misterioso do verbo "desvendar", cuja implicação é a de que existe alguma coisa muito profunda e complicada quanto aos possíveis problemas no coração feminino. Além disso, a expressão "manifestação feminina da doença" novamente exclui a mulher do núcleo semântico, como em "mulheres com doenças cardíacas", por exemplo.

Apenas hipóteses explicam porque “o infarto” (ator social na 2ª frase) é “mais letal” (sempre o masculino como referência) em mulheres do que em homens, quer dizer, não há nenhuma constatação verdadeira. Acredita-se que isso se deva ao fato de que as mulheres têm sido historicamente objeto de estudos médicos apenas com relação à reprodução.

Se é que falta comprovação, o argumento de autoridade que o texto apresenta a seguir, pode ser bem aceito. O ator social “a questão [referente ao infarto] está ligada ao hormônio estrógeno, produzido até a menopausa”. Outro ator social na frase, “uma das teses mais debatidas”, reforça esta informação, salientando que recentemente essa tese foi publicada “na revista especializada *The New England Journal of Medicine*”. O texto prossegue argumentando que, “entre outras coisas, o estrógeno é um protetor natural do coração da mulher”. Sem a presença dele no organismo, “a mulher [ator social na 5ª frase com transitividade relacional] ficaria até mais vulnerável do que os homens” pelo fato de “o estrógeno” (ator social na 6ª frase) retardar “em cerca de dez anos a entrada das mulheres na faixa de risco”. A expressão “entrada das mulheres” novamente aciona uma passivação por meio do possessivo. Compare-se com a frase que segue: “Os homens ingressam na faixa de risco maior aos 40 anos e as mulheres, aos 50” (7ª frase). Nessa frase, o ator social “os homens” é sujeito do verbo ingressar (processo material), que ao dizer respeito às mulheres está em elipse. Se há uma equivalência no tratamento de ambos quanto ao teor da informação, certamente isso não acontece com relação à forma linguística empregada.

Será que apenas pela teoria do estrógeno pode-se explicar o fato de as mulheres, “elas” (na 8ª frase), começarem “a ter problemas cardíacos em número maior?” O texto questiona e responde: “só a química [ator social] não explica” (9ª frase).

A décima frase inicia com o ator social “os médicos”, acompanhado do verbo “sugerem”. Sugerir não é afirmar, portanto não é algo comprovadamente científico. “Sugerem que outros fatores decisivos são o fumo e a chegada das mulheres ao mercado de trabalho em posições de comando – o que as igualaria aos homens na exposição ao stress e a outros fatores de risco”. Os atores sociais “outros fatores decisivos” e “que”, além de impersonalizados são generalizados, reforçando a idéia do quanto a afirmação pode ser questionada.

O texto ainda relata que “muitas mulheres” (ator social não específico e com papel passivo) “se submetem” a reposição hormonal na tentativa de diminuir os riscos de infarto. O verbo “submeter-se” dá a indicação que não é por vontade própria e sim por necessidade, digamos. Se não há outra opção, então que seja essa. Como

esclarece a 12ª frase, apesar de não haver nenhum estudo conclusivo, há “bons indícios” de que a reposição hormonal funcione. O ator social “bons indícios” dá um alento. Porém, mais uma vez se tem clareza sobre quão ínfimos são os estudos sobre o corpo feminino e seus possíveis problemas. Há “bons indícios”, não provas, tudo é muito nebuloso.

O ator social da 13ª frase é mais positivo, já que informa que “a pesquisa mais avançada na área” concentra-se em uma droga, “o Raloxifeno”, que mostrou, dentre outras coisas, “ser capaz de diminuir a incidência de ataques cardíacos”. As ações atribuídas ao ator social “este composto”, referindo-se ao Raloxifeno, ou seja, “ajuda a combater”, “mostrou”, “ser capaz” e “diminuir” dão a idéia do quão significativo é o seu estudo. Não há, entretanto, informações sobre a pesquisa.

O parágrafo termina informando que “um levantamento preliminar das autoridades de saúde brasileiras”, nos anos de 1991 a 1997, indicou que “depois de um aumento vertiginoso o mal cardíaco dá sinais de reversão *também* entre mulheres” (grifo nosso). Diminuíram em “7% os casos de infarto feminino no Brasil, naquele período”. Novamente, não temos mulheres que infartam, e sim infartos femininos. O verbo “indicar”, no entanto, não expressa 100% de precisão, ainda mais acompanhado da expressão “dá sinais de reversão” e não de uma afirmativa forte, tal como, “houve reversão”. Pode-se constatar que todos os levantamentos científicos em relação à saúde cardíaca das mulheres não são muito precisos.

Duas palavras em negrito iniciam o **nono parágrafo**: “Força evangelizadora”. Essas duas palavras se referem à popularização dos hábitos e das dietas “condizentes com a saúde do coração” nos últimos cinco anos, conforme avalia o especialista inglês Michael Marmont, fornecendo um grau de autoridade ao assunto. O ator social “os últimos cinco anos” (1ª frase) juntamente com o ator social “a informação” (2ª frase) são igualmente sustentados pela autoridade de Marmont. O especialista se refere a como “as pessoas” têm mudado suas atitudes com relação ao infarto devido ao conhecimento adquirido sobre “os sintomas denunciadores de um infarto”, descritos neste parágrafo, sempre de modo generalizado.

O texto continua ressaltando o alerta médico de que o histórico familiar é decisivo. Percebe-se que o ator social “os médicos” (12ª frase) é bem contundente, “alertam”, ainda mais acompanhado do ator social “histórico familiar” e seu complemento “é decisivo”. “O risco” (ator social na 14ª frase) diz respeito principalmente a “pessoas” (ator social na 13ª frase) que tiveram pais, mães ou tios com problemas cardíacos antes de completar 50 anos. Essas são mais suscetíveis. O parágrafo finaliza de forma positiva: “Há [...] progressos no atendimento profissional ao

doente enfartado já no pronto-socorro”. Lógico que na expressão “doente enfartado” incluem-se homens e mulheres, pois ambos poderão vir a serem vítimas de infarto.

O tópico central do **décimo parágrafo** é o “atendimento de urgência”, responsável pelo fato de que “ficou difícil morrer do coração” em um hospital. Quem sustenta a afirmação é “José Carlos Pachón”, ator social nomeado e qualificado pela função que ocupa, “cardiologista do Hospital do Coração, em São Paulo”, dando um grau de autoridade à informação. Conforme ele, “só se perde um paciente hoje na emergência de um bom hospital brasileiro se o caso for muito complicado.” Neste parágrafo os atores sociais ativados são quase todos impersonalizados: “o ataque inicial nos prontos-socorros” (5ª frase), “o analgésico” (6ª frase), “O betabloqueador” (7ª frase), “o uso [...] da aspirina e do betabloqueador” (8ª frase), todos agentes decisivos numa emergência. Além do médico José Carlos Pachón acima, enlista-se ainda a autoridade do médico americano J. Chen, bem como do periódico em que seu artigo foi publicado: *The New England Journal of Medicine*.

O atendimento de urgência ocupa também todo o **11ª parágrafo**, no qual, da mesma forma do que no anterior, os atores sociais são os procedimentos e os instrumentos utilizados, como em “o cateter serpenteava” (2ª frase). O mais importante deles, descrito como “a última novidade no diagnóstico de problemas cardíacos no mundo” (9ª frase) “é um aparelho americano chamado CAT, que produz imagens quase perfeitas do interior das artérias – sem precisar parar o coração”. Como se pode observar, esse aparelho, assim como outros ganhos da evolução médica, aparece ativado (produz imagens), relegando a atividade médica a um plano secundário pela omissão do ator social ativado. É o caso da afirmação do chefe da divisão cirúrgica do Incor, Noedir Stolf que, na 13ª frase, complementa: “aprendia-se tentando”.

O parágrafo termina comentando que há vinte anos, apenas duas, de cada dez operações de ponte de safena, davam certo e que hoje o índice de acerto é de 95 %, isto é, quase total. Os atores sociais, “o índice de acerto” e “95% das operações”, ambos na 16ª frase, vêm fechar positivamente a idéia sobre o atendimento de urgência.

O próximo **parágrafo, o 12º**, procura dar dicas importantes que podem vir a reduzir o risco de se ter um infarto. Até a nona frase, fala da importância da prática de exercícios. Têm-se atores sociais significativos, dentre eles: “um front importante da batalha pela saúde do coração” (1ª frase), “quem pratica exercícios aeróbios três vezes por semana durante uma hora” (2ª frase), “exercícios aeróbios, como a caminhada” (3ª frase), “o exercício” (5ª frase), “estudos demonstraram” (8ª frase), “algumas academias espalhadas pelo país” (9ª frase).

Da 10^a até a 20^a frases, o parágrafo trata de alimentos que ajudam a diminuir os riscos de ataque do coração, derrubando alguns mitos tal como o de que o ovo seria prejudicial. Têm-se como atores sociais mais significativos: “antigos mitos” (10^a frase), “o ovo” (11^a frase), “colesterol na comida não equivale matematicamente a colesterol na artéria” (12^a frase), “as gorduras saturadas [...] têm um potencial muito maior de aumentar as taxas de colesterol no sangue” (14^a frase), “a margarina” (15^a frase), “as fibras” (18^a frase).

A 21^a frase ressalta, através do ator social “o grande avanço”, que médicos, químicos e biólogos possibilitaram uma diminuição dos riscos de doenças cardíacas, afirmação e análise feita pelo “cardiologista especializado em prevenção de doenças do coração Matt Sorrentino, da Universidade de Chicago”, com outro argumento de autoridade sustentando uma afirmação. As 22^a e 23^a frases retiram um pouco o compromisso com a “saúde cardíaca” (ator social na 22^a frase) e a prevenção dos médicos e repassam para “cada um”, cada “pessoa” (ator social na 23^a frase). Depende das atitudes e da adoção de hábitos favoráveis para que o coração não venha a ter um infarto.

O **13º parágrafo** começa relatando que “quando se pára para analisar por que o número de ataques cardíacos vem diminuindo no Brasil”, percebe-se que a causa é uma “mudança de hábito” por parte de uma geração mais saudável e também o surgimento de “novas e potentes drogas” sem efeitos secundários. O artigo finaliza falando sobre a hipertensão: além da redução de sal na dieta e da diminuição do peso corporal, “o uso de remédios de última geração permitiu diminuir para 10% o número de mortes associadas à hipertensão arterial”. A afirmação é do médico Sidney Clawansky, da Escola de Saúde Pública de Harvard.

Esse longo texto vem assinado por três jornalistas: Júlio Wiziack, Mônica Weinberg e Thomas Traumann.

Como se pôde observar na análise acima e com base no detalhamento apresentado nos Anexos¹⁴, a maioria dos atores sociais representados no texto são impersonalizados: cento e quarenta e oito de um total de duzentos e sessenta e quatro, o que representa um percentual em torno de 56%. Isso pode ser consequência de uma tentativa de imprimir um tom mais “científico” ao artigo, retirando dele o que poderia parecer subjetivo ou pessoal. Tanto a natureza quanto as máquinas e as substâncias realizam processos independentemente das ações humanas, possivelmente com maior margem de risco.

¹⁴ Anexos 3-A, 9 e 10.

Com relação aos atores sociais personalizados, em número de sessenta e quatro, representando em torno de apenas 24% do total, observamos que são em sua maioria indeterminados ou generalizados por assimilação a grupos: brasileiros endinheirados, pacientes, alguns dos melhores, as vítimas de doenças cardíacas, os médicos, entre outros.

Entre os atores personalizados, há apenas dez que são determinados por nomeação, servindo exclusivamente para dar autoridade, mesmo que de forma bastante tênue, a ideias apresentadas de modo genérico pelos jornalistas, autores do artigo. São eles, como vimos: “Adib Jatene, o mais respeitado cirurgião cardíaco brasileiro”; “o médico Paulo Lotufo, do Hospital das Clínicas de São Paulo”; “o médico Raul Cutait, que foi secretário municipal da Saúde de São Paulo”; “cardiologista Rory Collins, professor da Universidade de Oxford”, “José Ramirez, presidente do Incor”; “Antônio Mansur, diretor do Núcleo de Estudos de Problemas do Coração da Mulher, em São Paulo”; “Marmont” (“especialista inglês Michael Marmont”); “José Carlos Pachón, cardiologista do Hospital do Coração, em São Paulo”; “o médico americano J. Chen num artigo publicado no *The New England Journal of Medicine*”; “o cardiologista especializado em prevenção de doenças do coração Matt Sorrentino, da Universidade de Chicago” e “o médico Sidney Clawansky, da Escola de Saúde Pública de Harvard” e o “chefe da divisão cirúrgica do Incor, Noedir Stolf”.

No que diz respeito a representações de gênero, na maior parte do artigo foi utilizado o masculino genérico para identificar pessoas com problemas cardíacos, o que não surpreende se considerarmos que o masculino tem sido a norma das representações humanas na cultura ocidental. Entretanto, na parte que focaliza especificamente as mulheres, foi possível verificar que, mesmo sendo elas o foco de atenção, as escolhas linguísticas frequentemente lhes dispensavam papéis passivos de agenciamento secundário, como no caso de “entrada das mulheres” (possessivação) e “infarto feminino” (adjetivação).

Transitividade

Com relação aos processos atribuídos aos atores sociais personalizados, vemos que no caso dos determinados por nomeação, oito são processos verbais (diz, afirma, costuma dizer) e dois são mentais (escreve, analisa). Os outros atores personalizados (por indeterminação ou generalização) aparecem mais em processos materiais (20) e relacionais (17). Observa-se também que o processo relacional (é, são, foi, está, seja, tem,...) é mais freqüente nos atores sociais representados por impersonalização.

4.2.2 - Aviso às balzaquianas

Apresentação

Diferentemente do artigo anterior, *Aviso às balzaquianas* (incluído na sessão Medicina) é dedicado especialmente a mulheres. Seu título tem como destinatárias as “balzaquianas”, retomando uma expressão que surgiu após a publicação do livro *A mulher de 30 anos* (1834) do escritor francês Honoré de Balzac e que se refere às mulheres na casa dos 30 e, atualmente, usada também para mulheres de 40 anos.

A primeira coisa a ser notada no título é o núcleo semântico “aviso”, ou seja, uma indicação de que as mulheres, especialmente as de mais de 30 anos, precisam ser avisadas. Mesmo estabelecendo uma relação dialógica entre autoridade e dependência, não fica claro quem avisa.

O título é apoiado pela lide, que apresenta uma paráfrase explicativa da palavra “balzaquiana”, acrescentando o teor do aviso: “[Elas] devem se preocupar com a saúde do coração”. “Devem” é uma modalidade bastante forte, não deixando margem a questionamentos.

O artigo é direcionado às mulheres e embasado em um estudo com “380 pacientes”. Os argumentos apresentam as mulheres “na faixa dos 30” como propensas a males cardíacos. Há, portanto, uma atenção especial ao corpo feminino, contrapondo-se a estudos tradicionais que, como foi visto na seção sobre gênero e discurso, colocavam em segundo plano os interesses da medicina pela saúde da mulher, ao omitirem as mulheres como objetos e sujeitos de pesquisas médicas. Estudos recentes, tais como o apresentado nesse artigo, vêm fazer, de certa forma, um resgate necessário ao corpo feminino como elemento significativo nas pesquisas.

Mesmo assim, a referência ao masculino não pôde ser ignorada. Na caixa-destaque, colocada à esquerda e em plano inferior à ilustração, apresenta-se uma comparação entre “elas” e “eles”, indicando que no total os homens são três vezes mais propensos a doenças cardiovasculares, mas que a proporção se iguala quando as mulheres entram na menopausa e sobe para seis mulheres contra quatro homens a partir dos 65 anos. Assim, embora o artigo focalize as mulheres, a caixa destaque, estabelecendo comparação entre os dois sexos, faz um chamamento mais amplo a possíveis leitores, colocando o feminino em relação ao masculino.

O texto em si, que ocupa toda a metade superior da página, contém dois longos parágrafos e vem acompanhado, na parte inferior da página, de uma ilustração, com a figura feminina se sobrepondo aos quadros de destaques. Essa ilustração apresenta uma espécie de silhueta sombreada de uma figura feminina, de meio corpo,

exibindo em plano frontal um coração destacado por uma espécie de luminosidade, reforçando a idéia de um teor científico “estilizado”, popularizado. É uma gravura esquematizada, quase como ilustração de um livro técnico, com o coração em destaque, mostrando aquilo que estaria escondido. O fato de a gravura ter sido retirada de uma biblioteca de fotografias científicas dá mais veracidade ao que está representado.

Representação dos atores sociais

A primeira frase inicia com “Os médicos costumam dizer”, mas que médicos? O sujeito é representado de forma genérica e indeterminada. É uma afirmação vaga e, de certa forma, desautorizada pela locução verbal “costumam dizer”, que, no entanto, representa uma ativação desse ator social. Prossegue com “a maioria das mulheres”, algo novamente vago, levando-nos a questionar quem faz parte dessa maioria, se alguma classe social ou raça em especial? Esse outro ator social indeterminado, “a maioria das mulheres”, é acompanhado da locução verbal “precisa se submeter”, com o verbo “precisa” corroborando o “devem” da lide, além de acrescentar uma indicação de passividade. O complemento “exames preventivos” [...] depois da menopausa” tem uma força bem maior do que se tivesse sido dito que as mulheres devem fazer exames preventivos. A afirmação é logo contestada pela frase seguinte, ligada a essa pela conjunção “no entanto”. Aqui “um estudo americano” que, como no texto anterior, invoca pesquisas feitas no exterior como autoridade, “coloca em xeque esse preceito”, isto é, o preceito de que só após a menopausa a mulher deve se preocupar em fazer exames preventivos. A expressão “coloca em xeque” ativa o ator social “um estudo americano”, embora sua impersonalização se mantenha.

O referido estudo, agora legitimado pelo nome da universidade – “pesquisadores da Universidade de Pittsburg”, ator social incluído por personalização e determinação – passa então a ser apresentado com um tom científico, obtido pelo emprego de verbos que o ativam, como “acompanharam”, “verificaram”, “notaram”, geralmente utilizados em relatórios de pesquisa, ressaltando os perigos “precoces” para o que denominam “coração feminino”, estrutura também empregada no artigo anterior e que impersonaliza a mulher. Ainda na mesma frase a locução verbal “começam a prejudicar” ativa o ator social impersonalizado: “os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares”.

O texto é salpicado de termos pseudo-técnicos de conhecimento geral, com várias nominalizações como “aumento nos níveis de colesterol ruim e de triglicérides” e “baixa nas taxas do colesterol bom”. Novamente a próxima frase, tal como a primeira

do texto, inicia com o ator social representado de forma genérica, “os médicos”, porém ativado pelo verbo “notaram”, embora essa indicação de notar seja um tanto subjetiva.

A seguir, o texto apresenta duas razões, “duas explicações” para o que agora denomina de “ameaça precoce”. São elas “os maus hábitos da vida moderna” e a diminuição da produção de estrógeno. Embora não apareçam na posição gramatical de sujeito, tais elementos adquirem força de agentes, uma vez que poderiam ser tomados como fatores que ameaçam, conforme se vê na nominalização acima (ameaça precoce).

Percebe-se que a impersonalização do ator social vem sendo recorrente nas frases. Começa-se a notar também que a aparente especificidade que caracteriza o gênero de divulgação científica aumenta, inclusive com a referência à publicação da pesquisa em um importante periódico científico, a revista “*Stroke*, da Associação Americana do Coração”. A referência à publicação nessa revista aponta como ator social, “o trabalho”, ativado pela expressão “leva à conclusão”, omitindo a participação de pesquisadores. Além disso, ao apassivar e omitir o agente da antecipação dos “exames preventivos contra os distúrbios cardíacos”, o texto os coloca em evidência, novamente minimizando a ação dos pesquisadores. É como se os procedimentos acontecessem por si mesmos.

O **segundo parágrafo** apresenta inicialmente um enfoque no estrógeno, identificado como o “hormônio feminino por excelência”, descrevendo seu funcionamento e fatores de risco devidos a sua redução no organismo e retomando a crença médica que erroneamente atribuía o perigo de doença cardíaca em mulheres para após a menopausa. O ator social “hormônio feminino por excelência, o estrógeno”, é ativado pelos verbos “proteger”, “manter”, “impedir” e “funcionar”. O estrógeno efetivamente funciona como um importante ator. Por outro lado, ao sugerir que as mulheres “estariam *mais propensas* a sofrer” (nossa ênfase), o texto as coloca novamente numa posição de inatividade, semelhante ao observado na primeira frase do texto. Percebe-se que as duas referências feitas às mulheres até agora as reforçam como passivas, necessitando de cuidados ou avisos, estando mais vulneráveis a determinado sofrimento se não os receber.

O verbo “acreditava-se”, no entanto, na voz passiva sintética, dá uma indicação de indeterminação do sujeito. Ao apontar para conhecimentos anteriores, apresenta o ator social “estudo de Pittsburgh” (argumento de autoridade) como informação nova quanto ao “cenário propício para um infarto”. O argumento de autoridade é ativado pelo verbo “afirma”. Outro argumento de autoridade com atores personalizados, embora não nomeados, aparece em “os pesquisadores americanos *constataram*”, que

introduz as maiores alterações causadas pela menopausa, ou seja, “o aumento na pressão arterial e a elevação nas taxas de glicose no sangue”.

Esses dois verbos - “acreditava-se” e “constatarem” - indicam que o conhecimento científico, embora exposto popularmente, está em construção. E essa idéia vem ao encontro das considerações feitas no capítulo sobre Divulgação Científica, em que afirmamos que a ciência, apresentada através das idéias de Thomas Kuhn (2003), progride de forma irregular e relativamente imprevisível. Novas teorias vão surgindo e apontando falhas nas existentes. Então, o conhecimento divulgado de forma popularizada, nesse caso, permite que se reconheça a ciência nessa concepção. Como bem expressa Chassot (2003, p.15), “os paradigmas de qualquer conhecimento científico são constantemente postos à prova e substituídos quando deixam de oferecer explicações convincentes”.

Reiterando a autoridade da “pesquisa de Pittsburgh”, o artigo se respalda em uma afirmação de Mario Maranhão, outro ator social que é nomeado e identificado pela função que ocupa, ou seja, presidente da Federação Mundial de Cardiologia, para encaminhar a recomendação às mulheres, expressa na próxima frase: “recomenda-se às mulheres que a partir dos 35 anos se submetam anualmente a exames [...]”. A voz passiva sintética do “recomenda-se” indetermina o sujeito (médicos em geral), e a recomendação de que “se submetam” novamente impinge passividade ao ator social “mulheres”. Mais uma vez observa-se no texto um aconselhamento às mulheres em termos de submissão a exames (e não da realização de exames), o que não as deixaria em uma posição de sujeição. Portanto, o que se inicia com uma referência genérica a pesquisadores americanos, agora recebendo o aval de uma personalidade nomeada e possivelmente brasileira, Mario Maranhão, respaldado pela Federação Mundial de Cardiologia, reforça de forma muito mais contundente o assujeitamento feminino.

Pela descrição feita acima pode-se notar que os atores sociais mais representados no texto, como no texto anteriormente analisado, são impessoais (vide Anexos¹⁵): quinze de um total de vinte e seis. São eles: “um estudo americano”, “os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares”, “a primeira”, “a segunda”, “a produção do hormônio estrógeno”, “o trabalho”, “os exames preventivos contra os distúrbios cardíacos”, “hormônio feminino por excelência, o estrógeno”, “o estrógeno”, “os fatores de risco”, “o estudo de Pittsburgh”, “essa bomba relógio”, “o aumento na pressão arterial e a elevação nas taxas de glicose no sangue”, “essas duas

¹⁵ Anexos 4-A, 9 e 10.

mudanças”, “a pesquisa de Pittsburgh”. Usando as categorias da rede de sistemas de Van Leeuwem, todos esses atores sociais são impersonalizados, o que denota a característica dessa prática discursiva contemporânea em que são superpostos em graus diferenciados traços de cientificidade, laicidade e didaticidade, tal como havia percebido Zamboni (2001).

Encontram-se no texto vozes de médicos (“os médicos”) e de pesquisadores (“Pesquisadores da Universidade de Pittsburgh”, “Os pesquisadores americanos”) para dar autoridade ao que é dito; porém, na referência feita às mulheres, para quem se destina especificamente o artigo, têm-se o indicativo de passivação. Não aparecem mulheres pesquisadoras, depoimentos de mulheres, enfim, mais uma vez sustenta-se o discurso hegemônico da ciência feita por homens para as pessoas em geral (homens e mulheres), embora o artigo proponha apresentar uma diferenciação entre os homens e as mulheres indicada pela caixa destaque.

Transitividade

Aos atores sociais mais representados no texto, os impersonalizados, são atribuídos processos materiais (8) e processos relacionais (6). O número de processos materiais é relativamente maior do que no artigo anterior, e pode-se constatar que eles são bastante ativados: “um estudo americano” (coloca), “a pesquisa de Pittsburgh” (mostra), por exemplo. O processo relacional (“são”, “é”, “estão”, etc.), como enumerado, também se mostra significativo, porém sua proporção é menor se comparada à do artigo anterior.

As mulheres são mencionadas três vezes e em todas elas aparecem passivadas, ou pela voz passiva propriamente dita (precisa se submeter, se submetam), ou por serem colocadas como atributo (coração feminino).

Outros aspectos relevantes

O artigo começa fazendo referência às mulheres na faixa dos 30, e termina fazendo referência às mulheres a partir dos 35 anos, idades às quais se adéqua o termo “balzaquianas”. Balzac, no entanto, em seu livro já mencionado *A mulher dos 30 anos*, faz uma apologia às mulheres de mais idade que, por estarem emocionalmente amadurecidas, podem viver o amor com maior plenitude, em oposição à tradicional figura da moça romântica, vulnerável e fraca. Sua personagem principal, Júlia d'Àiglemont, é o grande retrato da mulher mal casada, que após anos de infelicidade, ao chegar aos 30 consegue encontrar o amor nos braços de Carlos Vandenesse. O

artigo que está sendo analisado, no entanto, ao utilizar o termo balzaquiana, refere-se ao fato de as mulheres nessa faixa etária estarem com seu organismo, seu coração, um pouco mais fragilizado, requerendo cuidados. Inverte-se, assim, a força geralmente atribuída à mulher madura.

O quadro que fecha o artigo apresenta um resumo da comparação entre o “antes” e “agora”, isto é, compara crenças médicas sobre mulheres e doenças cardíacas com novos conhecimentos obtidos por pesquisas recentes. O contraste entre o “acreditava-se” de antes e o “sabe-se” de agora, no entanto, é minimizado pelo uso da passiva sintética que, em ambos os casos, diminui a força dos enunciados. Além disso, nenhuma das afirmações feitas no “agora” indica conhecimento já consolidado, dando apenas uma idéia de que ainda há muito a ser pesquisado sobre o tema. Aqui novamente fica clara a idéia da ciência em construção.

As mulheres, como objeto de pesquisa científica, acomodam-se perfeitamente nessa concepção de ciência, pois seu corpo historicamente, como percebe Schiebinger (2001), foi comparado, em pesquisas médicas, com o masculino e considerado um desvio da norma masculina. Só ao final da década de 1980 a medicina foi despertando para a necessidade de estudar o corpo de mulher de forma diferenciada da do corpo do homem. Ainda será preciso uma longa transição epistemológica para que pesquisas médicas dêem atenção específica ao corpo feminino e, mais, às próprias diferenças que existem entre os corpos das mulheres. Percebe-se que no final do artigo não são apresentadas constatações e sim aconselhamento, recomendações às mulheres, dizendo-se o que tem que ser feito. Intui-se que, especificamente às mulheres, se diz o que têm que fazer. Provavelmente essa idéia advenha dos papéis sociais atribuídos a cada sexo historicamente e, por conta disso, homens sabem, mandam e as mulheres aprendem, obedecem.

Embora, como já indicado, o artigo seja para mulheres, ele não deixa de apresentar um parâmetro comparativo com o masculino na caixa destaque, como se o masculino fosse padrão, acentuando mais uma vez a construção dos corpos masculino e feminino segundo similaridades ou diferenças do objeto básico de pesquisa: o corpo masculino. “Não é preciso nenhum esforço para se verificar o quanto vivemos numa civilização que ainda tem uma conotação predominantemente masculina” (Chassot, 2003, p. 28).

4.2.3 - Coração e mente

Apresentação

O artigo ***Coração e mente***, diferente dos dois últimos já analisados, que se encontravam na sessão de Medicina da revista, se encontra na sessão de Saúde. Sua apresentação gráfica, porém, é muito semelhante ao anterior (*Aviso às balzaquianas*), em uma única página e com três longos parágrafos.

O título é apresentado em negrito, no lado superior esquerdo da folha. Os dois núcleos semânticos, o “coração” e a “mente”, apontam para uma inter-relação comprometedora. Se não fosse pela conjunção “e” que os separa, poder-se-ia fazer a inferência de que o coração mente e aí então, num primeiro momento, se pensar no quanto uma doença que afeta o coração pode ter tido sua origem em outro local do organismo não relacionado a ele, ou ainda, em afetos e no quanto eles são imprecisos e imprevisíveis. Porém, a lide vem nos dar uma informação mais precisa. Abaixo do título, em letras de menor tamanho, faz referência à depressão como sendo um fator de risco para o infarto. Não é feita nenhuma alusão ao feminino ou ao masculino e sim a um fator de risco em geral, que pode afetar tanto homens quanto mulheres.

A ilustração, uma figura humana (da cabeça ao tórax) sombreada basicamente na cor azul, apresenta um coração avermelhado estilizado no peito, sendo que a cabeça baixa da pessoa, direcionada para o coração, reforça a relação que o título impõe: “coração e mente”. Não é uma relação feliz, pelo que expressa a figura, pois o olhar, um tanto cabisbaixo do sujeito realmente parece indicar um peso, “o peso da depressão”, expresso pelas primeiras palavras da lide.

Um quadro, apresentado verticalmente entre as colunas do texto, em destaque, nas mesmas cores da figura, azul e avermelhado, lista “onde está o perigo”. Primeiro esclarece que “45% das vítimas de um infarto sofrem de *depressão*”. Depois prossegue: “se a *depressão* não for tratada, aumenta 5 vezes o risco de um novo infarto”. Percebe-se a palavra “depressão” como central nessas duas informações. A seguir, o quadro prossegue com o que intitula “as explicações”. Na primeira delas, novamente a palavra depressão: “a *depressão* eleva a produção dos hormônios [...] e a quantidade de gordura no sangue”. Na segunda, aborda a elevação nos níveis das substâncias responsáveis pela coagulação do sangue entre os *deprimidos*, prejudicando-os. Portanto, pode-se inferir pelo que já foi levantado que a “depressão” é o elo que liga fortemente o “coração” e a “mente”, expressos no título, e que é dela que o texto basicamente vem tratar.

Representação dos atores sociais

A primeira frase do **primeiro parágrafo** é incisiva, especialmente por ser apresentada impessoal e genericamente: “Não tem mais discussão”. De imediato, entretanto, um argumento de autoridade sustenta esta afirmação: “a Federação Mundial de Cardiologia”, ator social representado de forma ativa, “agora *considera* [r] a depressão fator de risco isolado para o coração”. A palavra “agora” nos induz a pensar que anteriormente não o era. Com efeito, a informação seguinte esclarece: “Antes, ela estava entre as causas coadjuvantes [...]”. A próxima frase, apresentando um ator social incluído por passivação, “a decisão”, sustenta a importância de se considerar a depressão como fator de risco para o coração, pois prossegue informando: “baseia-se na análise de quarenta dos maiores e mais recentes estudos sobre a relação entre infarto e depressão”. Ora, embora não nomeie individualmente esses estudos, tratando-os de forma genérica, o número deles, “quarenta”, é o suficiente para fortalecer a afirmação da próxima frase: “que 45% dos infartados têm quadros depressivos em seu histórico”. Embora não se saiba como esse dado foi obtido, quarenta e cinco por cento é, sem dúvida, um percentual considerável, fato que é reforçado a seguir com um argumento de autoridade, argumento que como já pudemos observar nos artigos anteriores costuma ser “salpicado” em textos dessa natureza. A declaração de que “a depressão é tão importante na gênese do infarto quanto a hipertensão ou o colesterol alto”, é do cardiologista paranaense Mario Maranhão, presidente da Federação Mundial de Cardiologia.

A seguir a depressão é apresentada como sendo “uma ameaça e tanto à saúde”, mas que, apesar disso, “demora a ser identificada”. Confunde-se “com tristeza ou melancolia passageiras”, sentimentos que a ilustração do artigo, já comentada, transmite ao leitor.

Buscando acentuar a importância da depressão como causa de problemas cardíacos, surge novo argumento de autoridade, agora sustentado pela Organização Mundial de Saúde, que considera a depressão “como a quinta maior questão de saúde pública” e alerta: “Em 2020, deverá ser a segunda, depois justamente das doenças cardíacas”. E para deixar clara a relação entre as duas, acrescenta-se que “os laços entre os dois distúrbios tendem a ser mais estreitos”.

Essa relação é esclarecida na frase que dá início ao **segundo parágrafo**: “quanto mais grave a depressão, maior a probabilidade de ocorrência de problemas cardiovasculares”. Convém pontuar nessa altura da análise que, ao ativar atores sociais impersonalizados (a depressão, as doenças cardíacas, os laços entre os dois distúrbios), o texto não dá margem a representações de gênero, uma vez que o

paciente não é o foco das informações. Essa ausência de diferenciação entre homens e mulheres, entretanto, não deixa de ser positiva se considerarmos que as crenças populares e o senso comum geralmente associam a depressão à mulher.

O texto prossegue comentando que o impacto da depressão sobre o coração é explicado do ponto de vista da fisiologia bem como do lado comportamental. “O deprimido faz tudo errado”, afirma o “cardiologista Maurício Wajngarten, chefe do departamento de cardiologia do Instituto do Coração, de São Paulo”. Ao ativar um ator personalizado mas genérico (o deprimido = qualquer pessoa deprimida), o texto novamente não diferencia homens e mulheres, dando a entender que, sob esse aspecto, são similares.

As quatro próximas frases seguem explicitando a sintomatologia da depressão: “sentimentos negativos e devastadores”, “apatia e irritação”, etc, para logo após questionar, encerrando o parágrafo: “como alguém nessas condições pode pensar em alimentos pobres em gordura ou em largar o cigarro?” “Onde encontrar ânimo para fazer ginástica?” A referência feita a “alguém nessas condições” permite que se personalize esse ator social como homem ou mulher, pois o texto continua não fornecendo nenhuma indicação nesse sentido.

O **terceiro parágrafo** ocupa-se nas cinco primeiras frases, em que os atores sociais são representados, em sua grande maioria, de forma impessoalizada, com explicar “o desequilíbrio da química cerebral [...] entre os depressivos” como fator desregulador da química de todo o corpo, aumentando a produção do hormônio do stress, elevando a pressão arterial e os níveis do colesterol ruim, diminuindo os níveis do colesterol bom (HDL), fabricando mais adrenalina o que “pode acarretar arritmias cardíacas graves”. O único ator personalizado neste parágrafo é o indeterminado “quem”, cuja força é ainda diminuída pela carga semântica da ação que realiza: sofrer um infarto.

A linguagem no texto como um todo é bastante simples, como se estivesse “traduzindo” explicações científicas, o que se acentua quando, no final, nomeia a depressão como “doença da alma”, citando remédios da família do Prozac como uma arma poderosa para combatê-la. O artigo se encerra salientando que mesmo quem já sofreu um infarto tolera esse medicamento, mas que a maior dificuldade é a de o próprio paciente aceitar o diagnóstico da depressão.

Pode-se verificar nesse texto¹⁶ que a maioria dos atores sociais representados são impessoalizados (vinte e dois de um total de trinta e sete), característica que vem

¹⁶ Anexos 5-A, 9 e 10.

se mantendo nos textos que estão sendo analisados. Da mesma forma, os poucos atores personalizados, em número de oito, se incluem na categoria de generalização, e na categoria assimilação em grupos. Evidencia-se também a indeterminação e a determinação por nomeação. E, novamente, as nomeações indicam o aval de profissionais e instituições da área, não havendo representações de pacientes específicos.

Transitividade

Dentre os atores sociais mais representados no texto, a onze deles é atribuído o processo relacional, enquanto que sete outros atores exibem processo material. São eles: “a depressão” (é apontada), “ela” (associa), “o desequilíbrio da química cerebral” (é verificado), “a depressão” (aumenta), “esse hormônio” (eleva), “ele” (diminui), “o tratamento da chamada doença da alma” (ganhou). Encontram-se no terceiro parágrafo onde a preocupação é de explicar como a química cerebral tende a desregular a química de todo o corpo, ou seja, são utilizados para explicar experiências, mudando o fluxo de eventos.

A experiência mental também foi representada em três momentos relacionados a três atores sociais dentre os mais representados: “a Federação Mundial de Cardiologia” (considera), (representar), “ela” (associa).

Outros aspectos relevantes

Pode-se inferir, pela leitura do texto, que tanto a alma feminina quanto a alma masculina adoece (depressão), tornando-se fator de risco para um infarto. Para este artigo, o adoecer não tem gênero. O tipo de atividade realizada por homens e por mulheres não os favorece nem diferencia no diagnóstico da depressão e sim a forma pela qual eles encaram seu dia-a-dia. Por isso a forte ligação dos dois campos semânticos do título o “coração” e a “mente”.

Pode-se considerar um fator positivo no texto o fato de não ter sido feita a histórica relação das mulheres com o “coração” e dos homens com a “mente”, apesar de várias das referências a “afetados pela depressão” terem sido feitas no masculino genérico: “infartados”, “o deprimido”, “um deprimido”, “o paciente”, acentuando o fato universalmente aceito de que a linguagem tende a ser primordialmente masculina.

4.2.4 - Só para mulheres

Apresentação

Em contraste ao artigo anterior, que não fazia distinção de sexo entre pacientes ou possíveis pacientes de doenças cardíacas, **Só para mulheres**, publicado dois anos mais tarde na seção Medicina de *Veja*, é especialmente dedicado às mulheres. A palavra “só”, no título, não deixa dúvidas. Com uma apresentação gráfica praticamente igual à dos dois artigos anteriores – uma única página, com dois longos parágrafos e uma ilustração no canto superior direito da página – já na lide anuncia o lançamento de uma cartilha de prevenção de doenças cardíacas endereçada exclusivamente ao sexo feminino.

Uma informação importante é a de que esta cartilha é lançada pela “Associação Americana do Coração”. O fato de ser “Associação” e de ser “Americana”, e ainda ser o sujeito da frase em posição inicial, duplamente fortalece o ar de autoridade impetrado à temática desde o início, muito embora o chamamento pelo título “só para mulheres” seja mais popular. Questiona-se: o sexo masculino não precisa de cartilha? Se a cartilha é exclusiva ao sexo feminino, então as mulheres deverão ter cuidados diferentes dos cuidados dos homens com relação à saúde do coração? Ou então, as mulheres anteriormente não se preocupavam com a saúde do coração e agora são necessários alerta e cuidados? Ou ainda, as mulheres não eram consideradas em sua especificidade biológica como sujeitos da prática médica?

Logo vamos tendo mais clareza sobre o propósito do artigo. Um pequeno quadro (da Associação Americana de Cardiologia) é apresentado em destaque, inserido entre as duas primeiras colunas do texto. Nele é dado um alerta para o que seriam “cuidados femininos”, com a listagem de “principais diretrizes para a prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres”. A primeira: “A aspirina não é indicada para as pacientes com baixo risco de sofrer infarto ou derrame”. Pergunta-se: e aos homens com baixo risco de sofrerem infarto ou derrame é indicada? Outra diretriz listada é a de que “mulheres na pós-menopausa *não devem ser submetidas* à terapia de reposição hormonal” (grifo nosso). Nesse caso, sim, a informação é específica às mulheres. A última diretriz acrescenta: “Avaliar se a paciente sofre de depressão”. A explicação que vem a seguir é a de que, além de ser um fator de risco para males cardíacos, “a depressão é *mais comum* entre as mulheres e aumenta a probabilidade de um infarto” (grifo nosso). Contrariamente, portanto, ao artigo **Coração e Mente**, já analisado, essa matéria apresenta a depressão como um diferencial entre mulheres e homens. Mas como ela também afeta os homens, pode-se dizer que dos três cuidados

“femininos” apresentados, apenas um é efetivamente “só para mulheres”. Vale destacar, ainda, os aspectos grifados acima: a voz passiva e a alta modalidade em “não devem ser submetidas” e “mais comum”, comparativo com o parâmetro de normalidade, que é possivelmente masculino.

A ênfase na interlocução com o sexo feminino é, entretanto, reforçada pela ilustração do artigo. No canto superior direito, em destaque, temos a figura de uma mulher (rosto e tórax) auscultando o coração com um estetoscópio, de olhos fechados, provavelmente concentrada no número de seus batimentos cardíacos, indicados visualmente por uma linha sinuosa que se superpõe à figura da mulher.

O texto básico constitui-se de dois longos parágrafos, o primeiro apresentando a cartilha e relatando alguns cuidados que as mulheres devem ter, e o segundo basicamente justificando o porquê da cartilha. Há ainda, ao pé da página, um quadro intitulado “Mais um exame”, com informações sobre uma recente descoberta sobre o assunto.

Representação dos atores sociais

No **primeiro parágrafo**, a primeira frase tem como sujeito “a Associação Americana do Coração”, repetindo praticamente a lide, apenas com o acréscimo de “pela primeira vez”, indicando uma informação nova. Mais uma vez há um forte apelo a autoridade, sustentado pelo verbo “elaborou”, que ativando o ator social produz um ar de seriedade ao assunto antes apresentado informalmente pelo título.

Percebe-se na segunda frase uma contradição ao objetivo central do artigo, certo enfraquecimento na afirmação “só para mulheres”. Ao relatar que na semana anterior haviam sido divulgadas novas diretrizes, o texto ressalta que essas diretrizes resultam da evidência de que “o coração feminino e o masculino requerem cuidados específicos”. Aqui é feita referência também ao coração masculino, dando a entender o quanto ainda são pouco claros os conhecimentos específicos para cada um dos sexos. Nessa frase têm-se dois atores sociais incluídos e impersonalizados (“as novas diretrizes” e “o coração feminino e o masculino”) com processos ativos (“resultam” e “requerem”), embora o verdadeiro agenciamento (quem encontrou as evidências) esteja encoberto.

O texto prossegue informando que “entre as mulheres, *por exemplo*” – isto é, não somente entre as mulheres – “a depressão (representada como ator) ganha destaque” na lista de principais fatores de risco para males cardíacos, juntamente com o colesterol alto, o sedentarismo, a hipertensão e o tabagismo, entre outros.

Obviamente, todos esses fatores também podem ser de risco para os homens. Portanto, mais uma vez o conteúdo contradiz o título “só para mulheres”.

Porém, logo a seguir encontra-se uma informação aparentemente mais precisa: “a depressão [novamente como ator social impersonalizado] ataca duas vezes mais mulheres do que homens”. Ressalta-se aqui a força semântica do verbo “atacar”, reforçando a vulnerabilidade da paciente cardíaca. A próxima afirmação é a de que o sucesso do tratamento é dificultado “pela apatia típica dos quadros depressivos”, em que a “apatia” aparece como núcleo semântico do agente da passiva, ou seja, a apatia “dificulta” o tratamento. Bem, se a depressão ataca duas vezes mais mulheres do que homens e se um de seus sintomas é a apatia típica, será que não estaria aqui embutida a pressuposição de que as mulheres são mais passivas e menos reativas do que os homens, o que explicaria porque elas morrem mais de infarto como vimos bem no início da introdução a este estudo?

A partir do início do **segundo parágrafo**, o texto começa a afunilar as informações, comentando que, até então, em pesquisas feitas sobre o tema, somente “25% dos participantes” eram do sexo feminino. Essa frase é bastante reveladora por duas razões. Em primeiro lugar, porque contém uma informação importantíssima: as mulheres têm sido pouco pesquisadas em matéria de cardiologia. Em segundo lugar, porque, linguisticamente, as mulheres (um dos poucos atores sociais personalizados, até o momento) aparecem em uma posição passiva e modalizada, indicada pelo verbo “tinham” – “tinham de se pautar” – por modelos masculinos.

O texto prossegue informando que “os cardiologistas americanos” (ator social personalizado, mas determinado apenas por categorização), que dão sustentação científica ao argumento, chegaram à conclusão que nem tudo que se recomendava aos homens servia às mulheres. Percebe-se que o ator social é apresentado de forma genérica, sem ser nomeado, possibilitando que se questione: que cardiologistas americanos? Mas como são americanos, referência já costumeira nos artigos analisados, representam o que de mais avançado há em pesquisa médica. Além desse aval, o argumento torna-se mais convincente ainda quando especifica que foram revisados mais de 8000 estudos envolvendo os dois sexos. As conclusões dessa revisão contrariam o que se costumava acreditar, ou seja, que a aspirina era indicada universalmente para reduzir os riscos de infarto. Mas o que é curioso em um artigo “só para mulheres” é o discurso utilizado para repassar essas informações às leitoras. Conforme o texto, “nem todas as recomendações feitas aos homens se aplicavam às mulheres”, frase ecoada logo a seguir por “A regra [sobre o consumo de aspirina] não vale para todas as mulheres”. Em posição de sujeito, e portanto em evidência, as recomendações e a regra são aplicadas às mulheres de maneira

negativa (“nem todas” e “não”), enfatizando a centralidade do masculino como norma e do feminino como desvio, também na ciência médica.

Além disso, pode-se inferir que, se a regra não vale para todas as mulheres, porque nem todas as mulheres são iguais, ela também pode não valer para alguns dos homens, inclusive porque nem todos os homens são iguais. A frase a seguir explica: “a droga *não* deve ser prescrita a pacientes com pouca probabilidade de sofrer do coração”. O grau de dúvida que perpassa o texto se acentua, pois “Conforme especialistas, *não* há provas suficientes que justifiquem o uso de aspirina por essas mulheres.” Nessa frase o grau de autoridade é mantido pela palavra “especialistas”, apesar de sua genericidade. A informação prossegue: “é melhor *não* arriscar” já que o consumo de aspirina pode causar úlceras e hemorragias. Novamente, a presença de negativas nas frases acima (grifos nossos) é marcante. Em vez de se acentuarem as características específicas da doença cardíaca em mulheres, apontam-se as suas diferenças em relação aos homens.

O texto como um todo, embora tente apostar em uma cientificidade, esbarra continuamente em informações pouco precisas. A referência ao feminino muitas vezes torna-se dúbia, pois como já comentado, as probabilidades levantadas sobre prevenção e riscos de doenças cardiovasculares podem muito bem, em sua maioria, aplicarem-se ao universo masculino.

Essa constatação mais uma vez se efetiva com a leitura do último quadro apresentado no final da página. Optou-se por incorporá-lo à análise para tentar entender sua significação e sua relação com temática do artigo. O quadro informa que “médicos alemães” (ator social personalizado e ativado pelo verbo) “descobriram que uma substância”, uma proteína detectável em exame de sangue, “pode indicar a probabilidade” de ocorrer infarto ou derrame. A expressão dúbia “pode indicar a probabilidade”, sustenta-se, no entanto, pelo ator social “médicos alemães” que impetram um ar de autoridade à afirmação. Após serem fornecidos detalhes sobre essa substância, informa-se que “os pacientes com altas taxas de PIGF no sangue tiveram até 15% mais infartos [...]”. Note-se que são “os pacientes” e não “as mulheres”, como é o propósito do artigo. Ao falar sobre “outra proteína” cuja medição também detecta risco de problemas cardíacos, relata-se que foram analisadas “amostras de sangue de cerca de 1000 pacientes vítimas de angina”, não sendo especificado se os pacientes são homens ou mulheres. O apelo a autoridade, no entanto, é bem marcado: “o estudo alemão” foi publicado “na revista científica *Journal of the American Medical Association*, da Associação Médica Americana”.

A análise acima nos permite verificar que os atores sociais mais representados no texto (incluindo o parágrafo longo apresentado dentro do quadro), seguem um padrão semelhante ao observado nas análises anteriores¹⁷: são impersonalizados (dezoito num total de vinte e sete), dentre eles: “a Associação Americana do Coração”, “as novas diretrizes”, “a depressão” “a apatia típica dos quadros depressivos”, “a droga”, “o consumo desse medicamento”, “outra proteína a C-reativa ultra-sensível”, “a análise da PIGF”, “o trabalho”.

O texto apresenta poucas vozes que indicam argumento de autoridade e ainda assim a indicação é genérica. Das quatro vozes, uma é de ator social impersonalizado, já referido anteriormente, “a Associação Americana do Coração”, duas são de ator social personalizado mas generalizado por categorização, “os cardiologistas americanos” e “médicos alemães” e uma referência que, embora não se enquadre na categoria de ator social, contribui para dar sustentação aos dados apresentados: a “revista científica *Journal of the American Medical Association*, da Associação Médica Americana”.

Como o artigo é dedicado às mulheres, fez-se uma busca no quanto elas foram representadas como ator social no texto. Encontrou-se uma única ocasião, na 1ª frase do segundo parágrafo, em que elas ocupam posição de sujeito, mas mesmo assim em um contexto de sujeição: “tinham que se pautar”. Somando-se o uso de negações associado a elas, pode-se dizer que as mulheres são apenas coadjuvantes em processos efetivamente exercidos por sintomas e por procedimentos médicos.

Verifica-se, ainda, que de todas as informações veiculadas no artigo, apenas uma (o uso de aspirina na prevenção do infarto) é efetivamente “só para mulheres”, o que indica que a ciência continua sendo “para os homens”, mesmo que a expressão “os homens” seja entendida como universal e vincule-se também às mulheres.

Transitividade

Há neste artigo uma predominância de processos materiais que, como no artigo *Aviso às balzaquianas*, são atribuídos a atores sociais impersonalizados (“a depressão”, “o trabalho”, “a droga”, por exemplo). Alguns deles são ativados (“a depressão ataca”) e outros passivados, mas sem agente explícito (“a droga não deve ser prescrita”). Reforçando essa impersonalização, verifica-se que não há nenhum ator nomeado, com a personalização sendo feita por associação e de forma genérica.

¹⁷ Anexos 6-A, 9 e 10.

Pode-se perceber, pelos dados levantados, a pouca “cientificidade” do texto, já que o número de termos técnicos utilizados é menor do que nos artigos anteriores. Seria pelo fato de ser “só para mulheres”?

Outros aspectos relevantes

Os diferentes tipos de discurso são responsáveis também pela construção social do gênero, ou melhor, normatizam essa construção. O discurso que aqui analisamos apresenta posições instáveis a esse respeito, principalmente por ter um propósito de dirigir-se “só para mulheres” e não dar conta dessa finalidade.

Se as mulheres precisam de cuidados, até que ponto os cuidados especificados no artigo dizem respeito somente a elas? Existem diferentes modos de ser mulher, e o artigo não considera isso, apresentando um perfil universal de mulher, à qual caberiam todos os conselhos. Aqui a questão não é tão somente a exclusão das mulheres no discurso científico popularizado e sim a inclusão de um modelo “formal” de mulher, sem considerar diferenças orgânicas e políticas. O que na verdade ocorre em artigos dessa natureza parece ser uma homogeneização do ser humano em homens brancos, ocidentais, urbanos e de classe média.

O artigo é assinado pela jornalista Paula Neiva, a mesma jornalista que produziu o artigo a ser analisado a seguir, *A paixão machuca*, que também explora o universo feminino.

4.2.5 - A paixão machuca

Apresentação

O artigo *A paixão machuca* (incluído na sessão Medicina da revista) já no título faz apelo a um tópico de interesse geral, pela escolha de vocabulário: o núcleo semântico é “paixão”, apresentada como algo que tem consequências negativas uma vez que “machuca”. No lide, colocado na entrada da página (canto superior esquerdo), logo abaixo do título, a palavra “romance” associa o coração a relacionamentos cotidianos, afeto. Mas há aí também uma associação negativa, pois se trata não do romance em si mas do “fim de um romance”, locução nominal em que a ênfase recai na palavra “fim”, sujeito de “pode fazer o coração sofrer”. Embora modalizado (“pode fazer”), o resultado é um sofrimento, com o coração podendo ser tomado tanto literal quanto figurativamente. Mas ao mesmo tempo em que se instala uma ambiguidade por meio de “fazer o coração sofrer”, ocorre a negação de que seja uma metáfora: “não, não é uma metáfora”. Dessa forma, associam-se dois campos semânticos que têm o coração como foco – um dos afetos e outro da medicina. Afastando-se do campo semântico dos sentimentos, a frase final do lide identifica o problema como uma “síndrome”, palavra técnica para um conjunto de sintomas, identificada por autoridades de uma das mais avançadas comunidades científicas da atualidade, ou seja, “médicos americanos”. Assim, o título e o lide começam abertos e vão afunilando para a questão científica, que é posteriormente desenvolvida no texto e resumida no quadro, ambos ocupando os dois terços da direita da página.

Ainda no lado esquerdo da página, logo abaixo do lide, temos a ilustração – cena do filme *Perto Demais* em que aparecem dois populares ícones contemporâneos (Julia Roberts e Jude Law) abraçados e com uma expressão de sofrimento, mostrando graficamente a quem lê “a dor da paixão”, conforme explicitado na legenda ao lado. Novamente oscila-se da medicina para o afeto, reforçando o chamamento afetivo.

O texto principal, como vários dos já analisados, tem apenas uma página e é constituído por dois longos parágrafos, com o primeiro especificando o problema e a descoberta de suas causas, e o segundo apresentando detalhes e dados sobre a síndrome.

Representação dos atores sociais

A primeira frase do **primeiro parágrafo** tem como sujeito “pesquisadores americanos”, que faz o gancho com os “médicos americanos” apresentados no lide.

Aqui eles não são apenas médicos e sim pesquisadores, escolha que acrescenta um grau de autoridade ao médico. Porém o ator social, embora personalizado (pesquisadores) e determinado (americanos), é representado de forma genérica, sem ser nomeado, fazendo com que se pergunte: que pesquisadores americanos? Além disso, o verbo sugerir que representa uma ativação do ator social, não é afirmar. O fato de que eles "sugerem" uma possibilidade em vez de afirmar uma realidade ilustra um discurso popular, interessado mais em efeitos do que em fatos ou dados específicos. A continuação da frase volta-se novamente para a questão do imaginário, por meio de expressões como "morrer de amor", "romances, filmes e canções", ou seja, para o senso comum.

Retomando o tom científico, a segunda frase apresenta um artigo publicado numa renomada revista científica. Embora sem informar o título do artigo ou seus autores (dados que estariam além do entendimento ou interesse do público leitor), nomeia a revista, *The New England Journal of Medicine*, a universidade, "Universidade Johns Hopkins", o país, "Estados Unidos", recorrendo dessa forma ao discurso de autoridade para criar uma impressão de veracidade. Assim, depois de cativar o leitor, o texto vai se tornando mais específico, o que é típico dessa prática discursiva. A divulgação é mediada pelo jornalista, ou seja, o locutor não é o médico, é o jornalista que se apóia na autoridade do médico. Apesar disso, o ator social (médicos da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos) novamente apresenta-se personalizado por determinação, sendo ativado pelo verbo defender ("defendem").

Na mesma frase, ocorre uma retomada do título, substituindo-se "paixão" por "sofrimento provocado por uma desilusão amorosa". Como no lide, há uma ênfase nos aspectos negativos, sendo que o "machucar gravemente o coração" retoma a ambiguidade anteriormente construída. A terceira frase, composta somente pela palavra "literalmente", quer reforçar que o coração pode, sim, ficar machucado, não o coração como metáfora, o coração como órgão do corpo.

Na quarta frase, aparece pela primeira vez o termo "falência cardíaca", como consequência de "sustos e ataques de raiva", um ator social impersonalizado que retoma a expressão "sofrimento", especificando-a. Começa a caracterização do problema como um mal, como uma doença – a "síndrome do coração partido" (na quinta frase) – e vem a seguir a principal característica da doença: "diminuição temporária de aporte de sangue para o coração". "O mal" é, portanto, apresentado como um agente com características específicas em termos científicos. Na sexta frase, recorre-se novamente ao discurso de autoridade, "a literatura médica", qualificada por atributos aparentemente quantitativos, mas na verdade genéricos uma vez que a referência é bastante ampla. Buscando encontrar a relação entre fortes emoções e

colapso cardíaco, a “equipe da Johns Hopkins” (a entidade dando autoridade aos agentes não nomeados) desvenda um “mistério”, ou seja, a causa física ou “mecanismo causador do distúrbio”. Temos então dois atores sociais incluídos, um deles (“equipe da Johns Hopkins”) determinado por associação. O outro ator social, impersonalizado, é “o mecanismo causador do distúrbio”, que introduz um novo elemento a ser discutido. Retomando novamente o cientificismo, a causa é identificada como “um aumento exacerbado nos níveis dos hormônios associados ao stress, como a adrenalina e a noradrenalina”.

Quando, na conclusão do primeiro parágrafo, o mistério é finalmente esclarecido por um argumento científico, o artigo volta sua atenção para detalhes explicativos e descritivos. O **segundo parágrafo** inicia com dados específicos sobre a pesquisa, usando uma estrutura de frase característica do discurso científico tradicional. Em “Durante quatro anos, foram acompanhados dezenove pacientes”, além da ênfase em dados quantitativos, o emprego da voz passiva sugere objetividade e foco nos dezenove pacientes, aqui atores sociais incluídos por personalização, mas determinados apenas por associação (daí o masculino genérico), ainda com a indicação de passividade pela expressão “foram acompanhados” (pela equipe anteriormente citada).

No exemplo individualizado que segue, entretanto, apresenta-se o caso de uma senhora de sessenta anos, que levou um “susto” ao se deparar com uma festa-surpresa, reiterando situações do dia-a-dia e voltando a uma linguagem cotidiana ao afirmar que “até susto bom pode ser ruim”. Pode-se dizer que o “até” remete ainda à paixão (do título) que também tanto pode ser boa, quanto pode ser ruim. Nesse caso apresentado, há a inclusão do ator social por personalização e indeterminação, “uma senhora” não nomeada nem identificada, mais uma vez com indicação de passividade, “teve de ser internada”. Novamente a causa do problema é associada a fortes emoções.

Embora até agora o artigo tenha mantido um discurso neutro em termos de gênero, a escolha de um exemplo do sexo feminino não chega a surpreender, já que o senso comum historicamente associa paixão mais a mulheres do que a homens. No entanto, a escolha não parece ter sido aleatória, pois o feminino aparece a seguir como sendo o mais atingido pela “síndrome do coração partido”, que atua sobre “mulheres saudáveis”. Novamente, tem-se um ator social impersonalizado (na verdade, um fenômeno abstrato) como responsável pelo sofrimento físico: “atinge”. Repara-se que não foi feita referência, por exemplo, a mulheres serem mais atingidas por falha ou colapso cardíaco, talvez, como indicado acima, porque a palavra “mulher” é comumente relacionada a sentimento, paixão, “coração”.

A informação que segue, entretanto, parece um tanto problemática em termos de gênero. Sem qualquer apoio quantitativo ou apelo a autoridade, afirma-se que a síndrome “atinge sobretudo mulheres saudáveis, sem histórico de doenças cardiovasculares”. E as implicações são várias: seriam as mulheres mais misteriosas do que os homens? Seriam elas mais complicadas ou imprevisíveis? Talvez mais suscetíveis às emoções? Ou teriam sido elas omitidas ao longo do tempo nas pesquisas sobre “doenças cardiovasculares”?

Esta última suposição encontra respaldo na citação direta das palavras do cardiologista Han Wittstein, coordenador do estudo “americano”, em declaração à Revista VEJA. Neste caso temos pela primeira vez no artigo um ator social personalizado, individualizado por nomeação e ainda qualificado pela posição que ocupa dentro da instituição. Entretanto, na citação direta, ao usar o verbo “suspeitamos”, ele encobre o ator social ao generalizá-lo. Diz ele: “*Suspeitamos* que o coração feminino seja *mais vulnerável* aos efeitos nocivos dos hormônios do stress do que o masculino” (grifos nossos). Pelo menos duas considerações se fazem aqui necessárias. Em primeiro lugar, o uso do verbo “suspeitar” contrasta com o que geralmente se espera de uma informação baseada em resultados de pesquisa. “Suspeitamos” serve mais para uma informação popular, não científica. Há suspeita, não há prova, mesmo após quatro anos de pesquisa com dezenove pacientes. No entanto, a popularização do conhecimento usa este artifício para atingir o leitor leigo, pois se pode observar que logo depois há um forte apelo a autoridade, com a nomeação individualizada de Han Wittstein, qualificado tanto como “cardiologista” quanto como “coordenador do estudo”, aporte que contribui para que a suspeita adquira um ar de confiabilidade. Em segundo lugar, ao colocar o coração feminino como “mais vulnerável” do que o masculino, o cientista está ao mesmo tempo enfatizando uma propriedade negativa do coração das mulheres e tomando o coração masculino como padrão para a comparação. O que está sendo aqui observado é o que já foi amplamente constatado por estudos feministas em várias áreas: o masculino é tomado como norma, o feminino como diferença ou desvio. Conforme apontado por Lorna Schiebinger (2001,p.11), sabe-se que “as desigualdades entre homens e mulheres foram incorporados à produção e a estrutura do conhecimento” ao longo dos séculos. Não se desconstroem os valores tradicionalmente associados à mulher de uma hora para outra. No entanto, não se pode perder a oportunidade de apontá-los, discuti-los e situá-los enquanto elementos mantenedores de práticas e discursos dominantes em uma sociedade androcêntrica.

O restante do artigo focaliza a síndrome em termos bastante gerais, tanto que o ator social “os sintomas da síndrome” são relacionados aos de “um enfarto grave”,

reforçando que o “machucar” do título vai muito além de uma possível tristeza, apatia, já que tem sintomas claros, tais como “dor no peito, náuseas e vômitos”. No entanto, ao mesmo tempo em que compara, igualando a síndrome e o infarto, os diferencia por considerar “as causas e os efeitos dos dois distúrbios [...] diferentes”. “As causas e os efeitos dos dois distúrbios” representam aqui o ator social incluído por impersonalização. Nesse ponto há o chamamento para um quadro, apresentado logo no final do texto, onde se podem ter maiores informações sobre as causas e efeitos de cada um. Há argumentos fortes de autoridade que novamente reforçam a paixão como síndrome e validam as informações apresentadas no quadro, na menção a Otavio Rizzi Coelho, “professor da Universidade Estadual de Campinas” e “presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo”.

Logo, no texto, temos uma informação positiva, ou seja, a de que “os hormônios do stress, que detonam a síndrome [novamente um ator social impersonalizado com processo material, mesmo que figurativo] são essenciais para a preservação da espécie”. Pode-se deduzir então que a síndrome não é de todo ruim. O texto prossegue informando que “eles [hormônios do stress] preparam o organismo para o perigo”, mas que quando produzidos em quantidades maiores do que as necessárias podem causar problemas. Isso é afirmado pelo cardiologista brasileiro Otávio Coelho (ator social incluído por personalização), fonte do quadro ilustrativo ao final do artigo e autoridade no assunto, uma vez que, como vimos, seu nome vem acompanhado de informações curriculares. Outro ator social a que o cardiologista faz referência na frase citada, “algumas pessoas”, é incluído por personalização e indeterminação (indicada pelo pronome indefinido algumas).

A frase de fechamento do artigo, uma citação livre de um soneto do poeta português Luís Vaz de Camões, retoma a ambiguidade estabelecida no início da matéria, afirmando: “O amor, portanto, pode ser um descontentamento descontente”.

Como se pode observar na descrição acima os atores sociais mais representados no texto como um todo são abstratos¹⁸: “sustos e ataques de raiva”, “o mal”, “até susto bom”, “a síndrome do coração partido”, “os sintomas da síndrome”, “as causas e os efeitos dos dois distúrbios”, “os hormônios do stress”, “o amor”. Esses, tomando como referência as categorias da rede de sistemas de Van Leeuwen, são todos impersonalizados. Essa inclusão por impersonalização permite-nos identificar uma falta de especificidade que não seria tolerável em um artigo científico propriamente dito, dando ao texto o “ar” um tanto mais popular. A impersonalização

¹⁸ Anexo 8-A

caracteriza quinze dos vinte e seis atores sociais. Outros três atores sociais reforçam o ar de popularização do texto por sua indeterminação, embora personalizados: “dezenove pacientes”, “uma senhora”, “algumas pessoas”.

Dentre os oito atores sociais personalizados, quatro servem para conferir autoridade ao texto: “pesquisadores americanos”, “a equipe da Johns Hopkins”, “o cardiologista Han Wittstein, coordenador do estudo” e “o cardiologista Otávio Coelho”. Se olharmos mais cuidadosamente, no entanto, vemos que são nomes desconhecidos do público em geral, embora respaldados institucionalmente.

Percebe-se que não aparecem representadas no artigo vozes de pacientes, relatos de experiências no Brasil, mulheres cientistas que poderiam ter dado uma visão mais abrangente dessa síndrome do coração partido. O único ator social feminino, “uma senhora”, apareceu em uma posição frágil, e a população, quando mencionada, aparece de forma generalizada.

Transitividade

O processo relacional é o mais frequentemente atribuído aos principais atores sociais do texto, como em: “sustos e ataque de raiva” (teriam); “até susto bom” (pode ser); “os sintomas da síndrome” (são); “as causas e os efeitos dos distúrbios” (são); “os hormônios do stress” (são); “O amor” (pode ser). Infere-se que este tipo de processo permite descrição, comparação, caracterização e/ou explicação, ações recorrentes em textos de natureza pseudo-científica. Entretanto, quatro outros atores sociais dentre os mais representados, embora impersonalizados, exibem processos materiais: “o sofrimento provocado por uma desilusão amorosa” (pode machucar), “a síndrome do coração partido” (atinge); “os hormônios do stress” (detonam a síndrome), “eles” (preparam) – como se agissem por sua própria vontade.

Aos únicos dois atores nomeados no texto são atribuídos processos verbais: “disse a VEJA o cardiologista Han Wittstein, coordenador do estudo” e “diz o cardiologista Otavio Coelho”. A voz do cientista, nesse caso do médico, legitima o ponto de vista exposto no texto, dando um caráter de maior veracidade e confiabilidade à argumentação que está sendo apresentada.

Outros aspectos relevantes

O artigo começa e termina com a paixão, não só pela referência indireta a Camões, mas também pela ilustração do filme “Perto Demais”, em que, como vimos, o casal Julia Roberts e Jude Law aparece abraçado, com uma expressão de tristeza.

Essa imagem, que está na entrada da página, não é uma ilustração científica e sim romântica, privilegiando a área da experiência comum.

Embora o artigo seja de popularização do conhecimento científico, a tentativa de popularizar as informações sobre o infarto para conhecimento geral dos interessados, especialmente pelo quadro resumo, só fez acentuá-lo como um conhecimento já confirmado cientificamente. Por outro lado, ao longo do artigo e também no quadro resumo, quando a referência era sobre a síndrome do coração partido, tem-se a idéia de que a intenção era de cientificizar o conhecimento mais popular. Porém, essa tentativa resvala nas expressões pouco firmes, tais como, “sugerem”, “defendem a tese”, “pode machucar”, “suspeitamos” dentre outras já identificadas.

4.2.6 - Cerco aos males do coração

Apresentação

Embora publicado no mesmo ano (2005) e escrito pela mesma autora (Paula Neiva) do que o artigo anterior (*A paixão machuca*), **Cerco aos males do coração**, incluído na sessão “Saúde” da revista *Veja*, difere da maioria dos outros artigos analisados por ocupar duas páginas e incluir um longo quadro explicativo, que também será analisado.

Inicia-se com o título impresso sobre um retângulo de fundo escuro em letras brancas, exceto pela palavra “coração”, que está em letras amarelas (mesma cor de fundo do quadro explicativo). No retângulo, além do título e da lide, encontra-se a figura de um coração, grande, ocupando praticamente toda a metade esquerda, basicamente na cor vermelha, embora contendo sombreamento nas cores verde, azul e amarela. Essa representação gráfica inicial nos dá a entender que o coração está cercado, e cercado por um fundo sombrio. O núcleo semântico “cerco” indica a necessidade de lutar contra o que é genericamente representado como “males do coração”, com a palavra “males” nos dando a entender que nem tudo que se trata de coração tem a ver com associações positivas, como sentimentos de afeto e amor. É isso que a lide esclarece ao apresentar alguns indicadores de risco cardíaco que não param de crescer, ressaltando que o mais novo “é a combinação de dois tipos de gordura encontrados no sangue” – foco do artigo.

Na segunda página observam-se três pequenas figuras representando procedimentos técnicos inseridas em três pontos díspares, todas elas tendo relação com informações contidas no quadro explicativo, intitulado “os novos marcadores”, que ocupa verticalmente dois terços da folha.

Representação dos atores sociais

A primeira frase do **primeiro parágrafo** começa com “um dos progressos” (ator impersonalizado), que “pode ser observado” na área da cardiologia. A voz passiva com apagamento do agente indica a generalização característica dos textos de popularização da ciência que vimos analisando. A frase seguinte, embora com sujeitos personalizados (“os médicos” e “uma pessoa”), apresentam um baixo índice de especificidade, pela categorização de “os médicos” (quem são?) e a generalização de “uma pessoa” (qualquer pessoa).

O texto prossegue explicando a importância do aperfeiçoamento de técnicas de diagnóstico e identificação de substâncias associadas ao infarto ou angina. As próximas frases vêm informar que sete marcadores cardíacos “foram incorporados” à prática clínica. Novamente tem-se ênfase em ator impersonalizado pela posição na frase e pela ausência de agente especificado para a voz passiva. O mesmo é mantido na informação que vem a seguir: às medições tradicionais “foram adicionadas” outras, e a lista não pára de crescer. Nessa parte final da frase o ator impersonalizado aparece também ativado, como se “a lista” crescesse por si só, sem a intervenção de qualquer ser humano. Em seguida vem um forte argumento de autoridade para qualificar o ator social, “o mais novo marcador” que será utilizado na prática clínica. Trata-se da “revista científica americana *The New England Journal of Medicine*”. Associado a esse, a próxima frase apresenta outro elemento de autoridade, os “pesquisadores da Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos”, atores ativado pelo verbo “demonstraram”, que dá um tom mais preciso à informação. Esse grau de autoridade se reforça pelo ator social que vem um pouco depois, determinado e personalizado por nomeação, “o cardiologista Raul Santos, diretor da unidade clínica de dislipidemias do Instituto do Coração, São Paulo”. A informação, no entanto, de que a nova informação obtida “pode ajudar a reduzir em até 50% o número de mortes por infarto e outros eventos cardiovasculares”, soa um tanto inconclusiva e imprecisa (“em até 50%”, por exemplo), justificando-se o porquê do uso de figuras de autoridade no intuito de legitimá-las e tentar manter o ar de cientificidade do texto.

Nota-se também, ao final desse primeiro parágrafo, que não é feita referência diferencial para homens e para mulheres na exposição das informações, sendo mantido um tom generalizado a esse respeito.

O **segundo parágrafo** inicia-se com o mesmo tom de incerteza do anterior, “ainda não se sabe”, que continua em “isso não deve demorar a ocorrer”. Aí então, duas afirmações mais positivas são apresentadas pelos próximos atores sociais. O primeiro ator, “a identificação desses marcadores todos”, tornou possível um avanço de conhecimento e acarretou mudanças. Os verbos “permitiu” e “possibilitou” fazem com que o exemplo que vem apresentado a seguir, embora falando em probabilidade, seja bastante específico. O exemplo é de um “homem de 50 anos, não-fumante e ativo fisicamente”, isto é, não um homem “universal”, e sim um paciente do sexo masculino tomado como ilustração. Apresenta-se a seguir uma avaliação, em termos de probabilidade, dos fatores de risco que poderiam levar esse homem a infartar.

O fato de esse paciente hipotético ser do sexo masculino levanta uma série de questões. Seriam os fatores de risco os mesmos para mulheres com as mesmas características (fumante, 50 anos, etc)? Não seriam os percentuais de chance de

mulheres na mesma situação afetados, por exemplo, por aspectos da menopausa (que geralmente ocorre nesta faixa etária)? Os índices de colesterol, acúmulo de cálcio nas artérias seriam os mesmos para homens e mulheres? Qualquer leitora leiga sabe, por exemplo, que a partir da menopausa há uma queda nos níveis de cálcio no organismo. Portanto, é mais que provável que não se esteja falando de seres humanos em geral e que o texto esteja se referindo somente aos homens, tomados como parâmetro.

A questão torna-se ainda mais incisiva quando, a seguir, temos a afirmação do “cardiologista Otávio Rizzi Coelho, professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)” (ator social nomeado e amparado por instituição reconhecida) de que “Tal mudança [na avaliação cardíaca] pode fazer toda a diferença entre a vida e a morte”. Ora, se como vimos na Introdução deste trabalho, o que nos levou a iniciar esta investigação foi a notícia de que, embora em menor número do que os homens, as mulheres vítimas de ataques cardíacos morriam mais, então talvez tenhamos encontrado uma explicação plausível para esse fato.

O texto prossegue informando sobre o desenvolvimento de medicamentos que, além de tratar, tendem a evitar os distúrbios, sendo esse “outro grande avanço da cardiologia”. Por exemplo, “a combinação de aspirina [...], estatinas [...] e anti-hipertensivos reduz em até 70% a taxa de mortalidade por infarto em pacientes de alto risco”. Apesar da força do verbo “reduzir” e do valor numérico de 70%, fica-se ainda na dúvida se essa combinação realmente vale para as mulheres, pois embora este artigo tenha sido publicado em setembro de 2005, isto é, 7 meses após a veiculação do artigo “Só para mulheres” (fevereiro de 2004) da mesma autora, ele não faz menção ao diferencial na indicação de aspirina para homens e mulheres. Uma leitora desavisada pode muito bem tomar para si as informações e na busca de melhorar sua qualidade de vida fazer ingestão de medicamentos que, teoricamente, poderiam ou não se aplicar a seu caso e, em não se aplicando, tenderiam a prejudicá-la.

Novamente ressalta-se o tom impessoal da linguagem, com pouquíssimos atores sociais personalizados e com várias expressões que denotam um grau de incerteza, o que nos remete ao perigo da universalização.

O **terceiro parágrafo**, no entanto, vem alertar justamente para as especificidades no tratamento da doença cardíaca, já que o mapeamento de “novos marcadores representa um passo concreto à individualização dos tratamentos, uma das metas mais ambicionadas pelos médicos”, não sendo, portanto, “indicados para qualquer paciente”. A triagem, indicada pelo ator social “essa orientação”, é sustentada pela autoridade da “Sociedade Brasileira de Cardiologia”. Segundo suas diretrizes, esses novos marcadores poderão contribuir para a melhora e tratamento de

“pacientes de médio e alto risco” ou que tenham dúvidas sobre o estado de seu coração. Pelo que parece, no tratamento geral dado pelo texto a “pacientes”, pode-se deduzir que neles se incluem também as mulheres.

O **quarto parágrafo** retoma o tom de incerteza que caracteriza a maior parte do artigo, assinalando que “há várias questões em aberto” no que diz respeito “ao uso clínico de certos marcadores” e o quanto um grande número de especialistas ainda questiona a utilização de novas substâncias no processo avaliativo do risco cardíaco. O parágrafo encerra o texto ressaltando: “sabe-se que, em excesso, elas [as substâncias] prejudicam o coração, mas ainda se desconhecem as conseqüências que as concentrações médias podem provocar”. A impersonalização dos atores sociais está presente em todo o parágrafo, pois o objeto dele são os avanços, a dosagem de substâncias, os prejuízos e as conseqüências que têm se mostrado pouco esclarecedoras.

O quadro apresentado em dois terços da segunda folha vem tratar justamente disso, isto é, dos novos marcadores que fornecem aos cardiologistas indicativos de doença cardíaca. É composto por quadros específicos para cada uma das substâncias, num total de 27 frases. Dessas, a esmagadora maioria, pela própria natureza das informações, apresenta atores impersonalizados e ativados. As informações são geralmente objetivas e pontuais dando um ar de maior seriedade ao tratamento do tema. A sexta (proteína Apo B) e a penúltima (microalbumúria) frases merecem destaque por serem as únicas que se refere a percentuais diferenciados para homens e para mulheres.

Mais uma vez pode-se verificar que a impersonalização¹⁹ é constatada na maioria dos atores sociais representados. Entre os personalizados, adotam-se estruturas bastante semelhantes às dos outros textos, sendo que aqui apenas dois atores são nomeados: o cardiologista Raul Santos, diretor da unidade clínica de dislipidemias do Instituto do Coração em São Paulo e o cardiologista Otávio Rizzi Coelho, professor da Universidade Estadual de Campinas.

Transitividade

Para os atores sociais mais representados no texto, os impersonalizados, são atribuídos predominantemente processos materiais (em 45 situações) e processos relacionais (em 16 situações). Observa-se que o maior número de processos materiais

¹⁹ Anexo 9-A.

deve-se ao fato de, em sua maior parte, o texto referir-se a experiências com substâncias e procedimentos, isto é, a investigações relativas à prática clínica de “marcadores cardíacos”, suas vantagens e seus riscos.

Outros aspectos relevantes

Mesmo tratando de novas e inovadoras formas de prevenção a ataques cardíacos, ao apresentar para a população em geral o “cerco” feito ao coração por formas de diagnóstico precoce, o texto permanece generalizado, embora utilize uma nomenclatura desnecessariamente técnica e apele a autoridades da área.

Observa-se também o quanto ainda as mulheres não são levadas em consideração nas pesquisas científicas, mesmo que estas pesquisas sejam diretamente ligadas ao corpo. Somente em dois momentos foi feita referência às mulheres em todo o texto, e apenas numericamente no quadro explicativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista investigar representações de gênero em um grupo de artigos publicados nas seções de “Medicina” e “Saúde” da Revista *Veja*, aqui considerados como de divulgação científica ou vulgarização da ciência, parti, num primeiro momento, para a análise da representação de todos os atores sociais que se encontravam nos textos. Tomei como base a rede de sistemas de Van Leeuwen (1997), enfatizando basicamente as categorias de “Inclusão” e “Exclusão”, com seus possíveis desmembramentos, conforme apresentado no capítulo que trata sobre “o discurso e sua análise”. Cerceando meu objeto de pesquisa, as representações discursivas da “mulher” e do “homem”, com o possível favorecimento que os textos vêm dar a cada um, passei a analisar os artigos sob a ótica da transitividade, verificando fundamentalmente os processos atribuídos a cada ator social representado.

Com relação a esses elementos, pude perceber, em todos os textos, a predominância da impessoalidade na linguagem, dando indícios de uma falta de especificidade, o que nos remete ao perigo da universalização, dois grandes indicativos desse tipo de prática discursiva contemporânea e de sua ideologia. Ao minimizar o agenciamento personalizado, o discurso apresenta processos e consequências como sendo da ordem natural das coisas: estudos indicam, exames revelam, a depressão ataca. Embora o tom “pareça” científico, por ser impessoal, na verdade há uma falta de especificidade que não seria tolerada por um público especializado.

A personalização mostrou-se, assim, pouco expressiva em termos de quantidade, se comparada à impersonalização. Porém, ela se torna mais relevante, se

considerarmos a distinção entre personalização genérica ou nomeada. Na maioria dos casos, os atores personalizados são representados por assimilação a um grupo ou classe, como em médicos, brasileiros endinheirados e doentes cardíacos, por exemplo. Esse tipo de representação, embora com atores personalizados, contribui para que se obtenha o mesmo tom de impessoalidade já observado acima. Não há referência a nenhum estudo específico de caso, com paciente e médico identificados por nomeação. A nomeação, na verdade, é utilizada com um único propósito: o de dar sustentação de autoridade a afirmações e/ou idéias que estavam sendo expostas, supostamente por serem figuras de grande importância na área médica e científica. Trata-se, entretanto, de nomes desconhecidos do grande público, razão pela qual são geralmente “qualificados” pelas instituições a que pertencem, como o Incor, o *New England Journal of Medicine* ou a Escola de Saúde Pública de Harvard, para citar apenas algumas. Dos dez atores nomeados em “O coração bate mais forte”, por exemplo, apenas Adib Jatene, que foi Ministro da Saúde do Brasil por duas vezes, seria facilmente identificado. Note-se, ainda, *en passant* que não há nenhuma mulher nomeada entre eles.

Com relação à transitividade, os atores personalizados por generalização foram evidenciados em maior número em processos materiais, sendo que, em apenas um dos textos, *A paixão machuca*, mostrou-se igual em quantidade ao processo verbal, que abrange a totalidade dos atores personalizados por nomeação, conforme visto acima.

Nos atores impersonalizados, o processo representativo da transitividade oscilou entre o material e o relacional, isto é, três dos textos apresentaram maior número de processos materiais (*Aviso às balzaquianas*, *Só para mulheres* e *Cerco aos males do coração*) e os outros três textos, maior número de processos relacionais (*O coração bate mais forte*, *Coração e mente*, *A paixão machuca*). Nos artigos em que o processo material foi mais significativo houve mais referências a medicamentos, substâncias e procedimentos no intuito de apresentar explicações. Nos artigos em que o processo relacional foi mais freqüente observou-se mais a tentativa de categorizar elementos, estabelecendo relações entre a saúde e a doença.

Os processos materiais, no caso da impersonalização, tornam-se recursos por vezes curiosos, como evidenciado no texto *A paixão machuca*, no qual, por exemplo, os elementos impessoais nomeados, tais como, “o sofrimento provocado por uma desilusão amorosa” se assume como materializador, nesse caso, da dor: “pode machucar”, ditando dessa forma, num tom forte, porém um pouco agressivo, uma verdade científica “traduzida” popularmente ao leitor.

O processo mental (“analisar”, “justificar”, “saber”) e o processo verbal (“diz”, “afirma”, “se refere”), que poderiam ser expressivos, tendo em vista a prática discursiva de que se trata, não tiveram grande evidência. No entanto, como vimos, os atores, sempre que nomeados, apresentaram processo verbal.

Percebi também a inserção significativa do que optei chamar de uma “personalização gráfica”, através das imagens que compunham os textos, sempre no sentido de atingir o público leitor, seja pela popularidade ou importância das figuras expostas como em *O coração bate mais forte* e *A paixão machuca*, ou ainda, pela representação gráfica um tanto misteriosa do universo até então pouco conhecido e pouco explorado cientificamente, “o coração feminino”. Todos esses elementos funcionaram objetivando chamar a atenção do leitor e, de certa forma, imbricá-lo na dialogicidade do tema.

Essa prática discursiva contemporânea de que tratei, tão bem representada nos artigos escolhidos para análise (década de 1996 a 2006), permitiu que vislumbrasse um cenário pouco alentador para as mulheres no que diz respeito a práticas médico-científicas relacionadas ao coração: as mulheres não foram no passado, e continuam não sendo, representativas do ser humano. O masculino genérico basicamente é usado para identificar pessoas em geral, e, no caso, pessoas que apresentam problemas cardíacos. Nos textos analisados, quando as mulheres aparecem, aparecem sempre como diferença, como desvio, sendo que o padrão de estudo é o homem, tomado como norma.

Além disso, as mulheres são vozes ausentes no/do discurso, embora muitas das matérias sejam assinadas por uma mulher. A elas são dispensados papéis passivos de agenciamento secundário (a “chegada das mulheres”, “a entrada das mulheres”, “se submetem”, “infarto feminino”, “teve de ser internada”, “precisa se submeter”, “propensas a sofrer”) e a quem é permitido encaixe nas representações pela impessoalidade da linguagem (as vítimas, os pacientes, pessoas, doente enfartado) ou a indeterminação (“uma senhora”, “a maioria das mulheres”). Observou-se também o feminino colocado em relação ao masculino, mesmo quando o texto era direcionado especificamente a elas, como na caixa destaque do texto *Aviso às balzaquianas*, bem como posições frágeis conferidas as mulheres, tais como, “uma senhora teve que ser internada” (*A paixão machuca*).

Ficou claro o quanto as informações são genéricas quando se referem à saúde do coração feminino e o quanto, pelo menos até a metade da década passada, as mulheres foram desconsideradas ou incluídas tenuemente nas investigações e nos estudos científicos especialmente no que diz respeito à cardiologia. Mesmo quando incluídas, eram generalizadas dentro de um modelo “formal” de mulher, sem se

considerar que existem corpos orgânica e politicamente diferentes, tal como indica a cartilha de prevenção de doenças cardíacas endereçada exclusivamente ao sexo feminino, lançada pela Associação Americana do Coração, conforme observado na análise do texto *Só para mulheres*, de 11 de fevereiro, de 2004.

Porém, as conclusões pouco alentadoras desta pesquisa podem estar sendo modificadas. Quando esta conclusão começava a ser escrita, encontrei na mesma Revista *Veja* indícios de uma mudança discursiva em andamento. O artigo de capa da revista *Veja* de 4 de maio de 2011 (Anexo 11), cuja chamada anuncia “A nova medicina do coração da mulher”, causou-me inclusive uma certa ansiedade: teriam minhas análises sido superadas mesmo antes de sua defesa? Por essa razão, mesmo não tendo sido submetido a uma cuidadosa análise discursiva, o artigo merece um espaço nessas considerações finais.

Em primeiro lugar, devo destacar que se trata de um artigo de capa, o mais importante e mais longo da revista e, portanto, bastante diferente dos artigos que analisei, todos incluídos nas seções de Medicina ou Saúde. Em segundo lugar, enfatiza-se uma “nova” medicina, o que me faz considerar a possibilidade de que questões de gênero tenham chegado à ciência médica. Ainda na capa, entretanto, minhas preocupações quanto a mudanças radicais na prática discursiva começam a se dissipar ao ler: “Sim, ele é muito *diferente* do masculino e a cardiologia está tendo de se reinventar para diagnosticá-lo e tratá-lo com sucesso” (grifo nosso). Vislumbro aqui marcas discursivas bastante familiares: se o coração feminino é muito diferente do masculino, o parâmetro continua sendo masculino. Mesmo que a cardiologia esteja tentando se reinventar, ela parece estar fazendo isso sobre bases conservadoras, o que deixa dúvidas sobre considerar ou não a informação como um indício de mudança social tal como aponta Fairclough ao chamar atenção para as “tendências de mudanças nas ordens do discurso” (2001, p.247). Conforme o autor, com o surgimento de posturas e/ou conhecimentos diferentes sobre algum tópico ou assunto, práticas discursivas tradicionais tendem a ser desarticuladas e outras se reconfiguram frente à nova realidade que se apresenta. Novas conformações são apresentadas pelos discursos visando, portanto, dar conta dessa nova realidade. Porém, percebo pelo enfoque do artigo de 2011 que ainda se utiliza um modelo hegemônico.

Embora o artigo apresente importantes dados novos, como os das pesquisas realizadas em Framingham com um intervalo de 52 anos (Anexo 12, p.105), e haja uma mudança no paradigma médico ao se constatar que a mulher é “mais suscetível” (note-se a ênfase na fragilidade) a doenças do coração do que o homem, tais dados ainda levam a conclusões do tipo “o coração das mulheres é mais vulnerável (nova ênfase negativa) a infartos do que se supunha”, sinalizando o descaso com que

pacientes mulheres vinham sendo consideradas. Para protegê-las, “a Associação Americana do Coração está lançando uma cartilha destinada a elas com *recomendações mais rigorosas*” (grifo nosso).

As preocupações com as mulheres e seu coração felizmente começam a gerar recomendações específicas e rigorosas por conta da reconfiguração de uma nova realidade. Mas a mudança discursiva ainda é muito tênue. Mesmo que neste artigo de 2011 tenhamos frases como “As diferenças entre o coração da mulher e o do homem são grandes” (p.107), o que colocaria pacientes femininos e masculinos em um mesmo patamar linguístico, logo a seguir tem-se uma sequência de afirmações que retomam a tradicional assimetria nas representações: “O coração delas bate *mais rápido* e as artérias coronárias são *mais estreitas*. Até o modo como as placas de gordura se depositam nos vasos sanguíneos é *diferente*. Por causa dessas características, o processo de obstrução arterial no sexo feminino é *mais veloz* e *mais difuso*” (grifos nossos).

A julgar pela brevíssima análise apresentada acima, portanto, não posso afirmar que esteja ocorrendo, ainda, uma efetiva mudança discursiva com relação às mulheres na prática médica. Elas continuam sendo representadas no discurso como a diferença do homem.

Se considerar “o papel fundamental da linguagem na transformação social”, tal como já apontou Pedro (1997), ou, sob outro olhar, “o poder constitutivo do discurso”, tal como já sinalizou Fairclough (2001), ou ainda “o poder discursivo das elites”, tal como considera van Dijk (2003), posso afirmar, com Thompson (1995), que relações de poder assimétricas acabam sendo estabelecidas e sustentadas por discursos que tendem a reforçar a ideologia.

A possibilidade de novos significados para o discurso de que estou tratando aqui vem surgindo, como se pode perceber, apoiada em dados específicos que estão forçando a que se pense diferente, por apontarem para uma realidade até então quase ignorada: o aumento do número de mulheres com problemas cardíacos. Há todo um processo de produção e recepção de formas simbólicas (no caso, ações, pesquisas) que podem vir a sustentar novas representações do feminino e do masculino que se efetivam mediante uma crise de legitimidade da ciência, desnaturalizando convenções e práticas discursivas.

Porém não nos enganemos: o aparente ponto de vantagem que as mulheres parecem receber nesse artigo se perde em parte quando esquemas e figuras do artigo estabelecem comparações entre mulher e homem: quanto a batimentos cardíacos, calibre das artérias e acúmulo das moléculas de gordura, sendo que, em todas elas, o homem leva vantagem, inclusive ao esclarecer que os sintomas de infarto no homem

“são *mais claros e intensos*” (ênfase positiva) por isso mais fáceis de serem identificados e não confundidos com os sintomas de outras doenças, como ocorre com as mulheres, dado que já tinha sido verificado em um dos textos trabalhados.

Tendo o corpo masculino ainda majoritariamente como parâmetro, não surpreende a constatação de que “as mulheres, ao menos do ponto de vista cardiológico, são o sexo frágil”. Enquanto perdurar a dicotomia entre forte e frágil nas representações de gênero como um todo e as mulheres continuarem a serem excluídas, invisíveis ou generalizadas como atores sociais em textos da prática médica (das quais a popularização da ciência é um reflexo), os corações femininos e seus sintomas continuarão sendo atípicos, mesmo que representem mais da metade da população mundial. Resta desejar que mudanças discursivas na representação da mulher possam contribuir para situar mulheres e homens em posições equivalentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rubem. *Filosofia da Ciência*. 2ed. São Paulo: Loyola, 2000.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda e MARTINS, Maria Helena Pires. *Filosofando: Introdução à Filosofia*. 2ªed. São Paulo: Moderna, 1993.

BARTHES, Roland. *Mitologias*. 9ªed. Trad. Rita Buongiorno e Pedro de Souza. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. Trad. Denice Bárbara Catani. São Paulo: UNESP, 2004.

BUTLER, Judith. Como os corpos se tornam matéria. Trad. Susana Bornéo Funck. *Revista Estudos Feministas*, n.1, p.155-167, 2002.

CABRAL, Sara Regina Scotta; FUZER, Cristiane. *Introdução à Gramática Sistêmico Funcional em língua portuguesa*. Santa Maria: UFSM, Centro de Artes e Letras, Departamento de Letras vernáculas, Núcleo de Estudos em Língua Portuguesa, 2010.

CARVALHO, Christine de. O gênero discursivo CD-Rom nas práticas de linguagem. Disponível em:

<http://www3.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/cd/Port/34.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2010.

CHASSOT, Attico. *A ciência é masculina?* São Leopoldo, RS: Editora UNISINOS, 2004.

CHOULIARAKI, I.; FAIRCLOUGH, Norman. *Discourse in late modernity*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.

EAGLETON, Terry. *Ideologia: uma introdução*. São Paulo: Boitempo, 1997.

_____. A Ideologia e suas vicissitudes no marxismo ocidental. In: ZIZEK, Slavoj (org.). *Um Mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p.178-226.

FAIRCLOUGH, Norman. Discurso, mudança e hegemonia. In: PEDRO, Emília Ribeiro (org.). *Análise crítica do discurso*. Lisboa: Caminho, 1997. p.77-103.

_____. *Discurso e mudança social*. Trad. Izabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001 [1992].

FERRAZ, Flávia Sílvia Machado. *Gêneros da divulgação científica na internet*. São Paulo: USP/FFLCH, 2007. (Dissertação/Mestrado em Filologia e Língua Portuguesa)

FIORIN, José Luiz. Interdiscursividade e intertextualidade. In: Brait, Beth (org.). *Bakhtin: outros conceitos-chave*. São Paulo: Contexto, 2006, p.161-193.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. (org.). *Pós-modernismo e política*. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. p. 217-220.

GERMANO, Marcelo Gomes. Popularização da ciência como ação cultural libertadora. V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife, 19 a 22 de setembro de 2005.18p.

GOMES, Maria Carmen Aires. Considerações sobre os estudos discursivos críticos: o projeto social discursivo de Norman Fairclough. In: GOMES, Maria Carmen Aires; MELO, Mônica Santos de Souza; CATALDI, Cristiane (editoras). *Gênero discursivo, mídia e identidade*. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2007. p.13-31.

GUIMARÃES, Eduardo. (Org.). *Produção e circulação do conhecimento: política, ciência, divulgação*. Vol.2. Campinas, SP: Pontes Editores, 2003.

HARAWAY, Donna J. *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge, 1991.

_____. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. *Cadernos Pagu*, n.22, p.201-246, 2004.

KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

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

LAURETIS, Teresa de. A tecnologia do gênero. Trad. de Susana Bornéo Funck. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p.206-242.

LEIBRUDER, Ana. Paula. O discurso de divulgação científica. In: BRANDÃO, H. N. (Cord.). *Gêneros do discurso na escola*. 4ed. São Paulo: Córtes, 2003. p.229-253.

LOPES, Maria Margaret; COSTA, Maria conceição da. Por que tão devagar nas ciências e nos estudos de gênero em ciências?
Disponível em: <http://www.fcc.org.br/seminario/COSTA.pdf>.
Acesso em: 14 de junho de 2010.

LOPES, Maria Margaret. "Aventureiras" nas ciências: refletindo sobre gênero e história das ciências naturais no Brasil. *Cadernos Pagu*, n.10, p.345-368, 1998.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, história e educação: construção e desconstrução. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, n. 2, p. 101-132, 1995.

MELLO, Hildete Pereira de; OLIVEIRA, André Barbosa. A produção científica brasileira no feminino. *Cadernos Pagu*, n. 27, p.301-331, 2006.

MEURER, J. L. Gêneros textuais na análise crítica de Fairclough. In: MEURER, J. L.; BONINI, Adair; MOTTA – ROTH, Désirée (orgs.). *Gêneros: teorias, métodos, debates*. São Paulo: Parábola Editorial, 2005, p.81-106.

_____.; BONINI, Adair; MOTTA – ROTH, Désirée (orgs.). *Gêneros: teorias, métodos, debates*. São Paulo: Parábola Editorial, 2005.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 2, p. 9-41, 2000.

OLMOS, Rodrigo Diaz.

http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/1626/diferencas_de_genero_e_apresentacao_dos_sintomas. Acesso em: 13 de janeiro de 2010.

PEDRO, Emília Ribeiro. Análise Crítica do discurso; aspectos teóricos, metodológicos e analíticos. In: PEDRO, Emília Ribeiro (org.). *Análise crítica do discurso*. Lisboa: Caminho, 1997. p.19-46.

POSSENTI, Sírio. Apresentação. In: ZAMBONI, Lílian Márcia. *Cientistas, jornalistas e a divulgação científica: subjetividade e heterogeneidade no discurso da divulgação científica*. Campinas, S.P: Autores Associados, 2001.

RANGEL, Eliane de Fátima Manenti. Explorando textos de divulgação científica na sala de aula. *Revista Voz das Letras*. Concórdia, Santa Catarina, Universidade do Contestado, número 8, II Semestre de 2007. Edição extra. 12pg.
http://www.nead.uncnet.br/2009/revistas/letras/ed_8.php. Acesso em: julho/2009.

RESENDE, Viviane de Melo; RAMALHO, Viviane. Análise de discurso crítica. São Paulo: Contexto, 2006.

ROSA, Adriana. O conselho em revistas femininas: dar ou pedir? Uma questão de autoridade. Disponível em:
<http://www.ufpe.br/cap/images/aplicacao/artigofeieracap%20adriana.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A construção de um insulto. Publicado no Jornal *O Expresso* – em 23 de março de 2002.
<http://www.ces.fe.uc.pt/opiniao/bss/045.php>. Acesso em: 07 de julho de 2003.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SCHIEBINGER, Londa. Trad.: Raul Fiker. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru, SP: EDUSC, 2001.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, n. 2, p. 5-22, 1990. Trad. Guacira Lopes Louro.

SOBRAL, Adail. Gêneros Textuais e Gêneros Discursivos: Diálogo e Confronto. (Artigo apresentado na disciplina “Gêneros Textuais” no curso de pós-graduação em Lingüística Aplicada na UCPel, Pelotas - RS, setembro 2009, 29p.) (mimeo)

SOIHET, Rachel. História das mulheres e história de gênero: um depoimento. *Cadernos Pagu*, n. 11, p.77-87, 1998.

THOMPSON, John B. *Ideologia e Cultura Moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

van DIJK, Teun A. Analisis critico del discurso. 2003a. Disponível em:
file: //D:\Documentos%20D\ARTIGOS\Cátedra%20UNESCO%20-%20Análisis%20críti... Acesso em: 08 de março de 2003.

_____. *Discurso e Poder*. São Paulo: Contexto, 2008.

_____. *Ideología y discurso*. Barcelona: Editorial Ariel, S. A. 2003.

Van LEEUWEN, T. A representação dos actores sociais. In: *Análise crítica do discurso*. PEDRO, Emília Ribeiro (org.), Lisboa: Editorial Caminho, 1997. p. 169-222.

_____. Representing social actors. In: *Discourse and practice: new tools for critical discourse analysis*. New York: Oxford University Press, p.02-54, 2008.

ZAMBONI, Lílian Márcia. Cientistas, jornalistas e a divulgação científica: *subjetividade e heterogeneidade no discurso da divulgação científica*. Campinas, S.P: Autores Associados, 2001.

ZIZEK, Slavoj. O Espectro da Ideologia. In: *Um mapa da ideologia*. ZIZEK, Slavoj (org.), Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 7-38.

ANEXOS

ANEXO 1

em 17 de julho de 2010.

de Regina Lima <reginalima52@gmail.com>

**Subject: ENC: INFARTO FEMININO É DIFERENTE /
IMPORTANTÍSSIMO !!!**

Leiam com atenção!!!

INFARTO FEMININO

"...Ela comentou que não se sentia bem... Lhe doíam as costas.... Foi deitar-se um pouco até que passasse.. Mais tarde, quando fui ver como ela estava, a encontrei sem respiração... Não a puderam reviver..."

Comentou o marido ao médico já no Hospital.

Eu sabia que os ataques cardíacos nas mulheres são diferentes, mas nunca imaginei nada como isto. Esta é a melhor descrição que li sobre esta terrível experiência.

Sabias que os ataques cardíacos nas mulheres raramente apresentam os mesmos sintomas 'dramáticos' que anunciam o infarto nos homens? Me refiro à dor intensa no peito, o suor frio e o desfalecimento (desmaio, perda de consciência) súbito que eles sofrem e que vemos representados em muitos filmes.

Para que saibam como é a versão feminina do infarto, uma mulher que experimentou um ataque cardíaco nos vai contar sua história:

'Eu tive um inesperado ataque do coração por volta de 22h30min, sem haver feito nenhum esforço físico exagerado nem haver sofrido algum trauma emocional que pudesse desencadeá-lo. Estava sentada, muito agasalhadinha, com meu gato nos joelhos vendo novela.

Um pouco mais tarde, senti uma horrível sensação de indigestão, como quando - estando com pressa - comemos um sanduíche, engolindo-o com um pouco de água.

Esta foi minha sensação inicial... O 'único problema' era que eu NÃO HAVIA comido NADA desde às 17h00min...

Depois, desapareceu esta sensação e senti como se alguém me apertara a coluna vertebral (pensando bem, agora acredito que eram os espasmos em minha aorta). Logo, a pressão começou a avançar para o meu esterno (osso de onde nascem as costelas no peito). O processo continuou até que a pressão subiu à garganta e a

sensação correu, então, até alcançar ambos os lados de meu queixo.
Tirei os pés do puff e tratei de ir até o telefone, mas caí no chão...

Me levantei me apoiando em uma cadeira e caminhei devagar até o telefone para chamar a emergência. Lhes disse que acreditava que estava tendo um ataque cardíaco e descrevi meus sintomas. Tratando de manter a calma, informei o que se passava comigo. Eles me disseram que viriam imediatamente e me aconselharam deitar-me perto da porta, depois de destrancá-la para que pudessem entrar e me localizar rapidamente.

Segui suas instruções, me deitei no chão e, quase imediatamente, perdi os sentidos.

Acordei com o cardiologista me informando que havia introduzido um pequeno balão em minha artéria femural para instalar dois 'stents' que mantivessem aberta minha artéria coronária do lado direito.

Graças a minhas explicações precisas, os médicos já estavam esperando prontos para atender-me adequadamente quando cheguei ao hospital.

Dicas importantes:

1. Dizem que muito mais mulheres que homens morrem em seu primeiro (e último) ataque cardíaco porque não identificam os sintomas e/ou os confundem com os de uma indigestão. CHAMEM a AMBULÂNCIA, se sentem que seu corpo experimenta algo estranho. Cada um conhece o estado natural (normal) de seu corpo. Mais vale uma 'falsa emergência' do que não atrever-se a chamar e perder a vida...
2. Notem que disse 'chamem os Paramédicos/Ambulância'. AMIGAS, o tempo é importante, e as informações precisas também.
3. Não acreditem que não possam sofrer um ataque cardíaco porque seu colesterol é normal ou 'nunca tiveram problemas cardíacos'...

Os ataques cardíacos são o resultado de um stress prolongado que faz que nosso sistema segregue toda classe de hormônios daninhos que inflamam as artérias e tecido cardíaco. Por outro lado, as mulheres que estão entrando na menopausa ou já a ultrapassaram, perdem a proteção que lhes brindava os estrogênios, pelo que correm igual risco de sofrer mais problemas cardíacos do que os homens.

Um cardiologista disse que se todos os que recebemos este e-mail o enviarmos a **10 mulheres**, poderemos estar certos de que ao menos **UMA** vida se salvará. Por isto, seja bom amigo e envia este artigo a todas as mulheres que te são tão *queridas* ...

ANEXO 2

Obs.: Como não sou assinante de medicinaNET só consegui ter acesso ao artigo solicitando ao editor da revista que me enviasse. Ele o fez por email.

de Euclides Cavalcanti <euclidesfac@gmail.com>
para Jenice MELLO <jmello118@gmail.com>
data 13 de janeiro de 2010 13:06
assunto Re: Genero e IAM

Diferenças de gênero e infarto do miocárdio

AUTOR

Rodrigo Diaz Olmos

Diretor da Divisão de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP

Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP

Fator de impacto da revista (circulation): 12,755

Contexto Clínico

Esta semana discutiremos 3 artigos^{1,2,3} que avaliam as **diferenças de gênero em vários aspectos dos cuidados médicos e do prognóstico de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM)**. Este tipo de diferença, juntamente com outros tipos abordagens diferenciais (como aquelas relacionadas à raça, nível educacional, classe social, preferência sexual, etc), é preocupante e deve ser combatido incessantemente. Entretanto é importante que tenhamos dados objetivos para embasar nossas ações e nos mantermos atentos a este tipo de preconceito, muitas vezes inconsciente.

Mulheres recebem menos cuidados médicos baseados em evidência do que homens e apresentam taxas de mortalidade mais altas após infarto agudo do miocárdio. Não está claro se os esforços realizados para melhorar os cuidados médicos com as síndromes coronarianas agudas abrandaram estas diferenças de gênero no presente momento. Os dados disponíveis que corroboram com estas considerações são antigos e avaliaram apenas alguns aspectos dos cuidados médicos dispensados a homens e mulheres com infarto agudo do miocárdio (IAM). Desta forma os autores realizaram um estudo observacional para examinar as diferenças nos cuidados médicos prestados e na mortalidade intra-hospitalar de acordo com o sexo dos pacientes com IAM

O Estudo

Estudo observacional, em que os autores, utilizando-se da base de dados “Get With the Guidelines–Coronary Artery Disease”, examinaram as diferenças de gênero no processo de cuidados médicos e na mortalidade intra-hospitalar entre 78.254 pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) em 420 hospitais estadunidenses entre 2001 e 2006. Inúmeras variáveis foram examinadas como tipo de IAM (com e sem supra), comorbidades, fatores de risco cardiovascular, idade, uso de determinadas drogas na fase aguda do IAM (AAS, beta-bloqueador, estatinas) e outras intervenções terapêuticas como angioplastia e outros procedimentos de revascularização miocárdica.

Resultados

As mulheres com IAM avaliadas eram mais velhas, tinham mais comorbidades e se apresentavam menos frequentemente com IAM com supra de ST (IAMSST), além de apresentarem maior mortalidade intra-hospitalar não ajustada (8,2% X 5,7%; $p < 0,0001$) do que os homens. Após ajuste para múltiplas variáveis, as diferenças de gênero na mortalidade intra-hospitalar não mais foram observadas, de uma forma geral, na coorte de IAM (odds ratio – OR – ajustado: 1,04 IC95% 0,99 – 1,10), mas persistiram dentre os pacientes com IAMSST (10,2% X 5,5%; $p < 0,0001$; OR ajustado: 1,12 IC95% 1,02 – 1,23). Comparadas aos homens, as mulheres apresentaram uma probabilidade menor de receber tratamento precoce com aspirina (OR ajustado: 0,86 IC95% 0,81 – 0,90), tratamento precoce com beta-bloqueadores (OR ajustado: 0,90 IC95% 0,86 – 0,93), terapia de reperfusão do miocárdio (OR ajustado: 0,75 IC95% 0,70 – 0,80), ou terapia de reperfusão do miocárdio em tempo (tempo porta-agulha = 30 minutos: OR ajustado: 0,78 IC95% 0,65 – 0,92; tempo porta-balão = 90 minutos: OR ajustado: 0,87 IC95% 0,79 – 0,95). As mulheres também apresentaram um menor uso de cateterismo cardíaco e de procedimentos de revascularização após o IAM do que os homens. Os autores concluem que, de uma forma geral, não houve diferenças de gênero nas taxas de mortalidade intra-hospitalar após IAM, mesmo após ajuste multivariado. Entretanto, mulheres com IAM com supradesnívelamento de ST tiveram maior mortalidade intra-hospitalar ajustada do que os homens. Subutilização de tratamentos baseados em evidências e demoras na reperfusão entre as mulheres representam, segundo os autores, oportunidades potenciais para reduzir as disparidades de gênero nos cuidados e no prognóstico após IAM.

Aplicações para a Prática Clínica

Embora a diferença de gênero na mortalidade intra-hospitalar só tenha ficado evidente no subgrupo de pacientes com IAM com supra de ST, as causas para esta diferença (causada principalmente por um excesso de mortalidade nas primeiras 24 h de apresentação entre as mulheres) podem ser explicadas pela menor probabilidade de as mulheres receberem intervenções baseadas em evidência tanto farmacológicas como mecânicas (terapias de reperfusão). Estas disparidades de gênero persistiram após ajustes para múltiplas variáveis. É um estudo bem feito, multicêntrico, com um grande número de pacientes e desfechos, o que o torna amplamente generalizável.

A questão de gênero, juntamente com a questão étnica e sócio-econômica, são pontos fundamentais a serem discutidos e superados. Contribuem de forma significativa para aumentar a morbi-mortalidade de grupos com maior vulnerabilidade e são um grande entrave para a implementação e consolidação dos princípios da universalidade e da equidade na saúde.

Bibliografia

1. Jneid H, Fonarow GC, Cannon CP, Hernandez AF, Palacios IF, Maree AO, Wells Q, Bozkurt B, LaBresh KA, Liang L, Hong Y, Newby LK, Fletcher G, Peterson E, Wexler L. Sex Differences in Medical Care and Early Death After Acute Myocardial Infarction. *Circulation* 2008;118:2803-2810.
2. Petrea RE, Beiser AS, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase CS, Wolf PA. Gender Differences in Stroke Incidence and Poststroke Disability in the Framingham Heart Study. *Stroke*. 2009;40:00-00. (published online Feb 10, 2009).
3. Gargano JW, Wehner S, Reeves MJ. Do Presenting Symptoms Explain Sex Differences in Emergency Department Delays Among Patients With Acute Stroke? *Stroke*. 2009;40:00-00 (published online Feb10, 2009).

http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/1626/diferencas_de_genero_e_apresentacao_dos_sintomas

ANEXO 3 – O CORAÇÃO BATE MAIS FORTE (artigo)

O CORAÇÃO BATE MAIS FORTE



Mais hospitais, remédios melhores e novos métodos de prevenção reduzem o risco do infarto

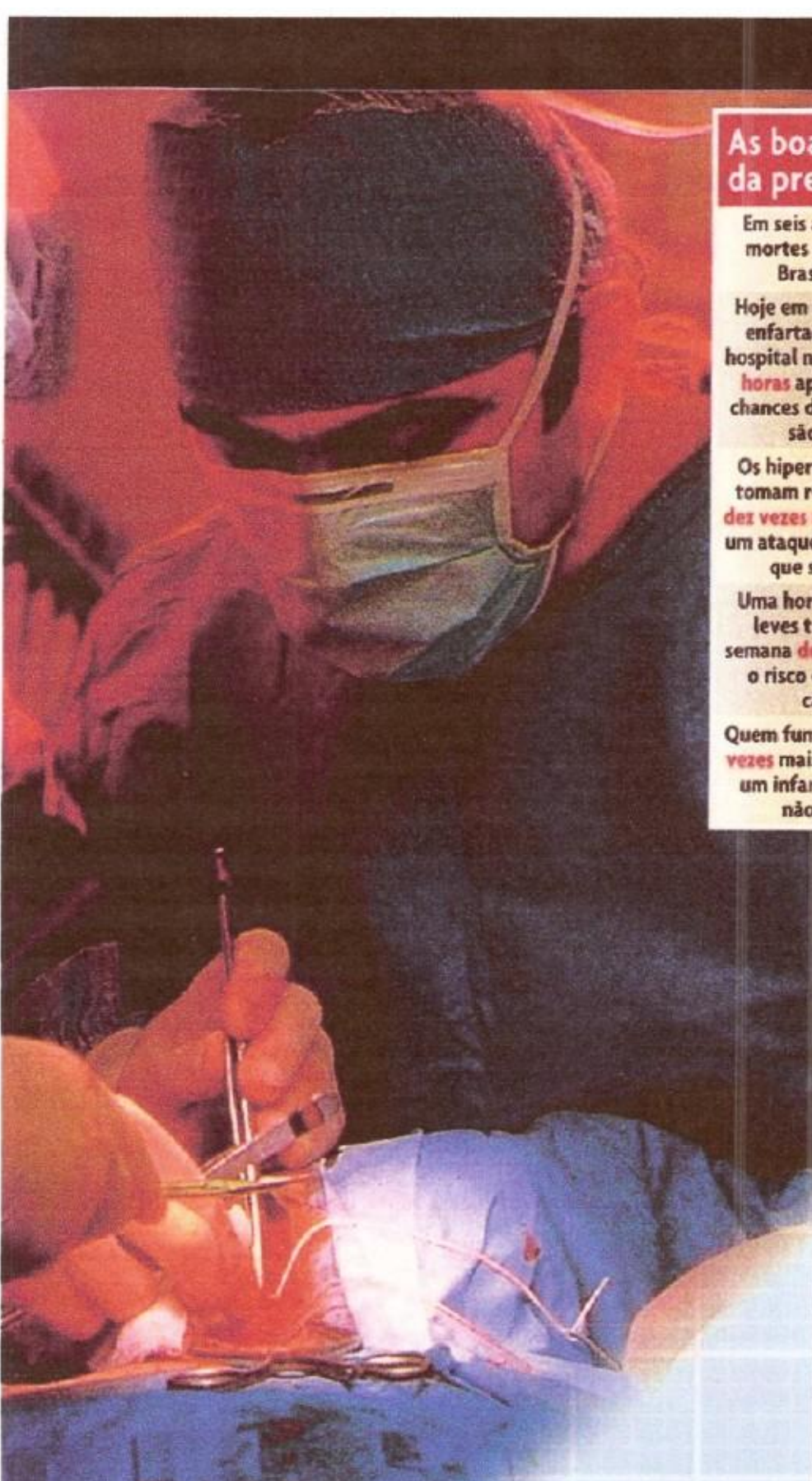
Julio Wiziack, Monica Weinberg
e Thomas Traumann

Há bem pouco tempo, os brasileiros endinheirados com problemas de coração faziam as malas e iam receber pontes de safena em Cleveland, nos Estados Unidos, centro de excelência da cirurgia cardíaca mundial. Os que não podiam pagar pelo luxo de se operar no exterior partiam em busca de uma vaga no centro cirúrgico do Instituto do Coração, Incor, ou do Instituto Dante Pazzanese, em São Paulo. Hoje, fora intervenções especialíssimas, ninguém vai operar-se em Cleveland. Na imensa maioria dos casos também, os brasileiros das mais diversas partes do país não precisam submeter-se às filas dos hospitais cardíacos de São Paulo. A grande notícia para o coração é que em todas as capitais e em boa parte das cidades de porte médio do interior do Brasil funcionam centros cirúrgicos de qualidade.

"Em quase todas as regiões os pacientes podem encontrar salas de emergência e centros cirúrgicos tão bons

quanto eram os de São Paulo há pouco tempo", diz Adib Jatene, o mais respeitado cirurgião cardíaco brasileiro. Há um número que resume os avanços da cardiologia de qualidade no Brasil. A partir da primeira pontada de dor denunciadora do ataque cardíaco, que algumas vítimas descrevem como "um chute no peito", a pessoa precisa receber socorro especializado no máximo em seis horas. Depois disso, o músculo cardíaco, que teve sua alimentação de oxigênio subitamente interrompida pelo bloqueio de uma ou mais coronárias, começa a morrer. Pacientes atendidos nas seis primeiras horas têm 95% de chance de sobreviver e retomar uma vida normal depois do tratamento. Pois bem, oito em cada dez brasileiros moram hoje a menos de seis horas de distância de um bom centro cardíaco. Alguns dos melhores são prontos-socorros ligados a grandes hospitais públicos e universidades e, portanto, gratuitos.

Poucos males são tão assustadores quanto os do coração. Símbolo da própria vida, ele é um músculo que funciona como uma paciente e econômica bomba hidráulica. A cada minuto, envia de 5 a 6 litros de sangue oxigenado pelas artérias para todos os órgãos do corpo humano. Com o tempo, as paredes dos vasos por onde circula o sangue vão acumulando sujeira, que no caso do corpo humano são as gorduras circulantes. Se não houver cuidado, essas gorduras vão se amontoando até interromper a circulação. Se for bloqueada uma artéria



As boas notícias da prevenção

Em seis anos, a taxa de mortes por infarto no Brasil caiu **8%**

Hoje em dia, quando um enfartado chega a um hospital nas primeiras **seis horas** após o ataque as chances de sobrevivência são de **95%**

Os hipertensos que não tomam remédio correm **dez vezes mais risco** de ter um ataque do que aqueles que se medicam

Uma hora de exercícios leves três vezes por semana **derruba à metade** o risco de um ataque cardíaco

Quem fuma tem até **cinco vezes** mais risco de sofrer um infarto do que um não fumante

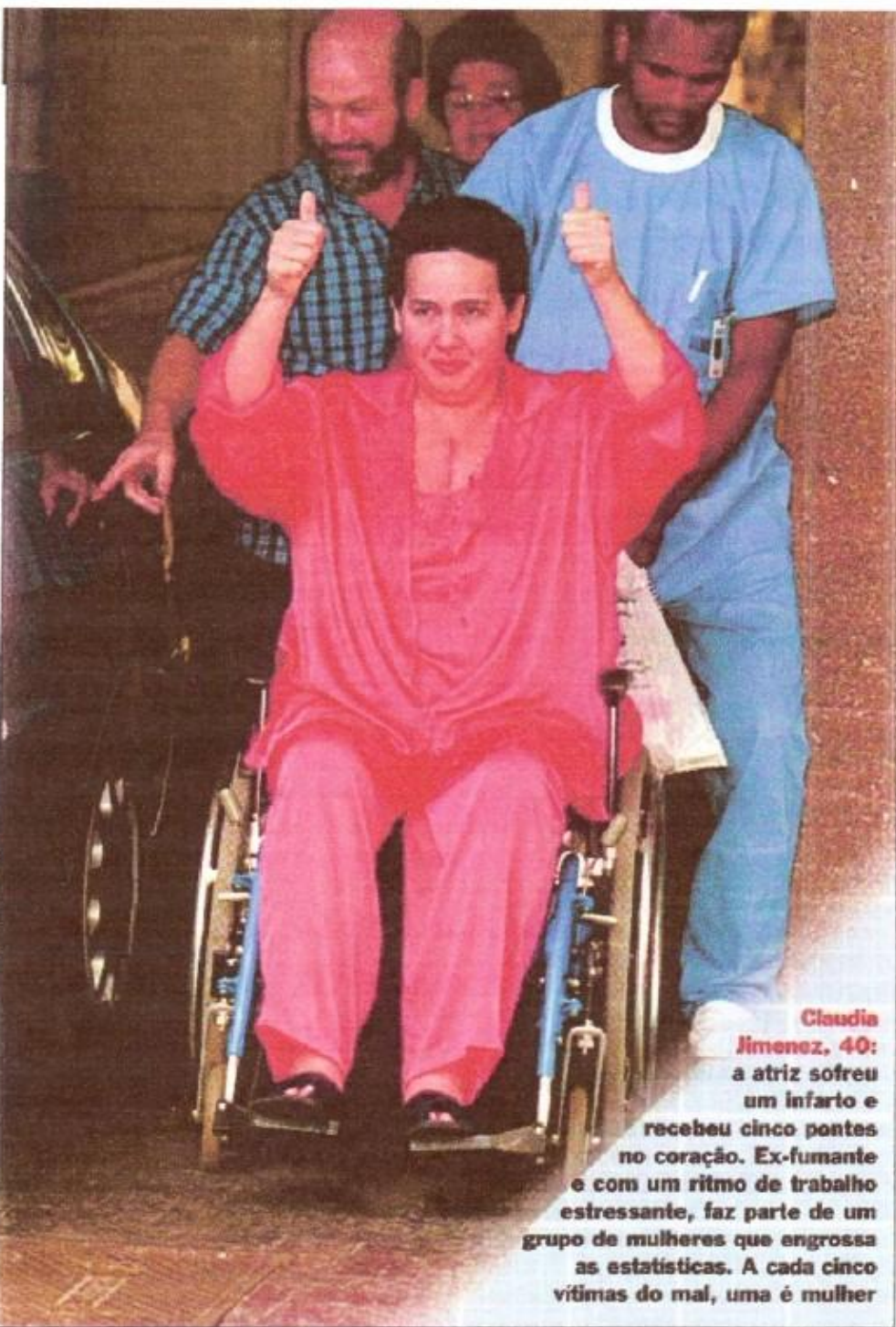
cardíaca chamada coronária, o músculo do coração deixa de receber oxigênio do sangue e começa a morrer. É o infarto do miocárdio. De longe, essa é a doença que mais mata no mundo. No Brasil, estima-se que os problemas cardíacos tirem 300 000 vidas por ano, uma a cada dois minutos. Considerando-se as causas de morte em todas as idades, a parada cardíaca é mais mortal ainda do que o câncer, a malária ou a tuberculose. O coração mata mais ainda do que tiroteio e atropelamento. Onde está a melhoria, então?

O progresso aparece quando se analisa a situação levando-se em conta a idade dos pacientes. Isso é importante porque na idade

avançada a maioria das mortes naturais ocorre por parada cardíaca, quando quase nunca o culpado é o coração, mas a falência geral dos órgãos minados pelo tempo. O que se nota no Brasil é que as vítimas de doenças fulminantes no coração entre 40 e 59 anos, o período da vida mais vulnerável, diminuíram muito em seis anos. Feitas as contas com dados fornecidos por diversos hospitais do país, constata-se uma diminuição de 10% nos ataques cardíacos fatais de homens e mulheres nessa faixa de idade. "A redução dos índices entre pessoas dessa idade é um sinal de queda generalizada", afirma o médico Paulo Lotufo, do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Os pacientes cuja idade varia dos 40 à beira dos 60 anos são observados muito de perto pelos médicos. "Se a vida começa aos 40, como dizem, é uma pena que esse seja justamente o período em que acaba a garantia", costuma dizer o médico Raul Cutait, que foi secretário municipal da Saúde de São Paulo. O período é conturbado por vários motivos. No campo pessoal e profissional, é a fase em que homens e mulheres costumam estar em plena ascensão, com filhos adolescentes ou crianças. São muito cobra-

Até vinte anos atrás apenas hospitais paulistas faziam cirurgias de ponta. Hoje há centros habilitados em várias regiões do Brasil



Claudia Jimenez, 40: a atriz sofreu um infarto e recebeu cinco pontes no coração. Ex-fumante e com um ritmo de trabalho estressante, faz parte de um grupo de mulheres que engrossa as estatísticas. A cada cinco vítimas do mal, uma é mulher

guém que achava estar tendo um infarto era deitar-se e chamar o médico da família. Hoje o próprio médico da família é quem receita: em caso de suspeita de ataque cardíaco, tome uma aspirina forte, de 100 mg ou 325 mg, e rume para o pronto-socorro mais próximo. Esta simples providência aumenta as chances de sobrevivência em mais de 60%. As pessoas também têm mais informações sobre quais são os sintomas denunciadores de um infarto. O principal deles é a dor aguda no peito que se irradia para os braços. Pode ou não vir combinada com dificuldade de respirar. A confusão mais comum é achar que se está tendo uma indigestão, uma queimação no estômago. Como saber? Os médicos alertam que o histórico familiar é decisivo. Pessoas cujos pais, mães ou tios tiveram problemas cardíacos antes de completar 50 anos não tenham dúvida. O risco de a dor no peito ser infarto é enorme. Há também progressos no atendimento profissional ao doente enfartado já no pronto-socorro.

Antes uma prática quase cabalística, com drogas caras e raras, o atendimento de urgência era restrito aos centros cardíacos especializados. Hoje em dia, no Brasil e no mundo, em quase todos os prontos-socorros o diagnóstico e o tratamento do infarto agudo viraram rotina. "Morrer do coração num hospital ficou difícil", afirma José Carlos Pachón, cardiologista do Hospital do Coração, em São Paulo. "Só se perde um paciente hoje na emergência de um bom hospital brasileiro se o caso for muito complicado." O ataque inicial nos prontos-socorros é feito com algumas drogas banais que podem ser compradas em qualquer farmácia: a aspirina e os chamados betabloqueadores. O analgésico torna o sangue mais ralo e diminui os riscos de coágulo, fazendo com que a circulação se dê mais facilmente pela artéria parcialmente entupida. O betabloqueador segura o ímpeto da adrenalina, impedindo que o coração dispare como um potro selvagem, o que pode complicar ainda mais o quadro numa emergência. O uso conjunto da aspirina e do betabloqueador tem sido mais decisivo para salvar vidas de cardíacos numa emergência do que os equipamentos de última geração, escreve o médico americano J. Chen

cia de ataques cardíacos. Um levantamento preliminar das autoridades de saúde brasileiras, cobrindo o período de 1991 a 1997, indica que depois de um aumento vertiginoso o mal cardíaco dá sinais de reversão também entre mulheres. Houve uma diminuição de 7% nos casos de infarto feminino no Brasil naquele período.

Força evangelizadora — Na avaliação do especialista inglês Michael Marmont, os últimos cinco anos foram os mais espetaculares não apenas pelas descobertas e avanços cirúrgicos, mas pela consistente popularização dos há-

bitos e dietas condizentes com a saúde do coração. "A informação sobre como prevenir a doença cardíaca espalhou-se com a força de uma evangelização bem-sucedida pelo mundo", diz Marmont. "As pessoas hoje conversam sobre dieta e exercícios físicos, trocam experiências e, principalmente nas classes média e rica, sabem exatamente o que fazer caso comecem a ter um ataque cardíaco." Marmont se refere ao fato de que no passado a atitude mais comum de al-

A expectativa de vida de um safenado depois de uma cirurgia era de

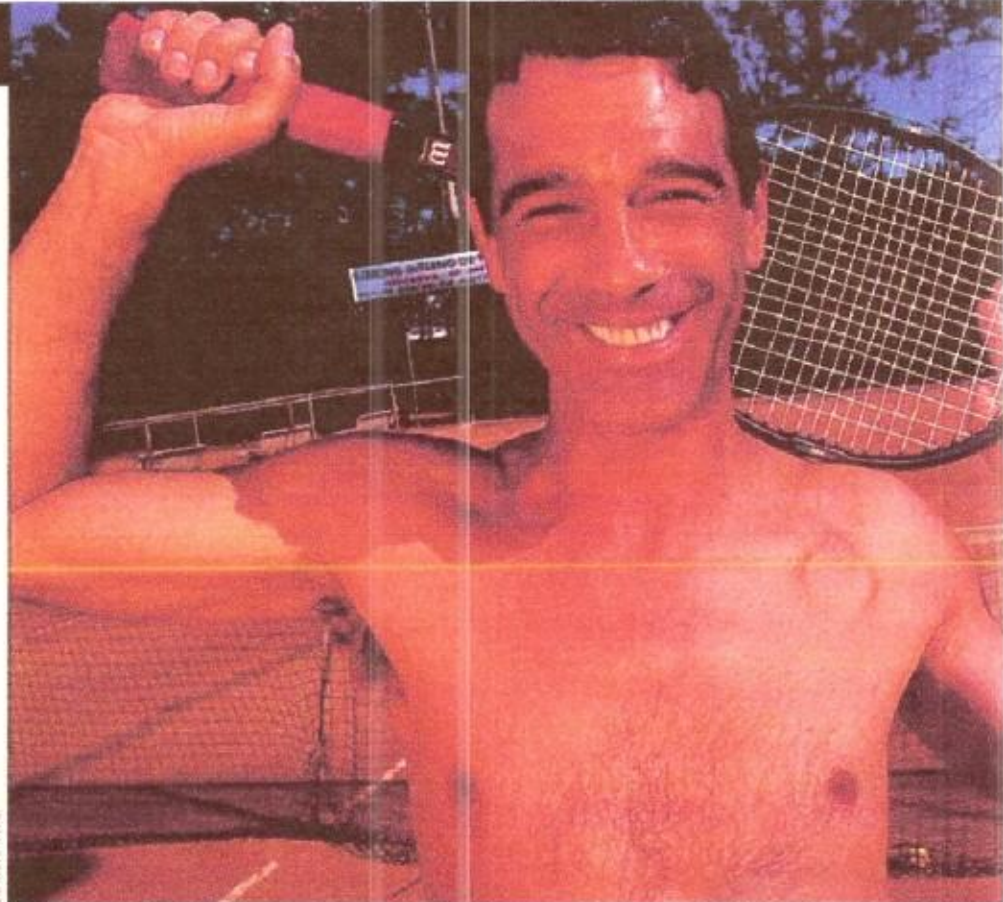
Nos anos 70	10 anos
Hoje	30 anos



num artigo publicado no *The New England Journal of Medicine*.

Passada a fase aguda da emergência, a maioria dos pacientes cardíacos internados vivia o drama da confirmação do diagnóstico. Antes, em todos os casos, era preciso abrir um buraco num vaso da perna ou do braço e por ali inserir um cateter que serpenteava pelo corpo adentro até o coração. Ali o cateter injetava uma substância contrastante que, vista de fora por raios X, permitia aos médicos saber o tamanho do bloqueio na artéria. Hoje, o cateter é usado apenas nos casos mais graves e quando a cirurgia parece inevitável. Além disso, seu uso se tornou mais seguro e diversificado. O cateter serve não apenas para sondar o interior, mas também para desobstruir artérias. Isso se faz por meio de um balão que infla com força bem em cima do bloqueio, amassando o material responsável pelo entupimento, o que restabelece a passagem do sangue. Ou seja, o mesmo mecanismo que permite o diagnóstico ajuda no tratamento. A última novidade no diagnóstico de problemas cardíacos no mundo é um aparelho americano chamado CAT, que produz imagens quase perfeitas do interior das artérias — sem precisar parar o coração. Já está em uso no Incor. O resultado foi a diminuição do número daquelas grandes cirurgias de peito aberto, com o coração parado e o sangue sendo desviado para uma máquina onde recebia oxigênio e impulsão para voltar ao corpo. “Mais da metade dos pacientes dos anos 70 terminava sendo operada inutilmente, porque os médicos não tinham equipamento ou conhecimento para fazer um diagnóstico sem abrir o peito”, diz o chefe da divisão cirúrgica do Incor, Noedir Stolf. “Aprendia-se tentando. Isso não existe mais.” Vinte anos atrás, de cada dez operações de ponte de safena apenas duas davam certo. Agora, o índice de acerto é quase total — 95% das operações são bem-sucedidas.

Ovos sem remorso — Um front importante da batalha pela saúde do coração está sendo travado nas caminhadas e na mesa. Quem pratica exercícios aeróbios três vezes por semana durante uma hora pode reduzir o risco de ter um infar-



CLAUDIO ROSS

to em até 50%. Exercícios aeróbios, como a caminhada, são aquelas atividades de baixo impacto, diferente da musculação. Em três meses de prática, uma pessoa aumenta sua capacidade cardiorrespiratória em 20%. O exercício ajuda a alargar o diâmetro dos vasos e previne o congestionamento das artérias. Também amplia a rede capilar, criando novas alternativas de fluxo sanguíneo. Por isso a pressão arterial cede um pouco. Estudos demonstraram que mesmo

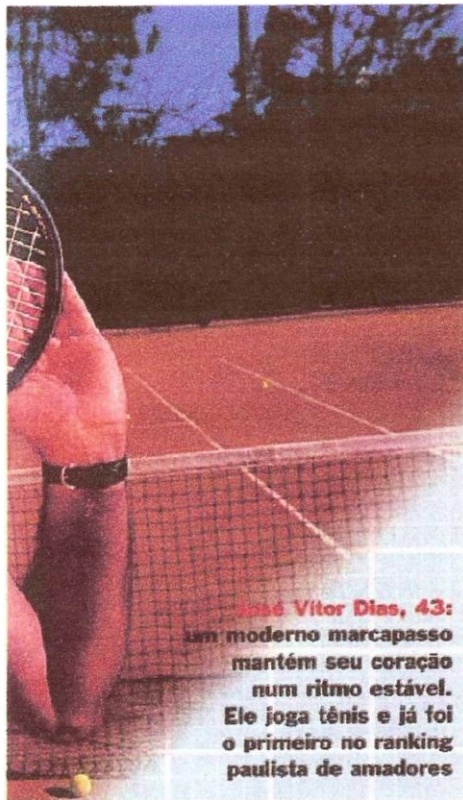
uma pessoa que já passou por uma cirurgia de ponte de safena consegue melhorar em 20% a irrigação do coração em seis meses. Algumas academias espalhadas pelo país já farejaram o filão e começaram a oferecer exercícios com direito a monitoramento da frequência cardíaca. Na

dieta, antigos mitos foram derrubados e hoje se sabe muito mais sobre como usar os alimentos para baixar os riscos de um ataque do coração (veja quadro nas pág. 126 e 127). O ovo é um ótimo exemplo. Era o símbolo do colesterol até se descobrir que colesterol na comida não equivale matematicamente a colesterol na artéria. Agora, uma pessoa

sem tendência a doença cardíaca pode comer quatro ovos por semana sem remorsos. Apesar de a gema ser uma riquíssima fonte de colesterol, sabe-se hoje que as gorduras saturadas, aquelas abundantes nos derivados de leite integral e nas carnes vermelhas, têm um potencial muito maior de aumentar as taxas de colesterol no sangue. Outra idéia falsa era que a margarina traz menos riscos do que a manteiga. Não é assim. Ambas contribuem de forma decisiva para agregar as placas de gordura nos vasos. As fibras, encontradas em legumes, cereais e frutas, agem no intestino, onde o colesterol é metabolizado, e ajudam a diminuir o LDL, o chamado colesterol ruim. É a mesma vantagem de uma substância chamada flavonóide, presente no vinho tinto, na cebola e no alho. Outra novidade, esta de laboratório, é o Benecol, uma margarina finlandesa composta de uma substância extraída de pinheiros que ajuda a combater o colesterol ruim. “Até aqui, o grande avanço para diminuir os riscos das doenças cardíacas foi feito pelos médicos, químicos e biólogos”, analisa o cardiologista especializado em prevenção de doenças do coração Matt Sorrentino, da Universidade de Chicago. “A partir daí, cada vez mais, a saúde cardíaca dependerá das atitudes de cada um. É preciso esforço, mas, se a pessoa

“Com o avanço dos métodos de prevenção e dos remédios, a pessoa que trabalha pela própria saúde nunca vai ter um infarto.”

Matt Sorrentino, da Universidade de Chicago



José Vitor Dias, 43:
um moderno marcapasso mantém seu coração num ritmo estável. Ele joga tênis e já foi o primeiro no ranking paulista de amadores

adotar hábitos favoráveis ao seu coração, dificilmente terá um infarto.”

Quando se para para analisar por que o número de ataques cardíacos vem diminuindo no Brasil — e, de resto, nos países industrializados — fica evidente que boa parte disso se explica pela chegada à idade adulta de uma geração mais ligada em alimentação saudável e prática regular de esportes. Mas a mudança de hábito não justifica tudo. Certas condições não regredem sem que novas e potentes drogas sejam utilizadas. O desenvolvimento da família de drogas conhecidas como “estatinas” está entre as novidades mais significativas. Até o ano passado os médicos receitavam a lovastatina para baixar quimicamente os índices de colesterol e outras gorduras no sangue. Recentemente chegou ao mercado a atorvastatina, cujo nome comercial é Lipitor. Essa droga age com mais eficácia e sem os efeitos secundários das primeiras estatinas — cansaço e dores musculares. No caso da hipertensão, o uso de remédios foi vital. A diminuição no peso corporal e a redução do sal na dieta têm efeitos apenas passageiros sobre a pressão arterial. Com a palavra o médico Sidney Clawansky, da Escola de Saúde Pública de Harvard: “O uso de remédios de última geração permitiu diminuir para 10% o número de mortes associadas à hipertensão arterial”.

Calcule o seu risco

Para descobrir os riscos de sofrer um ataque do coração some os pontos de cada resposta e confira o resultado no final do questionário. Este teste-padrão foi adaptado a pedido de VEJA por médicos do Instituto do Coração de São Paulo, Incor

1 Qual é a sua idade?

- HOMENS**
- Até 30 anos (0)
 - Entre 31 e 40 anos (1)
 - Entre 41 e 45 anos (2)
 - Entre 46 e 50 anos (3)
 - Entre 51 e 60 anos (5)
 - Mais de 61 anos (6)

- MULHERES**
- Até 50 anos (0)
 - Entre 51 e 69 anos, mas antes da menopausa (2)
 - Entre 51 e 69 anos, a partir da menopausa (3)
 - Mais de 71 anos (5)

2 Você fuma?

- Nunca fumei (0)
- Sou ex-fumante ou fumo charuto ou cachimbo (1)
- Menos de 10 cigarros por dia (2)
- Entre 10 e 20 cigarros por dia (8)
- Entre 21 e 30 cigarros por dia (9)
- Mais de 31 cigarros por dia (10)

3 Qual é o seu peso?

- 5 quilos abaixo do peso normal (0)
- Peso normal (1)
- Entre 5 e 10 quilos acima do peso (2)
- Entre 11 e 19 quilos acima do peso (3)
- Entre 20 e 25 quilos acima do peso (7)
- Mais de 25 quilos acima do peso (8)

4 Qual é o seu ritmo de exercícios?

- Minha vida é sedentária (6)
- Faço exercícios raramente e a minha atividade profissional é sedentária (4)
- Faço meia hora de exercícios três vezes por semana e a minha atividade profissional é leve (2)
- Faço uma hora de exercícios três vezes por semana e a minha atividade profissional é sedentária (3)
- Faço uma hora de exercícios três vezes por semana e a minha atividade profissional é moderada (1)
- Faço uma hora de exercícios todos os dias e tenho atividade profissional intensa (0)

5 Existem casos de doenças coronarianas na sua família?

- Não (0)
- Pai ou mãe com mais de 60 anos com doença coronariana (1)
- Pai e mãe com mais de 60 anos com doença coronariana (2)
- Pai ou mãe com menos de 60 anos com doença coronariana (3)
- Pai e mãe com menos de 60 anos com doença coronariana (7)
- Pai ou mãe e irmão ou irmã com doença coronariana (8)

6 Qual é a sua pressão arterial? (em mmHg)

- De 110 a 119 (0)
- De 120 a 130 (1)
- De 131 a 140 (2)
- De 141 a 160 (6)
- De 161 a 180 (9)
- Acima de 181 (10)

7 Você tem diabetes?

- Não e também não há casos na família (0)
- Não, mas há diabéticos na família (1)
- Sim, mas estou em tratamento (6)
- Sim, mas não está controlado (10)

8 Qual é a sua taxa de LDL, o chamado mau colesterol? (em mg/dl)

- Abaixo de 180 (0)
- Entre 181 e 200 (1)
- Entre 201 e 220 (2)
- Entre 221 e 249 (7)
- Entre 250 e 280 (9)
- Entre 281 e 300 (10)

TOTAL pontos

GABARITO

De 0 a 7 pontos - Continue assim e o coração não lhe dará sustos

De 8 a 16 pontos - Pense em parar de fumar e fazer exercícios regularmente

De 17 a 39 pontos - Faça um check-up cardíaco

De 40 a 58 pontos - Procure um cardiologista e se prepare para uma bateria de exames

Mais de 59 pontos - Faixa de perigo. Procure seu cardiologista o quanto antes

ANEXO 3-A – O CORAÇÃO BATE MAIS FORTE (desmembramento)

1º PARÁGRAFO

1ª frase - Há bem pouco tempo, *os brasileiros endinheirados* com problemas de coração faziam as malas e iam receber pontes de safena em Cleveland, nos Estados Unidos, centro de excelência da cirurgia cardíaca mundial.

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – generalização - indeterminação
Processo 1a: material (faziam)
Processo 1b: material (iam receber)

2ª frase - *Os que não podiam pagar* pelo luxo de se operar no exterior partiam em busca de uma vaga no centro cirúrgico do Instituto do Coração, Incor, ou do Instituto Dante Pazzanese, em São Paulo.

Ator social: Inclusão: ativação - personalização – indeterminação
Processo 1: material (podiam pagar)
Processo 1a: material (se operar)
Processo 1b: material (partiam)

3ª frase - Hoje, fora intervenções especialíssimas, *ninguém vai operar-se* em Cleveland.

Ator social: Inclusão: ativação / passivação - personalização – indeterminação
Processo: material

4ª frase - Na imensa maioria dos casos também, *os brasileiros das mais diversas partes do país* não precisam submeter-se às filas dos hospitais cardíacos de São Paulo.

Ator social: Inclusão: passivação - personalização – generalização - determinação
Processo: relacional

5ª frase - *A grande notícia para o coração é* que em todas as capitais e em boa parte das cidades de porte médio do interior do Brasil funcionam *centros cirúrgicos de qualidade*.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão – ativação - impersonalização
Processo 2: material (funcionam)

2º PARÁGRAFO

1ª frase - "Em quase todas as regiões *os pacientes podem encontrar* salas de emergência e centros cirúrgicos tão bons quanto eram os de São Paulo há pouco tempo", diz Adib Jatene, o mais respeitado cirurgião cardíaco brasileiro.

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização

Processo 1: material (podem encontrar)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização – determinação (os = salas de emergência e centros cirúrgicos)

Processo 2: relacional (eram)

Ator social 3: Inclusão: ativação - personalização – determinação por nomeação (Adib Jatene)

Processo 3: verbal (diz)

2ª frase - Há um número *que resume* os avanços da cardiologia de qualidade no Brasil.

Ator social 1: indeterminado

Processo 1: existencial (há)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização por abstração (que = número)

Processo 2: material (resume)

3ª frase - A partir da primeira pontada de dor denunciadora do ataque cardíaco, *que algumas vítimas descrevem* como "um chute no peito", a pessoa precisa receber socorro especializado no máximo em seis horas.

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – indeterminação

Processo 1: verbal (descrevem)

Ator social 2: inclusão: ativação - personalização de forma genérica – indeterminação

Processo 2: material (precisa receber)

4ª frase - Depois disso, *o músculo cardíaco, que teve* sua alimentação de oxigênio subitamente interrompida pelo bloqueio de uma ou mais coronárias, começa a morrer.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 1: material (começa a morrer)

Ator social 2: Inclusão: passivação - impersonalização (que = musculo cardíaco)

Processo 2: relacional (teve)

5ª frase - *Pacientes atendidos nas seis primeiras horas têm* 95% de chance de sobreviver e retomar uma vida normal depois do tratamento.

Ator social: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização

Processo 1: relacional (têm)

Processo 2: material (sobreviver)

Processo 3: material (retomar)

6ª frase - Pois bem, *oito em cada dez brasileiros moram* hoje a menos de seis horas de distância de um bom centro cardíaco.

Ator social: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização

Processo: material (moram)

7ª frase - *Alguns dos melhores são* prontos-socorros ligados a grandes hospitais públicos e universidades e, portanto, gratuitos.

Ator social: Inclusão: indeterminação - impersonalização
Processo: relacional (são)

3º PARÁGRAFO

1ª frase - *Poucos males são tão assustadores quanto os do coração.*

Ator social: Inclusão: indeterminação - impersonalização
Processo: relacional (são)

2ª frase - Símbolo da própria vida, ele é um músculo que funciona como uma paciente e econômica bomba hidráulica.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização – determinação
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização - determinação
Processo 2: relacional (funciona)

3ª frase - A cada minuto, envia de 5 a 6 litros de sangue oxigenado pelas artérias para todos os órgãos do corpo humano.

Ator social: Exclusão: encobrimento
Processo: material

4ª frase - Com o tempo, *as paredes dos vasos por onde circula o sangue vão acumulando sujeira, que no caso do corpo humano são as gorduras circulantes.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (vão acumulando)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 2: material (circula)

Ator social 3: Inclusão – impersonalização
Processo 3: relacional (são)

5ª frase - Se não houver cuidado, *essas gorduras vão se amontoando até interromper a circulação.*

Ator social 1: indeterminado
Processo 1: existencial (houver)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 2a: material (vão se amontoando)
Processo 2b: material (interromper)

6ª frase - Se for bloqueada *uma artéria cardíaca chamada coronária, o músculo do coração deixa de receber oxigênio do sangue e começa a morrer.*

Ator social 1: Inclusão: passivação - impersonalização – categorização
Processo 1: material (for bloqueada)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização – individualização
Processo 2a: material (deixa de receber)

Processo 2b: material (começa a morrer)

7ª frase - É o infarto do miocárdio.

Ator social: Exclusão: supressão
Processo: relacional

8ª frase - De longe, essa é a doença que mais mata no mundo.

Ator social: Inclusão: impersonalização - determinação
Processo: relacional

9ª frase - No Brasil, estima-se que *os problemas cardíacos* tirem 300.000 vidas por ano, uma a cada dois minutos.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material

10ª frase - Considerando-se as causas de morte em todas as idades, *a parada cardíaca* é mais mortal ainda do que o câncer, a malária ou a tuberculose.

Ator social 1: supressão
Processo 1: verbal (considerando-se)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização - determinação
Processo 2: relacional (é)

11ª frase - *O coração* mata mais ainda do que tiroteio e atropelamento.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material

12ª frase - Onde está *a melhoria*, então?

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

4º PARÁGRAFO

1ª frase - *O progresso* aparece quando se analisa a situação levando-se em conta a idade dos pacientes.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (aparece)

Ator social 2: Supressão
Processo 2: mental (analisa)

Ator social 3: Supressão
Processo 3: mental (levando-se em conta)

2ª frase - Isso é importante porque na idade avançada *a maioria das mortes naturais ocorre* por parada cardíaca, quando quase nunca *o culpado é* o coração, mas a falência geral dos órgãos minados pelo tempo.

Ator social 1: Inclusão: indeterminação - impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: indeterminação - impersonalização
Processo 2: relacional (ocorre)

Ator social 3: Inclusão: indeterminação - impersonalização
Processo 3: relacional (é)

3ª frase - O que se nota no Brasil é que *as vítimas de doenças fulminantes no coração entre 40 e 59 anos*, o período da vida mais vulnerável, diminuíram muito em seis anos.

Ator social 1: Supressão
Processo 1: mental (nota)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização
Ator social 2b: material (diminuíram)

4ª frase - Feitas as contas com dados fornecidos por diversos hospitais do país, constata-se uma diminuição de 10% nos ataques cardíacos fatais de homens e mulheres nessa faixa de idade.

Ator social 1: Supressão
Processo 1: material (feitas)

Ator social 2: Supressão
Processo 2: mental (constata-se)

5ª frase - "A *redução dos índices entre pessoas dessa idade é* um sinal de queda generalizada", afirma o médico Paulo Lotufo, do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Ator social 1: Supressão por meio de nominalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: ativação – individualização - personalização – determinação por nomeação
Processo 2: verbal (afirma)

5º PARÁGRAFO

1ª frase - *Os pacientes cuja idade varia* dos 40 à beira dos 60 anos são observados muito de perto pelos médicos.

Ator social 1: Inclusão: passivação - personalização - generalização – determinação por categorização
Processo 1: relacional (são observados)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (varia)

2ª frase - "Se a vida começa aos 40, como dizem, é uma pena que esse seja justamente o período em que acaba a garantia", costuma dizer o médico Raul Cutait, que foi secretário municipal da Saúde de São Paulo.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (começa)

Ator social 2: Supressão por apagamento
Processo 2: verbal (dizem)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: relacional (seja)

Ator social 4: Inclusão: ativação - personalização – determinação por nomeação
Processo 4: verbal (costuma dizer)

Ator social 5: Inclusão: personalização – determinação por nomeação (que = o médico Raul Cutait)
Processo 5: relacional (foi)

3ª frase - O período é conturbado por vários motivos.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

4ª frase - No campo pessoal e profissional, é a fase em que *homens e mulheres costumam estar em plena ascensão, com filhos adolescentes ou crianças.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: generalização por inclusão a um grupo - personalização – determinação por categorização
Processo 2: relacional (costumam estar)

5ª frase - São muito cobrados, o stress está no auge e *muitos enfrentam* a última chance de obter uma aposentadoria tranqüila.

Ator social 1: Supressão por encobrimento
Processo 1: relacional (são)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (está)

Ator social 3: Inclusão: ativação – indeterminação - personalização
Processo 3a: material (enfrentam)
Processo 3b: material (obter)

6ª frase - *Poucos se animam a mudar* os hábitos alimentares e exercitar-se de acordo com a boa norma da saúde.

Ator social : Inclusão: ativação – indeterminação - personalização
Processo 1: relacional (animam a mudar)
Processo 2: material (exercitar-se)

7ª frase - Sabe-se que a redução de certas gorduras nas dietas ajuda a diminuir os riscos da doença cardíaca em 30%.

Ator social : Supressão
Processo : mental

8ª frase - *Parar de fumar* é ainda mais decisivo.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

9ª frase - *O estudo mais conclusivo a esse respeito* vem da Associação Cardíaca Britânica e é assinado pelo cardiologista Rory Collins, professor da Universidade de Oxford.

Ator social1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (vem)

Ator social 2 (agente da passiva): individualização - personalização – determinação por nomeação
Processo 2: material (é assinado)

10ª frase - *Collins estudou* cerca de 26.000 pacientes e chegou à seguinte conclusão: o cigarro é responsável por 80% dos casos de ataque cardíaco em pessoas com menos de 50 anos.

Ator social 1: Inclusão: ativação – individualização - personalização – determinação por nomeação
Processo 1a: mental (estudou)
Processo 1b: mental (chegou)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (é)

11ª frase - Nessa faixa de idade *a biologia* também não ajuda.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material

12ª frase - Com o passar dos anos, *o organismo* desenvolve uma teia auxiliar de vasos que irrigam o coração e podem entrar em ação caso uma coronária se entupa.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (desenvolve)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 2a: material (irrigam)
Processo 2b: material (podem entrar em ação)

Ator social 3: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 3: material (se entupa)

13ª frase - Aos 40 ou 50 anos *essa trama de vasos auxiliares* não teve tempo de se formar ainda.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

14ª frase - Essa é a razão pela qual os *ataques cardíacos* costumam ser fulminantes em pessoas jovens.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (costumam ser)

15ª frase - Por isso os *médicos* comemoram tanto quando há *notícias boas envolvendo* essa faixa etária.

Ator social 1: Inclusão: ativação – generalização – determinação por categorização -
personalização
Processo 1: material (comemoram)

Ator social 2: indeterminado
Processo 2: existencial (há)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: relacional (envolvendo)

16ª frase - É exatamente o que está ocorrendo no Brasil agora.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (está ocorrendo)

6º PARÁGRAFO

1ª frase - **Quebra-cabeça** – O *Brasil*, claro, se beneficiou muito dos avanços da cardiologia mundial.

Ator social: Inclusão: passivação – individualização por determinação (nomeação)
impersonalização
Processo: material (se beneficiou)

2ª frase - O *progresso* registrado em todas as frentes ao longo dos últimos cinco anos foi formidável.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

3ª frase - Pode-se afirmar com alguma dose de certeza que o *mal cardíaco* é uma invenção deste século.

Ator social 1: Supressão
Processo 1: verbal (pode-se afirmar)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional

4ª frase - *As estatísticas, embora imperfeitas, mostram que nas primeiras décadas do século XX o número de ataques cardíacos fatais foi significativamente maior do que na mesma época do século passado.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – generalização - impersonalização
Processo 1: verbal (mostram)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (foi)

5ª frase - *Isso se explica em parte porque as pessoas antes morriam de outras causas, como as doenças infecciosas, e não tinham tempo de desenvolver um ataque cardíaco.*

Ator social 1: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo 1: verbal (se explica) – agente suprimido

Ator social 2: Inclusão: ativação – generalização – indeterminação - personalização
Processo 2a: material (morriam)
Processo 2b: relacional (tinham)
Processo 2c: material (desenvolver)

6ª frase - *É verdade.*
Ator social: Exclusão: supressão
Processo: relacional (é)

7ª frase - *O século XX praticamente venceu a tuberculose, a varíola e as formas fatais da gripe, mas sua agitação típica introduziu a dura realidade do infarto na rotina das famílias.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (venceu)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 2: material (introduziu)

8ª frase - *Os médicos calculam que o novo milênio vai começar com uma excelente notícia para os que se preocupam com seu sistema cardíaco: as mortes provocadas pelo coração se reduzirão à metade em relação ao começo do século.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – generalização – determinação por categorização - personalização
Processo 1: mental (calculam)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (vai começar)

Ator social 3: Inclusão: generalização - personalização – indeterminação
Processo 3: mental (preocupam)

Ator social 4: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo 4: material (se reduzirão)

9ª frase - "O *tratamento das doenças cardíacas* passa por uma revolução", diz José Ramirez, presidente do Incor.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (passa)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – determinação por nomeação
Processo 2: verbal (diz)

7º PARÁGRAFO

1ª frase - Entre tantas notícias positivas, *os cardiologistas* quebram a cabeça com um fenômeno com o sinal oposto – *ele é* extremamente negativo.

Ator social 1: Inclusão: ativação – generalização - personalização – determinação por categorização
Processo 1: mental (quebram a cabeça)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (é)

2ª frase - Fala-se aqui da **chegada das mulheres** em grande número ao grupo de pacientes com doenças do coração.

Ator social: Supressão por apagamento
Processo: verbal (fala-se)
Observação: note-se que há uma nominalização (a chegada) que coloca as mulheres em segundo plano na condição de ator social (em vez de “as mulheres chegaram”).

3ª frase - *Todo mundo* tem um tio ou primo distante *que* foi operado do coração.

Ator social 1: Inclusão: generalização - personalização – indeterminação
Processo 1: relacional (tem)

Ator social 2: Inclusão: personalização – indeterminação
Processo 2: material (foi operado) – sem agente explícito (supressão do ator)

4ª frase - Já *uma mulher cardíaca* era coisa rara.

Ator social: Inclusão: generalização - personalização – determinação por categorização
Processo: relacional

5ª frase - Está se tornando mais comum.

Ator social: Exclusão: encobrimento
Processo: relacional

6ª frase - *As mulheres com mais de 50 anos* são o grande quebra-cabeça dos cardiologistas.

Ator social: Inclusão: generalização por inclusão a um grupo - personalização – determinação por categorização

Processo: relacional

7ª frase - Duas décadas atrás, em cada dez vítimas de infarto, *nove eram* homens e apenas *uma era* mulher.

Ator social 1: Inclusão: personalização – indeterminação

Processo 1: relacional (eram)

Ator social 2: Inclusão: personalização – indeterminação

Processo 2: relacional (era)

8ª frase - Hoje a *proporção encolheu*.

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional

9ª frase - São em média *quatro homens para uma mulher*.

Ator social: Inclusão: personalização – determinação por categorização

Processo: relacional

10ª frase - A *explicação está* na mudança do estilo de vida.

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional

11ª frase - No final da década de 70, *apenas 14 milhões de brasileiras trabalhavam* fora de casa.

Ator social: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização

Processo: material

12ª frase - Atualmente esse *número saltou* para 27 milhões.

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material

13ª frase - "O *mercado de trabalho expõe* as mulheres aos mesmos fatores de risco que os homens", *afirma Antônio Mansur*, diretor do Núcleo de Estudos de Problemas do Coração da Mulher, em São Paulo.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 1: material (expõe)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – determinação por nomeação

Processo 2: verbal (afirma)

14ª frase - "A *questão é* que *muitas mulheres* ainda *acham* que a *doença de coração é masculina* e *não se previnem*."

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização

Processo 2a: mental (acham)

Processo 2b: relacional (se previnem)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: relacional (é)

15ª frase - Há poucas diferenças entre os conselhos que *um cardiologista* pode dar a um homem e a uma mulher.

Ator social 1: indeterminado
Processo 1: existencial (há – verbo impessoal)

Ator social 2: Inclusão: ativação – generalização - personalização – determinação por categorização
Processo 2: mental (pode dar)

16ª frase - *A diferença* é de atitude: são raríssimas *as mulheres* que vão ao cardiologista fazer um check-up.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização
Processo 2a: relacional (são)
Processo 2b: material (vão)

8º PARÁGRAFO

1ª frase - *A ciência* ainda tem o que desvendar em relação à manifestação feminina da doença.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (tem)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: mental (desvendar)

2ª frase - Para explicar por que *o infarto* é mais letal em mulheres que em homens há apenas hipóteses.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização (o infarto)
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: indeterminado
Processo 2: existencial (há)

3ª frase - *Uma das teses mais debatidas*, recém-publicada na revista especializada *The New England Journal of Medicine*, sugere que *a questão* está ligada ao hormônio estrógeno, produzido até a menopausa.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: mental (sugere)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (está ligada)

4ª frase - Sabe-se que, entre outras coisas, o estrógeno é um protetor natural do coração da mulher.

Ator social: Supressão por apagamento do agente
Processo: mental

5ª frase - Sem ele, *a mulher ficaria* até mais vulnerável do que os homens.

Ator social: Inclusão: generalização - personalização – determinação por categorização
Processo: relacional

6ª frase - O *estrógeno retarda* em cerca de dez anos a entrada das mulheres na faixa de risco.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material

7ª frase - Os *homens ingressam* na faixa de risco maior aos 40 anos e as mulheres, aos 50.

Ator social: Inclusão: ativação - generalização - personalização – determinação por categorização
Processo: material

8ª frase - Mas como explicar, apenas pela teoria do estrógeno, que só agora *elas começaram a ter* problemas cardíacos em número maior?

Ator social 1: Supressão pelo uso do infinitivo
Processo 1: verbal (explicar)

Ator social 2: generalização - indeterminação
Processo2: relacional (começaram a ter)

9ª frase - Só *a química não explica*.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: verbal

10ª frase - Os *médicos sugerem* que *outros fatores decisivos são* o fumo e a chegada das mulheres ao mercado de trabalho em posições de comando – o *que as igualaria* aos homens na exposição ao stress e a outros fatores de risco.

Ator social 1: Inclusão: ativação - generalização por inclusão a um grupo - personalização – determinação por categorização
Processo 1: mental (sugerem)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (são)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: mental (igualaria)

11ª frase - *Muitas mulheres se submetem hoje à terapia de reposição hormonal para diminuir os riscos de infarto.*

Ator social: Inclusão: passivação - generalização - personalização – determinação por categorização

Processo 1: relacional (se submetem)

Processo 2: material (diminuir) - ativação

12ª frase - *Existem bons indícios de que a prática funciona, mas não há nenhum estudo conclusivo.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional (existem)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização

Processo 2: relacional (funciona)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização

Processo 3: existencial

13ª frase - *A pesquisa mais avançada na área está concentrada em uma droga que só agora começa a ser prescrita, o Raloxifeno.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional (está)

Ator social 2: Supressão por apagamento do agente

Processo 2: material (começa a ser prescrita)

14ª frase - *Este composto, que além de ter características estrogênicas ainda ajuda a combater o colesterol ruim, o LDL, mostrou nos testes ser capaz de diminuir a incidência de ataques cardíacos.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 1: material (ajuda a combater)

Processo 1a: mental (mostrou)

Processo 1b: relacional (ser)

Processo 1c: material (diminuir)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização

Processo 2: relacional (ter)

15ª frase - *Um levantamento preliminar das autoridades de saúde brasileiras, cobrindo o período de 1991 a 1997, indica que depois de um aumento vertiginoso o mal cardíaco dá sinais de reversão também entre mulheres.*

Ator social 1: Supressão: ator social colocado em segundo plano por nominalização

Processo 1a: mental (cobrindo)

Processo 1b: mental (indica)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 2: material (dá)

16ª frase - *Houve uma diminuição de 7% nos casos de infarto feminino no Brasil naquele período.*

Ator social: indeterminado
Processo: existencial

9º PARÁGRAFO

Força evangelizadora – 1ª frase - Na avaliação do especialista inglês Michael Marmont, *os últimos cinco anos foram* os mais espetaculares não apenas pelas descobertas e avanços cirúrgicos, mas pela consistente popularização dos hábitos e dietas condizentes com a saúde do coração.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

2ª frase - "A *informação* sobre como prevenir a doença cardíaca espalhou-se com a força de uma evangelização bem-sucedida pelo mundo", diz Marmont.

Ator social 1: Supressão por apagamento do agente: passivação
Processo 1: material (espalhou-se = foi espalhada)

Ator social 2: ativação – especificação por individualização - personalização - determinação por nomeação
Processo 2: verbal

3ª frase - "As *pessoas* hoje conversam sobre dieta e exercícios físicos, trocam experiências e, principalmente nas classes média e rica, sabem exatamente o que fazer caso comecem a ter um ataque cardíaco."

Ator social 1: Inclusão: ativação – generalização - personalização – indeterminação
Processo 1: verbal (conversam)
Processo 1a: verbal (trocamos)
Processo 1b: mental (sabem)
Processo 1c: relacional (começam a ter)

4ª frase - *Marmont se refere* ao fato de que no passado *a atitude mais comum de alguém* que achava estar tendo um infarto era deitar-se e chamar o médico da família.

Ator social 1: Inclusão: ativação – especificação por individualização - personalização - determinação por nomeação
Processo 1: mental (se refere)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização (atitude)
Processo 2: relacional (era)

Ator social 3: Inclusão: ativação – indeterminação (alguém)
Processo 3: relacional (achava estar tendo)

5ª frase - Hoje *o próprio médico da família é quem* receita: em caso de suspeita de ataque cardíaco, tome uma aspirina forte, de 100 mg ou 325 mg, e chame para o pronto-socorro mais próximo.

Ator social 1: Inclusão: personalização – determinação por categorização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Exclusão: supressão
Processo 2a: material (receita)
Processo 2b: material (tome)
Processo 2c: material (rume)

6ª frase - *Esta simples providência umenta as chances de sobrevivência em mais de 60%.*

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material

7ª frase - *As pessoas também têm mais informações sobre quais são os sintomas denunciadores de um infarto.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – generalização - personalização – indeterminação
Processo 1: relacional (têm)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (são)

8ª frase - *O principal deles é a dor aguda no peito que se irradia para os braços.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (se irradia)

9ª frase - *Pode ou não vir combinada com dificuldade de respirar.*

Ator social 1: Exclusão: encobrimento
Processo 1: relacional (pode vir combinada)

10ª frase - *A confusão mais comum é achar que se está tendo uma indigestão, uma queimação no estômago.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Supressão por apassivação
Processo 2: relacional (se está tendo)

11ª frase - *Como saber?*

Ator social: Exclusão: supressão
Processo: mental

12ª frase - *Os médicos alertam que o histórico familiar é decisivo.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - generalização - personalização – determinação por categorização
Processo 1: mental (alertam)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (é)

13ª frase - *Pessoas cujos pais, mães ou tios tiveram problemas cardíacos antes de completar 50 anos, não tenham dúvida.*

Ator social 1: Inclusão: generalização - personalização – indeterminação
Processo 1: relacional (não tenham)

Ator social 2: generalização por inclusão a um grupo – personalização - indeterminação
Processo 2: relacional (tiveram)

14ª frase - *O risco de a dor no peito ser infarto é enorme.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

15ª frase Há também progressos no atendimento profissional ao doente enfartado já no pronto-socorro.

Ator social: Indeterminado
Processo: existencial

10º PARÁGRAFO

1ª frase - *Antes uma prática quase cabalística, com drogas caras e raras, o atendimento de urgência era restrito aos centros cardíacos especializados.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

2ª frase - *Hoje em dia, no Brasil e no mundo, em quase todos os prontos-socorros o diagnóstico e o tratamento do infarto agudo viraram rotina.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

3ª frase – *‘Morrer do coração num hospital ficou difícil’, afirma José Carlos Pachón, cardiologista do Hospital do Coração, em São Paulo.*

Ator social 1: Supressão pelo uso do infinitivo
Processo 1: relacional (ficou)

Ator social 2: Inclusão: ativação – especificação por individualização - personalização - determinação por nomeação
Processo 2: verbal (afirma)

4ª frase - *"Só se perde um paciente hoje na emergência de um bom hospital brasileiro se o caso for muito complicado."*

Ator social 1: Supressão por colocação em segundo plano (os médicos?)
Processo 1: material (se perde)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (for)

5ª frase - O ataque inicial nos prontos-socorros é feito com algumas drogas banais que podem ser compradas em qualquer farmácia: a aspirina e os chamados betabloqueadores.

Ator social 1: Supressão por apagamento do agente da passiva (quem faz?)

Processo 1: material (é feito)

Ator social 2: Supressão por apagamento do agente da passiva (quem compra?)

Processo 2: material (podem ser compradas)

6ª frase - O *analgésico* torna o sangue mais ralo e diminui os riscos de coágulo, fazendo com que *a circulação* se dê mais facilmente pela artéria parcialmente entupida.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 1a: relacional (torna)

Processo 1b: material (diminui)

Processo 1c: material (fazendo)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização

Processo 2: material (se dê = aconteça)

7ª frase - O *betabloqueador* segura o ímpeto da adrenalina, impedindo que o *coração* dispare como um potro selvagem, o *que* pode complicar ainda mais o quadro numa emergência.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 1a: material (segura)

Processo 1b: material (impedindo)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 2: material (dispare)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização

Processo 3: material (pode complicar)

8ª frase - O *uso conjunto da aspirina e do betabloqueador* tem sido mais decisivo para salvar vidas de cardíacos numa emergência do que os equipamentos de última geração, escreve o médico americano J. Chen num artigo publicado no The New England Journal of Medicine.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional (tem sido)

Ator social 2: Inclusão: ativação – especificação por individualização - personalização - determinação por nomeação

Processo 2: material (escreve)

11º PARÁGRAFO

1ª frase - Passada a fase aguda da emergência, *a maioria dos pacientes cardíacos internados* vivia o drama da confirmação do diagnóstico.

Ator social: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização – generalização por assimilação
Processo: material (vivia)

2ª frase - Antes, em todos os casos, era preciso abrir um buraco num vaso da perna ou do braço e por ali inserir um cateter *que* serpenteava pelo corpo adentro até o coração.

Ator social 1: Supressão por apagamento do agente
Processo 1: material (era preciso abrir)
Processo 2: material (inserir)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (serpenteava)

3ª frase - Ali o cateter injetava uma substância contrastante *que*, vista de fora por raios X, permitia aos médicos saber o tamanho do bloqueio na artéria.

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (injetava)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 2: relacional (permitia)

Ator social 3: Inclusão: ativação – generalização - personalização – determinação por categorização
Processo 3: mental (saber)

4ª frase - Hoje, o cateter é usado apenas nos casos mais graves e quando *a cirurgia parece* inevitável.

Ator social 1: Supressão pelo apagamento do agente da passiva (quem usa?)
Processo 1: material (é usado)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: mental (parece)

5ª frase - Além disso, *seu uso* se tornou mais seguro e diversificado.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional (se tornou)

6ª frase - O cateter serve não apenas para sondar o interior, mas também para desobstruir artérias.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (serve)
Processo 2: material (sondar)
Processo 3: material (desobstruir)

7ª frase - Isso se faz por meio de um balão que infla com força bem em cima do bloqueio, amassando o material responsável pelo entupimento, o que restabelece a passagem do sangue.

Ator social 1: Supressão pelo apagamento do agente (quem faz isso?)
Processo 1: material (faz)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2a: material (infla)
Processo 2b: material (amassando)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: material (restabelece)

8ª frase - Ou seja, *o mesmo mecanismo que permite o diagnóstico ajuda no tratamento.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: material (ajuda)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (permite)

9ª frase - *A última novidade no diagnóstico de problemas cardíacos no mundo é um aparelho americano chamado CAT, que produz imagens quase perfeitas do interior das artérias – sem precisar parar o coração.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2a: material (produz)
Processo 2b: material (precisar parar)

10ª frase - Já está em uso no Incor.
Ator social: Exclusão: encobrimento
Processo: relacional

11ª frase - *O resultado foi a diminuição do número daquelas grandes cirurgias de peito aberto, com o coração parado e o sangue sendo desviado para uma máquina onde recebia oxigênio e impulsão para voltar ao corpo.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional (foi)

12ª frase - *"Mais da metade dos pacientes dos anos 70 terminava sendo operada inutilmente, porque os médicos não tinham equipamento ou conhecimento para fazer um diagnóstico sem abrir o peito", diz o chefe da divisão cirúrgica do Incor, Noedir Stolf.*

Ator social 1: Inclusão: passivação – generalização - personalização – determinação por categorização
Processo 1: material (terminava sendo operada)

Ator social 2: Inclusão: ativação - generalização - personalização – determinação por categorização

Processo 2: relacional (tinham)

Ator social 3: Inclusão: ativação – especificação por individualização - personalização - determinação por nomeação

Processo 3: verbal (diz)

13ª frase - "Aprendia-se tentando.

Ator social: Exclusão: supressão

Processo: mental (aprendia-se)

14ª frase - Isso não existe mais."

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional (existe)

15ª frase - Vinte anos atrás, de cada dez operações de ponte de safena apenas *duas davam certo*.

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional (davam)

16ª frase - Agora, o *índice de acerto* é quase total – 95% das operações são bem-sucedidas.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização

Processo 2: relacional (são)

12º PARÁGRAFO

1ª frase - Ovos sem remorso - Um front importante da batalha pela saúde do coração está sendo travado nas caminhadas e na mesa.

Ator social: Supressão pelo apagamento do agente da passiva (quem está travando?)

Processo: material (está sendo travado)

2ª frase - *Quem pratica exercícios aeróbios três vezes por semana durante uma hora pode reduzir o risco de ter um infarto em até 50%.*

Ator social: Inclusão: ativação - personalização – indeterminação

Processo: relacional (pode reduzir)

3ª frase - *Exercícios aeróbios, como a caminhada, são aquelas atividades de baixo impacto, diferente da musculação.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional

4ª frase - Em três meses de prática, *uma pessoa* umenta sua capacidade cardiorrespiratória em 20%.

Ator social: Inclusão: ativação – generalização - personalização – indeterminação
Processo: material

5ª frase - *O exercício* ajuda a alargar o diâmetro dos vasos e previne o congestionamento das artérias.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (ajuda a alargar)
Processo 2: material (previne)

6ª frase - Também amplia a rede capilar, criando novas alternativas de fluxo sanguíneo.

Ator social: Exclusão: encobrimento
Processo 1: material (amplia)
Processo 2: material (criando)

7ª frase - Por isso *a pressão arterial* cede um pouco.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material (cede)

8ª frase - *Estudos* demonstraram que mesmo *uma pessoa que já* passou por uma cirurgia de ponte de safena consegue melhorar em 20% a irrigação do coração em seis meses.

Ator social 1: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 1: material (demonstraram)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – indeterminação
Processo 2: material (consegue melhorar)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: relacional (passou)

9ª frase - *Algumas academias espalhadas pelo país* já farejaram o filão e começaram a oferecer exercícios com direito a monitoramento da frequência cardíaca.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo1: mental (farejaram)
Processo2: material (começaram a oferecer)

10ª frase Na dieta, *antigos mitos* foram derrubados e hoje se sabe muito mais sobre como usar os alimentos para baixar os riscos de um ataque do coração. (veja quadro)

Ator social1: Inclusão: passivação (omissão do agente) - impersonalização
Processo 1: material (foram derrubados)

Ator social 2: Exclusão: Supressão por apagamento do agente: passivação
Processo 2: mental (sabe)

Ator social 3: Exclusão: supressão pelo uso do infinitivo
Processo 3: material (usar)

11ª frase - O ovo é um ótimo exemplo.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional (é)

12ª frase - Era o símbolo do colesterol até se descobrir que *colesterol na comida* não equivale matematicamente a colesterol na artéria.

Ator social 1: Exclusão: encobrimento
Processo 1: relacional (era)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (não equivale)

13ª frase - Agora, *uma pessoa sem tendência a doença cardíaca* pode comer quatro ovos por semana sem remorsos.

Ator social: Inclusão: ativação – generalização - personalização – indeterminação
Processo: material (pode comer)

14ª frase Apesar de *a gema* ser uma riquíssima fonte de colesterol, sabe-se hoje que *as gorduras saturadas*, aquelas abundantes nos derivados de leite integral e nas carnes vermelhas, têm um potencial muito maior de aumentar as taxas de colesterol no sangue.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (ser)

Ator social 2: Exclusão: Supressão por apagamento do agente: passivação
Processo 2: mental (sabe-se)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: relacional (têm)

15ª frase - *Outra idéia falsa* era que *a margarina* traz menos riscos do que a manteiga.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (era)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 2: material (traz)

16ª frase - Não é assim.

Ator social: Exclusão: supressão
Processo: relacional (é)

17ª frase - *Ambas* contribuem de forma decisiva para agregar as placas de gordura nos vasos.

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: relacional (contribuem)

Processo 2: material (agregar)

18ª frase - *As fibras, encontradas em legumes, cereais e frutas, agem no intestino, onde o colesterol é metabolizado, e ajudam a diminuir o LDL, o chamado colesterol ruim.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 1a: material (agem)

Processo 1b: material (ajudam)

Ator social 2: Inclusão: passivação - impersonalização

Processo 2: relacional (é metabolizado)

19ª frase - *É a mesma vantagem de uma substância chamada flavonóide, presente no vinho tinto, na cebola e no alho.*

Ator social: Exclusão: supressão

Processo: relacional (é)

20ª frase - *Outra novidade, esta de laboratório, é o Benecol, uma margarina finlandesa composta de uma substância extraída de pinheiros que ajuda a combater o colesterol ruim.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional (é)

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material (ajuda a combater)

21ª frase - *"Até aqui, o grande avanço para diminuir os riscos das doenças cardíacas foi feito pelos médicos, químicos e biólogos", analisa o cardiologista especializado em prevenção de doenças do coração Matt Sorrentino, da Universidade de Chicago.*

Ator social 1: Inclusão: passivação com agente explícito e determinado por nomeação - impersonalização

Processo 1: material (foi feito)

Ator social 2: Inclusão: ativação – especificação por individualização - personalização - determinação por nomeação

Processo2: mental (analisa)

22ª frase - *"A partir daí, cada vez mais, a saúde cardíaca dependerá das atitudes de cada um.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: mental (dependerá)

23ª frase *É preciso esforço, mas, se a pessoa adotar hábitos favoráveis ao seu coração, dificilmente terá um infarto."*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – indeterminação

Processo 2a: relacional (adotar)

Processo 2b: relacional (terá)

13º PARÁGRAFO

1ª frase - Quando se pára para analisar por que *o número de ataques cardíacos vem diminuindo* no Brasil – e, de resto, nos países industrializados – fica evidente *que boa parte disso se explica* pela chegada à idade adulta de uma geração mais ligada em alimentação saudável e prática regular de esportes.

Ator social 1: Supressão por apagamento

Processo 1a: material (pára)

Processo 1b: mental (analisar)

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 2: material (vem diminuindo)

Ator social 3: Inclusão: impersonalização

Processo 3: relacional (fica)

Ator social 4: Inclusão: passivação com apagamento do agente - impersonalização

Processo 4: mental (se explica)

2ª frase - *Mas a mudança de hábito não justifica tudo.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: mental (justifica)

3ª frase - *Certas condições não regridem sem que *novas e potentes drogas sejam utilizadas.**

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: material (regridem)

Ator social 2: Inclusão: passivação com apagamento do agente - impersonalização

Processo 2: material (sejam utilizadas)

4ª frase - *O desenvolvimento da família de drogas conhecidas como "estatinas" está entre as novidades mais significativas.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional (está)

5ª frase - *Até o ano passado os médicos receitavam a lovastatina para baixar quimicamente os índices de colesterol e outras gorduras no sangue.*

Ator social: Inclusão: ativação – generalização - personalização – determinação por categorização

Processo: material (receitavam)

6ª frase - *Recentemente chegou ao mercado a atorvastatina, cujo nome comercial é Lipitor.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização – determinação por nomeação

Processo 1: material (chegou)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (é)

7ª frase - *Essa droga age com mais eficácia e sem os efeitos secundários das primeiras estatinas – cansaço e dores musculares.*

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material (age)

8ª frase - *No caso da hipertensão, o uso de remédios foi vital.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional (foi)

9ª frase - *A diminuição no peso corporal e a redução do sal na dieta têm efeitos apenas passageiros sobre a pressão arterial.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material (têm)

10ª frase - *Com a palavra o médico Sidney Clawansky, da Escola de Saúde Pública de Harvard: "O uso de remédios de última geração permitiu diminuir para 10% o número de mortes associadas à hipertensão arterial".*

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material (permitiu diminuir)

ANEXO 4 – AVISO ÀS BALZAQUIANAS (artigo)

Aviso às balzaquianas

Mulheres na faixa dos 30 anos devem se preocupar com a saúde do coração

Os médicos costumam dizer que a maioria das mulheres só precisa se submeter a exames preventivos contra males cardíacos depois da menopausa. Um estudo americano, no entanto, coloca em xeque esse preceito. Pesquisadores da Universidade de Pittsburgh acompanharam 380 pacientes e verificaram que os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares começam a prejudicar o coração feminino cerca de vinte anos antes da chegada da menopausa. Os médicos notaram um aumento nos níveis do colesterol ruim e de triglicérides e uma baixa nas taxas do colesterol bom em mulheres já na faixa dos 30 anos.

Há duas explicações para essas ameaças precoces. A primeira são os maus hábitos da vida moderna — sedentarismo, comidas gordurosas, tabagismo e stress. A segunda é que a produção do hormônio estrógeno começa a se tornar mais escassa a partir dos 35 anos. Publicado na revista *Stroke*, da Associação Americana do Coração, o trabalho leva à conclusão de que os exames preventivos contra os distúrbios cardíacos têm de ser antecipados. Sem falar das já manjadíssimas recomendações de não fumar, fazer ginás-

tica, beber com moderação e manter uma dieta equilibrada.

Hormônio feminino por excelência, o estrógeno protege o coração ao manter normais os níveis de colesterol e ao impedir o depósito de placas de gordura nas artérias. Como o estrógeno funciona como um guardião do sistema cardiovascular, acreditava-se que as mulheres estariam mais propensas a sofrer de problemas cardíacos com a interrupção completa na produção do hormônio. E mesmo assim de dez a quinze anos depois da menopausa. Os fatores de risco só resultariam em danos para o coração depois desse período. O estudo de Pittsburgh afirma que o cenário propício para um infarto demora anos para ser montado. E que essa bomba-relógio é ativada muito tempo antes da menopausa — e não depois dela. Os pesquisadores americanos constataram que as maiores alterações que acompanham a última menstruação são o aumento na pressão arterial e a elevação nas taxas de glicose no sangue, indicador do diabetes. Essas duas mudanças, no entanto, não estão diretamente relacionadas ao depósito de placas de gordura nas artérias. “A pesquisa de Pittsburgh mostra que é possível determinar com vinte anos de antecedência quem tem mais probabilidade de sofrer um infarto na menopausa”, afirma Mário Maranhão, presidente da Federação Mundial de Cardiologia. Agora, recomenda-se às mulheres que, a partir dos 35 anos, se submetam anualmente a exames de dosagem de colesterol e triglicérides. ■

Cristina Poles

Elas e eles

Para cada mulher vítima de doença cardiovascular, há 3 homens na mesma situação

Quando as mulheres entram na menopausa, essa proporção é de 1 para 1

A partir dos 65 anos, são 6 mulheres doentes para cada 4 homens

Mais cedo

ANTES

Acreditava-se que as mulheres se tornavam mais vulneráveis a doenças cardíacas passados dez a quinze anos da menopausa. A teoria era de que, sem a proteção do hormônio estrógeno, os fatores de risco só resultavam em danos para o coração feminino depois desse período

AGORA

Sabe-se que os principais fatores de risco para as doenças cardíacas começam a prejudicar o coração feminino antes da última menstruação. Ou seja, mulheres com propensão a males cardiovasculares ou com estilo de vida inadequado têm grande probabilidade de sofrer um infarto com a chegada da menopausa

ANEXO 4-A – AVISO ÀS BALZAQUIANAS (desmembramento)

PRIMEIRO PARÁGRAFO

1ª frase - *Os médicos costumam dizer que a maioria das mulheres só precisa se submeter a exames preventivos contra males cardíacos depois da menopausa.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização
Processo 1: verbal (costumam dizer)

Ator social 2: Inclusão: passivação – personalização – indeterminação
Processo 2: material (precisa se submeter)

2ª frase - *Um estudo americano, no entanto, coloca em xeque esse preceito.*

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material (coloca em xeque)

3ª frase - *Pesquisadores da Universidade de Pittsburgh acompanharam 380 pacientes e verificaram que os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares começam a prejudicar o coração feminino cerca de vinte anos antes da chegada da menopausa.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – determinação
Processo 1: material (acompanharam e verificaram)

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 2: material (começam a prejudicar)

4ª frase - *Os médicos notaram um aumento nos níveis do colesterol ruim e de triglicérides e uma baixa nas taxas do colesterol bom em mulheres já na faixa dos 30 anos.*

Ator social: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização
Processo: mental (notaram)

5ª frase - *Há duas explicações para essas ameaças precoces.*

Ator social: indeterminado
Processo: existencial (há)

6ª frase - *A primeira são os maus hábitos da vida moderna – sedentarismo, comidas gordurosas, tabagismo e stress.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional (são)

7ª frase - *A segunda é que a produção do hormônio estrógeno começa a se tornar mais escassa a partir dos 35 anos.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (começa a se tornar)

8ª frase - Publicado na revista *Stroke*, da Associação Americana do Coração, o trabalho leva à conclusão de que os *exames preventivos contra os distúrbios cardíacos têm de ser antecipados*.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (leva)

Ator social 2: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo 2: material (têm de ser antecipados)

9ª frase - Sem falar das já manjadíssimas recomendações de não fumar, fazer ginástica, beber com moderação e manter uma dieta equilibrada.(fragmento de frase)

SEGUNDO PARÁGRAFO

1ª frase - *Hormônio feminino por excelência, o estrógeno protege o coração ao manter normais os níveis de colesterol e ao impedir o depósito de placas de gordura nas artérias.*

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material (protege - manter - impedir)

2ª frase - *Como o estrógeno funciona como um guardião do sistema cardiovascular, acreditava-se que as mulheres estariam mais propensas a sofrer de problemas cardíacos com a interrupção completa na produção do hormônio.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 1: material (funciona)

Ator social 2: Exclusão: encobrimento pelo uso de sujeito indeterminado
Processo 2: mental (acreditava-se)

Ator social 3: Inclusão: passivação - personalização – determinação
Processo 3: relacional (estariam mais propensas a sofrer)

3ª frase - *E mesmo assim de dez a quinze anos depois da menopausa. (fragmento de frase)*

4ª frase - *Os fatores de risco só resultariam em danos para o coração depois desse período.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material (resultariam em)

5ª frase - *O estudo de Pittsburgh afirma que o cenário propício para um infarto demora anos para ser montado.*

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização – determinação por nomeação
Processo: verbal (afirma)

6ª frase - E que essa *bomba-relógio* é ativada muito tempo antes da menopausa – e não depois dela.

Ator social: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo: material (é ativada)

7ª frase - *Os pesquisadores americanos* constataram que *as maiores alterações* que acompanham a última menstruação são o aumento na pressão arterial e a elevação nas taxas de glicose no sangue, indicador do diabetes.

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – determinação por categorização
Processo 1: mental (constataram)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional (são)

8ª frase - *Essas duas mudanças*, no entanto, não estão diretamente relacionadas ao depósito de placas de gordura nas artérias.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional (estão)

9ª frase - "*A pesquisa de Pittsburgh* mostra que é possível determinar com vinte anos de antecedência quem tem mais probabilidade de sofrer um infarto na menopausa", afirma *Mário Maranhão, presidente da Federação Mundial de Cardiologia*.

Ator social 1: Inclusão: ativação – impersonalização - determinação por nomeação
Processo 1: material (mostra)

Ator social 2: Inclusão: ativação - personalização – determinação por nomeação
Processo 2: verbal (afirma)

10ª frase - Agora, *recomenda-se* às *mulheres* que, a partir dos 35 anos, se submetam anualmente a exames de dosagem de colesterol e triglicérides.

Ator social 1: Exclusão: encobrimento por indeterminação
Processo 1: verbal (recomenda-se)

Ator social 2: Inclusão: passivação – personalização – determinação por categorização
Processo 2: material (se submetam)

ANEXO 5 – CORAÇÃO E MENTE (artigo)

Coração e mente

O peso da depressão na ocorrência de infartos é tão grande que ela passou a ser fator de risco isolado

Não tem mais discussão: a Federação Mundial de Cardiologia agora considera a depressão fator de risco isolado para o coração. Antes, ela estava entre as causas coadjuvantes do entupimento de artérias. A decisão baseia-se na análise de quarenta dos maiores e mais recentes estudos sobre a relação entre infarto e depressão. Constatou-se que 45% dos infartados têm quadros depressivos em seu histórico. "A depressão é tão importante na gênese do infarto quanto a hipertensão ou o colesterol alto", afirma o cardiologista paranaense Mário Maranhão, presidente da Federação Mundial de Cardiologia. Apesar de representar uma ameaça e tanto à saúde, a doença demora a ser identificada. É confundida, geralmente, com tristeza ou melancolia passageiras. O cenário é preocupante. Hoje, a depressão é apontada pela Organização Mundial de Saúde como a quinta maior questão de saúde pública. Em 2020, deverá ser a segunda, depois justamente das doenças cardíacas. Ou seja, os laços entre os dois distúrbios tendem a ser mais estreitos.

Quanto mais grave a depressão, maior a probabilidade de ocorrência de problemas cardiovasculares. Seu impacto sobre

Onde está o perigo

45%

das vítimas de infarto sofrem de depressão

Se a depressão não for tratada, aumenta

5 vezes

o risco de um novo infarto

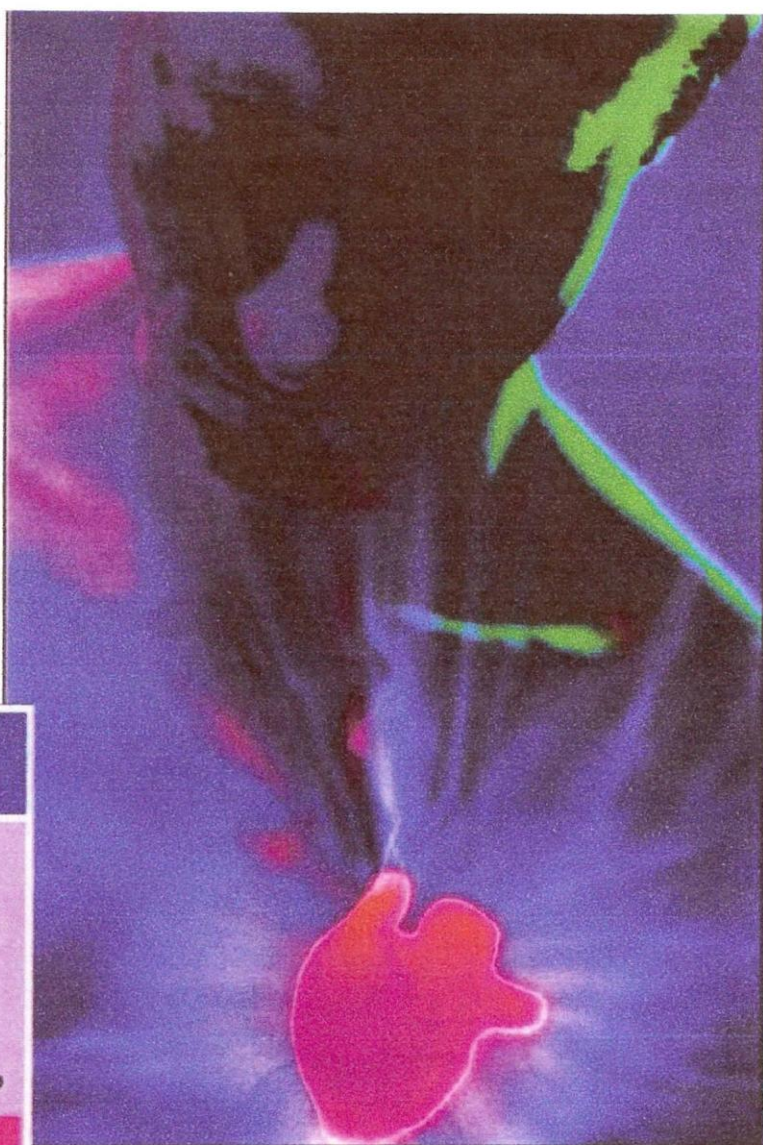
AS EXPLICAÇÕES

A depressão eleva a produção dos hormônios cortisol e adrenalina, que aumentam a pressão arterial e a quantidade de gorduras no sangue

Os níveis das substâncias responsáveis pela coagulação do sangue, entre os deprimidos, são elevados — o que facilita o acúmulo de coágulos no interior das artérias, dificultando o fluxo de sangue

Fonte: Federação Mundial de Cardiologia

pessoa é dominada pela apatia e pela irritação. É difícil levantar da cama e impossível encarar com humor as dificuldades cotidianas. Em muitos casos, ela se associa a ataques de pânico. Como alguém nessas condições pode pensar em alimentos pobres em gordura ou em largar o cigarro? Onde encontrar ânimo para fazer exercícios?



o coração não se explica apenas do ponto de vista da fisiologia, mas também do lado comportamental. "O deprimido faz tudo errado: não come direito, costuma ser sedentário, fumante e dado a exagerar no álcool", diz o cardiologista Maurício Wajngarten, chefe do departamento de cardiogeriatría do Instituto do Coração, de São Paulo. A depressão se caracteriza por sentimentos negativos devastadores. A

O desequilíbrio da química cerebral, verificado entre os depressivos, desregula a química de todo o corpo. Para começar, a depressão aumenta a produção do hormônio do stress, o cortisol. Em altas quantidades, esse hormônio eleva a pressão arterial e os níveis de LDL, o colesterol ruim. Ele diminui, ainda, a quantidade de HDL, o colesterol bom. Como se não bastasse o cortisol, o organismo de um deprimido fabrica mais adrenalina, substância que, em excesso, pode acarretar arritmias cardíacas graves. O tratamento da chamada "doença da alma" ganhou uma arma poderosa no final dos anos 80, com a chegada ao mercado dos remédios da família do Prozac. Eles são, inclusive, mais bem tolerados por quem já sofreu um infarto. Difícil é mesmo o médico fazer — e o paciente aceitar — o diagnóstico de depressão. ■

K.P.

Verifique se você sofre de depressão em

ANEXO 5-A – CORAÇÃO E MENTE (desmembramento)

1º PARÁGRAFO

1ª frase - Não tem mais discussão: *a Federação Mundial de Cardiologia* agora considera a depressão fator de risco isolado para o coração.

Ator social 1: Exclusão: supressão (sujeito inexistente)

Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização – determinação por nomeação

Processo 2: mental

2ª frase - Antes, *ela* estava entre as causas coadjuvantes do entupimento de artérias.

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional

3ª frase - *A decisão* baseia-se na análise de quarenta dos maiores e mais recentes estudos sobre a relação entre infarto e depressão.

Ator social: Inclusão: passivação – impersonalização

Processo: relacional

4ª frase - Constatou-se que *45% dos infartados* têm quadros depressivos em seu histórico.

Ator social 1: Exclusão: supressão por passivação

Processo 1: mental (constatou-se)

Ator social 2: Inclusão: ativação – especificação por assimilação – personalização

Processo 2: relacional (têm)

5ª frase - "*A depressão é* tão importante na gênese do infarto quanto a hipertensão ou o colesterol alto", afirma *o cardiologista paranaense Mario Maranhão*, presidente da Federação Mundial de Cardiologia.

Ator social 1: Inclusão: ativação – impersonalização

Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão: ativação – personalização – determinação por nomeação

Processo 2: verbal

6ª frase - Apesar de representar uma ameaça e tanto à saúde, *a doença* demora a ser identificada.

Ator social: Inclusão: ativação (representar) e passivação (demora ser identificada) – impersonalização

Processo 1: relacional

Processo 2: mental

7ª frase - É confundida, geralmente, com tristeza ou melancolia passageiras.

Ator social: (a doença) – Exclusão por encobrimento (apagamento do agente da passiva) - impersonalização
Processo: mental

8ª frase - *O cenário é preocupante.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

9ª frase - Hoje, a *depressão é apontada* pela Organização Mundial de Saúde como a quinta maior questão de saúde pública.

Ator social: Inclusão: passivação – impersonalização
Processo: material

10ª frase - Em 2020, *deverá ser* a segunda, depois justamente das doenças cardíacas.

Ator social: Exclusão: encobrimento (a depressão).
Processo: relacional

11ª frase - Ou seja, *os laços entre os dois distúrbios tendem a ser* mais estreitos.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional (tendem a ser)

2º PARÁGRAFO

1ª frase - Quanto mais grave [é] a depressão, maior [é] a probabilidade de ocorrência de problemas cardiovasculares.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional
Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional

2ª frase - *Seu impacto sobre o coração não se explica* apenas do ponto de vista da fisiologia, mas também do lado comportamental.

Ator social: Inclusão: passivação – impersonalização
Processo: mental (se explica)

3ª frase - "*O deprimido faz* tudo errado: não *come* direito, *costuma ser* sedentário, fumante e dado a *exagerar* no álcool", *diz o cardiologista Maurício Wajngarten*, chefe do departamento de cardiogeriatría do Instituto do Coração, de São Paulo.

Ator social 1: Inclusão: ativação – personalização – generalização
Processo 1a: material
Processo 1b: material
Processo 1c: relacional
Processo 1d: material
Ator social 2: Inclusão: ativação – personalização – determinação por nomeação
Processo 2: verbal

4ª frase - A *depressão* se caracteriza por sentimentos negativos devastadores.

Ator social: Inclusão: passivação – impersonalização
Processo: mental

5ª frase - A *pessoa* é dominada pela apatia e pela irritação.

Ator social: Inclusão: passivação – personalização – generalização - indeterminação
Processo: material

6ª frase - É difícil levantar da cama e impossível encarar com humor as dificuldades cotidianas.

Ator social 1 : Exclusão: supressão pelo uso do infinitivo (quem levanta?)
Processo1: relacional
Ator social 2 : Exclusão: supressão pelo uso do infinitivo (quem encara?)
Processo 3 - mental

7ª frase - Em muitos casos, *ela* se associa a ataques de pânico.

Ator social: Inclusão: passivação – impersonalização
Processo: material

8ª frase - Como *alguém nessas condições* pode pensar em alimentos pobres em gordura ou em largar_o cigarro?

Ator social: Inclusão: ativação – personalização - indeterminação
Processo: mental

9ª frase - Onde encontrar ânimo para fazer ginástica?

Ator social: Exclusão: supressão pelo uso do infinitivo
Processo: material

3º PARÁGRAFO

1ª frase - O *desequilíbrio da química cerebral*, verificado entre os depressivos, desregula a química de todo o corpo.

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

2ª frase - Para começar, *a depressão* aumenta a produção do hormônio do stress, o cortisol.

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

3ª frase - Em altas quantidades, *esse hormônio* eleva a pressão arterial e os níveis de LDL, o colesterol ruim.

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

4ª frase - *Ele diminui, ainda, a quantidade de HDL, o colesterol bom.*

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização

Processo: material

5ª frase - *Como se não bastasse o cortisol, o organismo de um deprimido fabrica mais adrenalina, substância *que*, em excesso, pode acarretar arritmias cardíacas graves.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão: ativação – personalização - determinação

Processo 2: material

Ator social 3: Exclusão: encobrimento (= adrenalina)

Processo 3: material

6ª frase - *O tratamento da chamada "doença da alma" ganhou uma arma poderosa no final dos anos 80, com a chegada ao mercado dos remédios da família do Prozac.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – impersonalização

Processo 1: material

7ª frase - *Eles são, inclusive, mais bem tolerados por *quem* já sofreu um infarto.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão – passivação – personalização – indeterminação

Processo 2: material

8ª frase - *Difícil é mesmo o médico fazer – e o paciente aceitar – o diagnóstico de depressão.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo : relacional

ANEXO 6 – SÓ PARA MULHERES (artigo)

Só para mulheres

A Associação Americana do Coração lança cartilha de prevenção de doenças cardíacas endereçada exclusivamente ao sexo feminino

Pela primeira vez, a Associação Americana do Coração elaborou uma cartilha de prevenção contra doenças cardiovasculares endereçada exclusivamente às mulheres. Divulgadas na semana passada, as novas diretrizes resultam da evidência de que o coração feminino e o masculino requerem cuidados específicos. Entre as mulheres, por exemplo, a depressão ganha destaque na lista dos principais fatores de risco para os males cardíacos — ao lado do colesterol alto, sedentarismo, hipertensão e tabagismo, entre outros. Relacionada a 45% dos infartos, a depressão ataca duas vezes mais mulheres do que homens. Além disso, a apatia típica dos quadros depressivos dificulta a adesão das pacientes ao tratamento — e, conseqüentemente, o seu sucesso.

Cuidados femininos

As principais diretrizes para a prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres

- A aspirina não é indicada para as pacientes com baixo risco de sofrer infarto ou derrame
- Mulheres na pós-menopausa não devem ser submetidas à terapia de reposição hormonal
- Avaliar se a paciente sofre de depressão. Fator de risco para males cardíacos, a depressão é mais comum entre as mulheres e aumenta a probabilidade de um infarto

Fonte: Associação Americana do Coração

doenças cardíacas nos dois sexos, os cardiologistas americanos chegaram à conclusão de que nem todas as recomendações feitas aos homens se aplicavam às mulheres. Na última cartilha, publicada em 2002, sugeriu-se que homens e mulheres consumam uma

dose diária de aspirina, como forma de reduzir o risco de infarto e derrame. A regra, como se viu agora, não vale para todas as mulheres. A droga não deve ser prescrita a pacientes com pouca probabilidade de sofrer do coração (veja quadro). Conforme os especialistas, não há provas suficientes que justifiquem o uso da aspirina por essas mulheres. Nesse caso, é melhor não arriscar, já que o consumo desse medicamento pode causar úlceras e hemorragias. ■

Paula Neiva

Leia mais sobre doenças cardíacas em www.saudeveja.com.br

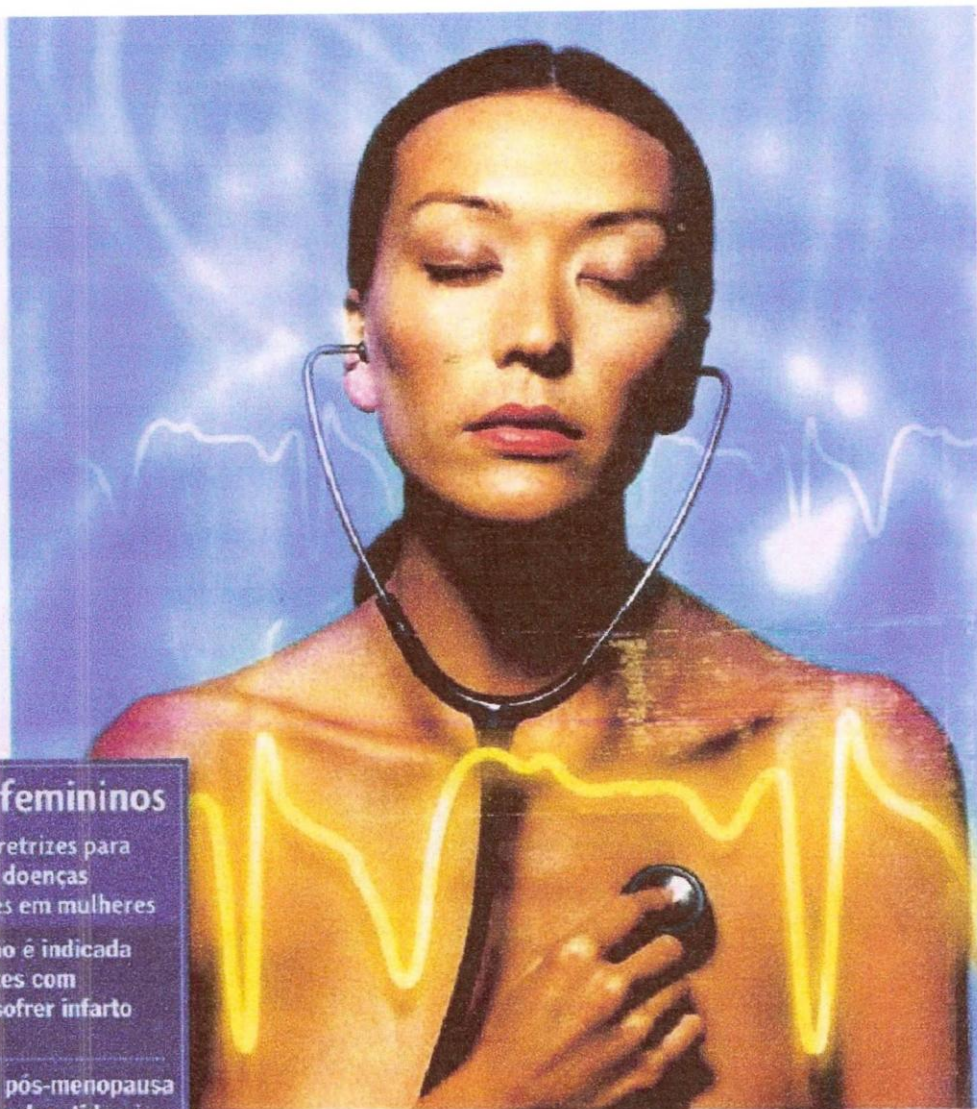
MAIS UM EXAME

Médicos alemães descobriram que uma substância, detectável por intermédio de exame de sangue, pode indicar a probabilidade de uma pessoa vir a sofrer infarto ou derrame. Trata-se da protei-

na PIGF. Em excesso, ela sinaliza uma inflamação nos vasos sanguíneos, desencadeada pelo acúmulo de gordura nas paredes das artérias. Os pacientes com altas taxas de PIGF no sangue tiveram até 15% mais infartos nos seis meses posteriores à medição da pro-

teína. Outra proteína que indica inflamação nas artérias é a C-reativa ultra-sensível. Sua medição é uma das principais ferramentas usadas atualmente para detectar o risco de problemas cardíacos. Conforme o estudo alemão, a análise da PIGF pode ser mais pre-

cisa do que a da C-reativa. O trabalho analisou as amostras de sangue de cerca de 1 000 pacientes vítimas de angina e foi publicado na revista científica *Journal of the American Medical Association*, da Associação Médica Americana.



JOHN LAMB/GETTY IMAGES

ANEXO 6-A – SÓ PARA MULHERES (desmembramento)

PRIMEIRO PARÁGRAFO

1ª frase - Pela primeira vez, *a Associação Americana do Coração* elaborou uma cartilha de prevenção contra doenças cardiovasculares endereçada exclusivamente às mulheres.

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

2ª frase - Divulgadas na semana passada, *as novas diretrizes* resultam da evidência de que *o coração feminino e o masculino* requerem cuidados específicos.

Ator social 1: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 1: material

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização – generalização – determinação por categorização
Processo 2: material

3ª frase - Entre as mulheres, por exemplo, *a depressão* ganha destaque na lista dos principais fatores de risco para os males cardíacos – ao lado do colesterol alto, sedentarismo, hipertensão e tabagismo, entre outros.

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

4ª frase - Relacionada a 45% dos infartos, *a depressão* ataca duas vezes mais mulheres do que homens.

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

5ª frase - Além disso, *a apatia típica dos quadros depressivos* dificulta a adesão das pacientes ao tratamento – e, conseqüentemente, o seu sucesso.

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

SEGUNDO PARÁGRAFO

1ª frase - Até então, *as mulheres* tinham de se pautar por recomendações feitas a partir de pesquisas em que apenas 25% dos participantes eram do sexo feminino.

Ator social: Inclusão: ativação – personalização - generalização por assimilação
Processo: relacional

2ª frase - Depois de revisar mais de 8.000 estudos científicos sobre a incidência das causas de doenças cardíacas nos dois sexos, *os cardiologistas americanos* chegaram

à conclusão de que *nem todas as recomendações feitas aos homens se aplicavam às mulheres.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – personalização – determinação por categorização

Processo 1a: material

Processo 1b: mental

Ator social 2: Inclusão: passivação – impersonalização

Processo 2: material

3ª frase - Na última cartilha, publicada em 2002, sugere-se que homens e mulheres consumam uma dose diária de aspirina, como forma de reduzir o risco de infarto e derrame.

Ator social: Exclusão: encobrimento por apagamento do agente

Processo: mental

4ª frase - *A regra, como se viu agora, não vale para todas as mulheres.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - impersonalização

Processo 1: relacional

Ator social 2: Exclusão: supressão

Processo 2: material

5ª frase - *A droga não deve ser prescrita a pacientes com pouca probabilidade de sofrer do coração (*veja quadro*).*

Ator social: Inclusão: passivação – impersonalização

Processo: material

6ª frase - *Conforme os especialistas, não há provas suficientes que justifiquem o uso da aspirina por essas mulheres.*

Ator social 1: Exclusão: verbo impessoal

Processo 1: existencial

Ator social 2: ativação – impersonalização

Processo 2: material

7ª frase - *Nesse caso, é melhor não arriscar, já que *o consumo desse medicamento pode causar* úlceras e hemorragias.*

Ator social 1: Exclusão: verbo impessoal

Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização

Processo 2: material

MAIS UM EXAME

1ª frase - *Médicos alemães descobriram que uma substância, detectável por intermédio de exame de sangue, pode indicar a probabilidade de uma pessoa vir a sofrer infarto ou derrame.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – personalização – determinação por categorização
Processo 1: material

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 2: material

2ª frase - *Trata-se da proteína PIGF.*

Ator social: Exclusão: encobrimento - Sujeito indeterminado
Processo: relacional

3ª frase - *Em excesso, ela sinaliza uma inflamação nos vasos sanguíneos, desencadeada pelo acúmulo de gordura nas paredes das artérias.*

Ator social: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo: material

4ª frase - *Os pacientes com altas taxas de PIGF no sangue tiveram até 15% mais infartos nos seis meses posteriores à medição da proteína.*

Ator social: Inclusão: ativação – personalização – determinação por categorização
Processo: material

5ª frase - *Outra proteína que indica inflamação nas artérias é a C-reativa ultra-sensível.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 2: material

6ª frase - *Sua medição é uma das principais ferramentas usadas atualmente para detectar o risco de problemas cardíacos.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

7ª frase - *Conforme o estudo alemão, a análise da PIGF pode ser mais precisa do que a da C-reativa.*

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: relacional

8ª frase - *O trabalho analisou as amostras de sangue de cerca de 1.000 pacientes vítimas de angina e foi publicado na revista científica *Journal of the American Medical Association*, da Associação Médica Americana.*

Ator social: Inclusão: ativação e passivação – impersonalização
Processo 1: material
Processo 2: material

ANEXO 7 – A PAIXÃO MACHUCA (artigo)

A paixão machuca

O fim de um romance pode fazer o coração sofrer. Não, não é uma metáfora. É uma síndrome identificada por médicos americanos

Pesquisadores americanos sugerem que é possível, sim, morrer de amor — desfecho comum em romances, filmes e canções, mas que parecia ser apenas uma metáfora exagerada na vida real. Em artigo publicado na revista científica *The New England Journal of Medicine*, médicos da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, defendem a tese de que o sofrimento provocado por uma desilusão amorosa pode machucar gravemente o coração. Literalmente. Sustos e ataques de raiva também teriam a capacidade de levar à falência cardíaca. Batizado de síndrome do coração partido, o mal caracteriza-se pela diminuição temporária do aporte de sangue para o coração. A literatura médica é pródiga no registro de pacientes que entraram em colapso cardíaco depois de fortes emoções. O que permanecia um mistério era o mecanismo causador do distúrbio. A equipe da Johns Hopkins associou a falha cardíaca a um aumento exacerbado nos níveis dos hormônios associados ao stress, como a adrenalina e a noradrenalina.

Durante quatro anos, foram acompanhados dezenove pacientes. Num dos casos, uma senhora teve de ser internada depois do susto que levou com a festa-surpresa por seu sexagésimo aniversário — ou seja, até susto bom pode ser ruim. A síndrome do coração partido atinge sobretudo mulheres saudáveis, sem histórico de doenças cardiovasculares. "Suspeitamos que o coração feminino seja mais vulnerável aos efeitos nocivos dos hormônios do stress do que o masculino", disse a VEJA o cardiologista Ian Wittstein, coordenador do estudo. Os sintomas da síndrome são os mesmos de um infarto grave — dor no peito, náuseas e vômitos, por exemplo. As causas e os efeitos dos dois distúrbios são, no entanto, diferentes (veja quadro). Os hormônios do stress, que detonam a síndrome, são essenciais para a preservação da espécie. Liberados em momentos de tensão, eles preparam o organismo para o perigo. "Algumas pessoas os produzem em quantidade muito maior, o que prejudicaria o coração", diz o cardiologista Otavio Coelho. O amor, portanto, pode ser um descontentamento descontente. ■

Julia Roberts e Jude Law, no filme *Perto Demais: a dor da paixão*

Paula Neiva

SÍNDROME DO CORAÇÃO PARTIDO

Desilusões amorosas, sustos, assaltos, crises de raiva ou morte de pessoas queridas podem desencadear sintomas semelhantes aos de um infarto. Eles decorrem da redução do aporte de sangue para o coração. As causas e os efeitos da síndrome do coração partido, porém, diferem dos de um infarto

A SÍNDROME

Causa: acredita-se que a diminuição do fluxo sanguíneo para o coração seja causada pelo aumento na produção dos hormônios do stress

Efeito: sem tratamento, nos casos mais graves, a síndrome pode ser fatal. Devidamente medicado, o paciente não apresenta seqüelas. O coração volta ao normal em poucos dias

O INFARTO

Causa: a redução do aporte sanguíneo é causada pela oclusão de uma ou mais artérias coronárias

Efeito: a queda no volume de sangue que chega ao coração é mais intensa do que na síndrome e há necrose no músculo cardíaco. Os danos são irreversíveis

Fonte: Otavio Rizzi Coelho, professor da Universidade Estadual de Campinas e presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

ANEXO 7-A – A PAIXÃO MACHUCA (desmembramento)

PRIMEIRO PARÁGRAFO

1ª frase - *Pesquisadores americanos sugerem que é possível, sim, *morrer de amor* – desfecho comum em romances, filmes e canções, mas *que parecia ser apenas uma metáfora exagerada na vida real.**

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – determinação por associação
Processo 1: verbal

Ator social 2: Exclusão: supressão pelo uso do infinitivo
Processo 2: relacional

Ator social 3: Inclusão: impersonalização
Processo 3: relacional

2ª frase - Em artigo publicado na revista científica *The New England Journal of Medicine*, *médicos da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, defendem a tese de que o sofrimento provocado por uma desilusão amorosa pode machucar gravemente o coração.*

Ator social 1: Inclusão: ativação - personalização – determinação por associação
Processo 1: verbal

Ator social 2: Inclusão: ativação - impersonalização
Processo 2: material

3ª frase - Literalmente. (Fragmento)

4ª frase - *Sustos e ataques de raiva também teriam a capacidade de levar à falência cardíaca.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

5ª frase - *Batizado de síndrome do coração partido, o mal caracteriza-se pela diminuição temporária do aporte de sangue para o coração.*

Ator social: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo: relacional

6ª frase - *A literatura médica é pródiga no registro de pacientes que entraram em colapso cardíaco depois de fortes emoções.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

7ª frase - O que permanecia um mistério era o mecanismo causador do distúrbio.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional
Processo 2: relacional

8ª frase - *A equipe da Johns Hopkins associou a falha cardíaca a um aumento exacerbado nos níveis dos hormônios associados ao stress, como a adrenalina e a noradrenalina.*

Ator social: Inclusão: ativação – personalização – determinação por associação
Processo: material

SEGUNDO PARÁGRAFO

1ª frase - Durante quatro anos, foram acompanhados *dezenove pacientes.*

Ator social: Inclusão: passivação – personalização – determinação por categorização
Processo: material

2ª frase - Num dos casos, *uma senhora teve de ser internada depois do susto que levou com a festa-surpresa por seu sexagésimo aniversário – ou seja, até susto bom pode ser ruim.*

Ator social 1: Inclusão: passivação – personalização – indeterminação
Processo 1: material

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional

3ª frase - *A síndrome do coração partido atinge sobretudo mulheres saudáveis, sem histórico de doenças cardiovasculares.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material

4ª frase - *"Suspeitamos que o coração feminino seja mais vulnerável aos efeitos nocivos dos hormônios do stress do que o masculino", disse a VEJA o cardiologista Ilan Wittstein, coordenador do estudo.*

Ator social 1: Exclusão: encobrimento
Processo 1: mental

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional

Ator social 3: Inclusão: ativação - personalização – determinação por nomeação
Processo 3: verbal

5ª frase - *Os sintomas da síndrome são os mesmos de um infarto grave – dor no peito, náuseas e vômitos, por exemplo.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

6ª frase - *As causas e os efeitos dos dois distúrbios são, no entanto, diferentes.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional

7ª frase - *Os hormônios do stress, que detonam a síndrome, são essenciais para a preservação da espécie.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo 1: relacional

Processo 2: material

8ª frase - *Liberados em momentos de tensão, eles preparam o organismo para o perigo.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material

9ª frase - *"Algumas pessoas os produzem em quantidade muito maior, o que prejudicaria o coração", diz o cardiologista Otavio Coelho.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – personalização – indeterminação

Processo 1: material

Ator social 2: Exclusão: supressão por nominalização

Processo 2: material

Ator social 3: Inclusão: ativação – personalização – determinação por nomeação

Processo 3: verbal

10ª frase - *O amor, portanto, pode ser um descontentamento descontente.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

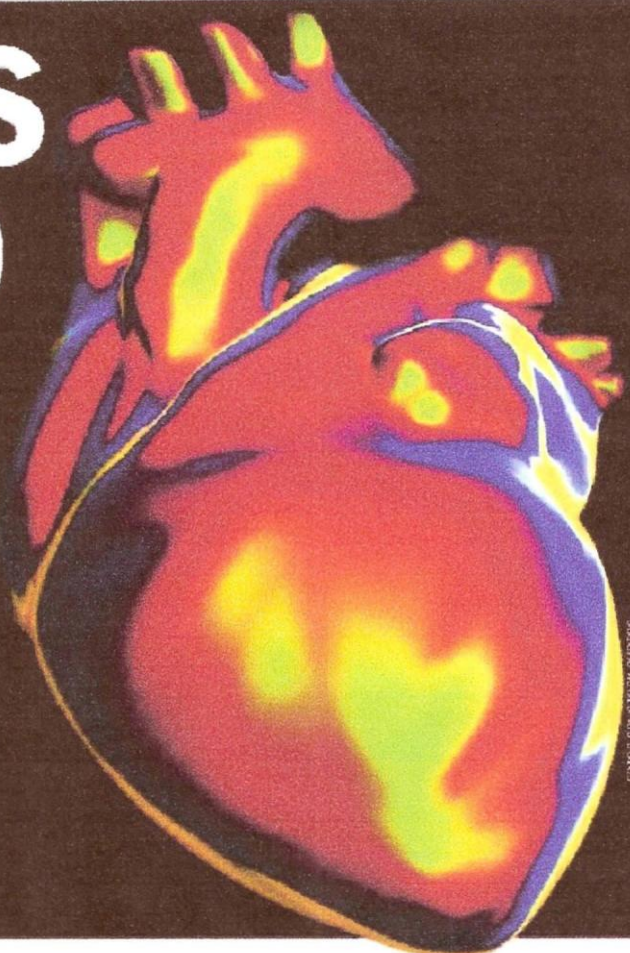
Processo: relacional

ANEXO 8 – CERCO AOS MALES DO CORAÇÃO (artigo)

CERCO AOS MALES DO CORAÇÃO

Colesterol, PCR ultra-sensível, fosfolipase A2... A lista de indicadores de risco cardíaco não pára de crescer. O mais novo é a combinação de dois tipos de gordura encontrados no sangue

Paula Neiva



Um dos progressos mais notáveis da medicina pode ser observado na área da cardiologia. Hoje, os médicos conseguem estabelecer com bastante segurança a probabilidade de uma pessoa vir a sofrer de problemas cardíacos num prazo de dez anos. Precisar dessa forma o grau de ameaça ao coração só foi possível com o aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico e a identificação de substâncias associadas a distúrbios como infarto e angina. Só na última década foram incorporados à prática clínica pelo menos sete marcadores cardíacos. Às tradicionais medições de colesterol, pressão arterial, glicemia e circunferência abdominal, foram adicionadas as análises das taxas da proteína C-reativa ultra-sensível, da enzima fosfolipase A2 e do cálcio depositado nas artérias coronárias. A lista não pára de crescer. O mais novo marcador, que ainda não tem data para ser utilizado na prática clínica, acaba de ser divulgado pela revista científica americana *The New England Journal of Medicine*. Pesquisadores da Universidade da Ca-

lifórnia, nos Estados Unidos, demonstraram que a associação de dois tipos de gordura — a lipoproteína Lp(a) e os fosfolípidos oxidados — aumenta em até dezesseis vezes a propensão ao entupimento arterial e, conseqüentemente, ao infarto. “Esse tipo de informação facilita o diagnóstico e o tratamento precoce dos distúrbios do coração”, diz o cardiologista Raul Santos, diretor da unidade clínica de dislipidemias do Instituto do Coração, São Paulo. “Pode ajudar a reduzir em até 50% o número de mortes por infarto e outros eventos cardiovasculares.”

Ainda não se sabe como evitar altas concentrações de Lp(a) e fosfolípidos oxidados — se por dieta ou por ingestão de medicamentos. Mas, quando se verifica o ritmo de progressos nessa área, isso não deve demorar a ocorrer. A identificação desses marcadores todos permitiu que se fizesse uma análise bem mais minuciosa da saúde do coração. Além disso, em muitos casos possibilitou que se mudasse radicalmente a avaliação cardíaca do paciente. Tome-se por exemplo um homem de 50 anos,

não-fumante e ativo fisicamente, mas que apresenta pressão arterial de 14 por 9 (alta, portanto), LDL de 172 (o ótimo é 130) e colesterol bom de 37 (o ideal é acima de 40). Levados em conta apenas esses fatores de risco, a probabilidade de o paciente infartar é de 11%, em dez anos. Ou seja, ele pertence à categoria de risco médio. Se, no entanto, passar por uma tomografia computadorizada e o exame indicar o acúmulo de cálcio nas artérias, o risco de ele sofrer um infarto sobe para 20% no mesmo período. “Tal mudança pode fazer toda a diferença entre a vida e a morte”, diz o cardiologista Otávio Rizzi Coelho, professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Essa diferença reside no tipo de tratamento preventivo a ser prescrito. Outro grande avanço da cardiologia, aliás, está no desenvolvimento de medicamentos que não só tratam os distúrbios, como também são capazes de evitá-los. A combinação de aspirina (um potente anticoagulante), estatinas (remédios contra o colesterol alto) e anti-hipertensivos reduz em até 70% a taxa de

OS NOVOS MARCADORES

RELAÇÃO LP(a) E FOSFOLÍPIDIOS OXIDADOS

A lipoproteína Lp(a), detectada no sangue, é uma variação do LDL, o colesterol ruim. Na presença de fosfolípidios oxidados, ela oferece risco maior de entupimento arterial

■ Risco

Quando a Lp(a) está associada a altas concentrações de fosfolípidios oxidados, a ameaça de obstrução arterial pode aumentar até dezesseis vezes

RELAÇÃO APO B E APO A1

A proteína Apo B contribui para o acúmulo de gordura nas artérias e a Apo A1 ajuda a eliminar o colesterol ruim. Ambas são medidas no sangue

■ Risco

O valor da relação Apo B e Apo A1 deve ser inferior a **1,39** para os homens e a **1,21** para as mulheres. Acima disso, o risco de infarto quintuplica

HOMOCISTEÍNA

O aminoácido contribui para a formação de radicais livres — substâncias tóxicas que lesam os vasos sanguíneos e aumentam o risco de formação de coágulos

■ Risco

Níveis altos de homocisteína no sangue indicam uma probabilidade até **12%** maior de infarto e derrame

FOSFOLIPASE A2

Trata-se de uma enzima que potencializa a oxidação do LDL, o colesterol ruim. Esse processo agride os vasos sanguíneos e facilita o depósito de gordura

■ Risco

Níveis de fosfolipase acima de **422** gramas por litro de sangue dobram o risco de problemas cardíacos. Se associados a concentrações elevadas de PCR ultra-sensível, a probabilidade de derrame sobe até oito vezes

ESPESSURA DAS CARÓTIDAS

Medição da espessura, por ultra-som de alta resolução, das artérias carótidas — as principais fontes de irrigação sanguínea do cérebro. Essa análise ajuda na detecção precoce da aterosclerose

■ Risco

Carótidas com mais de **0,1** centímetro de espessura indicam risco cardiovascular alto. Cada **0,16** milímetro a mais representa um aumento de até **35%** no risco de infarto e de até **25%** no de derrame

PCR ULTRA-SENSÍVEL

Dentre os novos marcadores cardíacos, é considerado um dos mais importantes. Trata-se da proteína que indica a inflamação dos vasos sanguíneos, causada pelo acúmulo de gordura nas artérias

■ Risco

Com níveis acima de **3** miligramas da proteína por litro de sangue, a probabilidade de infarto e derrame é até **2,5** vezes maior

CÁLCIO CORONÁRIO

Um exame de tomografia computadorizada aponta a presença de cálcio no interior das artérias. Como o mineral integra as placas de gordura, o marcador sinaliza o risco de bloqueio das artérias coronárias

■ Risco

O acúmulo de cálcio aumenta em até quinze vezes o risco de infarto

MICROALBUMINÚRIA

São fragmentos da proteína albumina que, encontrados na urina em grande quantidade, indicam lesão no tecido que reveste o interior dos rins. Esse tecido espelha o que acontece nas artérias de todo o corpo

■ Risco

Os níveis ideais para mulheres são inferiores a **7,5** microgramas. Para os homens, a **4** microgramas. Acima disso, o risco de infarto triplica



MAURO FERREIRO/SPL-5/ISTOCK PHOTOS

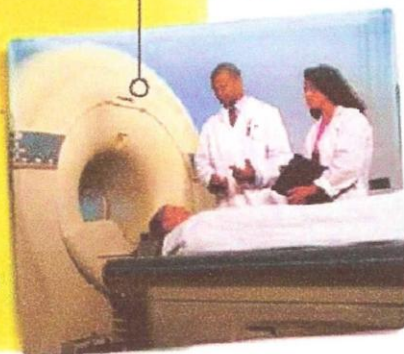
mortalidade por infarto em pacientes de alto risco.

O mapeamento proporcionado pelos novos marcadores representa um passo concreto em direção à individualização dos tratamentos, uma das metas mais ambicionadas pelos médicos.

Ainda assim, esses novos exames não são indicados para qualquer paciente. Apenas para os que já passaram por uma triagem. Essa orientação estará presente em diretrizes que a Sociedade Brasileira de Cardiologia deverá divulgar até o fim do ano. De acordo com o documento, os novos marcadores contribuirão para a melhora na classificação (e, consequentemente, do tratamento) dos pacientes de médio e alto risco ou daqueles que, embora tenham índices tradicionais razoáveis, despertem no médico alguma desconfiância em relação ao estado de seu coração.

Como se trata de um assunto recente, há várias questões em aberto no que se refere ao uso clínico de certos marcadores. Um exemplo é a homocisteína, um aminoácido que contribui para a formação dos radicais livres que lesam a parede dos vasos sanguíneos. Incorporado à rotina dos cardiologistas cerca de cinco anos atrás, o uso dessa referência é questionado por um número expressivo de especialistas. Uma alta dosagem de homocisteína no sangue oferece um aumento no risco de eventos cardíacos de 12% — uma cifra tão irrelevante, na opinião desses médicos, a ponto de não justificar o exame. Em relação à Lp(a) e aos fosfolípidios oxidados, ainda não se esclareceram a contento os parâmetros saudáveis de tais substâncias. Sabe-se que, em excesso, elas prejudicam o coração, mas ainda se desconhecem as consequências que as concentrações médias podem provocar. ■

ROYALTYFREE/ISTOCK PHOTOS



veja Mais sobre
ON-LINE doenças
cardíacas em
www.saudeveja.com.br

Fontes: Raul Santos, Nabil Ghorayeb, Marcos Knobel e Otávio Rizzi Coelho, cardiologistas

ANEXO 8-A – CERCO AOS MALES DO CORAÇÃO (desmembramento)

PRIMEIRO PARÁGRAFO

1ª frase - *Um dos progressos mais notáveis da medicina pode ser observado na área da cardiologia.*

Ator social: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo: mental

2ª frase - *Hoje, os médicos conseguem estabelecer com bastante segurança a probabilidade de uma pessoa vir a sofrer de problemas cardíacos num prazo de dez anos.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – personalização – determinação por categorização
Processo 1: mental

Ator social 2: Inclusão: ativação – personalização - indeterminação
Processo 2: material

3ª frase – *Precisar dessa forma o grau de ameaça ao coração só foi possível com o aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico e a identificação de substâncias associadas a distúrbios como infarto e angina.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

4ª frase - *Só na última década foram incorporados à prática clínica pelo menos sete marcadores cardíacos.*

Ator social: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo: material

5ª frase - *Às tradicionais medições de colesterol, pressão arterial, glicemia e circunferência abdominal, foram adicionadas as análises das taxas da proteína C-reativa ultra-sensível, da enzima fosfolipase A2 e do cálcio depositado nas artérias coronárias.*

Ator social: Inclusão: passivação – impersonalização
Processo: material

6ª frase - *A lista não pára de crescer.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material

7ª frase - *O mais novo marcador, que ainda não tem data para ser utilizado na prática clínica, acaba de ser divulgado pela revista científica americana The New England Journal of Medicine.*

Ator social: Inclusão: passivação - impersonalização

Processo: material

8ª frase - *Pesquisadores da Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos, demonstraram que a associação de dois tipos de gordura – a lipoproteína Lp(a) e os fosfolipídios oxidados – umenta em até dezesseis vezes a propensão ao entupimento arterial e, conseqüentemente, ao infarto.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – personalização – determinação por categorização
Processo 1: material

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 2: material

9ª frase - *"Esse tipo de informação facilita o diagnóstico e o tratamento precoce dos distúrbios do coração", diz o cardiologista Raul Santos, diretor da unidade clínica de dislipidemias do Instituto do Coração, São Paulo.*

Ator social 1: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 1: material

Ator social 2: Inclusão: ativação – personalização – determinação por nomeação
Processo 2: verbal

10ª frase - *"Pode ajudar a reduzir em até 50% o número de mortes por infarto e outros eventos cardiovasculares."*

Ator social: Exclusão: encobrimento
Processo: material

SEGUNDO PARÁGRAFO

1ª frase - *Ainda não se sabe como evitar altas concentrações de Lp(a) e fosfolipídios oxidados – se por dieta ou por ingestão de medicamentos.*

Ator social: Exclusão: supressão (passiva sintética)
Processo: mental

2ª frase - *Mas, quando se verifica o ritmo de progressos nessa área, isso não deve demorar a ocorrer.*

Ator social 1: Exclusão: supressão (passiva sintética)
Processo 1: mental

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: material

3ª frase - *A identificação desses marcadores todos permitiu que se fizesse uma análise bem mais minuciosa da saúde do coração.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: material

Ator social 2: Exclusão: supressão (passiva sintética)
Processo 2: material

4ª frase - Além disso, em muitos casos possibilitou que se mudasse radicalmente a avaliação cardíaca do paciente.

Ator social 1: Exclusão: supressão por encobrimento
Processo 1: material

Ator social 2: Exclusão: supressão (passiva sintética)
Processo 2: material

5ª frase - Tome-se por exemplo *um homem* de 50 anos, não-fumante e ativo fisicamente, mas *que* apresenta pressão arterial de 14 por 9 (alta, portanto), LDL de 172 (o ótimo é 130) e colesterol bom de 37 (o ideal é acima de 40).

Ator social 1: Supressão (passiva sintética)
Processo 1: mental

Ator social 2: Inclusão: personalização – indeterminação (que = um homem)
Processo 2: relacional

6ª frase - Levados em conta apenas *esses fatores de risco*, a *probabilidade* de o *paciente* infartar é de 11%, em dez anos.

Ator social 1: (esses fatores de risco) Inclusão: impersonalização
Processo 1: mental

Ator social 2: (a probabilidade) Inclusão: impersonalização
Processo 2: relacional

Ator social 3: (o paciente) Inclusão: personalização - indeterminação
Processo 3: material - (infartar)

7ª frase - Ou seja, *e/le* pertence à categoria de risco médio.

Ator social: Inclusão: personalização - determinação
Processo: relacional

8ª frase - Se, no entanto, passar por uma tomografia computadorizada e o *exame* indicar o acúmulo de cálcio nas artérias, o risco de *e/le* sofrer um infarto sobe para 20% no mesmo período.

Ator social 1: Exclusão: supressão por encobrimento
Processo 1: material (passar)

Ator social 2: (o exame) Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 2: material - (indicar)

Ator social 3: (ele) Inclusão: personalização - determinação
Processo 3: material (sofrer)

9ª frase - "*Tal mudança* pode fazer toda a diferença entre a vida e a morte", diz o *cardiologista Otávio Rizzi Coelho*, professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Ator social 1: (tal mudança) Inclusão – impersonalização
Processo 1: material

Ator social 2: Inclusão: ativação – personalização – determinação por nomeação
Processo 2: verbal - (diz)

10ª frase - *Essa diferença reside no tipo de tratamento preventivo a ser prescrito.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional - (reside)

11ª frase - *Outro grande avanço da cardiologia, aliás, está no desenvolvimento de medicamentos que não só tratam os distúrbios, como também são capazes de evitá-los.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional

Ator social 2: (que = medicamentos) Inclusão: impersonalização
Processo 2: material - (tratam)

Ator social 3: (que = medicamentos) Inclusão: impersonalização
Processo 3a: relacional - (são)
Processo 3b: relacional - (evitá-los)

12ª frase - *A combinação de aspirina (um potente anticoagulante), estatinas (remédios contra o colesterol alto) e anti-hipertensivos reduz em até 70% a taxa de mortalidade por infarto em pacientes de alto risco.*

Ator social: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo: material

TERCEIRO PARÁGRAFO

1ª frase - *O mapeamento proporcionado pelos novos marcadores representa um passo concreto em direção à individualização dos tratamentos, uma das metas mais ambicionadas pelos médicos.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

2ª frase - *Ainda assim, esses novos exames não são indicados para qualquer paciente.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

3ª frase - *Apenas para os que já passaram por uma triagem.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material

4ª frase - *Essa orientação estará presente em diretrizes que a Sociedade Brasileira de Cardiologia deverá divulgar até o fim do ano.*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional

Ator social 2: Inclusão: ativação – impersonalização
Processo 2: verbal (deverá divulgar)

5ª frase - *De acordo com o documento, os *novos marcadores* contribuirão para a melhora na classificação (e, conseqüentemente, do tratamento) dos pacientes de médio e alto risco ou d´aqueles` *que*, embora tenham índices tradicionais razoáveis, despertem no médico alguma desconfiança em relação ao estado de seu coração.*

Ator social 1: (os novos marcadores) Inclusão: impersonalização
Processo 1: material - (contribuirão)

Ator social 2: (que = aqueles pacientes) Inclusão – personalização - indeterminação
Processo 2: mental - (despertem)

Ator social 3: (que = aqueles pacientes) Inclusão: personalização - indeterminação
Processo: relacional (tenham)

QUARTO PARÁGRAFO

1ª frase - *Como se trata de um assunto recente, há várias questões em aberto no que se *refere* ao uso clínico de certos marcadores.*

Ator social 1: Exclusão: supressão
Processo 1: existencial (há)

Ator social 2: Exclusão: supressão
Processo 2: mental (se refere)

2ª frase - *Um exemplo é a homocisteína, um aminoácido *que* contribui para a formação dos radicais livres *que* lesam a parede dos vasos sanguíneos.*

Ator social 1: (um exemplo) Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (é)

Ator social 2: (que = um aminoácido) Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (contribui)

Ator social 3: (que = radicais livres) Inclusão: impersonalização
Processo 3: material (lesam)

3ª frase - *Incorporado à rotina dos cardiologistas cerca de cinco anos atrás, *o uso dessa referência* é questionado por um número expressivo de especialistas.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: verbal (é questionado)

4ª frase - *Uma alta dosagem de homocisteína no sangue oferece* um aumento no risco de eventos cardíacos de 12% – uma cifra tão irrelevante, na opinião desses médicos, a ponto de não justificar o exame.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material (oferece)

5ª frase - Em relação à Lp(a) e aos fosfolípidios oxidados, ainda não se esclareceram a contento os parâmetros saudáveis de tais substâncias.

Ator social: Exclusão:– apagamento pela passiva sintética
Processo: mental

6ª frase - Sabe-se que, em excesso, *elas prejudicam o coração*, mas ainda se desconhecem as conseqüências que *as concentrações médias podem provocar*.

Ator social 1: Exclusão:– apagamento pela passiva sintética
Processo 1: mental - (sabe-se)

Ator social 2: Exclusão:– apagamento pela passiva sintética
Processo 2: mental - (se desconhecem)

Ator social 3: (as concentrações médias) Inclusão: impersonalização
Processo 3: material (podem provocar)

OS NOVOS MARCADORES RELAÇÃO LP(a) E FOSFOLÍPIDIOS OXIDADOS

1ª frase - *A lipoproteína Lp(a), detectada no sangue, é* uma variação do LDL, o colesterol ruim.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

2ª frase - Na presença de fosfolípidios oxidados, *ela oferece* risco maior de entupimento arterial

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material

3ª frase - Quando *a Lp(a) está associada* a altas concentrações de fosfolípidios oxidados, *a ameaça de obstrução arterial pode aumentar* até dezesseis vezes

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: relacional (está associada)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (pode aumentar)

RELAÇÃO APO B E APO A1

4ª frase - A proteína Apo B contribui para o acúmulo de gordura nas artérias e a Apo

A1 ajuda a eliminar o colesterol ruim.

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: material (contribui)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: material - (ajuda a eliminar)

5ª frase - *Ambas são medidas no sangue*

Ator social: Inclusão: passivação - impersonalização
Processo: material (são medidas)

6ª frase - *O valor da relação Apo B e Apo A1 deve ser inferior a 1,39 para os homens e a 1,21 para as mulheres.*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

7ª frase - *Acima disso, o risco de infarto quintuplica*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material

HOMOCISTEÍNA

8ª frase - *O aminoácido contribui para a formação de radicais livres – substâncias tóxicas que lesam os vasos sanguíneos e umentam o risco de formação de coágulos*

Ator social1: Inclusão: impersonalização
Processo1: material (contribui)

Ator social 2: (que = substâncias tóxicas) Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (lesam)
Processo 2a: material (umentam)

9ª frase - *Níveis altos de homocisteína no sangue indicam uma probabilidade até 12% maior de infarto e derrame*

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material

FOSFOLIPASE A2

10ª frase - *Trata-se de uma enzima que potencializa a oxidação do LDL, o colesterol ruim.*

Ator social 1: Exclusão: supressão por passiva sintética
Processo 1: relacional (trata-se)

Ator social 2: (que = uma enzima) Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (potencializa)

11ª frase - *Esse processo agride os vasos sanguíneos e facilita o depósito de gordura*

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1a: material (agride)

Processo 1b: material (facilita)

12ª frase - *Níveis de fosfolipase acima de 422 gramas por litro de sangue dobram o risco de problemas cardíacos.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material

13ª frase - *Se associados a concentrações elevadas de PCR ultra-sensível, a probabilidade de derrame sobe até oito vezes*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material (sobe)

ESPESSURA DAS CARÓTIDAS

14ª frase - *Medição da espessura, por ultra-som de alta resolução, das artérias carótidas – as principais fontes de irrigação sanguínea do cérebro.*

Fragmento por nominalização

15ª frase - *Essa análise ajuda na detecção precoce da aterosclerose.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material

16ª frase - *Carótidas com mais de 0,1 centímetro de espessura indicam risco cardiovascular alto.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material

17ª frase - *Cada 0,16 milímetro a mais representa um aumento de até 35% no risco de infarto e de até 25% no de derrame*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional

PCR ULTRA-SENSÍVEL

18ª frase - *Dentre os novos marcadores cardíacos, é considerado um dos mais importantes.*

Ator social: Exclusão: supressão - passivação

Processo: relacional (é considerado)

19ª frase - *Trata-se da proteína que indica a inflamação dos vasos sanguíneos,*

causada pelo acúmulo de gordura nas artérias

Ator social 1: Exclusão: supressão por passiva sintética
Processo 1: relacional

Ator social 2: (que = proteína) Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (indica)

20ª frase - Com níveis acima de 3 miligramas da proteína por litro de sangue, a *probabilidade de infarto e derrame é* até 2,5 vezes maior

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: relacional

CÁLCIO CORONÁRIO

21ª frase - *Um exame de tomografia computadorizada aponta* a presença de cálcio no interior das artérias.

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material - (aponta)

22ª frase - *Como o mineral integra* as placas de gordura, o *marcador sinaliza* o risco de bloqueio das artérias coronárias

Ator social 1: Inclusão: impersonalização
Processo 1: material (integra)

Ator social 2: Inclusão: impersonalização
Processo 2: material - (sinaliza)

23ª frase - *O acúmulo de cálcio umenta* em até quinze vezes o risco de infarto

Ator social: Inclusão: impersonalização
Processo: material

MICROALBUMINÚRIA

24ª frase - *São* fragmentos da proteína albumina *que*, encontrados na urina em grande quantidade, *indicam* lesão no tecido *que reveste* o interior dos rins.

Ator social 1: Exclusão: supressão
Processo 1: relacional (são)

Ator social 2: (que = fragmentos) Inclusão: impersonalização
Processo 2: material (indicam)

Ator social 3: (que = tecido) Inclusão: impersonalização
Processo 3: material (reveste)

25ª frase - *Esse tecido espelha* o *que acontece* nas artérias de todo o corpo

Ator social 1: Inclusão: impersonalização

Processo 1: material (espelha)

Ator social 2: (que = aquilo) Inclusão: impersonalização

Processo 2: material (acontece)

26ª frase - *Os níveis ideais para mulheres são inferiores a 7,5 microgramas.*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: relacional

27ª frase - *Para os homens, a 4 microgramas. Acima disso, o risco de infarto triplica*

Ator social: Inclusão: impersonalização

Processo: material

Fontes: *Raul Santos, Nabil Ghorayeb,
Marcos Knobel e Otávio Rizzi Coelho, cardiologistas*

ANEXO 9 – REPRESENTAÇÃO GERAL DOS ATORES SOCIAIS

ARTIGO - Título	O coração bate mais forte	Aviso às balzaquianas	Coração e mente	Só para mulheres	A paixão machuca	Cerco aos males do coração
Data da publicação	6 de outubro de 1999	16 de maio de 2001	9 de maio de 2002	11 de fevereiro de 2004	16 de fevereiro de 2005	7 de setembro de 2005

REPRESENTAÇÃO GERAL DOS ATORES SOCIAIS

Nº de atores sociais no artigo	264			26			37			27			2.6			90		
	P.	I.	Outr. (a)	P.	I.	Outr. (b)	P.	I.	Outr. (c)	P.	I.	Outr. (d)	P.	I.	Outr. (e)	P.	I.	Outr. (f)
Mais representados																		
Total	64	148	52	8	15	3	8	22	7	4	18	5	8	15	3	11	62	17
Percentual aproximado	24%	56%		31%	58%		22%	59%		15%	67%		31%	58%		12%	69%	

(a) 9 Indeterminados

(b) 1 Indeterminado
2 fragmentos de frase
(1º par.-9ª frase e 2º par.-3ª frase)

(c) Excluídos

(d) Excluídos

(e) Excluídos

(f) Excluídos
1 frag.de frase
(15ª frase – quadro)

Legenda: P= personalização; I= impersonalização

ANEXO 10 – REPRESENTAÇÃO GERAL DA TRANSITIVIDADE

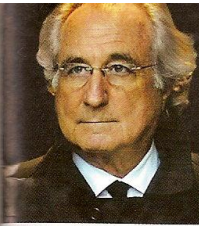
ARTIGO - Título	O coração bate mais forte	Aviso às balzaquianas	Coração e mente	Só para mulheres	A paixão machuca	Cerco aos males do coração
Data da publicação	6 de outubro de 1999	16 de maio de 2001	9 de maio de 2002	11 de fevereiro de 2004	16 de fevereiro de 2005	7 de setembro de 2005

REPRESENTAÇÃO GERAL DA TRANSITIVIDADE

Nº de processos no artigo	303		26		41		29		28		93	
MATERIAL	31 10%	67 22%	3 11%	8 31%	6 15%	7 17%	3 10%	15 52%	4 14%	4 14%	4 4%	45 48%
RELACIONAL	26 8%	82 27%	1 4%	6 23%	2 5%	11 27%	1 3%	4 14%	-	13 46%	3 3%	16 17%
MENTAL	13	9	2	-	1	4	1	-	-	-	2	2
VERBAL	11	3	2	1	2	-	-	-	4	-	2	2
EXISTENCIAL	-	1*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* 12ª frase/8º parágrafo

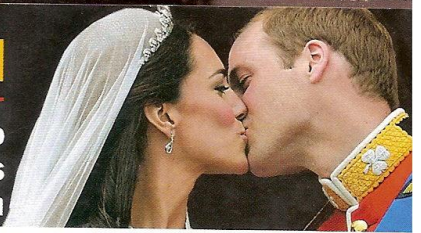
ANEXO 11 – CAPA – VEJA 4 de maio de 2011



Gênio do mal
A ascensão e queda
de Bernie Madoff,
o maior golpista
de Wall Street

Gente Especial

Pobre Charles, o
mundo só tem olhos
para Kate e William



Editora ABRIL
edição 2215 - ano 44 - nº 18
4 de maio de 2011

veja

www.veja.com



A NOVA MEDICINA DO
CORAÇÃO
DA MULHER

Sim, ele é muito diferente
do masculino e a cardiologia
está tendo de se reinventar
para diagnosticá-lo
e tratá-lo com sucesso



ISSN 0000-7122

RS 8,90

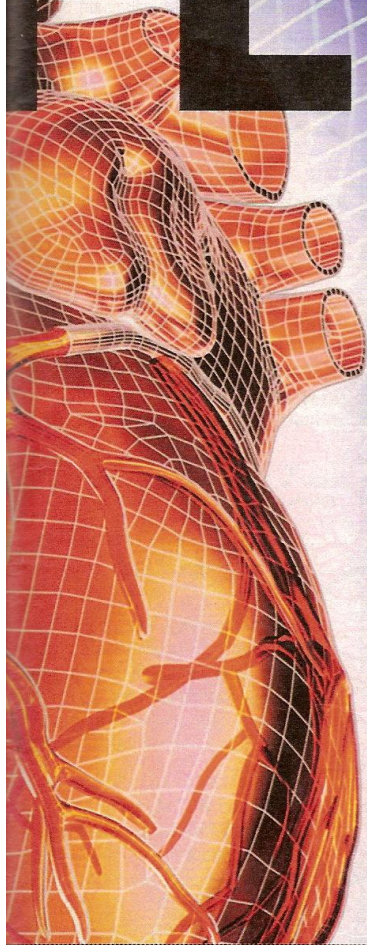


0 2 2 1 5 >

770100 712004

ANEXO 12 – O PERIGO MORA DO LADO ESQUERDO DO PEITO (artigo)

PERIGO



MORA NO LADO ESQUERDO DO PEITO

O coração das mulheres é mais vulnerável a infartos do que se supunha. Para protegê-las, a Associação Americana do Coração está lançando uma cartilha destinada a elas com recomendações mais rigorosas

ADRIANA DIAS LOPES



Uma taça de vinho por dia

"Fiquei assustada quando descobri, em 2008, que tinha colesterol alto. Mas, como minha vida estava muito agitada, não segui as recomendações médicas. Em 2009, um infarto matou meu pai e eu decidi me cuidar. Segui à risca o que me foi receitado e meu colesterol, enfim, se normalizou. Hoje, não como gordura, faço ginástica e não abro mão de uma taça de vinho por dia."

Luciana Salton, de 29 anos, diretora da Vinícola Salton

FOTOS: LAUREN SARTON/SPL/ISTOCK

Especial

O

21 milhões
de mulheres brasileiras estão sob ameaça de sofrer um infarto

31 000 morrem todos os anos desse mal

A probabilidade de uma mulher morrer depois de um infarto é
50% maior
do que a de um homem nas mesmas condições

Proporção de mortes
por problemas
cardíacos entre
mulheres e homens

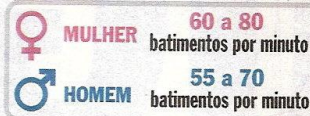
A cada **100** óbitos
masculinos...

Coração tem sexo

As principais diferenças anatômicas e funcionais entre o coração da mulher e o do homem e como elas repercutem na saúde cardiovascular de ambos os sexos

■ Frequência cardíaca

O coração da mulher bate cerca de **10%** mais rápido do que o do homem



COMENTÁRIO

Por ser mais acelerado, o coração feminino tende a sofrer um desgaste maior – o que aumenta a suscetibilidade a doenças como infarto, arritmias e angina

■ Flexibilidade das artérias coronárias

A amplitude de contração e dilatação das artérias femininas é **20%** superior à masculina

COMENTÁRIO

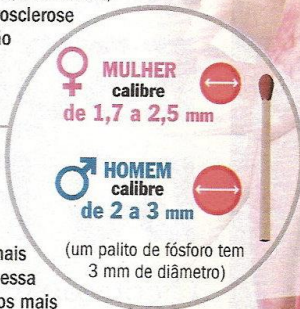
A maior flexibilidade arterial pode tanto ajudar quanto prejudicar a saúde cardíaca. Ela adia o processo de entupimento das artérias. Por causa dela, no entanto, 30% dos exames para detecção da aterosclerose não conseguem determinar com precisão a extensão do depósito de gordura

■ Calibre das artérias coronárias

As artérias femininas são **15%** mais estreitas do que as masculinas

COMENTÁRIO

Como as artérias femininas são naturalmente mais estreitas, elas estão mais propensas ao entupimento. Além disso, essa característica torna alguns procedimentos mais difíceis, como o cateterismo e a implantação de stent

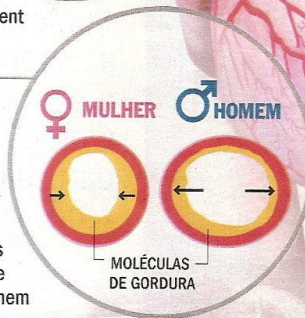


■ Formação de placas de gordura

Nas mulheres, as moléculas de gordura tendem a fechar logo as artérias. Nos homens, elas primeiro expandem as paredes arteriais, para só depois obstruir os vasos

COMENTÁRIO

O mecanismo de formação da placa nas mulheres faz com que a obstrução seja mais grave entre elas – a probabilidade de uma mulher morrer depois de sofrer um infarto é 50% maior do que a de um homem



SINTOMAS DO INFARTO

HOMEM

- Em 90% dos casos, os sintomas são mais claros e intensos.
- São eles:
 - Dor no peito e nos braços
 - Vômito
 - Sudorese

MULHER

- Em 70% dos casos, as mulheres apresentam sintomas de média ou baixa intensidade, que podem ser confundidos com outras doenças. São eles:
 - Dor nas costas
 - Queimação no estômago
 - Náusea

ILUSTRAÇÃO: BRYAN CHRISTIE DESIGN

Fontes: Raul Dias dos Santos, cardiologista do Instituto do Coração e presidente do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia; Marcus Bolívar Malachias, cardiologista, presidente do Departamento de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia; Otávio Gebara, cardiologista, diretor do Hospital Santa Paula, em São Paulo, e professor da Universidade de São Paulo

A influência de fatores de risco nelas e neles...

RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

MULHER		HOMEM
5 vezes maior	DIABETES	2 vezes maior
4 vezes maior	TABAGISMO	2 vezes maior
5 vezes maior	HIPERTENSÃO	2 vezes maior
4 vezes maior	OBESIDADE	2 vezes maior
3 vezes maior	DEPRESSÃO	2 vezes maior

...e as ameaças às quais só elas estão sujeitas

■ MENOPAUSA

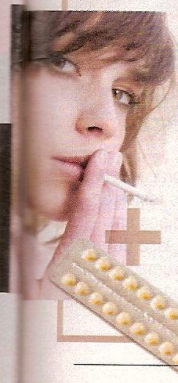
O estrógeno tem ação vasodilatadora e evita o acúmulo de LDL (o colesterol ruim) na parede das artérias. Por isso, o risco cardíaco feminino dobra com a chegada da menopausa, quando ocorre uma redução na síntese de estrógeno

■ OVÁRIOS POLICÍSTICOS

A doença acomete 10% das mulheres e se caracteriza por uma queda na produção de estrógeno (o hormônio protetor do coração) e um aumento na de testosterona (o hormônio que reduz as taxas do colesterol bom)

■ O USO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL ASSOCIADO AO HÁBITO DE FUMAR

Ambos aumentam a síntese no fígado de fibrinogênio, substância associada à formação de coágulos, o que pode causar entupimento arterial



Em outubro de 1959, um trabalho publicado na revista científica *American Journal of Public Health* mudaria os rumos da cardiologia. Onze anos haviam se passado desde o início da mais audaciosa pesquisa epidemiológica já realizada sobre a saúde cardíaca. Cinco mil homens e mulheres, entre 30 e 60 anos, moradores da cidade de Framingham, próxima a Boston, no estado americano de Massachusetts, foram submetidos a exames laboratoriais e testes físicos periodicamente. Patrocinado pelos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos, os prestigiosos NIH, o estudo de Framingham identificaria o primeiro fator de risco isolado para os problemas cardíacos: “As doenças do coração estão significativamente associadas ao sexo masculino” — lê-se no artigo assinado pelo epidemiologista Thomas Dawber, então coordenador de Framingham.

Cinquenta e dois anos depois, uma nova revolução está em curso na cardiologia. Na edição de fevereiro do periódico especializado *Circulation*, a Associação Americana do Coração, com base em dados coletados recentemente em Framingham (que hoje conta com cerca de 15 000 voluntários), propõe uma mudança radical de paradigma, ao afirmar que a mulher é mais suscetível às doenças do coração do que o homem.

A “feminização das doenças coronarianas” iniciou-se a partir da década de 60, lenta e silenciosamente. Com a emancipação feminina, as mulheres passaram a se expor aos mesmos fatores de risco que sempre fustigaram o coração masculino — stress, tabagismo, dietas desequilibradas, entre outros. E, com isso, abriu-se o caminho para que o coração feminino desse mostras de sua vulnerabilidade. Nos anos 50, para cada dez vítimas fatais de problemas do coração pertencentes ao sexo masculino, havia uma do feminino. Quarenta anos depois, essa relação era de seis para uma. Hoje, é de duas para uma, e prevê-se que as proporções não demorem a equivaler-se.

As provas incontestáveis de que as mulheres, ao menos do ponto de vista cardiológico, são o sexo frágil surgiram com os avanços nos exames de imagem capazes de flagrar o organismo em funcionamento e o aumento no conheci-



F. LAUREN SANTOS

Check-up e relaxamento

“Procurei sempre levar uma vida saudável. Inicialmente, meu principal objetivo era ter disposição para trabalhar. Ao completar 50 anos, passei também a me preparar para a chegada da idade. Comecei a fazer check-ups anuais e a seguir com mais rigor os exercícios físicos. Além disso, pensando no coração, antes de deitar, reservo meia hora para ler. É o meu momento de relaxamento.”

Chieko Aoki, de 62 anos, presidente da rede de hotéis Blue Tree

Mais rigor

A Associação Americana do Coração acaba de divulgar as novas diretrizes para a prevenção de doenças cardiovasculares entre mulheres. Trata-se de uma reedição das orientações de 2007. Para homens, continua a valer a cartilha de 2002, criada inicialmente para ambos os sexos

Diretriz de 2002
(para homens e mulheres)



Diretriz de 2007
(apenas para mulheres)



Diretriz de 2011
(apenas para mulheres)



RISCO ALTO DE INFARTO

Quem apresenta, no mínimo, **20%** de probabilidade de sofrer um problema cardíaco nos próximos dez anos é considerado paciente de alto risco

Quem apresenta, no mínimo, **20%** de probabilidade de sofrer um problema cardíaco nos próximos dez anos é considerado paciente de alto risco



Quem apresenta, no mínimo, **10%** de probabilidade de sofrer um problema cardiovascular nos próximos dez anos é considerado paciente de alto risco

ASPIRINA

Deve ser usada como prevenção de doenças cardiovasculares por quem apresenta risco moderado ou alto de infarto, como histórico de problemas cardíacos, ser fumante ou ter o colesterol alto, entre outros

Deve ser usada por mulheres com mais de **65** anos que apresentam risco de sofrer um infarto



Deve ser usada por mulheres diabéticas ou com mais de **65** anos que apresentam risco alto de sofrer um infarto

ATIVIDADE FÍSICA

30 minutos diários de exercícios moderados, como caminhada, musculação com pesos leves ou ginástica localizada

30 minutos diários de exercícios moderados, como caminhada, musculação com pesos leves ou ginástica localizada



20 minutos diários de exercícios moderados, como caminhada, musculação com pesos leves ou ginástica localizada

LDL (colesterol ruim)

Para os pacientes que já infartaram, as taxas de LDL devem ser mantidas em até **100** miligramas por decilitro de sangue. Para quem apresenta dois ou mais fatores de risco, em até **130**. Para os saudáveis, elas podem chegar a **160**

Para as pacientes que já infartaram, as taxas de LDL devem ser mantidas em até **70** miligramas por decilitro de sangue. Para quem apresenta dois ou mais fatores de risco, em até **100**. Para as saudáveis, elas podem chegar a **130**



Para as pacientes que já infartaram, as taxas de LDL devem ser mantidas em até **70** miligramas por decilitro de sangue. Para quem apresenta dois ou mais fatores de risco, em até **100**. Para as saudáveis, elas podem chegar a **130**

PRESSÃO ARTERIAL

A pressão ideal é a de até **14** por **9**

A pressão ideal para as mulheres deve ficar em **12** por **8**



A pressão ideal para as mulheres deve ficar em **12** por **8**

DIABETES



Como a doença é uma ameaça ao coração, ela passa a fazer parte dos testes de avaliação de risco cardíaco em mulheres. Em homens, isso deverá ser incorporado na próxima revisão das diretrizes para eles (veja o teste nas páginas 108 e 109)

Fontes: os cardiologistas Raul Dias dos Santos, do Instituto do Coração, e Marcus Bolívar Malachias, presidente do departamento de hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Teste de glicemia usado para o controle do diabetes

Comentário

Com essa mudança, a porcentagem de mulheres pertencentes ao grupo de alto risco aumentou de 10% para 30% — o que faz com que o sexo feminino passe a ser avaliado com mais rigor

A área em destaque mostra uma obstrução em uma das artérias coronárias

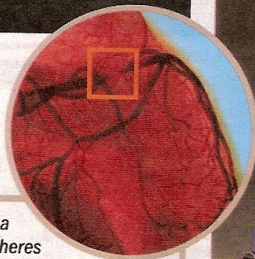
Por terem os vasos sanguíneos mais finos, as mulheres estão mais sujeitas a sangramentos digestivos, um risco oferecido pela aspirina. Além disso, o hormônio estrógeno torna o organismo feminino mais resistente à ação do remédio

Apenas 10% das mulheres se exercitam conforme as diretrizes anteriores. Entre os homens, essa taxa chega a 30%. Diminuir o tempo de ginástica é uma tática para aumentar a adesão feminina à atividade física

Estabelecer parâmetros mais rigorosos para o controle do LDL é essencial para determinar os tratamentos mais adequados contra um dos principais fatores de risco para o infarto

Na medida de 12 por 8, a pressão do sangue exercida sobre os vasos não agride a parede das artérias coronárias. Acima desse valor, aumenta a probabilidade de lesões, o que facilita o depósito de gordura

Por terem os vasos sanguíneos mais finos, as mulheres são mais suscetíveis aos danos arteriais causados pelo excesso de glicose no sangue



LAILSON SANTOS

SHUTTERSTOCK

mento da bioquímica cardíaca. As diferenças entre o coração da mulher e o do homem são grandes. O coração delas bate mais rápido e as artérias coronárias são mais estreitas. Até o modo como as placas de gordura se depositam nos vasos sanguíneos é diferente (veja o quadro nas pág. 102 e 103). Por causa dessas características, o processo de obstrução arterial no sexo feminino é mais veloz e mais difuso. Quando uma mulher sofre um infarto, em geral, o entupimento teve início vinte anos antes e duas de suas artérias estão bloqueadas. Nos homens, as placas demoram, em média, cinquenta anos para interromper o aporte de sangue ao coração e a oclusão é uma só. Tudo somado, a probabilidade de uma mulher morrer em consequência de um infarto é 50% maior do que a de um homem com a mesma idade, hábitos idênticos e índices semelhantes de colesterol, triglicérides e pressão arterial. “Se não houver uma mudan-

uma mudan-



Viver muito — e bem

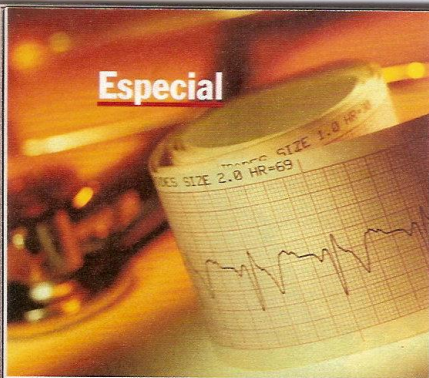
“Vou ao cardiologista duas vezes por ano. Não como gordura e pratico exercícios cinco vezes por semana, uma hora e meia por dia. Mantenho a rotina mesmo quando viajo. Faço isso por medida preventiva. Tenho uma irmã que sofreu um início de infarto aos 35 anos. Quero viver muito, e muito bem.”

Bia Aydar, de 55 anos, publicitária, sócia da empresa de eventos Sempapar

ça drástica no modo como médicos e pacientes encaram a saúde cardíaca feminina, em vinte anos, o número de óbitos entre as mulheres deve ultrapassar o de homens”, diz Raul Dias dos Santos, cardiologista do Instituto do Coração (In-Cor) e presidente do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Para se ter uma ideia da pouca atenção dada ao coração feminino, basta dizer que, todos os anos, 31 000 brasileiras morrem infartadas — contra as 11 000 vítimas fatais de tumores malignos.

De modo a intensificar os cuidados com o coração feminino, a Associação Americana do Coração, cujas orientações costumam ser seguidas por médicos do mundo todo, desenvolveu cartilhas específicas para o diagnóstico e a prevenção de problemas cardíacos entre as mulheres. A mais recente foi divulgada na revista *Circulation*. As novas diretrizes são muito mais minuciosas e rigorosas do que as anteriores, de 2007. Para os homens continuam valendo as orientações de 2002, destinadas inicial-

Especial



O futuro do coração

Com base na idade e nos fatores de risco, os testes abaixo avaliam a probabilidade de uma pessoa sofrer de doenças cardiovasculares nos próximos dez anos. No caso das mulheres, os critérios de avaliação são mais rigorosos e contemplam um número maior de doenças

H HOMENS

M MULHERES

PARA HOMENS E PARA MULHERES

(em anos)	A IDADE		B COLESTEROL TOTAL (mg/dl)										C TABAGISMO			
			Abaixo de 160		160-199		200-239		240-279		Acima de 279		NÃO		SIM	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Até 34	-9	0	0	0	4	1	7	3	9	4	11	5	0	0	8	3
35-39	-4	2	0	0	4	1	7	3	9	4	11	5	0	0	8	3
40-44	0	4	0	0	3	1	5	3	6	4	8	5	0	0	5	3
45-49	3	5	0	0	3	1	5	3	6	4	8	5	0	0	5	3
50-54	6	7	0	0	2	1	3	3	4	4	5	5	0	0	3	3
55-59	8	8	0	0	2	1	3	3	4	4	5	5	0	0	3	3
60-64	10	9	0	0	1	1	1	3	2	4	3	5	0	0	1	3
65-69	11	10	0	0	1	1	1	3	2	4	3	5	0	0	1	3
70-74	12	11	0	0	0	1	0	3	1	4	1	5	0	0	1	3
75 ou mais	13	12	0	0	0	1	0	3	1	4	1	5	0	0	1	3

PARA HOMENS E PARA MULHERES

(em mm Hg)	D PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA			
	TRATADA		NÃO TRATADA	
	H	M	H	M
Abaixo de 12	0	-1	0	-3
12-12,9	1	2	0	0
13-13,9	2	3	1	1
14-14,9	2	5	1	2
15-15,9	2	6	1	4
Acima de 15,9	3	7	2	5

PARA HOMENS (taxa em mg/dl)

(taxa em mg/dl)	E HDL		PARA MULHERES (taxa em mg/dl)
	H	M	
Acima de 59	-1	-2	Acima de 59
59-50	0	-1	59-50
49-40	1	0	49-45
Abaixo de 40	2	1	44-35
		2	Abaixo de 35

PARA MULHERES

F DIABETES	
NÃO	0
SIM	4

Some os pontos e confira na tabela ao lado qual o seu risco cardíaco. Depois veja a sua avaliação

A IDADE	B COLESTEROL TOTAL	C TABAGISMO	D PRESSÃO ARTERIAL	E HDL	F DIABETES
<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>	+ <input type="text"/>
HOMENS Total de pontos <input type="text"/>			MULHERES Total de pontos <input type="text"/>		

Fontes: Teste de Framingham e Raul Dias dos Santos, cardiologista do Instituto do Coração e presidente do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia

MULHERES

PONTOS	RISCO CARDÍACO
-2	Menor que 1%
-1	1,0%
0	1,2%
1	1,5%
2	1,7%
3	2,0%
4	2,4%
5	2,8%
6	3,3%
7	3,9%
8	4,5%
9	5,3%
10	6,3%
11	7,3%
12	8,6%
13	10%
14	11,7%
15	13,7%
16	15,9%
17	18,5%
18	21,5%
19	24,8%
20	28,5%
Maior ou igual a 21	Maior ou igual a 30%

HOMENS

PONTOS	RISCO CARDÍACO
Inferior a 0	Menor que 1%
0	1%
1	1%
2	1%
3	1%
4	1%
5	2%
6	2%
7	3%
8	4%
9	5%
10	6%
11	8%
12	10%
13	12%
14	16%
15	20%
16	25%
Maior ou igual a 17	Maior ou igual a 30%

FOTO: SHUTTERSTOCK

Avaliação

MULHERES



FATOR DE RISCO

Igual ou maior que 10% **Risco alto** de sofrer um problema no coração ou ter um derrame nos próximos dez anos

De 10% a 5% **Risco moderado** de sofrer um problema no coração ou ter um derrame nos próximos dez anos

Abaixo de 5% **Risco baixo** de sofrer um problema no coração ou ter um derrame nos próximos dez anos

HOMENS



FATOR DE RISCO

Igual ou maior que 20% **Risco alto** de sofrer um problema no coração nos próximos dez anos

De 20% a 10% **Risco moderado** de sofrer um problema no coração nos próximos dez anos

Abaixo de 10% **Risco baixo** de sofrer um problema no coração nos próximos dez anos

O que fazer (mulheres e homens)

RISCO ALTO

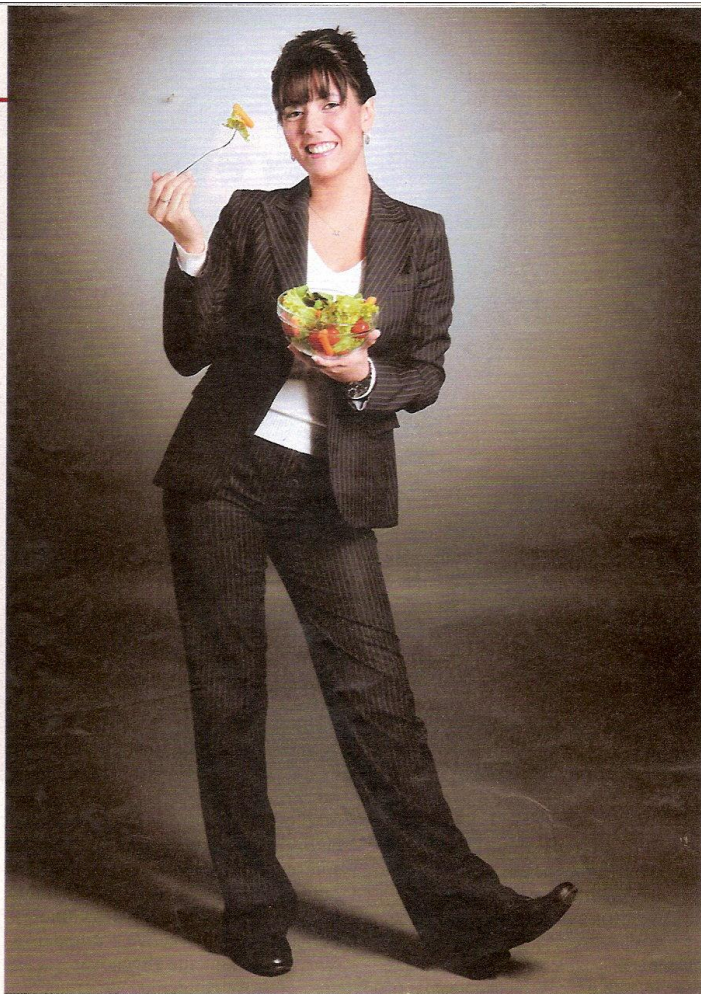
Baixar o colesterol em 50%. Para diabéticos ou pessoas com mais de 65 anos, começar ou reavaliar a atividade física e tomar uma aspirina por dia. Caso fume, largar o cigarro

RISCO MODERADO

Reduzir o colesterol de 30% a 40%, começar ou intensificar atividade física regular. Se fumante, abandonar o vício

RISCO BAIXO

Caso não tenha hábitos saudáveis, como uma dieta com pouca gordura e atividade física regular, passe a adotá-los, como prevenção. Quem é tabagista deve deixar o cigarro



LAULSON SANTOS

Mudança de hábitos

“Nunca dei importância à saúde do coração. Sou jovem e não há casos de doenças cardíacas na família. Há oito meses, na consulta anual ao ginecologista, soube que estava com os triglicérides altos. Eu havia engordado 7 quilos. Mudei de hábitos: evito carboidratos à noite e comecei a me exercitar. Já perdi 4 quilos e as taxas de triglicérides voltaram ao normal.”

Gabriela Monteleone, de 28 anos, sommelier

mente a ambos os sexos. A mudança mais significativa refere-se à escala do risco cardíaco, elaborada a partir do estudo de Framingham. A avaliação da probabilidade de uma pessoa vir a sofrer de doenças do coração nos próximos dez anos é essencial para a prevenção e o tratamento de tais males (*calcule o seu risco cardíaco nas páginas 106 e 107*). Até o estudo publicado na *Circulation*, homens e mulheres com 20% ou mais de possibilidade de sofrer um problema coronário em dez anos eram considerados pa-

cientes de alto risco. Agora, de acordo com os novos parâmetros da Associação Americana do Coração, as mulheres mais ameaçadas passam a ser aquelas para as quais a propensão é de, no mínimo, 10%, no mesmo período.

Com o novo corte na escala de Framingham, o número de mulheres com grande risco cardíaco subiu de 10% para 30% — o que, em números absolutos, representa 21 milhões de brasileiras. Os especialistas esperam que, com tais mudanças, um número maior de mulheres



LAULSON SANTOS

Com o mesmo peso da adolescência

"Trabalho feliz doze horas por dia. Estou casada há dezenove anos, tenho dois filhos pequenos e bons amigos. Fiz também um planejamento financeiro, o que me dá muita tranquilidade. A única refeição que faço em casa é o café da manhã, mas fora só como grelhados e saladas. Durmo pelo menos seis horas por noite e me exercito 45 minutos, três vezes por semana. Tenho o mesmo peso desde os 13 anos."

Maria Fernanda La Regina, de 39 anos, diretora de marketing do banco HSBC

seja avaliado com mais rigor. "Até pouco tempo atrás, quando uma mulher apresentava infício de infarto, era comum ela receber o diagnóstico de simples falta de ar", diz o médico Otávio Gebara, professor de cardiologia da Universidade de São Paulo.

A nova cartilha foi elaborada de modo a atender a certas especificidades do organismo e do comportamento femininos. O uso da aspirina na prevenção de infartos é um bom exemplo. No caso dos homens, a recomendação do uso de aspirina é mais ampla; nas mulheres, mais restrita. O medicamen-

to é indicado apenas para diabéticas ou pacientes com 65 anos ou mais que apresentam alta probabilidade de infartar. O motivo é que os vasos sanguíneos das mulheres são mais finos e, portanto, mais suscetíveis a hemorragias, especialmente digestivas — um dos efeitos colaterais do remédio. Além disso, por questões hormonais, o organismo feminino não reage à ação da aspirina com a mesma eficácia que o masculino. Outra curiosidade refere-se à indicação de exercícios físicos. Em 2002, sugeria-se a prática de meia hora diária de ginástica. Agora, a elas, indicam-se apenas vinte minutos por dia. Os especialistas optaram por reduzir o tempo dedicado à ginástica na tentativa de incentivá-las a suar mais na academia. "A filosofia aqui é a seguinte: antes se exercitar pouco do que não se exercitar nunca", diz o cardiologista Roberto Kalil, diretor do centro de cardiologia do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo. Apenas 10% das mulheres conseguem cumprir a meia hora diária de ginástica, preconizada na cartilha antiga. Entre os homens, a adesão é de 30%.

Quanto aos fatores de risco comuns a homens e mulheres, também aqui o sexo

feminino é o mais prejudicado. O diabetes, o tabagismo, a hipertensão, a obesidade e a depressão são mais nocivos ao organismo feminino do que ao masculino. Além disso, as mulheres estão sujeitas a ameaças exclusivas. O uso da pílula anticoncepcional associado ao hábito de fumar, por exemplo, aumenta a síntese no fígado de fibrinogênio, substância envolvida no processo de formação de coágulos. Quanto maior a quantidade desses coágulos, maior o risco de entupimento arterial. Outro perigo surge com a chegada da menopausa. Nessa etapa, cai drasticamente a produção pelos ovários de estrógeno, o hormônio feminino por excelência. Enquanto o estrógeno é fabricado em grandes quantidades, as mulheres são duas vezes mais suscetíveis a ter um problema cardíaco do que os homens. Depois que as taxas do hormônio começam a cair, a vulnerabilidade feminina aos males do coração quadruplica. Os benefícios do estrógeno devem-se à sua ação vasodilatadora e ao seu poder lubrificante, que impedem o acúmulo de LDL (o colesterol ruim) nas artérias.

Como a ciência vem descobrindo, quando se trata do coração feminino, tudo pode sempre ficar ainda mais complicado (coisa que os homens, em geral, já

Especial

“Tenho um coração saudável”

“Sete anos atrás, depois de um cochilo, senti a vista embaçada. Minha pressão estava altíssima: 20 por 12. Apesar disso, não me cuidava direito. Há três anos, quando engravidei de meu filho Bernardo, eu me conscientizei de que era responsável não apenas por mim, mas também por outra pessoa. Hoje, no quinto mês da minha segunda gestação, posso dizer com orgulho: tenho um coração saudável.”

Marcilene Salomão Ramos, de 36 anos, administradora de empresas, com o filho Bernardo

perceberam há muito tempo, convenhamos). Descobriu-se não faz muito tempo que até o estrogênio pode comprometer a saúde cardíaca das mulheres. O aumento no movimento de distensão e contração dos vasos proporcionado pelo hormônio faz com que cerca de 30% dos exames de cateterismo para a detecção da aterosclerose não identifiquem com precisão a extensão de eventuais depósitos de gordura — o que pode prejudicar o tratamento de um infarto ou levar a cirurgias desnecessárias. Além de mais finos, os vasos sanguíneos das mulheres são mais tortuosos, o que dificulta não só o cateterismo como outros procedimentos, entre os quais a colocação de stents para desentupimento arterial. “Os métodos de rastreamento de doenças cardíacas não são tão eficazes para elas quanto para os homens”, diz o cardiologista Marcus Bolívar Malachias, presidente do departamento de hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Até em relação aos remédios mais modernos, é nova a percepção das diferenças entre o coração masculino e o feminino. O primeiro grande estudo sobre a segurança das estatinas em pessoas saudáveis, de 1995, não contava com nenhuma voluntária entre seus participantes. Elas só começaram a aparecer nesse tipo de pesquisa em meados da década passada. Com os novos conhecimentos a respeito da morfologia e do funcionamento do músculo cardíaco feminino e de tudo que a ele se associa, é certo que serão criados exames e tratamentos apropriados para elas. O coração feminino, enfim, precisa de muito mais do que carinho. ■

COM REPORTAGEM DE ANDRÉ ELER

