

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

---

## Especialização em Comunicação em Saúde

**SAÚDE DA MULHER E O PROGRAMA MAIS VOCÊ:  
UMA ANÁLISE DOS MODOS DE ENDEREÇAMENTO**

*Camila da Silva Cruz*

Orientador: Igor Pinto Sacramento

Rio de Janeiro, 2011

**SAÚDE DA MULHER E O PROGRAMA MAIS VOCÊ: UMA ANÁLISE DOS  
MODOS DE ENDEREÇAMENTO**

**por**

**CAMILA DA SILVA CRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Monografia apresentada ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

**Orientador:** Igor Pinto Sacramento, Mestre.

**Rio de Janeiro, Maio/2011**

## **Agradecimentos**

Como tudo e em todos os momentos na minha vida agradeço a Deus por iluminar meus caminhos, me dar saúde para que continue minha caminhada e por me dar a chance de ser cada dia melhor, tanto pessoal como profissionalmente. Agradeço, do fundo do meu coração, aos meus pais pela torcida, apoio e confiança que depositam em mim. À minha mãe pelos dias e noites me acompanhando, com todo o amor e carinho que se transformaram em força e esperança de um futuro melhor. Ao meu pai pelo esforço de comprar as passagens todos os meses para que eu pudesse cursar a especialização, sempre me esperando no Rio de Janeiro de braços abertos. Agradeço a toda equipe da Fiocruz, em especial às minhas coordenadoras, Izamara e Janine, que me deram a oportunidade de cursar uma especialização tão importante, na qual confiaram em mim que estava saindo da universidade e sempre me mostraram caminhos importantes de reflexão, aos meus colegas de curso que fizeram com que eu aprendesse um pouco com a experiência vivida de cada um e, por final, agradeço ao meu orientador, Igor Pinto Sacramento, que mostrou vários caminhos e pensamentos a respeito da minha monografia, com paciência, atenção e empolgação para me ensinar tantas coisas importantes e valiosas para o meu trabalho.

“Nada posso lhe oferecer que não exista em  
você mesmo

Não posso abrir-lhe outro mundo além  
daquele que há em sua própria alma

Nada posso lhe dar, a não ser a oportunidade,  
o impulso, a chave.

“Eu o ajudarei a tornar visível seu próprio  
mundo...”

***Herman Hesse***

## RESUMO

CRUZ, Camila da Silva. **Saúde da Mulher e o Programa Mais Você**: uma análise dos modos de endereçamento. Rio de Janeiro, 2011. Monografia (Curso de especialização em Comunicação e Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011

O trabalho tem o objetivo de realizar análise dos modos de endereçamento a respeito de como o programa televisivo *Mais Você* aborda a questão sobre a saúde da mulher. A pesquisa engloba os conceitos e a promoção de saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, para poder observar como estas perspectivas são trabalhadas na atração apresentada por Ana Maria Braga. O momento em que a saúde começa a conquistar espaço no programa é capaz de revelar que houve mudanças na questão social, no qual a classificação do programa midiático realiza uma transição de entretenimento para matérias de serviço ao público. Esta mudança caracteriza a importância de estudar como a saúde endereçada ao público feminino, diferentemente da saúde da mulher no SUS, é trabalhada, discutida, abordada para as mulheres brasileiras, partindo do princípio de que a mídia pode ser considerada, hoje, um dos principais meios responsáveis pela difusão dos conteúdos de saúde.

**Palavras Chaves:** 1. Saúde da Mulher 2. Televisão 3. Programas Femininos 4. Modos de Endereçamento.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	07
<b>1. PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER</b> .....	13
1.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS.....	13
1.2. SAÚDE DA MULHER NO SUS.....	18
1.3. GÊNERO FEMININO E SAÚDE.....	23
<b>2. PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA TELEVISÃO BRASILEIRA</b> .....	28
2.1. HISTÓRICO DOS PROGRAMAS FEMININOS NA TELEVISÃO E A QUESTÃO DA SAÚDE.....	28
2.2. TELE-MEDICINA E TELE-SAÚDE.....	37
2.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS E NA TELEVISÃO.....	45
<b>3. PROGRAMA “MAIS VOCÊ” E OS TEMAS DA SAÚDE</b> .....	48
3.1. HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DO FORMATO DO PROGRAMA.....	48
3.2. APARECIMENTO DA SAÚDE.....	52
3.3. MEDICALIZAÇÃO SOCIAL E A SAÚDE NO MAIS VOCÊ.....	62
3.4. ENDEREÇAMENTO FEMININO.....	64
<b>4. ANÁLISE DO MODO DE ENDEREÇAMENTO</b> .....	67
4.1. ANÁLISE DA INSERÇÃO: “SOS MAIS VOCÊ: DOUTOR GUILHERME FURTADO FALA SOBRE O TEMA DIABETES”.....	69
4.2. ANÁLISE DA INSERÇÃO: “MAIS VOCÊ TIRA DÚVIDAS SOBRE SUPERBACTÉRIA E CATAPORA”.....	79
4.3. ANÁLISE DA INSERÇÃO: DIETA PERSONALIZADA E EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA AUMENTO DE MASSA MUSCULAR ACELERAM O METABOLISMO.....	93

4.4. SAÚDE DA MULHER NO SUS E NO MAIS VOCÊ.....	104
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>112</b>

## INTRODUÇÃO

A relação da mídia com a saúde sempre foi um motivo de inquietação, tendo em vista como as informações e os conhecimentos são repassados e transmitidos às pessoas. Havia reparado, há algum tempo, que o programa matinal da Rede Globo *Mais Você* passou a abordar a saúde através de inserções frequentes e com duração prolongada. Diversos assuntos são trabalhados, sempre com referência de especialistas, contribuindo para a formação de opinião e de atitudes dos cidadãos na sociedade, o que impulsionou na definição do tema principal da pesquisa delimitada como “as inserções de saúde endereçadas à mulher mais frequentes no programa *Mais Você*”. O trabalho visa, ainda, identificar como a atração aborda a saúde da mulher e as diferenças e aproximações em relação à política do Ministério da Saúde, identificar quais recursos o *Mais Você* utiliza para criar aproximação e sensação de verdade em tudo o que é dito, ou seja, criar vínculo e credibilidade e, por último, analisar como a medicalização social, através do modelo biomédico e de auto cuidado, é difundida pelo programa nas suas inserções sobre saúde.

No referido trabalho, a hipótese é delineada a partir da ideia de que há diferenças e aproximações em relação às concepções de saúde do programa televisivo *Mais Você* e as hegemônicas no âmbito do Ministério da Saúde: o modelo biomédico e preventivista. As justificativas são dadas pela importância de analisar como é o processo da discussão sobre a saúde da mulher, qual a maneira de legitimar tudo o que é considerado como saudável pela televisão e, também, para desenvolver a metodologia de análise dos modos de endereçamento no campo da comunicação e saúde. A base norteadora da pesquisa são os conceitos e ações do Ministério da Saúde em relação à Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política nacional da Saúde da Mulher, discutidos a partir do ponto de vista de Campos et al (2004) e Batistella (2007). Outro conceito abordado na pesquisa é sobre a questão de gênero feminino, no qual Giffin (1991) defende que a *condição feminina universal* é delimitada em um status

secundário ou até de subordinação, onde a identidade feminina é dada através do papel que desempenha na reprodução biológica e no pensamento de que todas as mulheres são iguais. Porém, Evangelista apud Pinto (2003) relatam que a mulher, nas últimas décadas, vem alavancando mudanças sociais ao levantar bandeiras como o direito ao voto e à eleição, a igualdade perante aos homens inclusive na questão salarial e a proteção contra abusos e assédios sexuais no ambiente de trabalho e/ou fora dele.

As mulheres ganharam espaço na sociedade e também nas programações dos veículos midiáticos, em que pode ser incluso especialmente os programas femininos de televisão. Temer (2005) e Pinheiro (2004) abordam bem este assunto, que é baseado no trabalho a respeito do histórico dos programas para as mulheres e o que essa perspectiva influencia no comportamento feminino. Esses programas são classificados atualmente, por Gomes (2009), como *Infotainment*, que é o embaralhamento de fronteiras entre informação e entretenimento. Por este aspecto, a saúde ganhou espaço nas programações matinais e todo esse processo é explicado por Rondelli (1995), que ressalta que por a saúde, a doença e o corpo serem considerados objetos da construção social ganharam maior espaço, principalmente na grande mídia. Juntamente com este fato surgiu a perspectiva da tele-medicina e tele-saúde, classificados pelos atendimentos médicos e de saúde a distância. Os conceitos deste fator são explicados por Urtiga (2004) e Castiel (2002), que relatam também sobre o processo de auto cuidado, influenciado pela mídia. Para finalizar as referências teóricas desta pesquisa podemos citar Henriques (2003), Perdigão (2009) e Temer (2006), que explicam e desenvolvem ideias sobre o objeto principal do trabalho que é o programa *Mais Você*, juntamente com o histórico e características do programa, além discutir a transição de formato do programa, passando de entretenimento e conteúdo para a prestação de serviço ao público, chamadas então de *matérias de serviço*. A metodologia utilizada neste trabalho é baseada na análise de modos de endereçamento que, como explica Gomes (2007), é aquilo que caracteriza as formas e as práticas comunicativas dos programas de televisão, ou seja, diz

respeito ao modo como um programa de gênero específico tenta estabelecer uma forma de relação particular com seu público. Este modo de endereçamento ajuda a pensar como a atração se relaciona com sua audiência, a partir da construção de um estilo próprio, o que o diferencia dos demais programas e ajuda a compreender a forma de interdependência entre o emissor e o receptor para a construção de sentidos do texto televisivo. A autora ressalta e cita em seu texto Daniel Chandler, destacando a relação em que o texto constrói com o espectador e associa ao modo de endereçamento os aspectos sociais, ideológicos e textuais. O trabalho realiza a análise de modo de endereçamento baseado nos quatro operadores metodológicos, referidos por Gomes (2007), que são: o reconhecimento do *mediador*, no qual é a figura central da atração e que representa a “cara” do programa, do *contexto comunicativo* em que o processo de comunicação compreende tanto emissor, quanto receptor e mais as circunstâncias espaciais e temporais, do *pacto sobre o papel do jornalismo* que trata o jornalismo como uma instituição social, relacionado em como o programa lida com as noções de imparcialidade, objetividade, factualidade, interesse público, responsabilidade social, liberdade de expressão e opinião, atualidade, quarto poder, relevância e valores da notícia e, para finalizar, o último passo da análise é então o reconhecimento da *organização temática*, no qual o operador é o de maior importância para a análise do modo de endereçamento e é baseada na aposta em certos interesses e competências dos telespectadores e, ainda, pela proximidade geográfica com sua audiência. No entanto, cabe uma nota. Gomes (2007) estava interessada nos modos de endereçamento no telejornalismo. Por isso, para esta pesquisa, foi mantido todos os operadores analíticos por ela estipulados com uma exceção: no lugar de considerar exclusivamente o *pacto sobre o papel do jornalismo*, foi considerado o *pacto de referencialidade*, seja valendo-se do discurso jornalístico, médico ou pessoal.

A análise de endereçamento da pesquisa foi realizada visando perceber como a questão da medicalização social é presente e delineadora nos programas femininos, principalmente na abordagem sobre saúde. Tesser (2006) apud Illich (1975) relata que a

medicalização parte do princípio de redução de sofrimento, através da tentativa de eliminação ou sedação de dores, sintomas e controle dos riscos e das doenças crônicas e que, ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade sobre o que não anda bem na vida da pessoa. Com essa perspectiva, foi iniciado, então, o processo de analgesia que é uma manipulação mecânica da dor através de medicamentos e prescrições médicas, o que reforça ainda mais a cultura medicalizadora da sociedade e o modelo biomédico vigente.

O primeiro capítulo da pesquisa discute sobre os conceitos de promoção da saúde na visão do Ministério da Saúde, que defende a ideia, junto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de que a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Outro assunto importante destacado é a saúde da mulher e das lutas do feminino diante da sociedade. No decorrer dos anos houve mudanças de postura e idealismo no gênero, que influenciou as alterações nos modos de ver a saúde feminina. Apesar disso, o SUS mantém um programa de Saúde da Mulher muito mais voltado para a saúde reprodutiva, destacando a mulher como um ser meramente biológico.

Na segunda parte do trabalho, a reflexão acontece em torno dos programas femininos de televisão baseado no histórico e em como as questões e os temas foram se desenvolvendo na abordagem sobre as mulheres. Neste aspecto, alguns programas femininos foram essenciais e marcaram as mudanças ocorridas no universo feminino, como a *TV Mulher* e a *Revista Feminina*, por isso mesmo que as programações da televisão voltada para as mulheres receberam o nome de revista feminina na televisão, que tem origem nas revistas impressas e por apresentar características muito próximas diante de uma construção de estrutura temática comum. Um aspecto que marcou esse segmento foi a virada das atrações, antes classificadas como entretenimento e depois como matérias de serviço ao público e, neste sentido, as programações podem ser nomeadas atualmente como *Infotainment*. O aparecimento da saúde

foi outro aspecto de muita importância que ocorreu por causa da valorização do corpo de bem estar na sociedade e, com isso, os métodos da tele-medicina e a tele-saúde foram decisivos para a propagação e prescrição da saúde à distância, realizada pela voz dos profissionais através de orientação e principalmente pelo incentivo ao auto cuidado dos indivíduos que passaram a entender que eles são donos e responsáveis pela própria saúde.

No terceiro capítulo, a pesquisa engloba o histórico e o progresso do programa *Mais Você* na Rede Globo e diante do público brasileiro. Por meio de pesquisa realizada sobre a atração e pela análise das reportagens que abordaram a saúde no ano de 2010, foi possível perceber que o tema teve ampliação e tornou-se uma das abordagens principais do *Mais Você*. Os conceitos de medicalização social nos fizeram perceber que este é um modelo essencialmente usado pelo programa, reforçado através do modelo biomédico e pelo modelo prescritivo dos profissionais presentes na programação. O endereçamento feminino também foi visivelmente delimitado e abriu discussão sobre para qual mulher e com que características que estavam sendo direcionadas as reportagens a respeito da saúde no programa.

A discussão no quarto capítulo gira em torno da análise de endereçamento, que visa observar a forma como as perspectivas de saúde da mulher no SUS e a questão da medicalização social são focadas e priorizadas pelo programa *Mais Você*. Foram selecionadas três inserções, entre as 98 exibidas durante todo o ano de 2010, e que foram propositalmente escolhidas de acordo com a classificação dos temas de maior abordagem, no qual foram as doenças, alerta de saúde e estética do corpo. Os títulos dados as inserções pelo programa e selecionadas na pesquisa foram: ‘SOS Mais Você: Doutor Guilherme Furtado fala sobre o tema diabetes’, exibido em 18 de agosto de 2010, ‘Mais Você tira dúvidas sobre superbactéria e catapora’, ao ar em 27 de outubro de 2010 e a inserção ‘Dieta personalizada e exercícios físicos para aumento de massa muscular aceleram o metabolismo’, transmitida em 12 de novembro de 2010.

Por tanto, o intuito deste capítulo e de todo o trabalho de modo geral permeia em identificar os operadores de endereçamento presentes e verificar as divergências e semelhanças existentes entre a política de saúde da mulher defendida pelo Ministério da Saúde e a saúde endereçada ao feminino, através das inserções de saúde do programa da Rede Globo *Mais Você*, discutindo também a forma como elas são focadas e priorizadas nas duas perspectivas.

## **1 PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER**

### **1.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS**

Uma das maiores conquistas até hoje da redemocratização do Brasil foi marcada pela constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, nº. 8080, no ano de 1990, tornou a saúde pública um direito de todos e dever do Estado. Segundo Noronha (2008), o SUS foi definido, então, como “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais”. O sistema determina em seus princípios que o modelo de saúde no país seja universal, integral, equânime e com participação social sendo, ainda, fundamentalmente gratuito. Campos (2000) cita em seu artigo os autores Testa (1993) e Donnangelo (1976) por terem divulgado análises em que a saúde pública aparecia na história do país como construção histórica e que o exercício profissional deveria ser desempenhado como prática social. De fato esse é um importante ponto para reflexão, porém o autor cita, ainda, Carvalho (1996), no qual afirma que o saber em saúde coletiva, apesar de todo progresso, teve a tendência de subestimar a importância dos sujeitos da sociedade na construção do próprio cotidiano e da vida. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) retrata que as mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Nas últimas décadas o olhar sobre o cuidado com a vida, de modo específico, mudou e tornou-se importante para que fosse menor a vulnerabilidade de adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população. O cidadão começou a fazer parte do processo que lhe traz vida saudável e que seja possível evitar doenças, ao invés de ter que tratá-las.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários. (BRASIL, 2006, p. 9)

A partir de então, alguns autores e documentos de organismos internacionais anunciaram um novo paradigma: o da “promoção à saúde”, imaginando que a incorporação do social à análise dos processos saúde e doença criaria práticas distintas. Um novo modo de se produzir saúde foi pensado que, portanto, superaria a influência do “*modelo clínico*”. Os modelos não são equivalentes, por isso cada um deve trabalhar dentro de seus limites e especificidades. Matos (2004) explica que o modelo clínico biomédico é baseado na eficácia técnica do atendimento médico, orientado pelo “diagnóstico- prescrição de medicamentos ou cirurgia”, ou seja, perpassa pelos métodos do olhar clínico e pontual que só é diagnosticado a parte do corpo doente. Essa perspectiva de saúde é causada pela falta de tempo e, conseqüentemente, pelo esquecimento da fenomenologia humana e sua singularidade, da “consciência de si”. Este modelo estava no centro da “Primeira Revolução da Saúde”, com a chamada teoria do “germe”, sendo necessário controlar e neutralizar. Já na década de 70, o Relatório Richmond e a “Conferência de Alma-Ata” iniciaram, então, a chamada “Segunda Revolução da Saúde”, que de acordo com a autora, o objeto de estudo e intervenção da saúde passou a ser, não apenas ausência de doenças como descrito pelo modelo biomédico, mas também um estado positivo de bem estar. Essa visão se deu a partir de quando a grande maioria dos agentes infecciosos já estava controlada pela ciência médica, a maioria das epidemias já estava controlada em nível das populações pela ação da nova saúde pública, através dos processos de vacinação, do controle da água, de higiene e do contato interpessoal. Matos (2004) cita as conclusões do WDCPHP (*Working Group Concepts and Priorities in Health Promotion*, 1987, cit. in Ribeiro, 1998), no qual relata que as ações da promoção da saúde: abrange as populações no seu dia-a-dia e não só pessoas em risco, visa tornar a pessoa apta a assumir o controle e a responsabilidade sobre a sua saúde, visa os determinantes dos comportamentos e situações de risco e de proteção, combina métodos multidisciplinares aos vários níveis de intervenção, visa a participação pública no desenvolvimento de competências individuais e coletivas.

Buss e Carvalho (2009) retratam que conceitos e práticas de promoção da saúde surgiram a partir da “I Conferência Internacional de Promoção da Saúde,” realizada em Ottawa no ano de 1986, passando a serem divulgados e implementados nos sistemas de saúde por todo o mundo e nos espaços acadêmicos, inclusive no Brasil. No mesmo, ano foi realizado no país, a “VIII Conferência Nacional de Saúde”, que no contexto de redemocratização, teve seus princípios e diretrizes com grande proximidade aos conceitos de promoção de saúde já discutidos, tanto que foram incorporados na Constituição Federal de 1988. Apesar de toda a evolução no modo de ver a produção de bem-estar e qualidade de vida, a promoção da saúde ainda não era pensada como uma política pública no Brasil. Segundo os autores, a política nacional começou a ser idealizada a partir de 1992, num contexto de expansão e da qualificação da atenção básica, realizado dentro “Programa de Agentes Comunitários de Saúde” (PACS) tornando-se, em 2008, o “Programa Saúde da Família” (PSF) que é hoje intitulado “Estratégia Saúde da Família” (ESF). Mesmo que timidamente, o Ministério da Saúde começou a implementar uma estratégia para reorientar o modelo assistencial do SUS. Por isso as equipes do programa atuavam e, ainda, atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, além de cuidar da manutenção da saúde da comunidade. Nos anos seguintes o Ministério da Saúde intensificou a promoção da saúde através de projetos, publicações de revistas, artigos e principalmente pelo sucesso do programa de controle ao tabagismo, onde a promoção da saúde era desenvolvida.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) nos últimos anos o cuidado com a vida tornou-se ainda mais importante, assim como o modo de reduzir as chances de adoecimento da população. A importância do cuidado não apenas com a doença, mas também com a qualidade de vida das pessoas criou uma perspectiva tão séria e real que levou o Ministério da Saúde constitucionalizar, em 2006, a “Política Nacional de Promoção da Saúde” que possui como objetivo geral: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde

relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p.13).

Até o ano de 2005, normas reguladoras eram responsáveis pela organização e pelo controle da descentralização do SUS. A partir de então o Ministério da Saúde definiu uma agenda de compromisso com os chamados “Pactos pela Saúde”, que agrega três eixos subdivididos em: “Pactos em Defesa da Vida”, “Pacto de Gestão” e “Pacto em Defesa do SUS”. A discussão será direcionada, neste caso, para o Pacto em Defesa da Vida, pois trata-se de um desafio colocado ao gestor federal do SUS, para que diversas áreas do setor sanitário, setor privado, não governamental e a sociedade em geral consigam ter um diálogo à respeito da qualidade de vida da população, em que todos sejam participantes no processo de cuidado com a vida, ou seja, no processo de promoção e proteção à saúde de todos.

Dentre as macro-prioridades do **Pacto em Defesa da Vida**, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; A Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. (BRASIL, 2006, p.3)

De acordo com o Ministério da Saúde, a implementação da “Política Nacional de Promoção da Saúde” é baseada inclusive no esforço necessário para enfrentar os desafios de produção da saúde em que nos deparamos com um cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e comprometido e que necessita da reflexão e da qualificação continuada das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Campos *et al* (2004) descreve que o ponto de comunicação entre promoção da saúde e o SUS é justamente o conceito ampliado de saúde e aquilo que ela implica. A promoção da saúde é uma importante medida que destaca ações inter-setoriais como estratégia para enfrentar os problemas que diz respeito ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia e ao uso de drogas lícitas e ilícitas. De acordo com os autores esses aspectos se identificam com uma

mobilização social a fim de estimular o fortalecimento dos movimentos sociais e das políticas públicas para ser trabalhada a melhoria da qualidade de vida e dos modos de viver. Possivelmente podemos entender que é na mobilização social, no estímulo e fortalecimento dos movimentos sociais; na elaboração, na implantação e na avaliação das políticas públicas que seja possível trabalhar pela melhoria da qualidade de vida, por estar sendo ampliada a discussão sobre a cidadania e o respeito aos direitos constitucionais, trabalhando com o reconhecimento e o respeito à diversidade existente em nosso país. (CAMPOS, G.W. *et al*, 2004, p.747)

Campos (2000) identifica em seu texto quatro modos básicos para se produzir saúde. A primeira trata-se das transformações econômicas, sociais e políticas, resultando em padrões saudáveis de existência e dificultando o surgimento de enfermidades. A segunda é a respeito da vigilância à saúde voltada para a promoção e prevenção de enfermidades e morte. A terceira é direcionada para a clínica e reabilitação em que se realizam práticas de assistência e de cuidados individuais de saúde e, por último, o quarto modo básico é referido ao atendimento de urgência e de emergência, em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte e sofrimento. Então, retornamos ao compromisso da promoção da saúde, que é o compromisso ético do próprio SUS, com a integralidade e a gestão participativa, uma vez que se trata de estabelecer modos de atenção e gestão das políticas públicas em saúde que operem na diferenciação entre a clínica e a promoção e entre necessidades sociais e ações do Estado.

Uma Política Nacional de Promoção da Saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de autorregulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população. (CAMPOS, G.W. *et al.*, 2004, p.747)

Campos *et al* (2004) define que na tentativa do percurso traçado para construir uma “Política Nacional de Promoção da Saúde”, o conceito de saúde foi obrigado a se reformular e a intensificar um modo mais distinto de operar a promoção e produção da saúde. Em meio às

discussões é fundamental abrir uma rápida reflexão sobre o conceito de saúde e as diferentes formas de entender esse processo. De acordo com Batistella (2007) saúde pode ser referente à ausência de doença, como forma de bem-estar ou como valor social. A ausência de doença pode ser classificada dentro do modelo biomédico, que não olha a pessoa como um todo e sim, especificamente, a doença ou uma parte do corpo doente. Por conta da hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde, é compartilhado pela maioria da população o senso comum sobre a saúde como sendo apenas não estar doente, o que faz a promoção da saúde se limitar a estratégias e ações que permitam a ausência de doenças. No entanto, esta concepção de saúde é muito limitada, porque nem sempre a ausência de sintomas indica uma condição saudável do ser humano. Batistella (2007), a respeito da saúde e bem-estar, explica que a saúde foi enunciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, aspecto que se enquadra perfeitamente nos ideais de promoção da saúde. É impossível falar sobre promoção da saúde no Brasil sem esbarrar na criação e na luta contínua que foi travada pela melhoria do Sistema Único de Saúde, sendo impossível anular as diversidades sócio-históricas, que colocam desafios diários não só ao setor da saúde, mas a todos os que constroem políticas públicas. As diferenças na sociedade entre raças, classes econômicas e, principalmente, as diferenças culturais e de gêneros, entre o sexo masculino e feminino, são extremamente relevantes e estão sendo consideradas, para que sejam alcançados os princípios e diretrizes que definem o SUS.

## 1.2 SAÚDE DA MULHER NO SUS

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) as mulheres constituem a maior parte da população brasileira (50,77%), sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). É percebido que elas freqüentam os serviços de saúde para o próprio atendimento, entretanto, acompanham também crianças e outros familiares, pessoas idosas,

com deficiência, vizinhos e amigos. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem com mais frequência e, segundo dados do Ministério da Saúde, a vulnerabilidade feminina, em relação a certas doenças e causas de morte, está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. A discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico são agravantes dos problemas de saúde das mulheres brasileiras, tendo outras causas como diferentes raças, etnias e situação de pobreza que realçam ainda mais essas desigualdades.

Com o intuito de procurar o fortalecimento do SUS e a integralidade dos serviços da saúde pública, o MS passou a considerar a saúde da mulher como uma prioridade do governo e lançou, em 2004, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes”, tendo o compromisso de realizar a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbi-mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, para que as brasileiras avancem nas suas conquistas e na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. (BRASIL, 2004, p.5)

A “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” apresenta alguns objetivos principais tais como a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, a garantia dos direitos constituídos e com a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro, juntamente com a contribuição para reduzir da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas que podem ser evitadas, perante todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, e ainda, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

As diretrizes da política nacional perpassam, principalmente, por atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual ou com deficiência), incluindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde no contexto da descentralização, hierarquização, integração das ações e serviços e a atenção integral à saúde da mulher, o atendimento ao feminino é compreendido a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Outras diretrizes importantes dizem respeito às ações voltadas a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres que deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais e aos princípios de humanização no atendimento, sendo levando em conta os contexto e momentos de vida de cada mulher.

O Ministério da Saúde classifica a humanização e a qualidade da atenção em condições essenciais para que as ações de saúde apresentem solução para os problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do auto cuidado. Por tanto, a qualidade da atenção deve ser direcionada ao conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais, “obrigando” que os atendimentos superem o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde. Isso a partir de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. (BRASIL, 2004, p. 59)

De acordo com Coelho (BRASIL, 2004), são vários os conceitos de saúde apresentados pela literatura brasileira, pois existem concepções mais restritas que apresentam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras concepções maiores e mais amplas que tratam a saúde com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas com a cidadania. Nos conceitos menores, o corpo da mulher é visto apenas com a função reprodutiva, voltado para a maternidade, e nesses casos estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou, então, dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos.

A saúde da mulher no Brasil passou a fazer parte das políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada nesse período às demandas relativas à gravidez e ao parto e, até os anos 70, o papel da mulher, junto com os programas do governo, eram baseados no papel social de mãe e doméstica. Segundo Ávila e Bandler (BRASIL, 2004), a forte atuação do movimento de mulheres no campo da saúde colaborou para inserir, na agenda da política nacional, questões que estavam em segundo plano e não faziam parte da discussão, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento o foco era revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades em relação à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e, ainda, a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos. Baseada nesses argumentos uma perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicaram suas condições de sujeitos de direito, com necessidades que iam além do momento da gestação e do parto, exigindo ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Essas ações contemplariam as diferenças dos grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que as mulheres estivessem inseridas.

O Ministério da Saúde elaborou, em 1984, o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), marcando uma ruptura dos conceitos entre os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O programa é um documento histórico que incorporou as ideias feministas para a atenção à saúde integral, responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades reais da população feminina. Além disso, propôs formas mais harmônicas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, visando autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida.

Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. (BRASIL, s/d, p.1)

Anos depois, em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001). A participação da mulher no processo de cuidado e de promoção da saúde é fundamental para a evolução das ações e práticas do SUS, pois elas precisam ter conhecimento de tudo o que é idealizado. Militão (2007) caracteriza o empoderamento feminino como forma de incentivar o conhecimento de sua saúde reprodutiva e, assim, poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida deste segmento da população, pois trata da implantação de um projeto de promoção à saúde da mulher, que busca estimular o autoconhecimento feminino. A autora defende que a oportunidade de escolha, através da educação em saúde, faz parte importante do projeto de empoderamento, pois visa o conhecimento de todos os métodos possíveis e a avaliação do estilo de vida, servindo de

modelo para a atenção humanizada, voltada inclusive para o perfil da mulher atual. O conhecimento do próprio corpo para a mulher é uma ferramenta poderosa, ou seja, empodera a mulher apresentando-as uma capacidade maior de resolver e também de buscar as respostas para suas necessidades de saúde.

Para Giffin (1991), a condição feminina universal é delimitada em um status secundário ou subordinado, onde a identidade da mulher é dada através do papel que desempenha na reprodução biológica e no pensamento de que todas são iguais. Segundo a autora, o lema “nosso corpo nos pertence” é uma das principais bandeiras do movimento internacional de mulheres e significa uma expressão simultânea da condição feminina e da almejada superação social. No Brasil, e em outros países, foi essa luta e reivindicação que levou à ampliação do conceito de saúde e as novas propostas metodológicas para os serviços de saúde, diante de concepções culturalmente definidas, além de ser estabelecido como prioridade o direito à contracepção.

Quanto à reprodução humana, Giffin (1991) relata que as políticas públicas de saúde ainda partem de um fato biológico universal: é a fêmea, e não o macho, que dá à luz. Portanto, a ciência moderna continua a definir a reprodução como “assunto de mulher” e a garantir que a contradição entre a função prazer e a função reprodutiva seja inseparável da condição social feminina. Dessa forma, tal concepção acaba ignorando as diferenças sexuais e de desejos dentro do universo feminino e outras especificidades da saúde da mulher para além da saúde reprodutiva. Ao contrário disso, a caracterização biológica dos sexos nessa concepção acabou afirmando uma “função natural” para as mulheres (a reprodução) e, assim, essa concepção biológica acabou pouco considerando a construção social dos gêneros.

### 1.3 GÊNERO FEMININO E SAÚDE

A promoção da saúde é vista como o resultado do desenvolvimento e de ampliação de pensamento e do direito do ser humano em poder fazer parte do processo de cuidado com a

própria vida. Definir, então, a promoção da saúde da mulher no SUS, diante das desigualdades entre homens e mulheres, é uma questão que percorre muitos caminhos, e perpassa na luta feminista pela igualdade de direitos, nas inúmeras fases de submissão e principalmente na visão unilateral a respeito da reprodução humana, nos momentos em que as mulheres são vistas apenas como mães criadoras e protetoras do lar. A discussão acontecerá, portanto, sobre o gênero feminino e os desafios das mulheres, que vão desde as conquistas sociais em todos os campos até a constitucionalização da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”. A questão do gênero feminino pode ser pensada através da construção de identidade do sujeito incorporado na sociedade, tanto que Hall (2005) destaca que a identificação é dada a partir do reconhecimento de alguma origem comum, ou de características que são partilhadas com outros grupos ou pessoas, ou então, partindo de um mesmo ideal, no caso, a mulher que se identifica em outras mulheres e se vêem participantes de uma sociedade. Segundo o autor a identidade é um processo que está sempre em construção, e pode até invocar uma origem trazida pelo passado histórico com o qual continua a manter certa correspondência, porém essa identidade tem mais a ver com a os recursos da história, da linguagem e da cultura, não para aquilo que nós somos, mas daquilo no qual nos tornamos. Para Hall (2005) as identidades são construídas dentro e fora do discurso que precisamos compreender e, além disso, elas fazem parte de um jogo de poder, e acabam sendo mais produto da marcação da diferença e da exclusão do que o signo de uma unidade idêntica. Portanto, o autor defende que a constituição de uma identidade social é sim um ato de poder e que essa constituição está sempre baseada no ato de excluir algo e de estabelecer uma violenta hierarquia entre dois pólos resultantes, como por exemplo, entre homens e mulheres.

Durante todos esses anos foram muitos os estudos para achar explicações ao que aconteciam com a identidade e a submissão das mulheres, inclusive no Brasil. Rohden (2008) revela que muitas pesquisas tentaram, por anos, provar o poder da fisiologia feminina e de como a vida das mulheres era indiscutivelmente governada pelas transformações hormonais

inerentes aos seus estados cíclicos e instáveis e que, por isso, as mulheres eram o foco mais freqüente nos discursos sobre esse corpo hormonal. De acordo com a autora, os estudiosos do século XIX diziam que a mulher seria governada pelos ciclos relacionados à reprodução, desde a puberdade, gravidez e amamentação até a menopausa. Por tanto, praticamente todo o comportamento feminino poderia ser explicado em função disso, inclusive o que era percebido como desordem. Rohden (2008) relata que os fenômenos como a tensão pré-menstrual (TPM) ou as transformações percebidas com a menopausa eram nomeados como as causas das diferentes formas de comportamento e que, além disso, os hormônios estariam na base das diferenças intelectuais entre homens e mulheres. Em certa época, associações passaram a ser feitas entre problemas nos órgãos genitais e perturbações mentais, levando muitas mulheres a serem obrigadas a retirarem seus úteros e ovários. Essa intervenção cirúrgica tornou-se um fato extremamente grave quando, em meados a década de 1930, o preconceito com as mulheres e os estudos sobre hormônios estavam sendo desmentido pelos dados atuais de pesquisas. Este fato foi contornado quando surgiu então uma nova especialidade médica, a endocrinologia. Essa nova especialidade ficou voltada para descobrir a real importância e definição dos hormônios no corpo humano e certamente esses eventos foram fundamentais na história da criação ou descoberta dos chamados hormônios sexuais. Nesse momento, o ovário foi convertido no órgão que condensa a feminilidade e capacita a mulher para a função reprodutiva, e com este aspecto, tornou-se imprescindível e a castração passou para segundo plano. Daí em diante, a apreciação da saúde da mulher teve como referência seus ovários.

Olhando por outro ângulo, Rohden (2008) explica que a história da pesquisa com os hormônios passou a ser também uma história pelo interesse no estudo dos comportamentos, em especial do que seria diferenciado em função dos sexos e dos gêneros. O julgamento pelo tipo de problema tratado com hormônios não eram restritas ou contidas apenas nos corpos femininos, mas que indicavam desajuste no comportamento e, num sentido mais amplo, as

desordens sociais. A partir de 1960, correntes feministas iniciaram a luta pela separação política entre o domínio do sexo e o que mais tarde seria chamado de gênero. Naquele momento era importante enfatizar os aspectos históricos e sociais e ignorar estrategicamente o domínio biológico. Pinto (*apud* EVANGELISTA, 2003) descreve que a mulher, nas últimas décadas, vem alavancando mudanças sociais ao levantar bandeiras como o direito ao voto e à eleição, a igualdade perante aos homens inclusive na questão salarial, a proteção contra abusos e assédios sexuais no ambiente de trabalho e/ou fora dele. Segundo o autor, o movimento feminista tem contribuído sistematicamente para tornar o Brasil um país mais democrático, superando sua origem autoritária. “Desde o fim do século passado até hoje, ao lutar por causas às vezes tomadas como laterais, o movimento contribui decisivamente para que os direitos daqueles que estão em posições sociais desfavoráveis sejam ampliados e respeitados” (PINTO *apud* EVANGELISTA, 2003, p.1).

A saúde está inserida nesse processo de redemocratização, juntamente com as lutas feministas por um Brasil mais igual, porém é possível perceber que apesar dos conceitos e ações de promoção da saúde estar cada vez mais inseridos nas políticas públicas, essa perspectiva ainda não tomou frente ao modelo biomédico, nem ao consistente método reprodutivo e de fertilidade na sociedade brasileira. O olhar para os princípios biológicos da mulher ignora outros aspectos da saúde feminina, o que reforça ainda mais a diferença do natural e não do social. Esses dados são comprovados através do site do Ministério da Saúde no qual a apresentação na página principal descreve que: “A área técnica de Saúde da Mulher é responsável pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras e população GLBTT”. Os planos estratégicos de ações e campanhas ganham destaque através do planejamento familiar, pré-natal, parto, mortalidade materna e climatério, e apesar do Ministério da Saúde teoricamente abranger todas as faces e preocupações com as

mulheres e seu bem-estar, a saúde reprodutiva se mantém claramente como foco do desenvolvimento feminino e, conseqüentemente, partindo do princípio do modelo clínico biomédico e não do modelo de promoção da saúde da mulher.

Embora o modelo biomédico ainda seja o grande centralizador, a política de promoção da saúde vem se fortalecendo através de ações, programas e faz uma convocação permanente à comunicação no sentido de utilizar seus veículos na difusão dos conteúdos de saúde. Castro (2004) explica que esta é uma leitura freqüente que o campo da saúde faz da comunicação, sendo como um instrumento difusor e divulgador linear de conteúdos, onde a promoção da saúde encontra um ambiente orientado para que a difusão das condutas e prescrições promotoras se realizem no corpo saudável, que não se encontra, necessariamente, nos serviços de saúde, pois não está inserido nos grupos de risco específicos aos quais são dirigidas as ações específicas de saúde. Para a autora o foco é o indivíduo saudável nas suas atividades do cotidiano, na qual a mensagem veiculada é para que se mantenha saudável para não adoecer, não tenho assim que recorrer aos serviços de saúde. Esses princípios estão presentes no que propõe o Ministério da Saúde para a saúde da mulher. Agora, é importante entender como esse processo de comunicação e saúde se dá nos espaços midiáticos, especificamente nos programas femininos de televisão, que paralelamente passaram a difundir a saúde com maior freqüência.

## **2 PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA TELEVISÃO BRASILEIRA**

### **2.1 HISTÓRICO DOS PROGRAMAS FEMININOS NA TELEVISÃO E A QUESTÃO DA SAÚDE**

Francisco de Assis Chateaubriand, o maior proprietário de empresas de comunicação na época, foi quem inaugurou, no ano de 1950, a primeira rede televisiva no país chamada Rede Tupi, em São Paulo. Por este feito, o Brasil foi declarado como o primeiro país da América Latina a possuir uma emissora de televisão, embora nos anos 50 apenas um grupo seleto de pessoas possuía um aparelho de TV, ao contrário de hoje que quase 90% da população brasileira têm um televisor em casa (OLIVEIRA, 2005). O feminino e a diversidade de gêneros também não ficaram de fora da programação midiática brasileira e que, desde a chegada da TV, as redes reservaram um espaço, nem que fosse pequeno, para a produção de programas dirigidos às mulheres, especialmente às donas de casa, assim como explica Pinheiro (2004). Porém, apesar de constituírem um gênero presente na TV desde as primeiras transmissões regulares e se destacarem por possuir um público com significativo poder de compra, a imprensa feminina não tinha e continua a não ter muito espaço como objeto de estudos científicos na área da comunicação, conforme afirma Temer (2005). Em contra partida o assunto é estimulante para a pesquisa, devido às articulações sociais, econômicas e culturais que estão implícitas em sua estruturação, além de construir um mercado de trabalho em permanente expansão. Trata-se de um termo que apresenta duas vias que é o jornalismo feito pelo sexo feminino e o jornalismo voltado para esse público (PERDIGÃO, 2009).

De acordo com Scofield (2007) no século XVIII as mulheres possuíam um caminho social pré-estabelecido, mas hoje a feminilidade se afasta de um sentido fixo e único, pois na atualidade, seu significado é experimentado, construído ou atualizado no cotidiano das mulheres, nos variados espaços da vida social, incluindo-se aí a mídia televisiva. A imprensa feminina pode ser definida hoje, como aquela em que “seu público alvo são as mulheres e

que, ainda, apresenta o microcosmo dos valores de cultura de massa: a afirmação da individualidade privada, o bem estar, o amor e a felicidade” (BUITONI, Ducília *apud* PERDIGÃO, 1990). Entretanto, antes dos programas femininos serem iniciados na televisão brasileira, uma proximidade de outra mídia com as mulheres já havia sido construída. A introdução de um esquema comercial de produtos destinados às mulheres apareceu em 1914, com a publicação da *Revista Feminina* em formato impresso, que trazia relatos de problemas sentimentais das leitoras, cartas e histórias de amor. Outras revistas com o nome *Cláudia* e *Capricho*, também da Editora Abril, logo chegaram às bancas e os assuntos tratados eram variados, indo de consultas jurídicas até orçamento doméstico, passando por saúde, moda e contos. Essas duas revistas circulam até hoje, foram importantes pelas suas consagrações e deram exemplo para que a TV assimilasse rapidamente sua fórmula impressa.

As chamadas revistas femininas foram elementos importantes para a democratização da moda e o surgimento da indústria do vestuário – antes um artesanato de luxo. Todos esses veículos, segundo Temer (2005), tinham em comum o fato de trazerem poesias, receitas culinárias e, na maior parte dos casos, um consultório sentimental. Buitoni (*apud* SCOFIELD, 2007) explica que, em 1928, o *Ladies' Magazine* consolidou o termo “magazine” oferecendo entretenimento, esclarecimento e serviço ao público. Pouco depois, novos temas como decoração, cuidados com os filhos, educação e outros assuntos ligados à vida cotidiana da família se incorporaram ao veículo. Aos poucos a vida prática foi invadindo as revistas e ganhando sofisticação, com capas coloridas contendo *closets* de artistas e matérias com moda de alto luxo e a conclusão disso foi que, por os programas na televisão voltados para as mulheres seguirem estruturalmente o formato impresso das publicações femininas, recebendo, portanto o nome de revista eletrônica televisiva, ou magazine, uma referência à palavra “revista” em inglês, por tratarem basicamente do mesmo assunto e por dar o mesmo foco.

O conceito de revista feminina na televisão perpassa por outro caminho sobre a classificação de gênero, pois em uma ampla definição o conceito de gênero indica “modos

culturalmente estabelecidos e reconhecíveis de comunicação, funcionando no interior de determinados grupos sociais ou comunidades lingüísticas” (WOLF *apud* TEMER, 2005, p.169). O gênero ajuda a interpretar a mídia, pois são lugares aceitos pelo telespectador a partir da formulação do produtor e pode ser classificado como uma declaração das intenções da construção de um horizonte de expectativas, ou seja, gêneros são blocos de intencionalidade em que, por sua vez, englobam um conjunto de formatos, conforme explica Temer (2005). As Revistas Femininas são classificadas, portanto, dentro da categoria entretenimento independente do formato ou segmento.

Os programas-magazines são, pois, por sua constituição, considerados redes discursivas, visto que mobilizam várias esferas de enunciação e representam unidades abertas de cultura. Também permitem a conexão com a idéia de que eles (os gêneros) são uma forma particular de ver o mundo, de consubstanciar visões de mundo ultrapassando a barreira do tempo (MACHADO *apud* PINHEIRO, 2004, p. 54).

O primeiro programa feminino televisivos teve justamente o nome de *Revista Feminina*, apresentado por Lolita Rios e *No mundo feminino*, com Maria de Lourdes Lebert, todos no início dos anos 50. Segundo Pinheiro (2006), em 1959, o *Clube do Lar*, um programa feminino da *TV Paulista*, apresentado por Regina Macedo, já tinha como propósito a veiculação de atrações diversas, desde culinária a indicações de filmes, livros e peças teatrais. Já era um diferencial no programa os quadros de entrevistas com pessoas famosas e os de cursos de artesanato. Já na década de 1960 a televisão passou a ser utilizada como instrumento de educação doméstica e higiênica para as mulheres (PINHEIRO, 2004). Nos anos 70, mais especificamente em 1973, surgia uma novidade que marcou a história dos programas femininos, em que o programa *Forno e Fogão*, produzido pela TV Tupi e centrado na culinária, incluiu em sua grade de apresentadores um homem, o ator Otelo Zeloni, que juntamente com a atriz Glória Stefannini ficaram responsáveis pelo programa.

Muitas outras emissoras seguiram a linha feminista de programas, assim como a TV Bandeirantes que se tornou um marco, em 1980, com as produções dirigidas para o público

feminino, especialmente para as mulheres de classe média e da pequena burguesia. Com novo formato o programa tinha uma postura de tribuna em defesa da mulher por apresentar denúncias sociais e prestação de serviços, ao lado de alguns outros temas como moda, músicas e entrevistas. A Rede Globo não ficou atrás e também, nos anos 80, iniciou o programa *TV Mulher*, cujo objetivo era apresentar temas pouco convencionais para o padrão de programas voltados para o público feminino da época. Segundo Pinheiro (2006) o *TV Mulher* tinha quatro horas de duração, trazia diversos quadros de entretenimento, tendo como diferencial um quadro de notícias apresentado por Marília Gabriela, que era responsável pela leitura das notícias do dia, enquanto Ney Gonçalves Dias realizava a tradução e explicação dessas notícias para as telespectadoras. Além dessas atrações, outra prestação de serviço no programa foi o início da discussão sobre sexualidade feminina, trazida para dentro do programa pela sexóloga Marta Suplicy. O objetivo do programa foi abrir um espaço para a telespectadora no horário da manhã e também romper com os padrões tradicionais desse gênero, embora tenha se mantido estruturado como um produto midiático que considera a mulher menos capaz em relação aos homens na interpretação e análise de certos temas.

No final dos anos 80, como explica a autora, os programas não se restringiam mais apenas aos problemas domésticos e pessoais, pois foram ampliadas as discussões para assuntos como os direitos da mulher, o posicionamento feminino na sociedade e a mulher como profissional. Na década de 90, os programas passaram a ser mais centrados na culinária, seguindo com a inovação de discussão sobre o universo feminino como um todo. A partir da década de 2000 os programas continuaram abrangentes e com o mesmo formato conquistado, porém passou a preocupar-se também em entrevistar profissionais especializados (médicos, advogados, educadores) para o esclarecimento de dúvidas e informação que contribuem para o dia-a-dia da mulher. Quanto às apresentadoras, Pinheiro (2006) analisa que elas procuram traçar um perfil específico, descrevendo-as como mulheres ágeis, modernas, liberadas, trabalhadoras, donas de casa, mães e (ex-) esposa, procurando representar um perfil que

retrata a mulher bem sucedida. Por sua vez, Natansohn (2005) considera que em 50 anos os magazines pouco mudaram o formato dos programas, logo que todos seguem praticamente o mesmo padrão: uma conversa simulada entre a apresentadora mulher com seu público, em que sempre fala do mundo artístico (geralmente fofocas sobre a vida íntima dos astros), culinária, artesanato, moda, beleza, em meio a um intenso *merchandising* e saúde.

Os formatos dos magazines femininos continuaram sendo basicamente os mesmos, pois realmente os quadros de moda, cultura, artesanato e principalmente culinária ainda fazem parte da grade dos programas, porém é necessário perceber que o papel da mulher na sociedade mudou e continua mudando, assim como os assuntos de seus interesses. Sabemos que o íbopo de audiência é um ponto fundamental para a sustentabilidade de uma programação e esse pode ser um dos motivos que levou os programas voltados para as mulheres a “adicionarem” e transformarem suas atrações com um perfil mais sofisticado, atualizado, com notícias de caráter jornalístico e principalmente de assuntos de interesse da esfera pública. Hoje, as mulheres querem sentir que fazem parte do processo de participação social e inclusão da sociedade que vê-las não mais apenas como a dona de casa submissa as decisões do marido. Ainda assim é interessante observar que os assuntos mais tradicionais não perderam espaço totalmente, porque apesar da mudança na sociedade a mulher ainda continua sendo a cuidadora do lar, do marido e dos filhos.

Oliveira (2005) comprova isso dizendo que desde a segunda metade do século XX, a televisão tem sido reconhecida como o meio de comunicação de massa que inseriu profundas mudanças de comportamento nas sociedades. Para a autora é inevitável negar o poder de influência exercido, porque a TV procura captar, construir, atualizar e exibir representações do mundo. Analisando os programas femininos de televisão, a autora relata que podemos perceber que os mesmos possuem importância econômica e simbólica, por serem grandes divulgadores de “estilos de vida” e atingem os potenciais consumidores da família, ou seja, as mulheres. A figura da apresentadora também passou a ser considerada essencial para este tipo

de gênero televisivo, pois significa que em todas as manhãs os telespectadores têm um encontro com uma amiga fiel, que oferece dicas variadas de como se vestir, cozinhar, costurar, cuidar da casa, da família, dos filhos, do corpo e do casamento.

Os meios de comunicação social, em especial a televisão, têm, assim, o poder de atuar na construção de realidades, por isso é preciso mostrar que o acesso à realidade construída, para grande número de pessoas, acontece via esses meios de comunicação e que os programas femininos, objeto de análise deste trabalho, são mais um dentre muitos programas televisivos que podem transformar uma realidade construída em uma realidade incontestável. (OLIVEIRA, 2005, p.44)

Ao contrário de passivas ou alienadas, Scofield (2007) relata que as telespectadoras no século XX passaram a ser percebidas aqui como pessoas que ocupam um espaço de negociação entre as representações constituídas pelo programa e aquelas produzidas por elas. Algumas pesquisas culturais feministas começaram a ser realizadas a partir dos anos 70, a princípio voltada para a subordinação cultural da mulher. Porém, essas pesquisas serviram para dar início a outras mais atuais como, por exemplo, a que aponta que as mulheres se fundamentavam na solidão, que seu círculo de amizades diminuiu depois do casamento e que a televisão e o rádio eram os únicos relacionamentos que tinham com o mundo exterior (HOBSON *apud* SCOFIELD, 2007). Analisando por este lado Natansohn (2005) define que durante as manhãs e as primeiras horas da tarde, as emissões televisivas são praticamente monopolizadas pelos programas femininos. Além de tentar seguir os padrões das revistas impressas, esses programas procuram, ainda, ter mesmo um formato parecido com o do rádio para que as telespectadoras possam ocupar-se dos afazeres domésticos e apenas ouvir o áudio, pois a imagem raramente é imprescindível, sendo bem explorado o carisma das apresentadoras.

Scofield (2007) explica que, em certo momento da história midiática, a atenção dos estudos feministas acabou ficando voltada para a televisão numa das investigações pioneiras sobre a telenovela *The Search of Tomorrow* do *Today's Soap Opera*, no qual Tânia Modleski (1979) escreveu um texto inovador para a época, falando do enorme potencial para a fantasia

que esse formato televisivo trazia às telespectadoras. A novela, em sua narrativa múltipla, é capaz de aliviar ansiedades reais e indicar saídas para as inconformidades femininas, mesmo não questionando a hegemonia masculina, assim como defende a autora. Foi concluído então que ambos os sexos vêem os programas de auditório, mas são as espectadoras que não trabalham fora de casa que normalmente ligam a televisão durante o dia. Esses dados só confirmaram, e certamente foram considerados, para a importância e o investimento tido com os programas femininos desde o início da mídia televisiva. Galperin (1993) cita em sua obra que a essa altura é comum que alguns tipos de programas de televisão sejam sexualmente definidos e específicos para cada gênero.

Na sociedade as transformações das mulheres são visíveis, pois elas conquistaram maior poder de expressão em relação a quatro décadas atrás e que os magazines femininos se atualizaram e se organizaram de modos diferentes, para acompanhar as devidas mudanças (PINHEIRO *et al*, 2006). Os programas atuais se dizem orientados pela fórmula de cultura, informação, entretenimento e prestação de serviços ou assuntos de interesse geral, por tanto essa característica só vem confirmar a classificação desses programas como revistas femininas de televisão, que trabalham com os mais diversos assuntos e temas do universo da mulher, possui origem das características de revista feminina impressa e que perpassa pela questão fundamental que são as diferenças de gêneros, pois segundo Temer (2005) o que favoreceu para este processo foi o crescimento das indústrias relacionadas à mulher, a ampliação da classe média e o crescimento do mercado interno fortalecem o poder de vendas dos veículos voltados para o público feminino. Segundo a autora, nessa altura o rádio já se consagrava como um veículo de prestígio e assim como a recém chegada televisão, começava a utilizar as fórmulas consagradas pelas revistas para veicular programas destinados ao público feminino. Para nortear a discussão sobre o assunto é importante analisarmos que houve uma mudança no modo de fazer televisão, pois com o aumento de concorrência e disponibilidade de canais existentes hoje o objetivo das programações midiáticas de TV é de procurar prender a atenção

do telespectador de alguma forma com que ele não mude de canal, inclusive se focar o conteúdo na questão do entretenimento e da informação, principalmente as mais atualizadas possíveis. Pois bem, assim entramos na reflexão sobre o *Infotainment*, que transformou as características de entretenimento, abrangendo principalmente os programas femininos que trabalham neste caso com essa perspectiva, ou seja, programas que possuem várias formas de entretenimento e programas que não são jornalísticos, porém adotam estratégias do jornalismo

Gomes (2009) explica que *Infotainment* é o embaralhamento de fronteiras entre informação e entretenimento, definido como que boa parte da energia produtiva de profissionais ou investigadores ligados de algum modo à cultura midiática tem sido ocupada por esse neologismo, embora a relação entre informação e entretenimento não seja totalmente uma novidade, o debate sobre a evolução dos processos midiáticos foi criado a partir de certa expressão. A discussão na área da comunicação sobre o *infotainment* concentra-se em dois enfoques: o primeiro é dos estudiosos em comunicação e política que perguntam sobre os efeitos nesse novo segmento sobre a esfera pública, sobre os processos de democratização, participação, formação do cidadão e da participação política. Já os estudiosos em jornalismo inquietam-se com as conseqüências das grandes mudanças econômicas, tecnológicas e que regulam o campo midiático sobre a produção, difusão e consumo das notícias.

Para finalizar, Gomes (2009) relata que devemos avaliar as condições de considerar o *infotainment* como um novo gênero televisivo. Os gêneros serão formas reconhecidas socialmente a partir das quais os produtores e telespectadores se localizam em relação ao conjunto da produção televisiva. A autora cita Barbero (1995) que classifica esse gênero como “uma estratégia de comunicação, ligada profundamente aos vários universos culturais” e apresenta alguns exemplos de *infotainment* como os programas de investigação sobre crimes, programas de dramatização da vida cotidiana, programas que conjugam o debate de assuntos da atualidade, os que possuem várias formas de entretenimento, programas que não são jornalísticos, porém adotam estratégias do jornalismo e, por fim, os programas chamados

*soft journalism*, que se trata de programas jornalísticos que esvaziam os conteúdos de política e economia e aumentam os assuntos sobre celebridades, crimes, beleza e saúde.

Uma evidência é de que a televisão, na forma como se apresenta hoje no Brasil, se apropria do tema saúde e doença, produzindo uma programação mais voltada a entreter do que informar, e o que faz com alguma sintonia dos receptores, que acompanham voluntariamente esses programas, não como um compromisso, mas como uma atividade de lazer. (RONDELLI, 1995, p. 46)

Pinheiro (2006) observa que hoje o espaço destinado à culinária e à saúde, em geral, passou a ser maior que o espaço destinado ao enfoque de outros temas e Rondelli (1995) ressalta em sua obra que por a saúde, a doença e o corpo serem considerados objetos da construção social, ganharam maior espaço principalmente na grande mídia e explica, ainda, que é difícil identificar um comportamento homogêneo da mídia em relação à saúde, por o assunto está dividido em vários tipos de veiculação e em diversos níveis. A que se aproxima com a abordagem dos programas femininos é que se refere sobre as publicações produzidas por jornalistas, a partir da consulta a fontes especializadas, que são capazes de “traduzir” para o grande público as mais diversas informações sobre a saúde. É possível observar que a mídia em relação à saúde, inclusive a televisão, trabalha com a chamada consulta médica à distância, o que reforça ainda mais os aspectos de auto cuidado e identificação com o outro. Nos programas midiáticos é comum obter informações sobre a saúde através de um médico ou especialista em alguma área da saúde, que se coloca num lugar de credibilidade e oferece conhecimento para os leigos, neste caso o telespectador, que por sua vez desenvolve o sentido de confiança com o profissional e se espelha nos exemplos utilizados de forma abrangente pela programação. Essa ideia de medicina e consulta a distância é chamada de tele-medicina e tele-saúde, em que o termo *tele* não vem necessariamente de televisão, mas sim de deslocamento e distanciamento do médico para com o cidadão, em que através de diversos meios de comunicação tem a possibilidade de oferecer “atendimento”, mesmo sem estar presente. Os meios utilizados para tal procedimento podem ser, por exemplo, a internet, canais telefônicos, rádio e televisão.

## 2.2 TELE-MEDICINA E TELE-SAÚDE

No segmento televisivo, os programas geralmente trabalham baseados em debates, em entrevistas que reúnem leigos, especialistas, um apresentador e o público para falar dos mais diversos assuntos de interesse público. Rondelli (1995) explica que por muitas vezes a saúde é tema central, pois estamos diante da valorização do discurso sobre o corpo, em que este aparece como elemento importante de investimentos de consumo, mas não apenas a respeito do que podemos utilizar sobre o corpo como roupas, por exemplo, mas também aquilo que podemos aprimorar no corpo que fatalmente envelhece com o tempo e que precisa ser mantido sempre em boa forma. Esse discurso é construído pelos saberes do campo médico, que acabaram encontrando na mídia o seu lugar de divulgação, amplificação e repercussão. Com a conquista de espaço sobre a saúde e a presença do médico cada vez mais forte nos programas televisivos, outro modelo de atendimento à saúde surgiu a partir da década de 70, a chamada tele-medicina. Urtiga (2004) relata que esse termo surgiu primeiramente a partir da necessidade de melhorar o atendimento médico nas áreas rurais dos Estados Unidos (EUA), em que os médicos ao invés de se moverem de um hospital ao outro, poderiam “examinar” os pacientes sem precisar se deslocar. Foi criado, então, um projeto inicial no Hospital Geral de Boston, em Massachusetts, e que em meio às facilidades de acesso aos recursos tecnológicos e, associada a ideias inovadoras em medicina, acabou surgindo um novo campo de pesquisa que reúne as áreas de Telecomunicação, Ciência da Computação e Saúde.

A tele-medicina, de acordo com a autora, passou a despertar o interesse de algumas instituições vinculadas à área da saúde como uma maneira de estender e ampliar os serviços dos centros desenvolvidos para áreas geograficamente distantes, que não possuíam atendimento médico especializado. Após este processo de amplificação dos atendimentos, o modelo criou a possibilidade de realizar remotamente alguns exames, consultas e até cirurgias, dando maior acesso também à educação e à pesquisa médica, para estudantes e

médicos. A tele-medicina não possui uma definição universalmente estabelecida, assim como muitas tecnologias emergentes. Segundo Urtiga (2004, p. 1), a Organização Mundial de Saúde define a tele-medicina como: “a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico. Tais serviços são providos por profissionais da área de saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de provedores de cuidados com a saúde, assim como para fins de pesquisa e avaliações. O objetivo primeiro é melhorar a saúde das pessoas e de suas comunidades”.

Dentro do contexto da tele-medicina é importante citar outros termos que são a telemática e tele-saúde. De forma geral, a telemática (telecomunicação+informática) é a utilização dos serviços de saúde à distância, para a promoção de saúde, controle de doenças, instrução ao paciente ou comunidade, entre outras funções. Já o termo tele-saúde é utilizado quando a telemática está orientada ao campo da gestão da saúde pública, e a tele-medicina quando orientada aos aspectos clínicos. Urtiga (2004) adverte em sua obra que a tele-medicina, apesar de ser uma diferente forma presencial de interação entre paciente e médico, deve partir dos princípios éticos estabelecidos de maneira que possa ser aplicada e respeitada pelos profissionais que se dispõem a utilizar esta prática e, ainda, a ética que está sujeita mundialmente a profissão médica, jamais deve ser comprometida.

Castiel (2003) cita Wootton (2000) que considera o termo “tele-medicina” como um leque de significados, que engloba qualquer atividade médica envolvendo um elemento distante. O autor explica que diante deste grau de generalidade, um tradicional telefonema entre médico e paciente pode se abrigar sob este conceito de tele-medicina e com o tempo e com as novas tecnologias foram aparecendo outros termos, que visam melhor definir o campo: tele-saúde (*telehealth*) e, mais recentemente, saúde on-line e a e-saúde (*ehealth*). Para Natansohn (2004) a tele-medicina e a tele-saúde podem hoje ser entendidas também como os saberes médicos transmitidos pela mídia televisiva à respeito da saúde da população. O corpo,

as doenças e os cuidados com a saúde passaram a ser temas recorrentes na televisão, tentando estabelecer o que é sadio e o que é doentio, junto a outros meios, em diversas instituições da vida moderna.

Para a autora o diálogo sobre saúde na TV possui uma interface com no mínimo quatro saberes: o do leigo que é representado pela pessoa que procura explicação de um especialista; o do meio televisivo em que a discussão será mediada pelo apresentador e que depende do “dizível audiovisual”; do especialista que referencia o campo científico e vem do saber médico com a pretensão de diagnosticar doenças e, por fim, da produção e das propostas do programa que vem direto dos expectadores reais que assistem a atração. Segundo relata Natansohn (2004), os saberes constituem lugares partindo dos quais podem se estabelecer as interações comunicativas, de acordo com a imagem que cada um tem de si mesmo e do outro, do seu saber e poder e também do saber e poder do(s) outro(s). Uma reflexão de valor é que apesar de todos os personagens do processo de comunicação, a televisão é que parece que fala por todos em nome de todos.

É importante perceber que nem o discurso da televisão (do programa) é equivalente ao discurso do médico, nem este é equivalente ao da ciência. O discurso do médico, aqui, está mediado pelas regras do dizer televisivo, que operam no sentido de traduzir o aspecto especializado do saber médico-científico, naturalizar (e reforçar) sua dimensão pragmática (se aconselha e orienta), reforçar sua legitimidade e moderar sua conflitividade. (NATANSOHN *et al*, 2004, p.12)

A expressão tele-consultas trata-se de uma mediação e uma ligação entre um espaço não midiático (a prática e os saberes médicos) e um midiático, geralmente pela televisão, rádios e revistas. Além desse aspecto, é importante distinguir o discurso médico na TV com o discurso da ciência, pois este último só ganha credibilidade científica no campo de concorrência por meio de congressos e revistas especializadas e que, por outro lado, o discurso médico é uma junção dos saberes científicos e das práticas clínicas, mas que nem sempre são convalidados pelo campo científico e acadêmico. O lugar do público, diante dos discursos médicos na mídia televisiva, é sempre o lugar daquele que “não sabe” alguma coisa

sobre a saúde do corpo e daquele que “não pode pagar” por uma consulta na medicina privada.

Para Natansohn (2004), as orientações sobre saúde nos programas televisivos geralmente são pautadas em uma linguagem simples e esclarecedora, com a pretensão de fazer com que os telespectadores saibam como funciona seu corpo e que conheçam os sinais e sintomas dele a partir das palavras e do conhecimento especializado, ou seja, da palavra do médico. A autora ressalta, porém, que a prática médica televisiva não deve ser confundida com a medicina tradicional, pois ela possui outras qualidades, outro estatuto: trata-se de uma prática textual polifônica, realizada através dos recursos típicos da linguagem audiovisual para legitimar as falas dos profissionais, na qual participam várias vozes como a de apresentadores, médicos, produção e telespectadores.

Um aspecto relevante dentro do contexto médico-televisivo é a prática do auto cuidado. Castiel (2002) cita Ferreira (1999) que diz que essa prática é difundida na caracterização do profissional de saúde em incentivar o telespectador com o cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação. Porém, as boas intenções com a prática do auto cuidado parece incidir nas políticas de saúde produzidas por organismos internacionais que enfatizam a autonomia, sendo este um traço marcante do individualismo do Ocidente, ou seja, tanto a promoção da saúde como a epidemiologia lhe serve de suporte e produzem uma reorganização da medicina moderna que assume novos formatos.

Para o autor, o auto cuidado se caracteriza por formas diversificadas de auto construir-se saudavelmente através de atividades físicas dirigidas para: evitação de riscos (cardiovasculares, por exemplo); aspectos estéticos (voltados para a produção de aparências pessoais de beleza e atratividade corporal, perceptíveis por expressões populares como sarado/a); funções reabilitatórias (para os muito obesos ou de meia-idade que buscam se sentir mais bem-dispostos) e relativas a desempenhos (competições atléticas, amadoras ou não). Castiel (2002) explica que foram analisados diferentes sentidos nas formas como profissionais

especializados empregam ideias e concepções sobre o bem-estar físico e que o comportamento passou a ser o aspecto mais marcante na questão do auto cuidado, traduzidos através dos direcionamentos da promoção à saúde e vida saudável e da proteção e prevenção das doenças. Isso, segundo o autor, acontece no caso em questão visando, através do uso do “poder” profissional, à boa saúde ou melhoria da mesma, conquistada, portanto pela evitação de riscos que a comprometam. As relações de poder e de saber entre médico e pacientes estão longe de ser esquematizáveis, porque mesmo que o médico não assuma uma postura dominante o conhecimento do profissional se baseia em imagens, símbolos, ritos da ciência cuja mitologia constrói a ideia do poder de se aproximar e, eventualmente, evidenciar as verdades.

Castiel (2002) atenta, ainda, a respeito das informações sobre saúde que apresentam aspectos relativos às dimensões socioculturais e educacionais para decisões e informações da população. Para o autor é preciso refletir quais são os conteúdos básicos de epidemiologia e de estatística necessários para os indivíduos decidirem racionalmente sobre medidas de auto cuidado, tais como dieta, exercício e não-tabagismo e, ainda, se essas decisões devem partir de evidências reais. Estas duas questões podem ser essencialmente pensadas, mas talvez não suficientes, se for levado em conta às dimensões não racionais que habitam os seres humanos.

O auto cuidado cruza linhas com a medicalização social e para Barros (2002) o modelo biomédico atua como aprofundamento no conhecimento dos “pedaços” do organismo e, por isso foram desenvolvidas as super e sub-especializações de áreas específicas, desbancando o antigo clínico geral. Os médicos especialistas olham o paciente através de uma parte do corpo e não como um todo, logo a medicalização acabou sendo fundamental desse modelo biomédico. O autor ressalta que a hipervalorização das funções dos medicamentos pode desempenhar uma dependência pela qual se crê que, para todo e qualquer problema, independentemente de sua gravidade ou causa, haverá uma pílula salvadora. Barros (2002) afirma que foi criada uma verdadeira "cultura da pílula", com alto grau de consumo,

prescritos ou não por médicos. Vargas (2010) explica que a mídia, incluindo a internet, por meio da divulgação das representações sociais sobre reprodução, apresenta sinais de uma forte valorização da maternidade nos dias atuais. Desta forma, a difusão das informações, principalmente de médicos, nos diversos meios de comunicação é considerada elemento que se soma ao processo de medicalização social construído na história, reforçando cada vez mais a reprodução como tema principal sobre a saúde da mulher.

Barros (2002) explica que a medicalização pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos da sociedade às grandes ofertas de serviços e bens de ordem médio-assistencial, tendo seu consumo cada vez mais intenso. A medicalização sofreu impacto a partir da revolução industrial, em que o capitalismo transformou tudo em mercadoria para produzir fundamentalmente lucros. Foi iniciado, então, o “complexo médico industrial” impulsionando a mercantilização da medicina e trazendo todos os malefícios decorrentes, inclusive o acesso não equânime e universal como pede hoje os princípios do SUS, o que impulsionou mais ainda as desigualdades de renda, de bens e serviços na sociedade. O pesquisador ressalta que, com a medicalização, as pessoas ao tomarem um remédio querem que este interfira sobre os sintomas ou sinais da doença, que é o signo da fragilidade humana. Por esta fragilidade, a ilusão que se firma é de que, mesmo aparentemente os medicamentos estão atuando sobre as pessoas e com isso dominando-as, ou seja, dentro da representação do processo saúde-doença, a relação médico-paciente remete, então, ao caráter de domínio sobre o outro.

Em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um 'remédio' oferecido pela ciência, os antigos instrumentos de dominação mágica do mundo foram substituídos por objetos técnicos. Tal como ressalta Dupuy & Karsenty (1980), em virtude das funções atribuídas aos fármacos, a expectativa é de que os mesmos tragam algum conforto moral, diminuam a sensação de insegurança, aliviem a angústia, preencham vazios, em suma, ajudem a viver. (BARROS, 2002, p. 12)

Segundo Natansohn (2005), após séculos de atitudes disciplinares e de controle, parece haver atualmente uma reivindicação do corpo, em que a mídia possui papel importante

nesta mudança. A difusão das fantasias modernas passou a ser constante, sendo esta a causa dos cuidados quase obsessivos com a saúde, a beleza e o corpo, principalmente das mulheres, o que constituiu, com isso, temas recorrentes na televisão brasileira. A autora ressalta que quando se trata de corpo feminino os imperativos estéticos ganharam força e se tornaram verdadeiras paranóias para corrigir imperfeições corporais junto a aparelhagens multidisciplinares como dietas, cirurgias, ginásticas e diversas outras medidas para moldar o corpo. Porém, mesmo com as preocupações estéticas, a sexualidade feminina e a reprodução continuam se destacando como os principais focos da mídia e por isso a maciça presença de especialistas na telas da TV. Os principais temas que são ditos “pilares” da discussão sobre saúde na televisão, de acordo com Natansohn (2005), são a menstruação e seu atraso, a contracepção, o parto, os hormônios, a menopausa, a tensão pré-menstrual e os transtornos e doenças vinculados ao aparelho reprodutor e sexual. Esses temas, por fim, acabam sustentando ainda mais as diferenças de gêneros e subordinação feminina, apesar das evoluções neste sentido, pois com certeza não é difícil observar uma estreita relação entre a concepção dos cuidados da saúde feminina elaborados pelas narrativas televisivas e as representações midiáticas dos atributos de gênero.

Quanto ao discurso da mídia, a autora explica que quando se fala das mulheres e para as mulheres o discurso sobre a corporalidade parece tomar rumos precisos, que aparece servir de âncora da mulher no mundo, a sua razão de ser para si própria e para o outro e, principalmente, para o desejo do outro. Essa lógica é o que fundamenta e orienta o discurso midiático, perceptíveis principalmente nos programas femininos, onde médicos especialistas falam de tudo aquilo que falta ou sobra na insubordinada fisiologia feminina. Natansohn (2005) diz que a medicina prescreve, explica e ensina às mulheres também através da televisão, que denomina a chamada “ordem médica” como um conjunto de práticas, saberes, discursos e instituições e possui como preocupação principal a doença, suas causas, seu combate a prevenção na ciência oriental.

Diante desses shows de consultas, as demandas de saúde enchem as caixas de mensagens dos tele-médicos, pois os profissionais acabam tendo visibilidade e opinando sobre tudo e todas. A autora ressalta que é perceptível encontrar muitas marcas, tabus e mitos patriarcais que acompanham o corpo feminino durante toda a sua história, entre eles os conflitos de gêneros presentes na simbologia da mulher e as transformações ao redor dos costumes e regras sociais. Natansohn (2005) destaca a menstruação como tema constante na tele-medicina e que neste aspecto existe grande luta sobre o poder simbólico sobre o ciclo menstrual da mulher. O problema é que a maioria das representações têm sido negativas para as mulheres, pois os movimentos feministas têm desenvolvido exaustivas discussões sobre a maternidade e a gravidez, que são usadas para reproduzir e reafirmar ainda mais a subordinação feminina.

Qualquer manifestação de autonomia, de poder ou de desejos femininos é banida no discurso dos tele-médicos e substituída por um desejo superior, o da natureza. Afinal, o que é o natural no contexto do mundo humano? Os avanços tecnológicos (da biogenética, especialmente) desencantam ainda mais o mundo natural. O natural deixa de ser o oposto ao cultural, porque a natureza torna-se produto do ser humano, objeto de intervenção; perde suas qualidades independentes. (NATANSOHN, 2005, p. 297)

Segundo Natansohn (2005), nas últimas décadas ocorreu um desenvolvimento impressionante dessas ciências sobre o corpo da mulher, especialmente nos aspectos reprodutivos, tais como a contracepção e a fertilização. A luta feminista pretende recuperar as experiências corporais desprezadas pelo sistema patriarcal, tentando levar para o lado positivo aquilo que sempre foi representado como a sujeira e o medo, e tentando recuperar, ainda, a subjetividade perdida no discurso cartesiano da ciência moderna, no qual o corpo é uma máquina e o corpo feminino, uma máquina imperfeita.

De acordo com a autora o discurso do tele-médico está mediado pelas regras do dizer televisivo, que procuram traduzir o saber especializado do médico-científico, naturalizar (e reforçar) sua ideologia, reforçar sua legitimidade e moderar sua área de conflitos. Essas práticas discursivas na televisão sobre saúde são tão políticas quanto pedagógicas, por isso

elas perpassam pelas obrigações sociais, além de ter o poder de transmitir aos telespectadores a segurança e a confiança, tanto nos instrumentos científicos como nos atores e donos do saber, que no caso são os médicos. As tele-consultas médicas na televisão não podem ser vistas só como meras novidades para aumentar Ibope e anunciantes, pois necessitam ser estilizações midiáticas do social, que transpõem as desiguais relações de poder (genéricas e de classe). Elas nos defrontam, ainda, com as desiguais oportunidades que a sociedade tem no acesso à saúde e na produção e difusão de vozes alternativas. Todos esses fatores levam a televisão a produzir e desenvolver uma concepção diferente de algumas políticas e ações de saúde, como é o caso da política de promoção da saúde, na qual é idealizada pelo SUS e, de certa maneira, é trabalhado de outra forma nos programas femininos, especificamente no *Mais Você*.

### 2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS E NA TELEVISÃO

Como já discutimos no primeiro capítulo, nos últimos anos o cuidado com a vida tornou-se ainda mais importante, o que influenciou o Ministério da Saúde a desenvolver um novo modelo que fosse possível reduzir as chances de adoecimento da população, chamado de “promoção da saúde”. A idealização deste modelo promocional é de que o cidadão tenha cuidado não apenas com a doença, mas também com a qualidade de vida, por isso o Ministério da Saúde constitucionalizou, em 2006, a “Política Nacional de Promoção da Saúde”, com o objetivo de promover modos de bem estar e reduzir vulnerabilidade à saúde relacionada com o ato de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Xavier (2003) explica que o modelo de promoção da saúde foi influenciado pelo o ideal do SUS, existente desde a Reforma Sanitária, de que cada pessoa venha a tornar-se sujeito de sua própria saúde. Desde a época da reforma, a comunicação reconhece o papel de ser um dos mais importantes instrumentos de realização do ideal da autonomia do cidadão em relação à saúde, através dos saberes, práticas e processos

que ela venha a divulgar. Entretanto, segundo conta o autor, em meados da década de 80, houve um corte notável entre o que é chamado de “comunicação em saúde” e o que se poderia rotular indistintamente como “saúde na mídia”, pois são cenários distintos no qual cada um desses dois campos possui processos, práticas, pesquisas e diretrizes próprias, que implica em lugares de fala, público, objeto e finalidade específica.

Estas divergências acontecem nos veículos midiáticos, inclusive na televisão e principalmente a respeito da promoção da saúde e bem estar da população brasileira. A razão para tal “atrito” é que a TV diz trabalhar com o modelo promocional, porém diante dos discursos midiáticos é de fácil percepção que o que realmente acontece é a influência do modelo clínico, que perpassa pelas características da assistência biomédica, baseada na eficácia técnica do atendimento médico, orientado pelo diagnóstico-prescrição de medicamentos ou cirurgia, conforme explica Matos (2004). A causa para que isto aconteça é dada pela falta de tempo e, conseqüentemente, pelo esquecimento da fenomenologia humana e sua singularidade, da “consciência de si” dos profissionais da saúde.

Bydlowski (2004) desenvolveu um trabalho em que o objetivo é apontar e comentar as forças que podem estar agindo no sentido contrário à inserção e ao desenvolvimento da promoção da saúde. Dentre os motivos estão justamente o modelo biomédico, a estrutura dos relacionamentos, a estrutura do governo, os meios de comunicação e a própria cultura medicalizada da população, que em acredita que é tomando remédio que se resolvem os problemas físicos. Os meios de comunicação são enquadrados desta forma por ter hoje grande papel na determinação dos pensamentos e comportamentos dos indivíduos. É uma das instituições de manutenção da hegemonia, ou seja, dos valores e práticas da sociedade atual. A autora explica que hoje, nos meios de comunicação, a notícia é um produto vendido como mercadoria e as notícias sobre saúde não fogem a essa regra, além do fato de a própria saúde estar sendo vista como mercadoria, dependente do consumo de outros bens e serviços.

Essa forma de pensar a acaba por não favorecer o desenvolvimento dos processos da Promoção da Saúde no SUS, que pretende desenvolver a autonomia dos indivíduos. Pelo contrário, os veículos de comunicação distanciam-se dos problemas que realmente afligem a população por múltiplas causas. Bydlowski (2004) diz que atualmente o envolvimento real dos meios de comunicação com a promoção da saúde é praticamente nulo. “Em algumas situações, pode-se até dizer que estes se colocam contra certos pressupostos da promoção da saúde. Eles vêem a saúde apenas como ausência de doença e enfatizam o consumo de determinados produtos para a cura das doenças” (LEFÈVRE *apud* BYDLOWSKI *et al.*, 2004). Sendo assim a mídia reforça uma visão curativa e biomédica do processo saúde-doença, não propondo uma ação que dê conta das causas das doenças, como propõe a promoção da saúde, e sim incentiva uma “promoção” que pode parecer algo mercantil, algo muito similar à prevenção da saúde através da medicalização. A autora ressalta que a cooperação destes meios no sentido de valorizar o ser humano como cidadão seria extremamente importante a modo de que facilitaria a introdução de relacionamentos menos opressivos na sociedade, informações menos tendenciosas, isto é, não colocar o consumo como objetivo principal da informação e sim um conjunto de mudanças que poderiam colaborar com a obtenção de melhores condições de vida e de saúde.

Quando falamos em veículos midiáticos, nos referimos inclusive, e quase essencialmente à televisão, por este possuir uma forte aproximação e audiência do público. Os programas femininos estão inclusos neste caso e talvez até mais que um simples telejornal, pois interage mais com a telespectadora e geralmente exhibi longas matérias e discussões sobre os assuntos, até mesmo os de saúde. Entre estes programas está o *Mais Você* que, de acordo com Maia (*apud* PERDIGÃO, 2009), pode ser considerado afluente de todos os programas voltados para o público feminino, produzidos desde o lançamento da televisão no Brasil, mas em especial do *TV Mulher*, exibido pela Rede Globo, entre 1980 e 1986.

### 3 PROGRAMA “MAIS VOCÊ” E OS TEMAS DA SAÚDE

#### 3.1 HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DO FORMATO DO PROGRAMA

O objeto de estudo deste trabalho é especificamente o programa *Mais Você* que, pelo próprio nome, o conjunto de material exibido, o perfil do telespectador e pela caracterização geral, pode ser classificado como Revista Feminina para a Televisão, na qual disponibilizam dados importantes para o entendimento dos costumes sociais e para que se construam alguns significados comuns à figura da mulher. O programa estreou na Rede Globo no dia 18 de outubro de 1999, comandado pela apresentadora Ana Maria Braga e com a participação indispensável do boneco, em forma de papagaio, chamado Louro José. Como relata Henriques (2003), no início o *Mais Você* foi exibido de segunda a sexta-feira, ao vivo, às 14 horas, porém na época o programa começou a perder audiência para o seriado mexicano *Chaves*, exibido pelo SBT. Por causa da veiculação da Propaganda Eleitoral Gratuita, no ano de 2000, o programa *Mais Você* realizou sua primeira mudança de horário, passando a ser exibido às 11 horas, o que continuou não dando resultados positivos, pois eram contabilizando baixos pontos no Ibope, o que fez programa feminino ser retirado do ar no final do mesmo ano, com a proposta de reformulação. Só então no dia 26 de março de 2001, o *Mais Você* voltou a ser exibido pela Rede Globo, em um novo horário, às oito horas da manhã, dirigido por Marlene Mattos e com 30 minutos a mais na programação. O retorno vinha com o objetivo de atingir toda a família, porém a mulher continuava sendo o foco “principal”.

Temer (2006) explica que com a decepcionante audiência do programa, a apresentadora Ana Maria Braga enfrentou o problema em uma “conversa” dirigida aos telespectadores, assumindo ao vivo que nem tudo estava correndo conforme o esperado e, por isso, tantas mudanças de horário. A justificativa encontrada por profissionais da área era que o estilo adotado pela direção, marcado pela fria eficiência do chamado “padrão Globo de qualidade”, estava afastando a apresentadora do seu público mais acostumado ao tom popularesco em que ela utilizava no seu programa anterior, o *Note e Anote* da Rede Record.

Henriques (2003) relata que para muitos autores o programa *Mais Você* foi mesmo resultado do sucesso do *Note e Anote*, no início da década de 1990. O programa feminino da Rede Record era adaptado a um modelo que se tornou um marco entre os programas da mesma categoria, por trazer receitas simples para serem feitas pela própria dona de casa e pela linguagem da apresentadora ser extremamente fácil, trazendo simplicidade e grande carisma, conforme explica Temer (2005). A autora ainda diz que esses problemas aconteceram porque a Rede Globo acabou enquadrando as características de programas populares ao seu esquema de produção, mais limpo, mais esquematizado e, com isso, acabou descaracterizando-os.

Os índices de audiência do programa só se estabilizaram em 2002 e, há quase dez anos no mesmo horário, parece que a o *Mais Você* conseguiu, enfim, adaptar ao eixo da identidade da Rede Globo e alcançar maior intimidade com o público, continuando com o carisma de sempre de Ana Maria Braga, que tenta passar a imagem de um novo “modelo” de mulher de classe média e média alta, moderna, elegante, experiente, bem resolvida, dona de casa, boa mãe e esposa, porém uma mulher que é também atendida e preocupada com acontecimentos atuais, sempre simulando uma conversa descontraída. De acordo com Temer (2006), a apresentadora nasceu em São Joaquim da Barra, no interior de São Paulo, e estudou em internatos até se formar como bióloga pela Universidade de São Paulo, em São José do Rio Preto. Lá foi onde ela iniciou sua carreira como apresentadora de um telejornal local, na TV Rio Preto, em 1973 e, após essa experiência, foi repórter da TV Bandeirantes e apresentou também o programa feminino *E Agora, Boa Tarde*, na extinta TV Tupi. Com o fim da emissora, Ana Maria Braga foi assessora de imprensa e diretora comercial das revistas femininas da Editora Abril e, apenas em 1992, a apresentadora volta ocupar lugar na televisão brasileira com o programa *Note e Anote*, que por sete anos dirigiu, produziu e apresentou na Rede Record. Segundo Temer (2006) o afastamento da Record e o convite feito para trabalhar na emissora de maior audiência do país não aconteceu por acaso. A explicação é que em 1997, o rosto de Ana Maria Braga foi o que mais apareceu na televisão brasileira: ao todo,

foram 24,5 horas no ar por semana. No mesmo ano, a apresentadora lançou seu primeiro livro de receitas, chamado *Receitas preferidas de Ana Maria Braga*, no qual ficou seis horas autografando mais de 600 exemplares.

A idéia do programa surgiu porque ela... “Queria falar com as mulheres que gostam de cozinhar e com as que não gostam de encostar a barriga no fogão de um jeito mais alegre. Pela minha formação profissional — fui diretora comercial de sete revistas femininas — eu conhecia bem o perfil da mulher que lia Nova, Capricho, Cláudia, Elle. Juntei a isso minha formação interiorana para falar com gente como minha tia, minha mãe”. (TEMER, 2006, p. 93)

Temer (2006) explica que o carisma ou a personalidade da apresentadora não diminui o trabalho a importância da produção ou mesmo da equipe que viabiliza o modelo televisivo. O programa *Mais Você*, e as Revistas Femininas de uma forma geral, funcionam porque oferecem às receptoras várias possibilidades (ou níveis) de identificação. E não é fácil manter essas pontes de identificação abertas todos os dias, pois significa transformar a rotina doméstica em possibilidades mais ricas do que as oferecidas na vida real. O programa dura hoje entre uma hora e uma hora e meia, é composto por alguns quadros fixos que geralmente não respeitam uma seqüência cronológica diária, pois alguns dias eles são exibidos no primeiro bloco e outros que eles aparecem no segundo ou terceiro. A divisão dos blocos e o tempo de cada exibição também não é padrão, assim como os quadros especiais do programa não possuem regra nem tempo previsto para sair do ar, sendo comum o *Mais Você* sempre estreiar um quadro novo. Hoje, alguns dos quadros do programa são o Conte sua História, Tapa no Visual, Tem Visita, Tem que ir na Ana Maria, Super Chef, Desafio do Bicho, Meu Dono de Estimação, Dando um Retoque, Eu Sou o Show, Feito em Casa e o SOS Mais Você.

Perdigão (2009) analisa em sua obra que, apesar dessas características, alguns quadros ou exibições geralmente são “fixos”, como o tradicional quadro de culinária e receitas especiais - sendo este ainda um dos grandes focos do programa -, a Mensagem do Dia, vindo às vezes no início do *Mais Você*, outras vezes no meio ou no fim, com o intuito de despertar uma reflexão no telespectador, incentivando a esperança, a perseverança e os “bons

sentimentos” de uma forma geral e, por último, assim como em qualquer outro programa do gênero, o programa também conta com um quadro de merchandising, que geralmente está inserido entre os intervalos comerciais ou *breaks* como são denominados atualmente. O cenário do programa, de acordo com Henriques (2003), é um ambiente amplo que tenta lembrar uma casa moderna com cozinha, sala de estar, sala de jantar e outros ambientes sem nenhuma parede divisória, o que facilita a movimentação da apresentadora pelo espaço. Todo o ambiente é uma simulação do espaço doméstico, com mesinhas, enfeites, dentro de uma decoração refinada e organizada. Algumas atrações e particularidades foram voltadas para o programa como a presença do Louro José que acabou virando símbolo do *Mais Você* juntamente com a apresentadora, no qual passou de apenas um animal de estimação para um “segundo” apresentador, coadjuvante, pois ajuda no ditado das receitas e sempre tem algum comentário a fazer, trata Ana Maria Braga como mãe e recebe até broncas e elogios da apresentadora como se realmente fosse um filho. O carisma de Ana Maria e a tentativa de fazer com que a mulher se sinta mais íntima, como se fosse uma grande amiga e cúmplice, é o que dá o tom do programa e cria o “vínculo” diário com a conversa espontânea e conselheira, fazendo com que as telespectadoras se identifiquem e não se sintam enquadradas no modo digamos “machista” de levar a vida, pois a Ana Maria acaba representando (mesmo indiretamente) as conquistas e mudanças da mulher na sociedade.

Temer (2005) explica que, mesmo sendo classificado como programa de variedades, o formato do *Mais Você* deixa claro o caráter didático e formador de comportamentos adequados. Sobretudo, a autora diz que a atração merece destaque por ser transmitida ao vivo, sem improvisos e com uma naturalidade, até mesmo estudados da apresentadora, que passa a sensação que a telespectadora é sempre a convidada de honra da “casa” onde são todos amigos, tudo acontece sem erros e que se divertem muito. De acordo com Fischer (2001), os meios de comunicação, principalmente a televisão, possuem através de diversas estratégias de linguagem, um *locus* privilegiado de informação, de “educação” das pessoas, além de que

procura captar o telespectador em sua intimidade, produzindo nele, muitas vezes, a possibilidade de se reconhecer em uma série de “verdades” veiculadas nos programas e anúncios publicitários, e até mesmo de se auto avaliar ou auto decifrar, a partir do constante apelo à exposição da intimidade pública, que a privacidade dos indivíduos não é dada homogeneamente e sim indiscriminadamente.

Apesar de todas essas características Temer (2006) defende a idéia de que, com a evolução histórica, houve conseqüentemente uma evolução dos cenários e até mesmo dos assuntos nos programas, pois temas que antes eram tabu, como sexo, gravidez e religião, hoje são discutidos livremente. Para a autora o modelo feminino, simbolizado como a “rainha do lar” que é dedicada a nutrir os filhos e o marido, foi substituído com o tempo por um modelo mais flexível, preocupado com a própria aparência, em “ganhar algum dinheiro extra” e com a saúde.

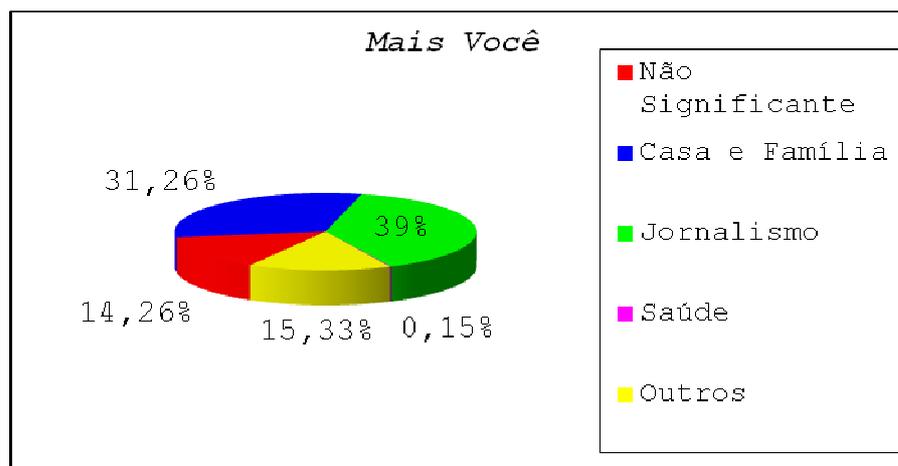
### 3.2 APARECIMENTO DA SAÚDE

A questão da saúde no programa *Mais Você* e nas outras revistas femininas televisivas tratava-se de um tema pouco visado e trabalhado superficialmente, assim como a questão dos direitos, sexo, moda e outros segmentos. Porém, nas últimas décadas, de acordo com Temer (2005), houve grandes transformações na posição e decisão vindas das mulheres, o que conduz uma perigosa ideia de que a programação voltada para o público feminino, comparada a antigamente, tem mais espaço e expressão. Talvez o que tenha acontecido é que os formatos dos programas mudaram de acordo com a evolução e transformação feminina, sendo necessário refletir sobre quais mudanças realmente aconteceram. A diferença pode ser analisada partir de uma percepção de modos de vida e de enfrentar os problemas cotidianos das mulheres, seus interesses e preocupações que hoje vão além da casa e da família.

As mudanças podem ser percebidas quando observamos o significativo aumento das inserções exibidas ao longo dos anos, o que fez com que o tema saúde, a partir de então,

tornasse um dos assuntos principais da programação. Para entendermos melhor essa transição é importante observarmos o trabalho de Henriques (2003), que desenvolveu uma pesquisa em que analisa o formato e o conteúdo do programa *Mais Você* no período de uma semana, do dia cinco (segunda-feira) ao dia nove (sexta-feira) de maio de 2003. Na análise a categoria “saúde”, embora sendo de extrema importância para informação e conscientização da telespectadora, como ressalta Henriques, alcançou totais de apenas 0,15% no programa.

REFERÊNCIA	TEMPO EM SEGUNDOS	TEMPO EM MINUTOS	EQUIVALÊNCIA EM PORCENTAGEM
MAIS VOCÊ	20.826	347' 6''	100%
Não Significante	2.970	49' 30''	14,26%
Casa e Família	6.509	108'' 29''	31,26%
Jornalismo	8.122	135'' 22''	39%
<b>Saúde</b>	<b>32</b>	<b>32''</b>	<b>0,15%</b>
Outros	3.193	53' 13''	15,33%



Para realizar uma comparação de como a saúde voltada para a mulher é trabalhada hoje na atração do *Mais Você*, produzimos uma tabela que contém todas as inserções exibidas no ano de 2010, de acordo com as informações contidas no próprio site do programa. Embora o gráfico de Henriques (2003) tenha como referência apenas uma semana, a diferença de

abordagem e de intensidade pode ser percebida, pois foi analisado que houve um aumento muito significativo durante o decorrer dos anos, no qual a saúde apareceu, em 2010, exatamente noventa e oito (98) vezes, no total de 256 programas. Outro fato importante é que a presença de especialista da área totalizou setenta e uma (71) vezes nas inserções de saúde, intensificando a apresentação desses profissionais depois da estréia do quadro “SOS Mais Você”, apresentado juntamente com o médico cirurgião plástico, Guilherme Furtado. A construção da tabela e a quantificação dos dados foram realizadas para que haja a percepção de como a saúde aparece e é hoje discutida na programação matinal, resultando ainda em uma comparação de como a frequência das inserções de saúde cresceu, entre 2003 até o ano de 2010. A partir dos conceitos sobre saúde, discutida no primeiro capítulo, que inclui as questões de doenças, atividades físicas, beleza, estética, comportamento, violência e drogas como assuntos de saúde pública, reforçando a concepção de promoção e prevenção da saúde. É interessante analisar que já os conceitos de saúde para a produção do programa, e assim como eles classificam no site do *Mais Você*, é relativo somente quando há a presença de um especialista da área de saúde, dentro de uma editoria criada especificamente de saúde exibida do site. Por tanto, nem todos os programas presentes na tabela abaixo são classificados para a produção do programa como inserções de saúde, diferentemente dos princípios e concepções do Sistema Único de Saúde (SUS). Abaixo, segue a tabela que relaciona todas as inserções de saúde exibidas no programa *Mais Você* em 2010.

<b>DATA</b>	<b>TEMA</b>	<b>ESPECIALISTA</b>
<b>Janeiro - 21 programas</b>		
01/01/2010	Alimentos funcionais que podem servir como remédio	Presença de nutricionista
01/01/2010	Como parar de roer unhas	Presença de médico psiquiatra e médica dermatologista
05/01/2010	Blitz da barriga – perigo da gordura abdominal	Presença de um médico cardiologista que foi às ruas

		para fazer avaliação
07/01/2010	Banho dos bebês – terapia corporal	Presença de uma terapeuta corporal
15/01/2010	Uso de <i>sling</i> para carregar bebê – o acessório não impede o desenvolvimento do quadril da criança assim como faz algumas cadeirinhas	Sem presença de especialista em saúde
18/01/2010	Autocura	Presença de especialista em autocura
18/01/2010	Água-viva que causa queimaduras na pele	Sem presença de especialista
21/01/2010	Parto inusitado com uma cantora de opera que parou o hospital	Sem presença de especialista em saúde
21/01/2010	Esquizofrenia	Presença de médico psiquiatra
22/01/2010	Como tomar banho	Presença de médica dermatologista
28/01/2010	Pilates	Presença de um educador físico
29/01/2010	Benedeira baiana que é mais solicitada que os médicos	Sem presença de especialista em saúde
<b>Fevereiro - 20 programas</b>		
02/02/2010	Depilação masculina	Presença de depiladora
03/02/2010	Ser gordinha é ser sexy – as gordinhas estão com “tudo” sem a tortura das balanças	Sem presença de especialista
05/02/2010	Parto na água	Presença de médica ginecologista obstetra, usando o exemplo da modelo Gisele Bündchen
09/02/2010	Como cuidar da saúde em altas temperaturas	Presença de médica clínica - geral
09/02/2010	Relato de uma ex-dependente de drogas e também moradora de rua	Sem presença de especialista em saúde
11/02/2010	Ultrassom de gravidez em 3D	Sem presença de especialista em saúde
17/02/2010	Chá que cura os sintomas da ressaca	Sem presença de especialista em saúde
18/02/2010	Cuidado com os pés	Sem presença de especialista em saúde
19/02/2010	Cirurgia plástica em adolescentes, cada vez mais cedo	Presença do médico cirurgião plástico Guilherme Furtado

23/02/2010	Relato de um ex-dependente de drogas e também morador de rua	Sem presença de especialista em saúde
23/02/2010	Calor x suor	Presença de um médico
<b>Março - 23 programas</b>		
05/03/2010	Os benefícios da toxina botulínica	Presença de um médico neurologista
08/02/2010	Exagero de vaidade nas mulheres, principalmente com a estética	Sem presença de especialista em saúde
08/02/2010	Sexo - enquete sobre as mulheres e o assunto	Sem presença de especialista em saúde
11/03/2010	Timidez e perseguição das crianças na escola	Presença de uma psicóloga
17/03/2010	Reflexologia podal – técnica de leitura dos pés	Presença de especialista em reflexologia que explica também sobre os problemas de saúde simbolizados pelos pés
23/03/2010	Ministro da Saúde tira dúvidas sobre a nova gripe	Presença do então ministro José Gomes Temporão
25/03/2010	Problema da língua presa	Presença de dentista
<b>Abril – 22 programas</b>		
09/04/2010	Como limpar a casa que sofreu com as fortes chuvas	Presença de um infectologista
13/04/2010	Estréia do quadro de saúde “SOS Mais Você”, com abordagem dos temas sobre novo código de ética médica, dores nas costas e escoliose	Presença e apresentação do médico que participará do quadro, Dr. Guilherme Furtado – cirurgião plástico-, e a presença de um médico reumatologista
19/04/2010	Pet terapia: bichinhos ajudam na recuperação de pessoas doentes	Sem presença de especialista em saúde
26/04/2010	Mulheres em busca da cintura perfeita e pelo corpo perfeito	Sem presença de especialista de saúde
<b>Maió – 21 programas</b>		
04/05/2010	SOS Mais Você: tire as suas dúvidas sobre “ <i>peeling</i> ”	Presença do médico do quadro, Guilherme Furtado
06/05/2010	Síndrome de <i>Hellp</i>	Presença de psicóloga
11/05/2010	Fisioculturismo	Presença de uma fisioculturista e de um preparador físico, falando também sobre os problemas de saúde

12/05/2010	Relato de uma jovem paraplégica que está grávida	Sem presença de especialista em saúde
13/05/2010	Tratamentos de saúde com laser	Presença de médico especialista em laser
25/05/2010	Alegrias e dúvidas dos pais de primeira viagem	Sem presença de especialista em saúde
27/05/2010	Dicas para as mães entrarem em forma enquanto cuidam dos filhos – método japonês	Presença de professora de dança
<b>Junho – 17 programas</b>		
03/06/2010	SOS Mais Você: dúvidas sobre o consumo de sal	Presença do Dr. Guilherme Furtado
07/06/2010	Como proteger a cozinha das bactérias	Presença da microbiologista
08/06/2010	Direitos dos pacientes com câncer	Sem presença de especialista em saúde
23/06/2010	SOS Mais Você: o que acontece no corpo de jogadores e torcedores durante a Copa	Presença do Dr. Guilherme Furtado
<b>Julho – 22 programas</b>		
12/07/2010	Violência contra a mulher	Sem presença de especialista em saúde
19/07/2010	Relato de deficiente visual que criou um blog bem-humorado	Sem presença de especialista em saúde
21/07/2010	'Será que eu posso?' Rosane quer emagrecer 15 quilos para entrar no vestido de casamento	Sem presença de especialista em saúde
23/07/2010	SOS Mais Você: Acidente doméstico e o perigo para as crianças	Presença do Dr. Guilherme Furtado
26/07/2010	Meditação para diminuir o estresse	Presença de professora de meditação
28/07/2010	Lei da palmada - proibido o uso de castigos corporais de qualquer tipo na educação dos filhos	Sem presença de especialista em saúde
30/07/2010	Falta de apetite sexual após a gravidez é explicada nos hormônios	Presença de médica ginecologista
<b>Agosto – 22 programas</b>		
03/08/2010	S.O.S Mais Você: calvície feminina	Presença do Dr. Guilherme Furtado
10/08/2010	Pesquisa mostra que as mulheres deixam de usar óculos por vaidade	Presença de especialista em estética ótica

11/08/2010	Trabalho das doulas	Presença de uma doula
12/08/2010	Trabalho com o cérebro	Especialista em neurolinguística
18/08/2010	SOS Mais Você: diabetes	Presença do Dr. Guilherme Furtado
24/08/2010	Baixa umidade do ar	Sem presença de especialista em saúde
26/08/2010	SOS Mais Você: diabetes	Presença do Dr. Guilherme Furtado
30/08/2010	Baixa umidade do ar e falta de chuvas	Sem presença de especialista em saúde
31/08/2010	Males causados pelo suor	Presença de médico dermatologista
<b>Setembro – 22 programas</b>		
02/09/2010	Alerta para falsos médicos no país	Presença da vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, Vera Fonseca
08/09/2010	Alimentação dos brasileiros	Sem presença de especialista em saúde
10/09/2010	SOS Mais Você: lipoaspiração	Presença do Dr. Guilherme Furtado
15/09/2010	Perigos e mitos da dengue	Presença de especialista em microbiologia
20/09/2010	Como tornar a água da sua casa adequada para o consumo	Presença do engenheiro sanitaria
20/09/2010	Menino que morreu a espera de um respirador, problemas na saúde pública	Presença de advogado
21/09/2010	SOS Mais Você: varizes	Presença do Dr. Guilherme Furtado
28/09/2010	Meningite, que pode ter matado a menina Joanna	Presença de um médico infectologista
<b>Outubro – 21 programas</b>		
01/10/2010	Mania de guardar tudo pode ser doença	Sem presença de especialista da saúde
04/10/2010	Usuários de crack	Presença de médico psiquiatra
06/10/2010	Choro dos bebês pode ser sinal de unha encravada	Presença de uma podóloga
07/10/2010	SOS Mais Você: leucemia	Presença do Dr. Guilherme Furtado
13/10/2010	Benefícios do sono para o organismo	Presença de médico pneumologista
15/10/2010	Perigos do mofo para a saúde	Presença de médico alergista
20/10/2010	Instituto Butantã desenvolve soro contra veneno de picada de abelha	Presença de pesquisadores

20/10/2010	SOS Mais Você: câncer de mama	Presença do Dr. Guilherme Furtado
25/10/2010	Dicas para melhorar a sua postura e evitar dores na coluna	Sem presença de especialista da saúde
27/10/2010	Dúvidas sobre superbactéria e sobre catapora	Presença do professor de Infectologia pediátrica
28/10/2010	SOS Mais Você: amamentação	Presença do Dr. Guilherme Furtado
<b>Novembro – 22 programas</b>		
01/11/2010	História de ex-obesos que emagreceram e deram a volta por cima	Presença de especialistas em saúde - médicos
05/11/2010	SOS Mais Você: longevidade	Presença do Dr. Guilherme Furtado
08/11/2010	Problemas nas unhas podem indicar que algo na saúde não vai bem	Presença de um acupunturista
12/11/2010	Dieta personalizada e exercícios físicos para aumento de massa aceleram o metabolismo	Presença de médico do esporte e de uma nutricionista
17/11/2010	Riscos genéticos e barreiras culturais do amor entre primos	Presença de um médico geneticista
18/11/2010	Senado quer ampliar calendário básico de vacinação infantil	Informações do Ministério da Saúde e o então ministro José Gomes Temporão
18/11/2010	SOS Mais Você: modo de viver determina o tipo de dor de cabeça	Presença do Dr. Guilherme Furtado
22/11/2010	Jovens agressores	Presença de um médico psiquiatra
22/11/2010	Oniomania, a doença do consumo compulsivo, atinge mais mulheres do que homens	Presença de médico psiquiatra
<b>Dezembro – 23 programas</b>		
01/12/2010	Dia Internacional de Combate a AIDS	Presença de um médico infectologista, nefrologista e professor
06/12/2010	Mais Você é premiado em Brasília com a Medalha Oswaldo Cruz	Cita o Ministério da Saúde
06/12/2010	Saiba como se alimentar de forma adequada	Presença de nutricionista
09/12/2010	SOS Mais Você: INPE mede o índice UV das cidades do Brasil e alerta para uso do protetor solar	Presença do Dr. Guilherme Furtado

13/12/2010	Relato da mãe da menina que morreu ao receber vaselina no lugar de soro	Sem presença de especialista em saúde
14/12/2010	Mais Você faz um alerta sobre a dengue	Presença do secretário municipal do Rio de Janeiro
15/12/2010	Pesquisa sobre: filho único é mais feliz	Presença de médico psiquiatra
22/12/2010	Ana Maria realiza sonho de menina excepcional que queria conhecê-la	Sem presença de especialista em saúde
23/12/2010	Câncer	Presença de médico oncologista

Um aspecto importante para ser analisado nesta etapa é que apenas duas inserções foram direcionadas para os homens, trinta e quatro (34) inserções direcionadas especificamente às mulheres e sessenta e duas (62) que podem informar o público em geral, porém focando praticamente sempre, mesmo que indiretamente, o corpo feminino ou dando exemplos claros e objetivos sobre as mulheres, no qual os homens são raramente citados. O programa abordou diferentes temas sobre saúde que neste trabalho serão classificados em: doenças (dezenove inserções); alerta sobre problemas atuais, perigos ou benefícios para a saúde (dezessete inserções); estética do corpo (dez inserções); filhos e bebês (oito inserções); tratamento alternativo (sete inserções); estética da pele (seis inserções); parto e gravidez (cinco inserções); experiência e relatos de vida relacionados com doenças ou vícios (cinco inserções); educação doméstica e sanitária (quatro inserções); saúde pública (quatro inserções); violência (três inserções); drogas (três inserções); alimentação (três inserções); tratamento científico (duas inserções); estréia do quadro “SOS Mais Você” (uma inserção) e, por fim, sexo (uma inserção). Juntamente com a contabilização, foi possível perceber também que no começo do ano as exposições de saúde, nos meses de janeiro e fevereiro, foram em torno de onze e doze inserções, de março até junho tiveram perceptível queda ficando entre quatro e sete inserções e terminou o ano com média de oito inserções de saúde a cada mês.

A diferença quantitativa de reportagens de saúde no *Mais Você*, entre o ano de 2003 e 2010, chama atenção e revela que mudanças ocorreram no formato e no foco do programa.

Esse resultado pode ser entendido não apenas no caráter televisivo, mas também com as mudanças ocorridas na sociedade. Hoje as mulheres se preocupam mais com a saúde, o bem-estar, são mais independentes, além da questão reprodutiva e da fertilidade serem extremamente fortes e presentes no cotidiano e na cultura do nosso país, atentando com isso para que a televisão ofereça informações sobre a saúde endereçadas ao público feminino. Temer (2005) explica que um programa televisivo pode ser classificado como gênero jornalístico se apresentar-se formado três elementos: periodicidade, interesse público e novidade. As revistas femininas, em geral, estão classificadas como gênero jornalístico por estar dentro da categoria entretenimento, porém é perceptível que com as transformações ocorridas no universo da mulher, o programa *Mais Você* começou a fazer junção entre conteúdo de entretenimento e conteúdo de prestação de serviço ao público, chamadas então de “matérias de serviço”. O termo, que teve origem nos Estados Unidos, envolve uma expressão diretamente ligada às revistas femininas, e tem como objetivo “poupar tempo e/ou dinheiro” para o receptor (Temer 2006) e a função desse jornalismo é “servir de guia” ao telespectador, para tornar-se consumidor racional de produtos, serviços e conhecedor dos direitos sociais. Quando a expressão “matéria de serviço” é dita, geralmente refere-se às matérias que se preocupam em mostrar fatos que tragam informações e dicas de como se tornar mais saudável e mais disposto. Portanto, a saúde faz parte totalmente dos conceitos e da questão de prestação de serviço ao público, por ser um dos aspectos de sobrevivência do ser humano.

Segundo a autora, embora a classificação por gêneros fale sobre a intenção do emissor, essa perspectiva também é uma somatória de formatos e, desta maneira, fica claro que nas edições do programa *Mais Você*, com exceção dos espaços reservados para o *merchandising*, existe uma presença significativa de entrevistas e reportagens, que são indiscutivelmente formatos jornalísticos, com a maior parte dos programas constituído de “matérias de serviço”, sendo este predominante também em revista feminina impressa. As revistas femininas também cumprem a sua função social e não há por que deixar classificar o programa

feminino, ou revista feminina na televisão, simplesmente como entretenimento, pois, ainda que a classificação por gênero inclua esses programas como variedades, não é possível ignorar o seu caráter didático e formador de comportamento. Por tanto, esse aspecto é rotulado como gênero híbrido que inclui formatos jornalísticos, publicidade e entretenimento, além da prestação de serviço ao público. No *Mais Você* o jornalismo é configurado de maneira que a informação se torne importante para tomar decisões acerca da vida social, estando a saúde inclusa deste processo. Segundo Perdigão (2009), as inserções nesses programas femininos apresentam caráter documental e os acontecimentos pautados nos telejornais são resignificados para a esfera privada, buscando que a noticiabilidade saia da esfera pública para se expressar na vida pessoal do telespectador. A busca pela proximidade com o cidadão e pelo fato da atração fazer com que a pessoa interceda em sua própria vida, o programa *Mais Você*, na área da saúde, trabalha através da biomedicina, com forte presença de especialistas e principalmente difundiu a chamada medicalização social.

### 3.3 MEDICALIZAÇÃO SOCIAL E A SAÚDE NO MAIS VOCÊ

Medicalização social pode ser entendida com mais clareza a partir dos conceitos de biomedicina, caracterizado principalmente pela cura específica da dor que, segundo Tesser (2006), é um dos sintomas mais comuns que causam sensações desagradáveis, doenças fixas, imutáveis que se expressam através de um conjunto de sinais e sintomas, podendo ser corrigidas por algum tipo de intervenção médica. O autor relata que a medicalização parte do princípio de redução de sofrimento através da tentativa de eliminação ou sedação de dores, sintomas e controle dos riscos e das doenças crônicas. Sendo assim, a dor, a doença e seus riscos começam a ser vistos, então, primeiro como a condição dos homens quem a corporação médica não concedeu o benefício de sua caixa de ferramentas.

Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia e a sedação de sintomas, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a qualquer dor ou enfermidade: O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso? Por que eu? Qualquer médico sincero sabe que, se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente, pode até reconhecer sintomas e fazer diagnósticos corretos, mas não compreenderá nada do sofrimento dele. (TESSER, 2006, p. 64)

Porém, esses métodos podem ser explicados pela objetivação da dor e dos sintomas, em geral, por causa da formação científica dos médicos, pois os estudos são concentrados nos aspectos de manipulação da dor e dos sintomas, tornando o atendimento a saúde numa forma mecânica. Diante do forte sofrimento e dos métodos da medicina, o paciente acaba desnortado e não vê alternativa a não ser entrega-se ao tratamento médico, em que o uso de medicamentos é a solução. Essa então é a cultura medicalizada, que não observa a relação da pessoa com a seu meio, sua comunidade, seus próximos e com ele mesmo, sem ter o mínimo de aproximação com o conhecimento cultural de gerações anteriores ao do indivíduo, e sim procura sempre prescrever junto a uma orientação médica o que deve ser feito para o fim do mal que atinge tal sofredor. Tesser (2006) explica que essa característica é classificada como saúde prescritiva e com esses fatores acaba surgindo um processo cíclico em que o indivíduo aprende a se ver como consumidor de anestésias, sintomáticos, quimioterápicos e cirurgias, e por outro lado, a saúde passa a ser encarada, ao mesmo tempo, como obrigação individual, uma obsessão do cidadão moderno transformado em consumidor de especialistas como *personal trainner*, academias e muitos outros padrões do chamado hoje de *índice de boa saúde*, que é a capacidade de manter, intervir e transformar, de forma autônoma e socialmente compartilhada, a própria vida. De acordo com o autor, todo homem tem direito ao conhecimento e à moderna técnica científica e industrial, não só médica, e às informações sobre os benefícios e perigos das drogas e procedimentos usados na medicina. Mas esses progressos, na grande maioria das vezes, só lhe favorecem a saúde na medida em que alargam sua capacidade e responsabilidade diante de si mesmo e dos que sofrem.

No caso da atenção à saúde, como relata Tesser (2006), ao invés de promover a autonomia do doente para que o cidadão possa precisar menos de novas ações médicas, a

autonomia é destruída, acarretando submissão e dependência por prescrição científica e compulsão ao consumo. O saber médico é considerado um saber estruturado, superespecializado e em pleno desenvolvimento, no qual pode prevenir adoecimentos pela promoção da saúde, no tratamento de indivíduos ou de coletividades. A biomedicina, por sua vez, ensina essas lições aos doentes no dia a dia da clínica (TESSER, 2006), por intermédio de um dos instrumentos mais poderosos em qualquer situação ou tradição: o exemplo. No programa *Mais Você*, assim como em todo o programa que referencia a saúde, o exemplo é o ponto principal de aceitação, percepção e principalmente como forma de identificação do telespectador com o que está sendo discutido. As particularidades de cada pessoa não são levadas em consideração, já que ali a saúde é tratada como prescritiva, dentro do modelo da medicalização, para fazer com que as pessoas que assistem à programação tenham o impulso individual de tomar as próprias decisões. Mais do que fazer uma análise quantitativa dos números e formas de tratamento da saúde no programa, é fundamental perceber neste momento para quem é dito tudo isso, que mulher se enquadra neste papel e quem fica de “fora” desta projeção.

### 3.4 ENDEREÇAMENTO FEMININO

O enfoque do programa *Mais Você* é dado a partir do gênero feminino e, pela causalidade deste formato, o modo de enunciação e endereçamento é delimitado, porém dizer que o programa é direcionado para todos os tipos e biotipos de mulheres é um equívoco e merece uma maior discussão e reflexão quanto a esta perspectiva. De acordo com as reportagens relacionadas na tabela de referência é possível observar, antes mesmo de uma análise melhor elaborada, que o foco do programa é explicitamente voltado para os modelos específicos e tradicionais de mulheres, como as mães de família, donas de casa, casadas, heterossexuais, reprodutoras, trabalhadoras e de classe social elevada, mas que não deixam de ser símbolos de beleza e cuidado. Os fatores de estética são muito presentes e fazem

representação ao símbolo que a mulher busca representar hoje dentro dos padrões de beleza do corpo e da pele, sensualidade e elegância. Essas características são estimuladas em praticamente todas as inserções de saúde exibidas pelo programa, pois se adéquam dentro das classificações da tabela como, por exemplo, a questão da alimentação, parto, gravidez e cuidados com os filhos. É possível analisar que o tema sexo, apesar de ser atualmente um assunto mais aberto e menos censurado, ainda é rodeado pelo tabu, podendo ser percebido este dado por aparecer apenas em uma única vez durante todo o decorrer de 2010. O mesmo aconteceu com os temas sobre drogas e violência, que apareceram poucas vezes, não estando inclusos na classificação de saúde para o site do programa.

Observando tudo isso, a percepção que podemos obter é que as mulheres de etnias distintas como as afrodescendentes, as homossexuais, as que não são e nem pretendem ser mães, as de classe média baixa e com pouca condição financeira e as solteiras independentes que não procuram um companheiro, geralmente não são citadas, não aparecem como fonte das inserções através de depoimentos e nem têm os problemas de saúde que as afligem trabalhados pelo *Mais Você*. Essas perspectivas são justamente discutidas por um estudo realizado por Fischer (2001) sobre mídia e enunciação da mulher no Brasil, no qual o tema da diferença é diretamente relacionado não só com as questões de injustiça social e econômica, mas também as questões de injustiça cultural, a “padrões sociais de representação, interpretação e comunicação”. É chamada a atenção para as estratégias, nos espaços da mídia, de se definir ou estabelecer quem e como são os diferentes através de enunciados que afirmam “o que são” e “o que não são”. A autora afirma que vários estudiosos que têm pensado a questão de gênero e, particularmente, a emergência do discurso feminino e feminista nas últimas décadas.

Uma série de universais a respeito da mulher tem sido exaustivamente investigada, na sua emergência histórica, e questionados, do ponto de vista político, por inúmeros movimentos sociais em diferentes países. Neste trabalho, a idéia é justamente descrever que formas de feminilidade são reforçadas, imaginadas, dinamizadas, polemizadas, enfim, construídas na cultura, através de produtos televisivos, que participam de uma espécie de organização do ideal de cada gênero, através de um conjunto de representações históricas sobre a mulher no Ocidente. (FISCHER, 2001, p. 591)

Fischer (2001) cita a psicanalista Maria Rita Kehl, no qual escreve na obra *Deslocamentos do Feminino*, que somos herdeiros de discursos e que historicamente definiram uma “natureza feminina”, eterna e universal, reforçada no caso do programa *Mais Você* nessa mesma perspectiva. Outra orientação do estudo é o dispositivo pedagógico da mídia, especialmente da televisão, que produz formas particulares de subjetivação da mulher, agregando vários campos de saber e poder, através de estratégias de linguagem que não expõem o *feminino* em suas diferenças de sexualidade, geração, etnia, condição econômica, social e cultural.

Quanto à ótica da saúde, o que podemos entender neste caso é que a “saúde da mulher” preconizada e ampliada pelo SUS aponta diferenças em relação à “saúde endereçada à mulher” especialmente nos programas femininos. Neste sentido, a saúde da mulher trabalhada no SUS, embora demonstre um conceito ampliado de vida e de bem-estar ainda prioriza, com muita ênfase, a saúde biológica e reprodutiva da mulher, estabelecida através de programas e políticas referentes à gravidez, parto, amamentação e métodos contraceptivos. Por outro lado, a saúde endereçada à mulher nos programas femininos procura atuar de um modo mais amplo, discutindo fortemente valores e propostas de prevenção da saúde, beleza e estética, atividades físicas, condicionamento do corpo e alimentação, embora também relacione a saúde da mulher com a biológica. Sendo assim, serão realizadas análises dos modos de endereçamento em três inserções sobre saúde, exibidas ao decorrer de 2010, para que seja possível observar e estudar detalhadamente a forma como o programa direciona e endereça seu conteúdo e ampliar esta discussão a respeito das diferenças entre promoção da saúde e a saúde na mulher na televisão, em relação ao Ministério da Saúde.

#### 4 ANÁLISE DO MODO DE ENDEREÇAMENTO

Discutir os modos como a saúde é endereçada às mulheres pelo programa *Mais Você*, em relação com os modelos de saúde da mulher do SUS, será o objetivo principal desta análise. A pesquisa se propõe a discutir os modos de endereçamento para que os pontos primordiais de saúde da mulher, abordados no decorrer do trabalho, possam ser reforçados e retomados com o intuito de comprovar e observar como essas perspectivas são trabalhadas nas duas perspectivas. A análise passa por um ponto importante de reflexão do modelo biomédico dentro do programa, que é centralizador, orientado pelo “diagnóstico-prescrição de medicamentos ou cirurgias” e pela observação apenas da parte do corpo doente. Desta forma, discutiremos também a questão da medicalização, a constante presença de especialistas que apóiam ainda mais a analgesia, o uso de medicamentos e cirurgias como tratamento para qualquer tipo de doença ou mal que acomete as pessoas. A individualidade e as prioridades de temas são assuntos essenciais para entendermos a intenção estruturada do *Mais Você*.

Em geral o formato destas atrações engloba o aspecto de identificação com o outro, por isso são discutidos assuntos que servirão de exemplo para a telespectadora, como se todas elas fossem iguais ou tivessem a mesma causalidade para o problema. Por este lado a televisão, assim como os outros meios de comunicação social, trabalha com a tele-medicina e a tele-saúde que procura explicar a saúde e clinicar problemas à distância, o que impulsiona o auto cuidado em relação à saúde e às doenças. Na análise do modo de endereçamento, o gênero feminino é um dos focos primordiais, pois é neste aspecto que as revistas femininas de televisão se baseiam e procuram produzir seus trabalhos. Observaremos como as diretrizes e os princípios da saúde da mulher do SUS estão presentes nas programações femininas e de que forma a saúde para mulher passou a ser discutida no *Mais Você*, nas análises veremos melhor que são perspectivas distintas. O objetivo desta análise não é criticar nem desmerecer os processos de abordar a saúde no programa, e sim, analisar e ver como é trabalhado e o que diferencia do modelo de saúde da mulher defendido através da política do SUS.

Outro passo a ser dado será de observar como a saúde reprodutora está presente nos dois segmentos, embora possamos perceber que o foco é diferente e a maneira de reforçar essa perspectiva também. Nas revistas femininas de televisão o entretenimento, chamado e trabalhado a partir do termo *infotainment*, era a característica principal, no qual se abordavam temas de moda, beleza, culinária, artesanato e tantos outros. Com a mudança do posicionamento da mulher diante da sociedade e a inserção do feminino nas lutas por igualdade e por maior espaço e direito, as pautas e os interesses femininos mudaram tanto que assuntos como responsabilidade social, interesse público e de serviço começaram a aparecer nas atrações. A saúde pode ser observada então como uma questão de prestação de serviço ao público, tornando-se hoje um dos temas mais discutidos nas programações para as mulheres.

A análise de modo de endereçamento é baseada nos conceitos e operadores definidos por Gomes (2007), que são formados por quatro modelos: o *mediador* no qual representa o programa é a figura central da atração e quem constrói a ligação entre o telespectador, as fontes e os jornalistas, o *contexto comunicativo* em que é abordado a partir do ambiente físico, social e mental e o modo de como se apresenta ao público, é analisado também *papel de referencialidade*, produzido a partir dos discursos jornalísticos e dos discursos da voz autorizada que, neste caso, o especialista em saúde será destacado e avaliado em meio ao que muda e transforma na maneira de transmitir o conhecimento e a informação dentro do *Mais Você*. Outro aspecto fundamental dentro deste operador é o da credibilidade trabalhados através dos detalhes do estúdio de ambiente doméstico, da apresentadora, da roupa do médico e a familiaridade ajudam a reforçar a verdade e a confiança pelo que é dito no programa e, por último, o operador da *organização temática* para ser observado, no caso, a que mulher o programa se dirige, quais os métodos de saúde abordados e relevância do tema para o público, sendo pensado nos certos interesses do telespectador. Gomes (2007) explica que a análise deve nos levar ao que é específico da linguagem televisiva, tal como construída num determinado programa e, por consequência, tal como socialmente partilhado pela audiência.

Neste trabalho serão analisadas três inserções de saúde exibidas no programa *Mais Você* durante o ano de 2010. As escolhas específicas destas inserções foram baseadas na classificação da tabela, produzida e apresentada no decorrer do trabalho com todos os temas de saúde abordados na atração. Os assuntos mais frequentes no programa foram as questões de doença, alerta e cuidados estéticos com o corpo e, a partir deste dado, foram realizados os recortes com uma matéria de cada pauta, em diferentes épocas do ano. A intenção foi que estas inserções fossem, dentro desta classificação, produzidas da forma mais variável para ser possível analisar diferentes situações abordadas pela atração. A primeira é sobre o diabetes que conta com a presença do médico do programa, dentro do quadro fixo chamado “SOS Mais Você”; a segunda trata sobre um assunto de alerta a respeito da superbactéria e a catapora e também discute bastante sobre a saúde pública. Já a terceira, e última, é sobre dietas personalizadas e exercícios físicos para aumentar o metabolismo, tendo como personagens duas mulheres comuns. Uma característica mútua das três inserções é que todas contam com a presença de profissionais da área da saúde, principalmente médicos.

#### 4.1. ANÁLISE DA INSERÇÃO: “SOS MAIS VOCÊ: DOUTOR GUILHERME FURTADO FALA SOBRE O TEMA DIABETES”

Data: 18/08/2010

Tempo de duração: 13min e 25seg

O primeiro operador do modo de endereçamento avaliado é o *mediador* desta inserção, que no caso específico do programa, é a apresentadora Ana Maria Braga. A mediadora começa falando a respeito do quadro “SOS Mais Você” abordando o tema do diabetes. Logo no início, Ana Maria abre a porta da “casa” para receber o médico do quadro, Guilherme Furtado, e tentam demonstrar intimidade quando ele comenta que o Rio de Janeiro “dele” é lindo. A apresentadora ressalta que ele seja bem vindo e sobre o chocolate que ela ganhou de presente do médico, dizendo que o chocolate estava uma delícia, logo em seguida o médico

comenta que não trouxe muito e a apresentadora ri e completa que foi bom, ainda mais para quem vai falar sobre esse assunto: o açúcar. Esta maneira de se relacionar procura ampliar a sensação de intimidade e confiança da apresentadora com o profissional. Este último comentário tenta inserir na pauta o assunto dos alimentos, principalmente o açúcar que o telespectador consome e, conseqüentemente, a sociedade de forma geral consome. Uma das frases que deixa bem claro a posição de mediadora de Ana Maria Braga é quando ela fala: “A sensação que eu tenho e toda minha equipe teve quando a gente fez a reunião com os dados que você deu foi que, por causa dos adoçantes, o consumo de açúcar tinha diminuído”.

Através de perguntas ao médico, Ana Maria Braga faz a mediação esperada entre apresentador e fonte, e também, ao mesmo tempo em que apresenta, ela desempenha um papel que lhe foi passado, como se o ambiente e o programa fosse uma peça de teatro, podendo ela estar “vestida” dela mesmo. Gomes (2007) explica que a performance dos mediadores são pontos bem expressivos pela busca de audiência e cumplicidade do público, dando também o “tom” do programa. A primeira pergunta feita ao especialista de saúde foi: “está aonde esse açúcar todo?”, baseada ao número dito por ele que cada pessoa consome por ano 20kg do produto. Logo em seguida, Guilherme Furtado começa a explicar sobre o que é o diabetes e como o organismo funciona normalmente. A explicação é mostrada em uma arte, um desenho do corpo humano que aparece em um telão. Juntamente com o desenho, o médico explica ainda sobre a função da insulina, que é o que leva o açúcar da corrente sanguínea para os órgãos, e os tipos de diabetes, que são: o Diabetes Mellitus tipo 1 e o Diabetes Mellitus tipo 2. Ana Maria Braga pergunta qual é o tipo de diabetes que é silenciosa e o médico explica que todas são, porém a tipo 1 é genética e a pessoa nasce com ela. Logo após esta resposta a apresentadora convida o médico para sentar no sofá da “sala”, diz que essa diabetes do tipo 1 é a que existe em crianças e pergunta o que as mães precisam fazer, depois ela completa com o dizer: o que a mãe e o pai tem que fazer para perceber que a criança tem esse problema? Então o médico fala dos sintomas que pode alertar os pais e, após este momento, Guilherme

Furtado explica o diabetes tipo 2 que é o que, segundo ele, a maioria da população apresenta, pois 90% dos casos são do tipo 2 e a maioria das pessoas que tem a diabetes tipo 2 são obesas. Outro dado ressaltado pelo médico é que o diabetes tipo 2 também é hereditário, mas que não necessariamente o filho vai ter. Ana Maria pergunta então: Mas não é por que é obeso que é diabético? O médico responde que não, porém explica que os obesos apresentam maior resistência para que a insulina tire a glicose do sangue e leve para as células e quem têm a famosa “barriga de chope” possui essa gordura que aumenta também a resistência do trabalho da insulina.

Em seguida, Ana Maria Braga mostra outra ilustração que aparece no telão e pede ajuda para o médico sobre quais são os sintomas mais frequentes da doença, para que a telespectadora possa começar a descobrir se têm diabetes ou não. Após a demonstração dos sintomas pela figura, a apresentadora chama o especialista de saúde para ir até a mesa que ele próprio montou com o objetivo de mostrar os alimentos que pode comer, que no caso está em uma mesa de cor verde. Os que são mais ou menos recomendados estão em uma mesa de cor amarela e os que são prejudiciais estão em uma mesa de cor vermelha. Ana Maria pergunta se aquele lado verde é o que a maioria das pessoas pode comer sem susto e o médico afirma a pergunta e diz que essa é alimentação que é considerada saudável. Ela diz: “Então quer dizer verduras, frutas, legumes, os grãos...”. Ana Maria Braga usa um exemplo próprio como forma de reforçar a ideia positiva dos alimentos ali demonstrados e diz: “Eu estava em uma padaria próxima daqui e o próprio dono da padaria estava me dizendo que as pessoas estão mais conscientes, que já estão comendo mais o pão integral”. Com essa fala, Guilherme entra no assunto e começa então a explicar a composição alimentar do pão integral. Após esta explicação Ana Maria continua dizendo os alimentos que estão na mesa verde que são: os peixes, o azeite, o arroz integral, o trigo, lentilha, aveia em flocos, farinha de linhaça, granola, farinha de casca de maracujá e interrompe dizendo que não conhecia as farinhas de casca de fruta que estavam ali em cima da mesa. De acordo com o que o médico Guilherme Furtado

explica sobre como consumir essas farinhas, a apresentadora diz que vai experimentar em sua casa e vai fazer receitas com eles, ou seja, tenta levar as informações para o lado pessoal como forma de incentivar e dar confiança e credibilidade ao que o médico fala. As explicações continuam e a apresentadora chega aos feijões, o que dá abertura para o médico explicar cada tipo de feijão e suas contribuições para o organismo. Para finalizar a mesa verde Ana Maria pergunta, então, se o diabético trocar o feijão preto pelo feijão branco vai ser melhor para o organismo e o médico diz que sim.

Diante da mesa amarela a apresentadora pergunta ao especialista de saúde sobre o que significa a cor e os alimentos que estão na mesa e ele responde que são os alimentos que precisam de cautela “vai com cautela”. Ana Maria interroga novamente dizendo: “come, mas não muito, é isso?” e o médico diz que é isso sim, que precisa tomar cuidado. Guilherme Furtado continua explicando e diz que pensaram em mostrar a carne e a gordura e explica porque é importante tirar a gordura aparente. A mediadora pergunta então: “Quer dizer, aquele churrasco pode ser uma vez por semana ou aquele bife gostoso só que aquela gordurinha que a gente gosta tanto deixa de lado?” e ele responde: “Isso, deixa de lado”. Em seqüência eles falam do mel, do açúcar mascavo, do melaço e do açúcar branco que o médico explica que é o pior. Da mesma forma ela pergunta a ele: “Por que as minhas batatas estão aqui na mesa amarela?”, com a tentativa de igualar a fala de uma dona de casa, por exemplo, e o médico diz qual é a melhor batata para a absorção dos nutrientes. Após este momento ela passa para a mesa vermelha e pergunta ao especialista se na mesa são os *fast foods* e diz: “isso não deve, é isso? Tudo o que está bom aqui não pode”. Guilherme fala então: “Para gente não pensar só assim: que chato a gente não pode comer nada disso, nós resolvemos mostrar, com colheres, o que tem de açúcar em cada um desses alimentos que estão aqui”. Ana Maria Braga leva um susto ao saber que os alimentos salgados também contêm açúcar, pelos exemplos dados pelo médico através da fatia de pão, do *catchup*, biscoitos doces e refrigerantes. Diante desses alimentos, o médico do quadro do *Mais Você* fala que uma coisa interessante é dizer

que o prefeito de São Francisco, nos Estados Unidos, na Califórnia, proibiu a venda de refrigerantes ou bebidas que sejam adoçados artificialmente justamente por causa disso. Ana Maria muda rapidamente de assunto, fala dos alimentos industrializados e encerra a inserção de saúde dentro do quadro “SOS Mais Você” dizendo: “Eu acho que com o conhecimento dessa mesa vermelha aqui, você não vai ficar neurótico e nem parar de comer nada, né? Mas você tem que saber e tem que conhecer, foi um susto na minha vida saber disso, que embutido em alguns alimentos você tem uma quantidade muito grande de açúcar e esse assunto não termina aqui, porém eu tenho que ir embora. Obrigada Guilherme”.

O que chama atenção na análise é a relação interpessoal que existe entre Ana Maria Braga e o médico Guilherme Furtado. A interação entre eles pode ser percebida desde quando ela abre a porta do estúdio para o médico, como se estivesse abrindo a porta de sua casa para aquele antigo médico de confiança da família. A articulação entre a apresentadora e o profissional acontece como se eles tivessem ensaiado, pois a cada momento de explicação e de fala o outro já começa com outro gancho, que é o que dá andamento e continuação no decorrer da inserção de saúde. Ana Maria, que é a *mediadora* dentro do processo de análise, durante todo o tempo explica algumas coisas, se dirigindo especialmente às mulheres, porém sempre quer uma afirmação do médico pelo o que está sendo dito. A apresentadora trata o médico de maneira informal, tanto que se despede dele com o simples nome Guilherme e não Dr. Guilherme, o que é um costume do brasileiro, muitas vezes por questão de respeito e não por titulação acadêmica. No início o médico passa também a impressão de que está encenando juntamente com Ana Maria Braga e diz que trouxe chocolate de presente para a apresentadora, como se fossem íntimos, amigos e se soubesse que ela gosta do alimento. Ao mesmo tempo a apresentadora elogia a cidade onde o especialista mora, como se soubesse também algo a respeito de sua vida pessoal. Portanto, este é tom de familiaridade e de intimidade que tanto a apresentadora quanto o profissional tentam passar e fazer chegar até o público.

O operador da análise *contexto comunicativo* pode ser qualificado a partir do ambiente físico, social e mental partilhado, de acordo com Gomes (2007). No caso desta inserção, o ambiente físico se dá em um lugar com aparência de uma casa bonita e organizada, mais próxima da cozinha já que o foco principal são os alimentos. No contexto social, a apresentadora refere-se indiretamente às mulheres, mas como se elas fossem intermediadoras do conhecimento para as outras pessoas. Já na questão do contexto mental, a inserção é voltada para a conscientização do público sobre a doença de diabetes e principalmente os alimentos que são ingeridos. A sensação que o programa tenta passar é que a apresentadora está ali para tirar as dúvidas do seu público, pensando principalmente nas mulheres e a posição dela diante das câmeras precisa ser a mais natural possível, como se ela estivesse conversando apenas com o médico na sala de sua casa. Através de quadros e imagens no telão o médico explica o que é o diabetes, como a glicose chega ao sangue e os sintomas da doença. A partir destas características, podemos classificar essa forma de comunicação como sendo o *contexto comunicativo* e os modos de comunicar, definidos por Gomes (2007), no caso, podem atender de maneira implícita e explícita, sendo tanto pelo modo que Ana Maria cria proximidade com o público, como o ambiente do estúdio, as escolhas técnicas e o cenário foram construídas. Um exemplo de aproximação e intimidade, dentro do contexto comunicativo, é logo quando médico entra na “casa” Ana Maria diz: “Oi Dr. Guilherme, Bom dia, o seu Rio de Janeiro é lindo viu? Seja muito bem vindo mesmo”.

O que chama a atenção é que no começo da exibição do quadro ela diz que comeu um bombom que ganhou do médico e que estava muito bom, deixando extremamente claro que apesar de falar de alimentos cheios de açúcar que são, inclusive, danosos à saúde por causa da diabetes, até ela come às vezes alimentos com tal substância, ou seja, tenta criar um vínculo comunicativo sobre as mesmas atitudes que qualquer pessoa comum tem. Uma questão interessante é que todos os alimentos explicados pelo médico estavam presentes no estúdio e eram reais, fazendo com que esta seja também uma forma de comunicação, dentro do

contexto real de exibição e comunicação. Com todas essas características devemos discutir aqui a questão da medicalização e, conseqüentemente, a tentativa de eliminação ou sedação de dores, sintomas e controle de riscos e das doenças crônicas, assim como vimos no capítulo anterior. Neste caso específico, o controle de riscos é dado através da prescrição de Guilherme Furtado pelo consumo de bons alimentos e o não consumo dos alimentos classificados, por ele, como não saudáveis. Esta saúde prescritiva leva o indivíduo a se ver em um processo cíclico, porém a saúde passa ao mesmo tempo a ser encarada como obrigação individual, podendo se transformar até em uma obsessão do cidadão moderno de forma autônoma. Com a prescrição do médico do programa a intenção dentro do tema é justamente fazer com que as pessoas tenham mais autonomia para intervir e transformar a própria vida, mas isso tudo baseado nas constatações e indicações prescritivas do médico.

Por outro ângulo podemos observar que a maneira com que Ana Maria Braga diz que os bombons estavam uma delícia e como ela encerra o quadro “SOS Mais Você”, dizendo: “eu acho que você não vai ficar neurótico e nem parar de comer nada, né? Mas você tem que saber e tem que conhecer, foi um susto na minha vida saber de tudo isso”, querendo dizer que apesar a prescrição médica indicar todos os passos e alimentos para que o diabetes possa ser evitado, as pessoas (inclusive ela) fazem diferente ou não conseguem seguir no dia a dia todos os conselhos e prescrições. Diante desta tensão entre medicalização e pessoalização, o objetivo neste momento talvez não seja descredibilizar e desabilitar o médico, mas sim aproximar a apresentadora do seu público, como uma questão de identificação, como se quisesse dizer: “Tudo isso é muito bom, porém é muito difícil tomar isso para a minha vida”. Na ocasião, Ana Maria tenta passar o significado de que é difícil, porém é importante e até fundamental para o cuidado com a saúde e principalmente para com a doença de diabetes.

O terceiro operador é classificado como *o papel da referencialidade* que, neste caso, engloba a presença do médico Guilherme Furtado com roupa de cirurgião, o que procura passar maior credibilidade, representação da profissão e dar voz autorizada em tudo o que está

sendo explicado. Ele retrata o especialista com lugar de fala, que ao mesmo tempo é diferenciado do cidadão comum, segundo os conceitos de Gomes (2007). Foi observado que o médico cirurgião passa a impressão de ser jovem, comunicativo, com boa aparência física e estética e, ainda, com um carisma atraente, o que provavelmente impulsiona as mulheres a terem interesse pelo que ele está dizendo. A questão da imparcialidade fica presente, porém existe certa indução inconsciente do melhor jeito para se alimentar e evitar a doença. O fato da produção ter arrumado uma mesa grande com muitos alimentos, que são bons ou não, faz com que demonstre o trabalho e a atribuição de autenticidade. O discurso de Guilherme Furtado é caracterizado pelo fato dele ser a principal e única fonte de conhecimento e informação desta inserção sobre o tema diabetes. O médico começa expondo dados importantes sobre o consumo de açúcar pelos brasileiros e faz uma comparação aos outros países. Após esta etapa, o especialista explica o que é a doença, como funciona normalmente o organismo, fala sobre os dois tipos de diabetes, a diferenciação e como cada tipo age na pessoa, no qual os sintomas também são explicados junto com as características físicas e hereditárias.

É interessante analisar diante do discurso do médico que ele produziu uma mesa com as cores simbolizadas pelos sinais de trânsito, divididas em verde, amarelo e vermelho. O especialista em uma das suas falas diz: “A mesa verde significa uma alimentação que a agente considera saudável”, sendo este “a gente” baseado nos discursos médicos em geral e das vozes autorizadas para explicar a saúde. O médico possui algo a explicar em praticamente todos os alimentos que são expostos por Ana Maria Braga como, por exemplo, suas funções no organismo e os elementos ou nutrientes que os compõe. No caso das farinhas de banana e da casca do maracujá, Guilherme Furtado explica suas funções e indica que as telespectadoras as coma com frutas. Neste momento, podemos observar o processo da medicalização, juntamente com a prescrição médica, a respeito dos alimentos, pois quando ele indica que algo seja feito ou não seja ele está, dentro do seu papel de especialista, prescrevendo o modo

com as pessoas devem se alimentar. A posição dele autoriza-o a prescrever e medicalizar de maneira mais sucinta as atitudes do público. Quando a apresentadora e o médico passam para a mesa amarela, ele diz: “Essa mesa é aquela que a gente fica meio assim, vai com cautela e toma cuidado”. Em outro momento o médico ressalta: “Obviamente você não vai misturar batata, com macarrão e com arroz. Você que tiver que comer um deles, vai procurar pelo menos a batata baroa ou a batata doce antes da batata inglesa”. Essa posição de dizer o que deve ser escolhido ou não deve, que pode comer aquilo ou não pode comer é um processo claro de medicalização e prescrição médica, mesmo que inconscientemente para a maioria dos telespectadores. No caso de Ana Maria Braga, ela procura se posicionar no lugar de “telespectadora” ou de uma pessoa comum e demonstra isso quando fica assustada com os dados revelados pelo médico, ou quando faz as perguntas com ar de interesse e preocupação. Por outro lado, a referencialidade está inserida na fala dela quando tudo o que quer saber ou por algum motivo diz a seu público, Ana pede uma “confirmação”, um posicionamento de verdade do médico Guilherme Furtado. Essa perspectiva pode ser observada quando ela diz: “São dois tipos de diabetes que a gente tem então? Tipo um e tipo dois?”, “Os sintomas, como você estava dizendo ai, são a sede excessiva, fome exagerada, cansaço inexplicável... É isso?”, “A gente tem aqui então o mel, é isso?”, “Então quer dizer que o *catchup* foi processado com tudo isso de açúcar?”, “Esse lado aqui é o que a maioria das pessoas podem comer, é isso?”, “Eu estava em uma padaria próxima daqui e o próprio dono estava me dizendo que as pessoas estão mais conscientes, que já estão comendo mais o pão integral”. Este último exemplo também se refere ao papel da referencialidade, porém de outro ângulo, ou seja, quanto a questão do padeiro, o que faz ao mesmo tempo aumentar a credibilidade do que o médico está explicando.

O quarto e último operador, que também é o mais importante dos modos de endereçamento, é o da *organização temática* que nesta inserção pode ser explicado pelo tema do diabetes. O programa *Mais Você* já possui uma classificação definida por programa

feminino, assim como foi discutido no capítulo anterior. O tema de saúde passou a ser freqüente na atração e neste caso específico, os processos de medicalização social e o modelo de promoção da saúde estão bem sinalizados. O fato de conhecer os alimentos bons e ruins para o desenvolvimento do diabetes é um dos aspectos que leva a observação do modelo biomédico, até porque o médico está presente e foca especificamente na doença em si. A estrutura toda formada ao redor do tema, do programa, a relação entre apresentadora que representa o público e o profissional já dão as características de proximidade com o telespectador e de importância ao tema. As mulheres são percebidas como as donas de casa, de uma classe economicamente média à favorável, que possuem o mínimo de conhecimento cultural e também o tempo necessário para fazer todas essas modificações alimentares, sendo responsáveis, ainda, pela alimentação do resto da família.

No início da inserção Ana Maria se debruça em cima de vários sacos de açúcar na cozinha para exibir o quanto as pessoas consomem durante um ano. Logo após esta encenação, eles vão para a sala de estar, ficam em pé olhando para o telão durante a explicação do médico e depois ela o convida para sentar no sofá da “sala”. De lá voltam para o ambiente da cozinha para mostrar às telespectadoras os alimentos prescritos, ou não, pelo profissional de saúde. Essa locomoção toda é propícia e se encaixa em cada assunto no decorrer do tema, o que dá a apresentadora a independência necessária e reafirma o modo informal de discutir assuntos. Quando Guilherme Furtado começa a falar da diabetes tipo II, cita os obesos e a gordura que é prejudicial para o bom funcionamento do organismo, esse aspecto prescreve, mesmo que indiretamente, que as pessoas têm que manter uma boa forma e um corpo saudável. Em seguida, fala de um exemplo que foi dado anteriormente no programa sobre um homem que possui diabetes e amputou a perna por não ter a cicatrização adequada. Ou seja, analisando todos esses aspectos, os exemplos dados só reforçam o modelo biomédico, prescritivo e sensacionalista, se é que podemos chamar assim, pois tem o objetivo de mostrar as conseqüências ruins se a pessoa não se cuidar direito e logo reforça com muita

ênfase a questão do auto cuidado e do dever de cuidar do próprio organismo. A prescrição especialmente para as mulheres é possível de ser percebida só pela questão do médico do programa mostrar os alimentos que envolvem frutas, verduras, grãos de diversos tipos, a carne, batata, mel, o hambúrguer, a pizza, o *catchup* e o refrigerante. Diante das análises realizadas em cada alimento, a prescrição e a indicação têm o “tom” voltado para as mulheres donas de casa, que cozinham ou que pelo menos cuidam da alimentação de toda a família. Esse exemplo é reforçado quando Ana Maria Braga diz: “O que minhas batatas estão fazendo aqui?”, se referindo à mesa amarela.

#### 4.2. ANÁLISE DA INSERÇÃO: “MAIS VOCÊ TIRA DÚVIDAS SOBRE SUPERBACTÉRIA E CATAPORA”

Data: 27/10/2010

Tempo: 22min e 30seg

Quem apresenta o *Mais Você* e dá a “cara” para o programa é Ana Maria Braga e, por isso, podemos classificá-la como *mediadora* dentro do processo do modo de endereçamento. A forma como ela se posiciona diante da câmera, é direto e olha como se estivesse conversando particularmente com o telespectador, além de se posicionar de maneira informal e até mesmo popular, pois utiliza diversas vezes palavras como, por exemplo: “a gente”, “para você”, “já falamos várias vezes” e “presta atenção”.

Dentro do quadro de saúde do programa possui a produção de duas reportagens sobre o tema da superbactéria e após esse processo se inicia a discussão com especialista. Quem dá o tom e realiza a ligação entre repórter, informação e voz autorizada é Ana Maria Braga, deixando ainda mais claro o seu posicionamento e papel que desenvolve no programa. Em certo momento da inserção, a apresentadora pede para quem está assistindo o programa e quer tirar alguma dúvida sobre o tema que ligue ou mande mensagem de celular para o programa, diminuindo assim a distância entre telespectador e especialista, e aumentando o vínculo deles

com a atração. Junto ao assunto da superbactéria é discutido o problema da catapora, inserindo aí outra ligação feita por Ana Maria através de mais duas reportagens e o médico. A transição de um assunto para o outro também é forte indicador da posição que ela ocupa.

Essa perspectiva pode ser analisada desde o início da inserção quando a apresentadora começa mostrando a imagem de uma bactéria no telão da sala no estúdio e diz: “Eu queria que você olhasse agora comigo uma imagem que parece uma cápsula, parece um comprimido”. O papagaio Louro José diz que parece um remédio e afirma quando Ana Maria pergunta a ele se não parece um comprimido desses que a gente toma no dia a dia. Louro José pergunta se não é e a apresentadora diz que não: “Se você prestar bem atenção você vai ver que ela tem tipo de uns pelinhos assim tá vendo? Pois então, é uma bactéria, isso não é um comprimido, vista por um microscópio”. Ana Maria fala que quer fazer um alerta porque existe uma superbactéria que está rondando os hospitais: “É um super inimigo, se é que a gente pode falar assim, oculto, e ela já tem nome. O nome dela é KPC. É esse aí, o nome da bactéria super resistente que está colocando em risco a saúde de muitas pessoas pelos hospitais do país”. Ana Maria Braga diz ainda que os especialistas já estão chamando essa bactéria de “superbactéria” porque ela é super resistente e que muitas coisas tem sido ditas sobre essa tal de KPC, que está presente em muitos hospitais do país causando morte: “A gente fica se perguntando: será que ela pode sair do hospital? Das UTIs, dos centros cirúrgicos e se tornar uma ameaça para a população? Por que está só lá nos hospitais, né? E aí a gente queria que você prestasse atenção, porque, segundo os médicos, metade dos pacientes que se contaminam com essa KPC superbactéria não sobrevive, metade! Então pra gente entender melhor esse problema a gente foi buscar mais informações para trazer para você”.

Em seguida, entra a primeira reportagem sobre a superbactéria que diz, diante de imagens de corredores e camas de hospitais, soro fisiológico e uma equipe realizando limpeza hospitalar, que o inimigo pouco conhecido e que está presente em muitos hospitais do país e apresenta o histórico da conhecida KPC, que como a repórter explica, foi isolada pela

primeira vez nos Estados Unidos, na Carolina do Norte, em 2001. O primeiro surto aconteceu em agosto de 2003, em Nova Iorque e que 47% dos infectados morreram. Durante a reportagem são explicados em forma de desenhos das bactérias e do corpo humano como é formada a KPC e como acontece a mutação da mesma. Através de imagens de laboratório e de desenhos da bactéria a repórter relata que a KPC se tornou resistente a muitos antibióticos, explica como elas se reproduzem e que o Ministério da Saúde quer, por isso, controlar ainda mais a venda dos antibióticos, que como qualquer remédio, só deve ser vendido com a apresentação da receita médica. Após a exibição, o médico e diretor da Sociedade Brasileira de Infectologia, Marcos Antônio Cyrilo, entra na reportagem como fonte especializada explicando que a superbactéria pode causar vários tipos de infecção e, o que é pior, ela pode causar uma infecção generalizada atingindo múltiplos órgãos ao mesmo tempo. A repórter volta falando em *off*, com imagens de postos de enfermagem, e relata dados históricos sobre a KPC aqui no Brasil, dizendo que o primeiro registro da superbactéria foi em Recife em 2006, depois foram registrados casos no Distrito Federal, Paraíba, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Porém, que para a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e superbactéria já pode estar presente nos hospitais de todo o país. A repórter diz, durante a exibição de mais imagens de hospitais, que só no Distrito Federal já foram registrados mais de 180 casos com 18 mortos, explica quais os tipos de pessoas mais vulneráveis de pegar a bactéria e finaliza a reportagem dizendo que a ANVISA quer tornar obrigatória a identificação da KPC e a notificação dos casos.

Ana Maria retorna ao estúdio dizendo que havia sido publicada no dia anterior, no Diário Oficial, uma determinação da Vigilância Sanitária que obriga o uso de álcool gel em todos os serviços de saúde do país: “Para garantir a higienização das mãos desses profissionais que trabalham na área. O prazo para cumprir a ordem é de sessenta dias e vai ter que ter álcool gel nas salas de triagem do pronto socorro, nas salas de exames, nos ambulatórios e até nas ambulâncias. O que a gente vive dizendo aqui que você tem que se

proteger, lembra que a gente fala aqui de vírus e bactéria? E isso também vale para a sua casa”. A apresentadora introduz a discussão da diferença entre vírus e bactéria e chama a segunda reportagem sobre o assunto. Com imagens microscópicas, a repórter do programa explica em *off* o que é uma bactéria, como elas atuam no nosso organismo e explica ainda sobre como as bactérias que nos fazem mal são combatidas, assim como explica o que é um vírus, doenças que são causadas por eles e como é o tratamento, que não pode ser feito através de antibióticos. Ana Maria Braga toma a nota de retorno e resume tudo o que foi dito nesta reportagem e, em seguida, chama o médico e professor da disciplina de infectologia pediátrica da Universidade do Rio de Janeiro, Edmilson Migowski, convidado pelo programa, no qual ela diz que é um prazer em revê-lo. A apresentadora começa, então, uma série de perguntas sobre o assunto, que serão observadas a seguir.

Nesta primeira parte da inserção de saúde sobre a superbactéria podemos perceber que a introdução de Ana Maria Braga permeia como um alerta às pessoas, principalmente para as mulheres, como uma espécie de convocação para que elas possam prestar atenção, tomar cuidado e principalmente poder cobrar pela vigilância dos hospitais. Como já foi discutido no decorrer do trabalho, a mulher ocupa hoje a posição principal de quem cuida e interage com a vida e a saúde do outro. Podendo este ser o marido, os filhos, os parentes, amigos, idosos e até vizinhos. Elas se posicionam no lugar de quem sempre acompanha o outro e incentiva para esses cuidados. Porém, a indução de que a reportagem pretende criar maior vínculo com as mães que assistem ao programa é quando a apresentadora começa a sequência de perguntas utilizando o exemplo do próprio filho: “Meu filho esteve em Brasília agora, há quinze dias, e teve uma infecção muito séria. Ele começou a passar mal, o intestino desandou, teve febre e aí eu soube que estava tendo um surto de uma bactéria perigosíssima em Brasília. Na verdade ele é jovem, ficou quatro dias assim e eu assustei porque ao mesmo tempo saiu essa notícia dessa superbactéria que tinha um foco em Brasília e depois se falou em catapora, enfim... Tem uma série de desinformações acontecendo”.

Seguido dessa fala Ana Maria Braga começa perguntando ao médico especialista que tal de superbactéria é essa, no qual ele responde que é algo confinado ao hospital e é interrompido pela apresentadora que pergunta: “Mas ela não sai do hospital? Ela não pode sair com alguém?”. O médico aparenta ter uma postura de não querer criar um alarde maior ainda, que no caso, a apresentadora tenta fazer e responde: “Pode sair, mas é extremamente improvável porque você tem, em geral, uma boa lavagem das mãos, o que você comentou, com o álcool 70. O problema do hospital é que existe o uso de antibióticos para controlar infecções que são mais graves no ambiente hospitalar e uma associação do paciente com baixa imunidade. Às vezes eles têm uma imunidade comprometida, fica acamado por muito tempo, geralmente é uma pessoa idosa e essa bactéria acaba fazendo desse cidadão o seu meio, a sua cultura para poder sobreviver. O uso de vários antibióticos para combater uma infecção faz com que haja o surgimento de uma bactéria resistente, tornando o quadro mais grave ainda. A gente tem que ressaltar que nesse ambiente hospitalar, se você não fizer um bom controle, se você examina um paciente e vai para outro setor sem lavar as mãos ou se você compartilha os aparelhos que usa em um paciente em outro paciente, pode carregar essa bactéria. Então essa medida do álcool 70% na beira do leito é muito importante, a lavagem das mãos é muito importante também”. Em seguida, Ana Maria Braga pergunta ao médico o que o hospital tem que fazer, porque eles viram nas imagens inclusive as pessoas lavando as paredes dos hospitais e termina a pergunta dizendo: “Então tem que desinfetar o ambiente, é isso?”, e o médico continua sua explicação falando que tão importante quanto isso é a lavagem das mãos: “Ana Maria, no ano passado naquela gripe suína que teve se reforçou muito a lavagem das mãos para evitar a gripe, com isso diminuiu a incidência de várias doenças e, pasme você, diminuiu a infecção hospitalar porque houve o reforço dessa orientação. Eu não imaginei que fosse reduzir essa infecção hospitalar porque eu acredito que em um ambiente hospitalar, nós profissionais da saúde sejamos mais do que treinados a lavar

as mãos, mas houve um impacto também, provavelmente pelo cuidado das visitas com o paciente”.

A terceira pergunta da apresentadora é a respeito da lei para comprar antibióticos e ela indaga ao profissional: “Agora Dr. Migowisk o senhor pode me esclarecer sobre um projeto, uma lei ou uma determinação da ANVISA de que as pessoas deixem de comprar antibióticos com a frequência que se compra aqui no Brasil. Você vai aos Estados Unidos, por exemplo, você não compra antibiótico assim na farmácia, você precisa de receita médica. Aqui qualquer pessoa pode entrar numa farmácia e dizer: me dá tal coisa, a pessoa já sabe até o nome dos antibióticos que vão diminuir tal sintoma e não é controlado. Então me parece que agora tem uma lei que a pessoa precisa ter a receita para comprar antibiótico e essa receita fica presa na farmácia, é isso?”. Após a pergunta o profissional de saúde começa respondendo a pergunta e diz que essa é a diferença, porque o antibiótico é tarja vermelha e todo medicamento tarja vermelha só poderia ser vendido mediante a apresentação da receita. “Então essa é a lei da lei, né? Será que essa vai ser cumprida também?” Ana Maria volta a perguntar se a partir daquele momento já é lei e o médico responde: “Sempre foi lei, pois essa é a questão. É a lei da lei, porque na verdade já havia essa restrição”. Na sequência, a apresentadora indaga o médico sobre qual é o perigo da pessoa ficar se automedicando e tomando antibiótico à toa e o profissional responde que é o surgimento da bactéria resistente e ele explica o que acontece quando a pessoa toma a dose pequena e de forma inadequada do antibiótico, o que mata as bactérias fracas e as mais fortes fica em vantagem porque não tem mais que competir pelo alimento com as outras. É interessante analisar que depois das explicações do médico, ela faz uma retrospectiva e explicação mais clara do que o profissional está dizendo, expressando um empenho para que o assunto fique completamente entendido pelo público, reforçando esta intenção com o dizer: “para eu entender melhor”, como se estivesse dizendo “para vocês entenderem melhor”.

Em outro momento, Ana Maria Braga muda de assunto e começa a abordar o tema da catapora e diz: “Falando em vírus, a gente tá na primavera e muitos acreditam ser a estação da catapora. Parece que está tendo um surto de catapora agora e os marmanjos que estão me escutando, aí ficam achando que catapora é só em baixinho, não é! Catapora acontece em qualquer idade, em qualquer hora e mesmo se você já teve catapora, o número tem aumentado consideravelmente em várias regiões do país e a gente tá querendo evitar que você, que este surto ande mais rapidamente. Minas Gerais, por exemplo, notificou mais de 22.000 casos de janeiro a setembro, agora em 2010, contra 14.500 casos no mesmo período do ano passado. Mato Grosso do Sul teve 4.301 casos até agora e parece que 3 pessoas morreram vítimas da doença, o ano passado foi só uma vítima, então quer dizer, os números tem aumentado e a gente foi saber os mitos e verdades a respeito da catapora. Após esta etapa, a apresentadora chama a reportagem que explica, através de uma imagem no telão e a voz em off do repórter, que é verdade que a catapora se pega pelo vento, é verdade que o vírus da catapora pode dar pneumonia, é verdade que o vírus da catapora pode dar meningite, é verdade que a catapora deixa marcas que não desaparecem, é mito que seja na fase das feridas secas que o vírus da catapora é mais transmitido, é mito que a catapora não seja uma doença grave, é verdade que é perigoso mulher grávida contrair catapora, é mito que quando uma criança está com catapora é bom deixá-la junto com as outras para que todas elas peguem logo a doença e é verdade que uma pessoa pode ter catapora mais de uma vez. Em cada mito ou verdade o repórter vai explicando o por quê da resposta.

Em outro momento a apresentadora chama uma reportagem que explica o que é catapora, dizendo que é uma das doenças mais comuns nas crianças, de que forma o vírus age no organismo e sobre as seqüelas, que no caso da doença pode deixar cicatrizes por toda a vida. A repórter relata os sintomas iniciais da catapora e as famosas pintinhas vermelhas com líquido interior e depois com casca, em outra etapa da doença. É dito que a coceira incomoda muito e que o perigo da doença está nas infecções que podem surgir com as contaminações

das feridas. A reportagem fala que evitar coçar as feridas é fundamental e explica, ainda, sobre o contágio feito pela saliva, pelas secreções respiratórias ou pelo contato com o líquido das lesões, além de ser dito também sobre o período de incubação e de recuperação da doença. Outro ponto relatado pela repórter é a questão da higiene? Segundo ela é fundamental e que os médicos recomendam banho de permanganato de potássio, limpar as mãos várias vezes ao dia e manter as unhas curtas e limpas e para não ficar com cicatrizes só há um jeito, que é não tocar nas lesões. Para finalizar a reportagem, algumas explicações são dadas sobre a vacina contra a doença, que existe e custa em média 150,00 reais nas clínicas particulares. Já na rede pública a vacina só está disponível para grupos de risco, que são pessoas com baixa imunidade, transplantados, quem está com câncer ou AIDS.

A análise toma o lado feminino por se tratar de um programa voltado para as mulheres, que no caso são referidas como novamente mães de família, que se interessam pela questão pública, se preocupam com os problemas de saúde do país, problemas estes que podem atingir toda a população e as mulheres grávidas, por na reportagem falar sobre os mitos e verdade para gestante. O tema convoca as mulheres, então, a tomar cuidado com seus filhos e com o restante da família para esta situação. Se elas souberem sobre as verdades e mentiras da doença poderão evitar e informar mais quem vive ao seu redor, assim para elas saberem que providências tomar para evitar o mal. A apresentadora produz sua performance e se dirige às telespectadoras com tom de preocupação quanto ao assunto abordado. A forma como se dirige ao especialista presente mostra que o tema lhe causa curiosidade, interesse e inquietação a respeito das vacinas que não são disponibilizadas pelo SUS. Dentro deste contexto comunicativo podemos analisar que a apresentadora senta em uma mesa de café da manhã para uma conversa informal, como se estivesse em um consultório e tenta representar uma paciente. A mediadora faz as perguntas para o médico presente como se representasse as mulheres que são suas telespectadoras.

A primeira delas foi que “agora, se a vacina é tão importante assim, o senhor acabou de falar da vacina, por que não tem vacina nos postos públicos de vacinação aí do país?”, e o profissional responde “Essa é uma orientação precisa, pois a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Imunizações recomendam para todo mundo a vacinação, só que é um problema de fornecimento, creio eu. Existe uma vacina que é segura e eficaz, mas talvez não existam ainda laboratórios que possam fornecer para um país com a dimensão continental como o nosso. Existe já um projeto, uma história, uma proposta que essa vacina seja introduzida, mas quando o Ministério da Saúde coloca a vacina ele tem que disponibilizar para todo mundo e garantir o fornecimento. Mesmo agora, na clínica privada houve uma quebra de fornecimento da vacina, então, existe uma produção que é insuficiente para atender um país como o nosso. Então quem quiser tomar a vacina acaba tendo que recorrer a clínica particular”. Ana Maria retruca em tom de indignação dizendo que a vacina custa 140,00 reais e o médico completa que esse valor é muito mais barato que a doença. A apresentadora, por sua vez, diz: “É mais barato que a doença, mas tem gente que não tem 140,00 reais para tomar a vacina”. Migowski completa a discussão sobre isso dizendo: “Eu faço um cálculo assim, eu acho que deveria estar no serviço público, como toda e qualquer vacina. O grande passo é quando se coloca no serviço público, foi assim com a *pneumococo*, é assim agora com a *minilococo* e vai ser assim, se Deus quiser, com a HPV que ainda não está no serviço público, mas eu faço votos que vá, porque é uma doença que dá câncer do colo de útero, câncer em tantos lugares. Então, é importante a gente oferecer essa proteção para população, mas não está ainda. Eu costumo dizer que o Programa de Imunização me enche de orgulho, eu não transbordo de orgulho porque falta hepatite A, falta catapora, falta ainda HPV, falta outras vacinas importantes”.

A apresentadora segue a sequência de perguntas e indaga ao médico: “Quem toma a vacina uma vez, com que idade tem que tomar essa vacina?”. O profissional da saúde explica que tem que, se for criança, tem que tomar com um ano, depois com dois anos e depois não

precisa tomar mais. Se for adolescente ou adulto toma a vacina hoje e outra dose de um à dois meses depois e também não haveria a necessidade de fazer a reforço depois. Ana Maria pergunta, então, se a pessoa não lembra se tomou, se pode tomar de novo. O médico ressalta que a vacina vai estar escrita e se não tem a comprovação de que vacinou, faz de novo. A apresentadora diz: “Não faz mal nenhum, qualquer idade pode tomar?” O especialista diz que sim e explica que algumas vacinas estão licenciadas a partir de um ano de idade, outra a partir de nove meses e adulto não tem limite de idade, pode ter oitenta, noventa anos de idade pode tomar, desde que não tenha tido catapora. Se já teve catapora não há necessidade de vacinar, se não teve ou não sabe a vacina é o melhor negócio.

Em outra oportunidade, Ana Maria Braga pergunta ao médico: “Diz que catapora é uma das doenças que mais pega, que mais transmite e só perde pro sarampo?”. Migowski responde que tem trabalhos que mostram que se deixarem as crianças juntas, noventa por cento delas vão ter catapora com o contato com alguém com a doença, ou seja, quanto maior a proximidade, maior a quantidade de vírus que eu passo para você e a tendência é ter um quadro de maior gravidade. Então, ele ressalta que ter o contato eventual é muito melhor do que fazer a “festa da catapora” e colocar todo mundo junto. Na sequência, a apresentadora realiza uma pergunta a respeito do contato e diz: “E se alguém da família, se um dos membros da família, seja criança ou adulto, pega catapora tem que fazer como?” e ele responde: “O ideal é não ter contato, estabelecer uma distância sempre de um metro ou dois, sem ter contato próximo, se for possível também fazer a vacina”. A apresentadora indaga em seguida, se pode vacinar durante a doença e o profissional da saúde explica que não durante a doença porque vacina é para evitar, mas se a pessoa teve contato com outra e essa outra está com catapora, a pessoa pode tomar vacina com grande chance de evitar a doença.

Outro aspecto explicado pelo médico é que se a pessoa for adulta ou adolescente que seja gestante ou imunodeprimida têm que procurar realmente um médico, porque para estes casos existe uma indicação de fazer um medicamento com o objetivo de diminuir a

reaplicação desse vírus e, assim, diminuir ou minimizar a gravidade. A última pergunta realizada pela apresentadora é sobre as gestantes: “Qual o perigo para a gestante?” e, então, o médico diz que por ser adulta, a gestante tem um quadro de maior gravidade. O vírus pode afetar o bebê, causando-o deformações. “Quando a catapora acomete o finalzinho da gravidez, a mãe pode passar muito vírus pela placenta e o bebê nasce com muito vírus, com nenhuma defesa e pode ter um quadro grave pelo próprio vírus ou a encefalite também pelo próprio vírus”. Para finalizar a inserção Ana Maria Braga faz um alerta e fala: “Gente vamos prestar atenção, tá aí no ar, a primavera pelo próprio tempo seco e as coisas todas se multiplicando, os vírus também se multiplicam, então, bota reparo na tua vida porque não é fácil não, a gente sabe o que é uma criança com catapora e um adulto é pior ainda. Não coce molecada, se tiver com catapora, tá? Muito Obrigada Dr. Migowisk, um bom dia para o senhor”.

Quanto ao *contexto comunicativo* dos dois temas abordados, este operador pode ser identificado pela circunstância espacial e temporal, que na inserção é dada a partir da sala de jantar da “casa-estúdio”, juntamente com o momento em que se toma o café da manhã e, no qual, estes são problemas de saúde atuais para tal época e desperta interesse do público, mas principalmente das mães de crianças. Gomes (2007) explica que num programa televisivo sempre é apresentado definições dos seus participantes, dos objetivos e dos modos de comunicar. Neste caso, Ana Maria Braga utiliza frases que deixam clara a sua intenção. A apresentadora começa a inserção dizendo: “Queria que você olhasse agora comigo uma imagem...”, reforçando o seu posicionamento para conduzir o tema dentro da atração. Em outro momento, a apresentadora fala “a gente queria que você prestasse atenção”, “Então, para gente entender melhor esse problema, a gente foi buscar informações para trazer para você”, “a gente vive dizendo aqui que você tem que se proteger. Lembra que a gente fala aqui de vírus de bactéria... isso também vale para a sua casa”, “a gente foi perguntar o que é vírus e o que é bactéria”. Ana Maria se comunica também através de seus atos e seu deslocamento pelo estúdio. No início ela começa falando atrás de uma bancada e depois chama as

reportagens. Após este processo, ela anuncia o médico especialista que já a espera sentada na mesa do café da manhã. De lá corre o restante da inserção de saúde, no qual as falas da apresentadora e as falas autorizadas do profissional formam o *contexto comunicativo* em que o programa tenta criar a credibilidade, a sensação de verdade, perigo, alerta e prevenção, dados e informações da doença, através de reportagens produzidas pelos jornalistas do programa e, ainda, por imagens reais e de desenhos sobre vírus e bactérias. É perceptível que Ana Maria não possui intimidade com o profissional, por isso para amenizar a situação ela brinca com o médico na sua chegada, além de tratá-lo com formalidade e até senta em uma mesa de café da manhã para quebrar o “gelo” do não conhecimento da sua referência.

Dentro do operador de *papel de referencialidade* podemos classificar o tema da superbactéria e catapora como um tema atual, por isso a ênfase na notícia. Mais duas reportagens produzidas pelos jornalistas do programa são transmitidas, juntamente com a inserção do tema da superbactéria e, na ocasião, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) são citados, de maneira enfática e diversa, como referências para dar credibilidade à reportagem. A primeira voz autorizada é a do médico diretor da Sociedade Brasileira de Infectologia, Marcos Antônio Cyrilo. Após a exibição de outra explicação traduzida por desenhos, Ana Maria conversa com o médico professor de infectologia pediátrica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Edmilson Migowisk. Essas duas vozes, a do último profissional com maior destaque, proporcionam o modo como a referência está nos profissionais de saúde para transmitir aos telespectadores a questão da verdade, do conhecimento e da prescrição e análise médica sobre o assunto. A apresentadora, por sua vez, utiliza os recursos de comandante do programa para conversar e debater os problemas de saúde, porém se baseia e se apóia, tanto nas informações das reportagens quanto na fala autorizada e presente. Ana Maria procura resumir tudo o que o médico disse em suas explicações e pede uma atitude de confirmação do profissional, como na seguinte situação: “Para eu entender bem. Essa superbactéria apareceu por conta de que nos hospitais se usa

muito mais antibióticos para combater vários tipos de infecção, bactérias e tudo mais. O que aconteceu... As bactérias estão morando lá no hospital, elas foram se transformando em bichinhos resistentes, foram brigando contra esses antibióticos e foram mudando. Essa é uma mutante então, resistente aos antibióticos que a gente conhece, é isso?” e o médico responde: “Perfeito, é isso”. A objetividade e a imparcialidade são elementos construídos na narrativa da apresentadora e no desenvolver da conversa, junto com a questão de interesse público, pois fica claro que o assunto se trata de grande abrangência e causa preocupação e perigo à sociedade. Pelo lado da responsabilidade social e liberdade de expressão e de opinião, Ana Maria Braga diz enfaticamente: “o que o hospital tem que fazer?”.

No caso da catapora, as imagens mostradas são de hospitais cheios de pais e de crianças com a doença, internadas, chorando, tomando banho comum ou com o remédio indicado para o tratamento, tomando a vacina para a catapora e, ainda, crianças saudáveis dentro da sala de aula. As feridas pelo corpo, que é sintoma tradicional da catapora, aparecem insistentemente nas imagens junto com as tabelas e dados de mitos e verdades sobre a doença. A presença do mesmo médico é feita para que o telespectador tenha maior segurança e veracidade no que está sendo tratado ali e a voz autorizada ocupa o lugar fundamental da credibilidade no programa. A aproximação do público com ele pode ser dada quando Ana Maria Braga diz: “Vamos tirar as suas dúvidas aqui”. O reconhecimento da audiência ao vivo do programa são as mensagens que passam no rodapé da tela com os dizeres dos telespectadores, principalmente das mulheres. Importante observar que nenhum caso real foi exibido e foram usados como fonte, porém a credibilidade foi construída exclusivamente com as reportagens dos jornalistas e com os especialistas de saúde.

Da mesma forma como Ana Maria se posiciona para levantar dúvidas e questionamento, utilizando as referências disponíveis, ela tenta passar um sentido de indignação e de liberdade de expressão contra certas situações como, por exemplo, quando ela diz: “Se a vacina é tão importante assim, o senhor acabou de falar da vacina, porque não tem

vacina nos postos públicos de vacinação do país?” “Você vai aos EUA, por exemplo, você não compra remédio na farmácia, você precisa de receita médica, aqui no Brasil qualquer pessoa pode entrar numa farmácia e dizer: me dá tal coisa, isso porque as pessoas já sabem os nomes dos antibióticos que vão diminuir tal doença” e ainda diz: “140,00 reais custa! Tem gente que não tem 140,00 reais para tomar a vacina”.

A *organização temática* é dada a partir do assunto de saúde abordado e como ele se relaciona com os outros operadores da inserção. Neste caso, o tema é pertinente porque, na época, estava em ênfase à questão da superbactéria e por estar também na época do ano que influencia e aumenta os casos de catapora nas pessoas. Sobre a superbactéria, os profissionais de saúde que são representantes da voz autorizada e as reportagens sobre os hospitais produzem uma discussão em torno do uso de antibióticos e pelo não costume de lavar as mãos. A prescrição médica na inserção, diz que o fundamental e essencial é a boa lavagem das mãos e que isso poderá melhorar e muito os problemas de contaminação e transmissão da bactéria super poderosa, caracterizando assim o modelo biomédico que analisa só a mão infectada, incentivando o auto cuidado e controle do seu próprio corpo e saúde, e não o problema como um todo e por cuidados gerais e educacionais. Por tanto, os aspectos desta inserção são a respeito do modo de promoção da saúde e de higiene sanitária e pessoal. O exemplo disso é pela fala do médico, que ressalta: “Por isso que é importante o uso restrito dos antibióticos, a disseminação do uso da vacinação contra *pneumococos*, contra *miliococos*”.

Quanto à catapora, a inserção é em torno das vacinas para a doença, cuidados e os tratamentos. Pela presença do médico e por focar apenas a doença e os sintomas deste mal, o modelo biomédico acaba incentivando o modelo medicalizador, que valoriza enfaticamente a prevenção da catapora através da aplicação da vacina e os meios para curar as feridas da doença. A restrição do uso de antibiótico e a disseminação da vacinação foram enfatizadas pelo médico e uma frase marcante dita pelo profissional foi: “a bíblia fala: orai e vigiai. Eu

digo que se a bíblia fosse escrita hoje era: orai, vigiai e vacinai”. Essa fala deixou bem clara a posição de medicalizador, no qual a vacinação e o tratamento com permanganato de potássio são defendidos, o modelo biomédico e, também, abre uma perspectiva para que se discuta sobre a questão da saúde como um tema de prestação de serviço ao público, principalmente por ser tão abordada a saúde pública e das posições do programa de imunização do país. É percebido claramente que o tema gira em torno da questão de interesse público. A telemedicina, já discutida também no decorrer do trabalho, pode ser identificada quando, nas reportagens dos jornalistas e até pelas explicações do médico, é possível fazer a comparação, absorção e a identificação com o outro e com o exemplo. O atendimento à distância e o alerta focam bem essa característica.

A mulher é o foco do programa, apesar de haver momentos que o tema seja tratado para todos os telespectadores e, por se tratar de crianças com catapora, que é uma doença acontece predominantemente em crianças, as inserções são voltadas e direcionadas às mulheres brasileiras que são mães de família, se preocupam com seus filhos, mas que podem abranger a informação por todas as pessoas próximas, já que a doença não é exclusivamente em crianças. A editoria de saúde tomou um amplo espaço no programa e, no final, foca especificamente nas gestantes, ligando essa objetividade à Política Nacional da Saúde da Mulher, que defende amplamente o foco na saúde reprodutiva.

#### 4.3. ANÁLISE DA INSERÇÃO: DIETA PERSONALIZADA E EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA AUMENTO DE MASSA MUSCULAR ACELERAM O METABOLISMO

Data: 12/11/2010

Tempo: 20min e 55seg

Ana Maria Braga inicia a inserção sobre “Dieta personalizada e exercícios físicos para aumento de massa muscular aceleram o metabolismo”, com uma imagem externa do seu “jardim” no estúdio, em um bonito dia ensolarado e diz: “Verão chegando e ai quem é que

não pensa nesse momento: está aberta a temporada oficial da busca pelo corpo perfeito. Aha! Vai botar biquíni minha senhora? Vai sair pra praia?”. O personagem do Louro José também complementa, perguntando: “Será que dá?”. A apresentadora continua: “Foi convidada pra passar o final de semana na casa de um amigo e não sabe se vai por que todo mundo vai entrar na piscina e você está com vergonha de ir? Pois é... Ai fica uma pergunta assim, né? Gente, mas por que aquela pessoa come tanto, come doce, come chocolate, come tudo e não engorda? Eu, que não como nada, to com a boca fechada, engordo de respirar. Tem gente gorda que diz: eu só respiro e engordo. Então, nós fomos descobrir mais sobre todas as dietas que existem por ai e pra te dar o melhor caminho. Você pode entrar na internet, em revista especializada de beleza, dieta indicada pelas amigas, mas, de repente, aquela amiga chega e diz: nossa eu fiz essa dieta aqui, um espetáculo, emagreci e tudo. Aí você faz, segue tudo direitinho e não emagrece, não chega ao peso que ela chegou. Aí você segue tudo, passo a passo, mas a resposta de uma pessoa para outra é diferente. Por quê? A ciência tem avançado muito, a medicina esportiva também, ai percebe-se que o metabolismo das pessoas é diferente”. Ana Maria mostra dois exames que estão sendo feitos ali no momento, com duas mulheres que concordaram em fazer uma avaliação no programa com o que há de mais moderno hoje, para a telespectadora, segundo ela, ter uma boa indicação de dieta pessoal, personalizada. “Esses dois exames Louro, um é a “calorimetria”, que mede as calorias que a pessoa gasta durante o dia, e o outro é a “ergo espirometria”, que é o que a Simone está fazendo ali, enfim, quem vai explicar todos esses exames para mim é o médico que está ali”. Então, a apresentadora chama as reportagens as participantes do programa para falar sobre o dia a dia delas e mostrar o que tem de diferente entre as duas.

A primeira reportagem é sobre a assistente de operações, Simone Sampaio. É a participante mesmo que dirige a reportagem e começa falando que tem 28 anos, tem 1m e 65 cm de altura, pesa 75 kg, tem um filho de oito anos e é solteira. Simone conta que o dia começa às seis horas da manhã, sai de casa as sete para conseguir chegar ao serviço às nove

horas da manhã. Ela conta que quando chega ao trabalho, logo toma o seu café e começa a rotina diária. Durante uma parte da matéria, ela explica sua função no trabalho que é dentro de um shopping e que anda bastante por ter que fazer vistorias no prédio. Quando Simone acaba a vistoria já é hora do almoço e ela conta: “Geralmente eu como arroz, feijão, bife, batata frita, salgadinho e nem sempre como salada, muito difícil eu comer salada, porque não sou muito fã de salada. Eu volto do meu almoço, tenho uma hora de almoço, aí eu vou responder meus e-mails e estou sempre ali no computador vendo alguma coisa”. Na gravação, Simone diz que as terças e quintas faz um lanche mais para o final da tarde e sempre come um pão com salame e provolone. Ela diz que tem o costume de fazer dieta, que faz dieta de revista, já fez dieta da sopa, mas que quando emagrece, acaba engordando tudo de novo e então para no meio do caminho e desanima. “Já aconteceu de eu pegar dieta com amiga minha e com ela dar certo e comigo não. Eu preciso emagrecer. Eu não bebo, não fumo, no final de semana eu costumo acordar um pouco mais tarde do que eu acordo para trabalhar. De zero a dez eu daria seis para a minha qualidade de vida, mas eu acho que eu posso melhorar muito mais. Eu quero e preciso mudar”.

Em seguida, Ana Maria Braga fala que para eles testarem e entenderem como é o corpo da Simone e como é o corpo da Marina, o programa pegou pessoas que possui mais ou menos o mesmo estilo de vida. A apresentadora diz: “Você vai ver a Marina agora, ela trabalha no mesmo prédio do que a Simone e, também, já tentou vários tipos de dieta, tem mais ou menos a mesma faixa etária e então, o que difere nas duas? E o que é esse negócio de metabolismo, né?”. Logo após Ana Maria chama a segunda reportagem, narrada pela própria personagem presente no programa a respeito do cotidiano de Marina. “Meu nome é Marina Mansoi, tenho 27 anos, tenho 1m e 79 cm de altura, 79 kg, sou estudante de arquitetura e trabalho para uma empresa que presta manutenção para um shopping. Quando chego no trabalho vejo meus e-mails e o que eu tenho para fazer, aí depois pego minha máquina fotografia e vou fazer a ronda diária, que é verificar as obras e ver como está o andamento das

lojas que estão em obra”. Marina explica, detalhadamente, o que faz no seu trabalho e diz que almoça em torno das 12h30 ou das 13h. Ela diz que leva sempre almoço de casa, come todo dia salada, junto com arroz, feijão, uma carne, um legume ou uma verdura e fala que não costuma comer sobremesa, ainda mais dia de semana. “Depois que eu como minha tarde é mais no computador mesmo. Geralmente a tarde eu como um biscoito salgado, suco, mate ou um salgado integral que vende aqui em algumas lojas do shopping. Eu sinto mais falta de salgado do que de doce e depois dos 14 ou 15 anos comecei a ter problema com a balança, não conseguia fazer dieta, não conseguia emagrecer de jeito nenhum e agora eu quero fazer uma dieta para conseguir emagrecer de verdade”. Marina diz que tem costume de fazer dieta, que já tentou por várias vezes fazer essas dietas de internet, da sopa, de revista, mas nunca deu continuidade e que sempre corta pelo meio, não faz até o final. A personagem finaliza a reportagem dizendo que é uma pessoa totalmente sedentária, que não tem tempo de fazer exercício nenhum e que o único exercício que ela faz é andar durante o trabalho, porque ela sai de casa muito cedo e chega em casa muito tarde por causa da faculdade. “Eu quero emagrecer mais ou menos de oito a dez quilos para ficar bem com minha saúde, para ficar bem comigo mesma e para chegada do verão agora”.

A questão do feminino precisa ser debatida neste caso, pois esta é uma inserção claramente voltada para as mulheres com perfil focado nas trabalhadoras, que estão acima do peso, porém possuem dificuldade para emagrecer e para fazer dietas e, ainda, que se preocupam com a beleza estética do corpo e com o condicionamento físico. A questão da identificação, neste caso, é muito presente porque a inserção trabalha com dois exemplos reais de mulheres que se encaixam nesta classificação, fazendo com que a mulher em está em casa se encontre e se identifique diante dos depoimentos e das situações. Os conceitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estão perfeitamente visíveis e são reforçados diante de uma perspectiva voltada especialmente às mulheres, no qual são defendidos a promoção da saúde e o direito delas de cuidarem da própria saúde. Como já foi discutida

anteriormente, a promoção da saúde é vista como o resultado do desenvolvimento e de ampliação de pensamento e do direito do ser humano em poder fazer parte do processo de cuidado com a própria vida. Definir, então, a promoção da saúde da mulher no SUS, diante das desigualdades entre homens e mulheres, é uma questão que percorre muitos caminhos e que no programa retrata a mulher que trabalha, estuda e vive de forma mais independente. O aspecto da medicalização do feminino mostra seu foco a partir de quando os especialistas em saúde entram e dizem o que elas devem fazer ou não devem fazer, devem ou não comer e de que forma essas posturas podem ser mudadas. O mal que as atingem que é o excesso de peso, dentro dos conceitos da medicalização, perpassa pelo ângulo do resolver o problema e sua causa específica e unilateral. Não são observados o histórico e nem o mal como um todo, além de fazer do tema, que é estética do corpo, que ficou claro na entrada da inserção por Ana Maria, como se fosse exclusivamente uma questão de saúde. O modelo biomédico também é presente neste caso justamente por esses pontos de análise.

Como *mediadora Ana Maria Braga* se posiciona no seu papel diário de apresentação. Nesta inserção ela se dirige especificamente às mulheres, com mais idade e se posiciona diante da câmera de maneira informal e direta às telespectadoras para tratar do assunto sobre estética do corpo, através de dieta personalizada, exercícios físicos e metabolismo. Ana Maria Braga faz a intermediação entre as participantes e os profissionais de saúde presentes no estúdio e, ainda, realiza a ligação e organização das entradas das reportagens realizadas com as participantes anteriormente. Este processo reforça sua função diante do programa.

Como já citamos anteriormente, o papagaio Louro José tem nesta inserção uma participação maior, dando sua opinião e fazendo alguns comentários, por isso pode ser considerado também um mediador. A dupla que está junto há muito tempo se dirige aos telespectadores como se já os conhecessem por anos. O que pode ser observado é que a apresentadora faz diversas perguntas aos especialistas presentes e repete as informações mais importantes sobre o assunto para tentar deixar bem claro o que os profissionais estão

explicando, como se estivesse dizendo: “Então, resumindo...”. Alguns dados sobre os exames das mulheres que estão presentes no estúdio também são apresentados por ela.

Ana Maria Braga começa fazendo perguntas ao médico do esporte, José Alexandre Carvalho: “Hoje o senhor trabalha onde doutor?” e ele responde que tem sua própria clínica e que trabalha na Confederação Brasileira de Voleibol. Ela indaga o médico sobre os dois exames e pede para que ele explique melhor a respeito deles. O profissional diz que o exame de “ergo espirometria”, ou que pode ser chamado de teste de esforço cardiopulmonar, serve para medir o esforço. Ana Maria pergunta se o mesmo não tem nada a ver com aquele que é feito no *check up*, o profissional explica que é a metade dele e começa a dizer como o exame funciona e como os resultados são revelados e vistos no computador. “Primeiro a gente vê toda a parte cardiológica, se a pessoa tem alguma isquemia, arritmia, se tem alguma doença, depois vemos a parte pulmonar, se a pessoa tem alguma insuficiência respiratória ou a causa dela”. A apresentadora diz, então, que esse exame também serve para ver o quanto de caloria é gasto e pede para que o médico confirme o que é nesse exame que pode saber quanto Marina gasta e que o resultado do exame dela vai ser diferente do resultado de outra pessoa e, por isso, existe a diferença da quantidade de comida de uma pessoa para a outra, porque gasta o organismo pode gastar menos calorias. José Carvalho confirma tudo o que ela disse e completa falando que o que faz a gente gastar mais calorias é a presença da massa muscular, ou seja, quem tem mais massa muscular gasta mais, tanto em repouso quanto em exercício físico. Ana Maria pergunta qual foi a diferença do resultado das duas e o médico fala: “No caso da Marina, o exame mostrou que a capacidade física dela pode ser comparada a uma pessoa de setenta e cinco anos”. Neste momento todos se assustam, tanto a apresentadora quanto o Louro José. O médico diz que isso se deve porque a participante está muito acima do peso, isso faz com que o desempenho dela caia, fazendo com que ela se canse rapidamente, por ter muita massa para levar durante o exercício.

Ana Maria Braga, na seqüência, parte para o outro exame, no qual a personagem Simone está realizando e pergunta ao médico com que idade está a outra personagem. O profissional de saúde responde que ela está entre 65, indo para os 70 anos e, com isso, eles começam a rir. “Quer dizer, então, que a Simone gasta mais calorias do que a Marina quando come o mesmo sanduíche? Quer dizer que engorda menos com a mesma quantidade de comida?”. O médico responde que é mais ou menos por esse caminho e que isso acontece durante os exercícios físicos, e não durante o repouso. Diante das repostas, a apresentadora começa a brincar com as personagens que estão participando do programa como forma de descontrair e para criar mais intimidade, tanto com quem participa quanto com quem assiste a atração e fala: “Mas diz que a Simone é boleira, come um sanduiche daquele e vai pro gol, como que pode?” e todos começam a rir.

Em seguida, Ana Maria Braga relata que o resultado do exame, e também para resumir o que o doutor está querendo dizer, aponta que a Marina deveria gastar 1.660 calorias por dia, mas só gasta 1.363 e o que sobra com a diferença vira gordura. Já a Simone deveria gastar 1.513 calorias, quer dizer que é menos do que a Marina, e gasta 1.091. A apresentadora diz que, por dia, a diferença dessas calorias vai sendo acumulada e a gente faz a conta do que come e do que gasta. Ela pergunta ao médico se está certo o que ela está dizendo e José Carvalho responde que esse valor previsto que acabou de ser passado é o quanto que a média da população da idade dela deveria consumir e o resultado de quanto ela fez é a média real, que deu quase 20 a 30 por cento a menos. “Quer dizer doutor que o ideal, então, seria que ela tivesse um condicionamento físico para, na média da idade dela, ela pudesse gastar mais calorias para poder consumir uma quantidade razoável de alimento?”, “Perfeito”, responde o médico que continua sendo perguntado pela apresentadora se para emagrecer a personagem teria que comer menos do que ela gasta e ele responde: “Isso, um pouquinho a menos, porque as duas têm o metabolismo um pouquinho mais baixo e se você começar a tirar muita comida, pensa numa pessoa que tem um salário, por exemplo, se você começa a tirar o salário dela, ela

começa a gastar cada vez menos, e isso faz, neste caso, com que o metabolismo diminua mais ainda. Então você tem que fazer justamente ao contrário, você tem que ir pagando um pouquinho mais, ou seja, vai gastando um pouquinho mais, como é que se faz isso? Aumentando a massa muscular, exercício físico, como se fosse uma balança”.

Após a explicação do profissional, Ana Maria Braga pergunta a ele sobre o outro exame e o que o mesmo mede. O médico diz que aquele exame mede o quanto de energia a pessoa gasta em repouso. “Ah! tem até uma teoria que diz que emagrece dormindo. Emagrece dormindo?”, indaga a apresentadora. O profissional responde: “Durante o dia agora nós estamos gastando basicamente gordura para se manter vivo, quando a gente faz exercício gasta mais ou carboidrato. Durante o sono a gente também gasta gordura, só que quem tem mais massa muscular, gasta mais energia quando está dormindo, mas não que você vá pensar: eu vou dormir para emagrecer”. Então o médico começa a explicar as funções e processo que o exame realiza para que chegue ao resultado. A apresentadora, na sequência, continua falando que ela estava perguntando onde tem esses exames, para as pessoas que ficaram interessadas em ter uma medida dessas para poder regular e saber que tipo de nutrição teria que ter no dia a dia para gastar e para emagrecer. O médico diz não tem em todos os lugares do Brasil e a apresentadora completa falando que esses tipos de exames têm nos grandes centros esportivos, nas grandes capitais ou outra opção é procurar uma nutricionista para quem quer fazer uma dieta perfeita. Ana Maria chama então uma nutricionista e diz: “Vou apresentar para você a Camila Freitas, venha cá Dra. Camila, que é nutricionista. Bom dia, que você seja bem vinda”. Baseado em todos os dados que o médico Carvalho apresentou, foram montadas duas dietas diferentes e Ana Maria pede para que a nutricionista explique essas dietas. Na sequência, Camila responde: “Como o Alexandre disse, esse exame analisa o consumo calórico mínimo, né? Então a Marina tem o consumo calórico um pouco mais alto, por isso a dieta dela é um pouco mais alta com 1.550 calorias e da Simone com 1.200 calorias, para ter o mesmo resultado”. Ana Maria brinca com Simone e ri, dizendo que ela vai ter que

comer menos e depois continua a linha de perguntas enfatizando se é para ter o mesmo resultado. A nutricionista continua a explicação: “Para ter o mesmo resultado sim, viu Ana. Na média uns 3kg por mês”. A apresentadora continua o assunto dizendo: “Quer dizer que a sugestão é ir emagrecendo pouco, porque tem gente que fala que quer emagrecer 10 kg assim de uma vez e não adianta. Era o que elas faziam, perdiam e depois voltava”. A profissional diz que é exatamente isso, como uma maneira de autenticar e credibilizar o que Ana Maria Braga diz.

Em outro momento, a *mediadora* que no caso é a Ana Maria, pergunta o que a nutricionista leva em consideração e ressalta que na dieta come-se bastante. A profissional continua a explicar: “Sem dúvida. Na verdade não tem que achar que quanto menos, melhor. A regra não é essa, porque se não o metabolismo desacelera ainda mais. A dieta tem que ter esse balanço energético e você precisa ver: se a Simone fizesse a mesma dieta da Marina, teria um resultado muito pequeno e se a Marina fizesse a dieta da Simone, teria uma perda até de massa muscular, o que, em longo prazo, reduziria ainda mais o metabolismo porque a massa muscular é que gasta energia. E você vê que é comer de três em três horas, né Ana”. A apresentadora completa: “Quer dizer que não adianta copiar a dieta do outro. O segredo é esse, não ficar com o estômago vazio, independente da dieta que vai fazer. Não passar fome para não sentir aquela ansiedade, é comer light e mais vezes” e a nutricionista Camila encerra dizendo que é exatamente isso e, após as perguntas feitas aos profissionais de Saúde, Ana Maria Braga indaga as personagens sobre se elas estão dispostas a fazer tudo certo e qual o objetivo. Marina responde: “O maior é esse, né? Mas também pela questão da saúde, porque isso que eu ouvi da minha idade de 75 anos me deixou espantada”. Ana Maria completa dizendo que é verdade, que tem que ter mais resistência, mais músculo, tem que se gostar mais, fazer o corpo funcionar, por isso ser jovem é colocar as coisas em movimento. Marina termina dizendo: “Não, mas agora vai. Eu prometi para ele (o médico) que agora vai”. Simone fala, em tom de brincadeira, que vai continuar sendo goleira, mas não sentada como o Louro

tinha dito e mais por causa da pressão, porque o cardiologista dela vive dizendo que ela precisa emagrecer também pela questão da saúde.

O *contexto comunicativo* está relacionado com o ambiente físico, que no caso é no cenário que representa uma sala de estar e, no início da inserção, imagens externas são exibidas para representarem um jardim. O ambiente social é dado a partir de exemplos de mulheres comuns, trabalhadoras, que passam pela mesma situação de tentar emagrecer e o mental parte do princípio da conscientização sobre as dietas não personalizada e a importância dos exercícios físicos. As duas personagens falam de diversas dietas que pegaram em revistas, de amigas e na internet, que não deram certo e, por tanto, as reportagens também são sinalizadoras como se fosse um pacto entre o programa e você para que as atitudes comecem a funcionar. Na inserção aparece o número telefônico do programa para o contato com as telespectadoras e no início do quadro Ana Maria Braga faz simulação de perguntas para as mulheres e exerce o modo explícito de se comunicar: “Vai colocar biquíni minha senhora?”, “Vai sair pra praia?”, “Foi convidada pra passar o final de semana na casa de um amigo e não sabe se vai por que vai todo mundo entrar na piscina e você tá com vergonha de ir?” e o personagem do Louro José também complementa perguntando: “Será que dá?”. No momento em que dá continuidade a abertura da inserção no programa, a apresentadora faz as perguntas em primeira pessoa no singular, porém é entendido que a mulher de casa que está acima do peso que está fazendo-as. Mais uma vez a inserção é tratada de modo de uma conversa informal, dentro de casa, criando assim uma aproximação muito grande da mulher com a apresentadora, ainda mais sendo um tema de grande interesse por parte delas. As brincadeiras e risadas também entram no contexto de comunicação como uma forma de interação, intimidade e proximidade com o público e com os convidados.

Na questão do *papel do referencialidade*, a razão do tema já é delimitada desde o primeiro contato de Ana Maria Braga com a inserção de saúde, pois ela inicia dizendo: “Verão chegando e aí quem que não pensa neste momento: está aberta a temporada da busca

pelo corpo perfeito”. Na ocasião, os valores são de que as telespectadoras precisam estar magras e, bem ou mau, esse é mesmo um dos principais objetivos das mulheres, que tem ainda a sina de emagrecer. Devemos analisar nesta perspectiva principalmente a presença de especialistas em saúde, de um médico do esporte e uma nutricionista, que procura passar credibilidade ao assunto ocupando lugar de fonte oficial e voz autorizada. De acordo com as perguntas de Ana Maria, os profissionais afirmam ou explicam melhor sobre algo e esse é o ponto em que eles mostram seu papel de referência e para aumentar essa credibilidade o médico aparece diante de seus próprios aparelhos para realizar os exames, vestindo jaleco branco. Essa questão procura afirmar sua posição e seu conhecimento sobre a medicina, assim como a nutricionista que, no caso, aparece de blusa branca para também indicar que é uma profissional da área da saúde.

Ana Maria Braga também desenvolve papel de referencialidade, pois em muitos momentos explica pontos importantes e pede para que os profissionais, como voz especializada, afirme o que ela está dizendo. Um momento interessante é que quando o médico fala que é da Confederação Brasileira de Voleibol, a apresentadora enfatiza: “Ah! Na Confederação Brasileira de Voleibol!”, como se quisesse expressar que se ele trabalha lá ele sabe bastante sobre o assunto e é confiável. A referencialidade adotada pelas telespectadoras com o programa é indicada, por exemplo, no começo da inserção de saúde, pois Ana Maria até diz: “Pra te dar o caminho melhor sobre as dietas, pois você pode entrar na internet, nas revistas especializadas de beleza ou dietas indicadas pelas amigas, né? Aí você segue tudo passo a passo e vê que não adiantou”. Ela fala isso como forma de passar confiança e de mostrar que só no programa *Mais Você* é possível descobrir por que as dietas não dão certo.

O operador do modo de endereçamento classificado como *organização temática* gira em torno das mulheres, como dito no início da análise e que apresentam características como pessoas trabalhadoras, que estão acima do peso, porém possuem dificuldade para emagrecer e para fazer dietas e, ainda, que se preocupam com a estética do corpo e com o

condicionamento físico. O modelo de identificação entre as participantes e as telespectadoras é perceptível pela questão do exemplo, assim como o modelo biomédico, pois conta com a participação de dois profissionais da saúde que dão dicas de exames e de dietas especificamente para emagrecer. O modelo de promoção da saúde é debatido indiretamente por incentivar uma alimentação melhor, dietas personalizadas e corretas e, ainda, por incentivar a prática de exercícios físicos. A medicalização entra neste contexto a partir do modo como os profissionais se posicionam na inserção, mostrando qual a melhor forma de resolver o problema do sobrepeso, o que elas e as mulheres, através da identificação, devem fazer e entender para resolver o mal. Essa perspectiva perpassa pela prescrição dos exercícios físicos e a dieta mais equilibrada e personalizada. O que pode ser analisado aqui são as formas de tele-medicina e tele-saúde que percorrem toda a inserção, pois a consulta a distância, o auto cuidado e, principalmente, a questão já dita que é a de identificação com o outro pela a televisão é muito forte, até porque os exemplos são de pessoas reais, que vivem de maneira muito parecida com a maioria das mulheres, ou seja, que hoje trabalham e vivem na correria diária. Esse aspecto faz com que as telespectadoras se sintam incentivadas e motivadas a se colocarem no lugar das personagens e pegar a prescrição médica como se servisse para elas também.

#### 4.4 SAÚDE DA MULHER NO SUS E NO MAIS VOCÊ

Através da discussão mais abrangente sobre a saúde da mulher no SUS e pela análise das inserções de saúde no programa feminino *Mais Você*, podemos chegar a conclusão de que a saúde da mulher, defendida pelo Ministério da Saúde, é trabalhada de uma forma diferente do que a saúde endereçada à mulher pelo programa *Mais Você*. Apesar das perspectivas perpassarem em muitos conceitos e aspectos femininos de mesmo valor social e cultural, a forma como elas são focadas e priorizadas mudam de acordo com as características, tanto da saúde pública como para o público alvo do programa. O feminino pode ser discutido de

diferentes maneiras até, e principalmente, pela questão dos direitos humanos e briga pela igualdade, interesse público, posição social diante a sociedade e pela abordagem dos gêneros.

A saúde da mulher pelo âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é voltada para a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, que visam ampliar e defender os direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. É importante observar que dois pontos são muito enfatizados na “Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, que é a promoção da saúde e o bem-estar, que tem por objetivo desenvolver melhor qualidade de vida em todos os aspectos cotidianos do ser humano, juntamente com a prevenção de agravos e doenças, e o outro ponto, e mais potencializado, é a questão da saúde reprodutiva, no qual defende amplamente a questão do planejamento familiar, gravidez e o pré-natal, parto, amamentação, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive para a criança e mortalidade materna. Observamos que outras perspectivas são abordadas pelo Ministério da Saúde, como o processo transsexualizador, a orientação sexual, as mulheres negras, violência contra as mulheres e o câncer, porém são bastante superficiais quanto à questão de políticas de divulgação e ampliação desses aspectos. Durante o decorrer do trabalho a questão dos direitos humanos e a desigualdade que as mulheres, ainda que menos, enfrentem perante a sociedade também foram aspectos abordadas. A visão reprodutora que o gênero feminino possui ainda é muito forte e presente, como se as mulheres só se importassem com esse paradigma. É claro que o fato de ser ou vir a ser mãe é um processo natural do ser humano do sexo feminino, porém há outros assuntos e problemas que afligem às mulheres quando se fala em saúde e que, talvez, não seja tão considerado nas políticas públicas.

De acordo com as análises do programa *Mais Você*, pudemos observar que a saúde voltada e endereçada às mulheres que assistem ao programa é focada em uma perspectiva mais ampla, investindo em outros temas além da saúde reprodutora. No entanto, o programa

olha a mulher ainda como a dona de casa e mãe de família. É interessante analisar que as mulheres referidas pela atração podem ser caracterizadas também dentro de um contexto social, de alguém que procura interagir e discutir assuntos atuais e polêmicos e que não perde o laço principal que é o de cuidar da família. Na pesquisa esse aspecto é chamado de “matéria de serviço ao público”, inclusive por tratar de assuntos alarmantes e potencialmente perigosos à sociedade, assim como sempre enfatiza Ana Maria Braga. A questão da vaidade, beleza e estética, tanto do corpo quanto da pele, é priorizada, no qual visa o bem estar que é difundido na questão da “promoção da saúde” e do viver bem. A promoção e a prevenção da saúde andam juntas, tendo o modo de discussão bem parecido, em que a medicina alternativa vem ganhando cada vez mais espaço. A respeito da saúde reprodutiva, podemos avaliar que é uma questão forte no discurso televisivo do programa, que visa tanto os filhos quanto a gravidez, o modo de amamentação, parto, doenças, pré e pós-natal e cuidado com a família são também assuntos bastante vigentes. Alguns temas voltados ao sexo, violência sexual e contra a mulher e drogas continuam sendo pouco falados e, por isso, podem parecer temas fortes, evasivos e de tabus na visão da produção do programa. Assim, as mulheres representadas geralmente são as casadas, com filhos, heterossexuais, que cuidam da casa, da família, que procuram, porém estar sempre bonitas, de boa forma tanto com o corpo físico quanto com a mente. A impressão na última análise foi que o programa teve a intenção de pegar duas mulheres como exemplo que possuem a rotina parecida, porém são diferentes fisicamente e socialmente, pois uma é afrodescendente, com aspecto de que não possui muitos recursos para cuidar da beleza e é mãe solteira e a outra é branca, cursa faculdade de arquitetura e possui um padrão de vida melhor. Apesar dessas características não serem debatidas abertamente no programa, podemos observar que as mulheres brancas e que vivem cultural e socialmente bem estruturadas são as que o programa *Mais Você* se direciona com maior frequência. O foco geral e a pretensão de atingir e endereçar o programa a todas as pessoas é passado com algumas atitudes e falas da apresentadora, entretanto podemos perceber, e nos basear com

todos os aprofundamentos trabalhados nesta pesquisa, que o programa tem sim um público específico, inclusive na perspectiva das características das mulheres, sendo esse o principal objetivo do trabalho, que é o identificar para quem e como são endereçadas as inserções de saúde, exibidas pelo *Mais Você*.

Dentro deste aspecto está a questão da medicalização social inserida dentro do contexto da presença do profissional de saúde, que geralmente é representado pelo médico. Nas inserções com discussões mais aprofundadas sobre o tema, a presença do especialista se faz quase que fundamental, pois a apresentadora Ana Maria Braga utiliza as vozes oficiais como referencialidade e credibilidade ao que ela diz ou procura saber. Visando este lado, os profissionais com seus conhecimentos e poder de fala reafirmam e praticam a prescrição médica e reforçam o modelo biomédico. É interessante avaliar que em todas as inserções da análise usou-se o poder de “faça isso ou não faça aquilo” ou então “mantenha isso e evite aquilo”, além de ser defendido o uso das vacinas, de remédio, de exercícios físicos e o consumo apenas de alimentos saudáveis. Todos esses aspectos trabalham dentro da perspectiva de prescrição, do modelo biomédico por trabalhar em cima apenas da causalidade de um problema específico e da tele-medicina, ou seja, reforça o poder de identificação com o outro e a consulta médica à distância, sem exames, sem consultas e sem a individualidade que todos temos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa foram abordadas algumas perspectivas abrangentes, com o intuito de analisar os modos de endereçamento das inserções de saúde do programa televisivo *Mais Você*, que pôde ampliar a visão sobre a saúde direcionada à mulher na atração e a saúde da mulher defendida pelo Ministério da Saúde. O trabalho percorreu caminhos e discussões importantes para que fosse possível avaliarmos como todos os conceitos da saúde pública, em especial a feminina, e os programas televisivos para as mulheres acabam, em alguns momentos, se encontrando e se diferenciando a respeito do tema saúde. O interessante foi perceber claramente que as concepções de saúde, embora diferentes, procuram diferenciar a mulher pela questão do gênero e pelo seu papel na sociedade.

No primeiro capítulo, discutimos a “Política Nacional de Promoção da Saúde”, trabalhada como aspecto importante por fazer parte do objetivo dos princípios da saúde da mulher defendido pelo SUS. A qualidade de vida e de bem-estar, em todos os parâmetros do cotidiano das mulheres, é defendida juntamente com a política de promoção da saúde, que olha para o cidadão brasileiro como um todo, não apenas para um corpo doente e, esta forma de produzir saúde, engloba o modelo não biomédico e o cuidado com si mesmo. Na perspectiva da mulher, a discussão é baseada na “Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, do Ministério da Saúde, que apresenta como meta a melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres, a garantia dos direitos constituídos, ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. É perceptível que a saúde reprodutiva da mulher continua sendo o foco mais importante e primordial da política, em que a atenção ao pré e pós-natal é destacada, através do planejamento familiar, da amamentação, do parto humanizado e da mortalidade materna. Outro aspecto percorrido pelo trabalho foi sobre a questão do gênero feminino e o que ele

influencia nas definições da promoção da saúde da mulher no SUS, diante das desigualdades entre homens e mulheres, por ser uma questão que perpassa na luta feminista pela igualdade de direitos, posição e respeito na sociedade e entre as inúmeras fases de submissão e de reprodução humana, no qual as mulheres são vistas apenas como mães criadoras e protetoras do lar.

O trabalho debate, no segundo capítulo, as perspectivas dos programas femininos de televisão, explicando o histórico das atrações e como esse segmento foi construindo espaço na programação brasileira. Vimos que as características dos temas abordados foram mudando de acordo com o interesse e o espaço conquistado pelas as mulheres no país e que um novo modelo de fazer televisão foi estabelecido, através do chamado *Infotainment* que é o embaralhamento de fronteiras entre informação e entretenimento, utilizado por boa parte dos produtores da cultura midiática, mas apesar da relação entre informação e entretenimento não ser totalmente uma novidade, o debate sobre a evolução dos processos midiáticos foi criado a partir desta expressão. Pudemos observar que a saúde começou a ganhar cada vez mais espaço nos programas femininos e o que incentivou este processo foi o início da tele-medicina e a tele-saúde como forma de atendimento e prescrição à distância. A questão do auto cuidado e da identificação com o outro foram pontos fundamentais para que fosse entendido como funciona a relação das mulheres, perante as programações de televisão e as inserções de saúde. O intuito era observarmos primeiro a relação delas com os programas femininos para conseguir, posteriormente, analisarmos a importância e a abrangência das inserções de saúde nesse tipo de atração, tendo como meu foco especificamente o programa *Mais Você*, assim como da mesma forma foi fundamental verificarmos se a questão da promoção da saúde no SUS era a mesma que nestas programações.

No terceiro capítulo, a abrangência foi voltada ao programa *Mais Você* com a proposta de discutir sobre o histórico da atração e da apresentadora que é parte essencial. As características do programa e a transição de Ana Maria Braga, da Rede Record para a Rede

Globo, com a nova programação, foi analisada para entendermos que tipo de relação ela cria, ou tenta criar, com seu público feminino. Dois pontos importantes desta etapa do trabalho fizeram a diferença: um foi estudar como aconteceu o aparecimento da saúde, na qual me baseei em outra pesquisa do ano de 2003, e o outro foi observar, de modo quantitativo, através do site do programa, quantas inserções de saúde aconteceram durante o ano de 2010. O número foi alto, o que comprovou que de 2003 para 2010 mudanças ocorreram, principalmente a respeito do modelo adotado pela atração. Chegamos à conclusão de que o programa *Mais Você* continuou sendo caracterizado como de entretenimento e informação, porém adotou uma prática chamada matérias de serviço ao público, o que foi fundamental para a maior inserção de saúde ao decorrer dos anos.

A medicalização social foi um objeto de estudo muito importante para esta pesquisa, pois a cultura da analgesia e da prática do modelo biomédico e curativo está fortemente presente na sociedade e também nos programas femininos, diante das inserções de saúde, da mesma forma que o auto cuidado é uma característica presente, assim como a prescrição médica. Quanto ao endereçamento feminino, foi possível avaliar como as mulheres são representadas e criam vínculo com a apresentadora do programa e, principalmente, analisar que tipo de mulher é referenciada na atração e as que não recebem destaque. O modo como Ana Maria Braga se refere a elas, faz com que possa ser observado qual o direcionamento de suas falas.

O objetivo principal no último capítulo do trabalho foi realizar análise do modo de endereçamento, para avaliar como a saúde dirigida às mulheres do programa *Mais Você* é trabalhada em relação com os modelos de saúde da mulher do SUS. A pesquisa procurou identificar os pontos primordiais da saúde da mulher para que eles pudessem ser reforçados e retomados. Foram escolhidas, portanto, três inserções de saúde exibidas no programa *Mais Você* no ano de 2010 e a classificação aconteceu baseada na classificação da tabela produzida e apresentada no decorrer do trabalho, com todos os temas de saúde abordados na atração e a

análise do modo de endereçamento foi referenciada nos conceitos e operadores definidos por Gomes (2007), que são formados por quatro modelos, sendo eles: o mediador, o contexto comunicativo, papel de referencialidade e a organização temática.

A conclusão tomou forma a partir de quando foi percebido que a saúde da mulher, defendida pelo Ministério da Saúde, é trabalhada de forma diferente do que a saúde endereçada à mulher pelo programa *Mais Você*. Embora muitos conceitos e aspectos femininos de mesmo valor social e cultural permeiem as duas perspectivas, pudemos avaliar que a forma como elas são focadas e priorizadas mudam de acordo com as características, tanto da saúde pública quanto para o público alvo do programa. Um ponto valioso que foi percebido é que o feminino pode ser discutido de diferentes maneiras e a questão da diferenciação dos gêneros é um aspecto fortemente qualificador. A medicalização social no programa *Mais Você* é classificada pela presença do especialista, que se faz quase fundamental, por Ana Maria Braga utilizar as vozes oficiais como uma questão de referencialidade e credibilidade ao que ela mesma diz ou pretende entender. Sendo assim, os profissionais com seus conhecimentos e poder de fala reafirmam e praticam a prescrição médica, reforçam o modelo biomédico, a tele-medicina juntamente com o poder de identificação com o outro e a forma de prescrever sem exames, sem consultas e sem a individualidade do ser humano pelo olhar da humanização.

## REFERÊNCIAS

BARROS, José Augusto C. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade** 11(1): 67-84, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>>.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira. **O território e o Processo Saúde Doença** – Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <[www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)>.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Brasília, DF. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=152](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152)>.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004 – 2007**. Esplanada dos Ministérios - Bloco G – Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. **Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM)**. Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Brasília, DF, 1984. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25236](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236)>.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Séries Pacto pela Saúde. Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>.

BUSS, Paulo Marchiori e CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.6, pp. 2305-2316. ISSN 1413-8123.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, I.M.T. Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de e CASTRO, Adriana Miranda de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Série Ciência e Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bl. G, Secretaria Executiva. Edifício Sede, 3o andar. Brasília DF, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2000.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS, P. R. Silva. A interface Internet/Saúde: perspectivas e desafios. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.7, n.13, p.47-64, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a03.pdf>>.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS, P. R. Silva. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9(2):291-

314, maio-ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a04v9n2.pdf>>. CASTRO, Ana Maria Monteiro de. **O Melhor Da Vida - Discursos da Promoção da Saúde na Mídia Impressa da Cidade do Rio de Janeiro**. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

EVANGELISTA, Rafael. Resenha do livro **Uma história do feminismo no Brasil**. 2003. Livro de Céli Regina Jardim Pinto, Ed. Fundação Perseu Abramo, 2003. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/resenhas/mulheres/feminismo.htm>>.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Mídia e educação da mulher: uma discussão teórica sobre modos de enunciar o feminino na TV. **Estudos Feministas**, ano 9, 2º semestre 2001.

GALPERIN, Willian. Saindo do estereótipo: a diferença sexual no futuro da televisão. In: KAPLAN, E. Ann (org.). **O mal-estar do pós-modernismo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

GOMES, Itânia Maria Mota. *O Infotainment e a Cultura Televisiva*. In: FREIRE FILHO, João. **A TV em transição: tendências de programação no Brasil e no mundo**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

GOMES, Itânia Maria Mota. Questões de método nas análises do telejornalismo: premissas, conceitos, operadores de análise. **Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação**, Salvador, 2007.

GIFFIN, Karen Mary. *Nosso Corpo nos Pertence: A Dialética do Biológico e do Social*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1991.

HALL, Stuart. **Quem precisa da identidade?** Petrópolis, Vozes, 2005.

HENRIQUES, Aline Furtado. **Programa de Mulher – estudo sobre a representação feminina em produções da televisão brasileira**. UFJF / FACOM, 2003.

MAIS VOCÊ. Portal do Programa Feminino Mais Você. Organizações Globo de Televisão. Disponível em: <<http://maisvoce.globo.com/>>.

MATOS, Margarida Gaspar de. **Psicologia da Saúde, Saúde Pública e Saúde Internacional**. Análise Psicológica, 2004.

MILITÃO, Thatiana Batista da Silva. **Empoderamento Feminino: Possibilidade de Promoção à Saúde da Mulher**. Relatório a Trabalho Apresentado no 14º Pesquisando em Enfermagem, 2007.

NATANSOHN, L. Graciela. O corpo feminino como objeto médico e “mediático”. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 13(2): 256, maio-agosto, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n2/26883.pdf>>.

NATANSOHN, L. Graciela; PINHEIRO, Najara Ferrari. **A tele-medicina e os modos de representação dos corpos**. IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, 2004. Disponível em: <http://galaxy.intercom.org.br:8180/dspace/bitstream/1904/18060/1/R0563-1.pdf>

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p.435-472.

OLIVEIRA, Josenildes Santos. **Os programas das mulheres e as mulheres dos programas: análise da condição da mulher nos programas Mais Você e Note e Anote**. Trabalho do Mestrado em Comunicação e Cultura Contemporânea – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005. Disponível em: <[http://www.poscom.ufba.br/arquivos/PoscomProducao\\_CientificaJosenildes\\_Santos\\_de\\_Oliveira.pdf](http://www.poscom.ufba.br/arquivos/PoscomProducao_CientificaJosenildes_Santos_de_Oliveira.pdf)>.

PERDIGÃO, Maria Antônia Diogo. **Jornalismo feminino na TV: um estudo sobre entretenimento e informação no programa Mais Você**. Universidade Federal de Viçosa, 2009.

PINHEIRO, Najara Ferrari; RECKZIEGEL, José Luis Carvalho. **A marquetização no discurso dos magazines femininos televisivos**. Intercom – Universidade de Caxias do Sul (UCS)/CNPq. Caxias do Sul, 2006. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2006/resumos/R1583-1.pdf>>.

PINHEIRO, Najara Ferrari **A marquetização no discurso dos magazines femininos televisivos**. Universidade do Vale do Rio Dos Sinos – UNISINOS. São Leopoldo, 2004.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun. 2008.

RONDELLI, Elizabeth. Mídia e Saúde: discursos que se entrelaçam. In: PITTA, Áurea (org.). **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec, 1995.

SCOFIELD, Thereza Helena Prates. **Possibilidades do feminino: as telespectadoras de Ponta Porã e as mulheres do Mais Você**. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/FAFI-7TBPT4/1/pdffinal\\_2\\_.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/FAFI-7TBPT4/1/pdffinal_2_.pdf)>.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessôa. Representações da mulher de meia idade na televisão: Ana Maria Braga e o programa Mais Você. **Caderno Espaço Feminino**, v.15, n.18, Jan./Jun. 2006.

\_\_\_\_\_. **Mais Você: uma análise da Revista Feminina na Televisão**. Universidade Federal de Uberlândia. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2005.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18, p.61-76, 2006.

URTIGA, Keylla Sá; LOUZADA, Luiz A. C.; COSTA, Carmen Lúcia. Telemedicina: uma visão geral do estado da arte. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), Brasil, IV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (CBIS), 2004. Disponível em: <<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/652.pdf>>.





VARGAS, Eliane Portes. **Saúde, Razão Prática e Dimensão Simbólica dos Usos da Internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução.** São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/11.pdf>>.

XAVIER, Caco. Mídia e Saúde, Saúde na Mídia. Congresso da Abrasco, 2003.